รายงานวิจัย

เรื่อง

พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Medical Doctors' Behavior and Responsiveness to Compensation and Incentive Measures Neccessary for Health Promotion under the Health Insurance for All

โดย

ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

วิจิตร ระวิวงศ์

ระพีพรรณ คำหอม

ประภาศรี คุปต์กานต์

มาลี สันภูวรรณ์

ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ธันวาคม 2546

ISBN

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้วิจัย ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล วิจิตร ระวิวงศ์ ระพีพรรณ คำหอม ประภาศรี คุปต์กานต์ มาลี สันภูวรรณ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้ความเข้าใจและการให้บริการของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) กระบวนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน 3) มาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนต่างๆ แก่แพทย์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 4) สภาพ/เงื่อนไขการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์และ 5) แนวทางการพัฒนาระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจเพื่อพฤติกรรมการตอบสนองของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ คณะผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาล 4 ประเภท คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน รวม 15 แห่ง เป็นกลุ่มตัวอย่างและตัวแทนของโรงพยาบาลในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล 26 คน แพทย์ผู้ให้บริการ 41 คน จัดกลุ่มสนทนาผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ 106 คน และแจกแบบสอบถามให้ผู้รับบริการตอบ 300 ชุด

ผลการวิจัย พบว่า แพทย์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นการป้องกันโรค การมีสุขภาพดีใน 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยลดภาระในการรักษาและเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน แต่ก็มีแพทย์เพียงไม่กี่คนที่มีความรู้ความเข้าใจอย่างครอบคลุมตามที่กล่าวมา และแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มุ่งเน้นให้มีการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษาเป็นสิ่งที่ดี แต่นโยบายดังกล่าวยังไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผล

พฤติกรรมของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันยังทำได้น้อย แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชปฏิบัติครอบครัว หรือแพทย์ที่มีความสนใจปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจ สนใจและตระหนักว่าการสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ไม่ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลและแพทย์ไม่ต้องรับภาระและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายด้านการรักษา แพทย์ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับภาระงานหลักด้านการรักษา การปฏิบัติงานของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสามารถ

แบ่งได้เป็น 4 บทบาทหลัก คือ 1) บทบาทการเป็นผู้สร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนรายบุคคล 2) บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนเป็นรายกลุ่ม 3) บทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และ 4) บทบาทในการเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน แพทย์ส่วนใหญ่มีอิสระในการนำเสนอความคิดเห็นและเข้าร่วมกิจกรรมโครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล แต่แพทย์มีภาระงานมากไม่มีเวลาพอ

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภทที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกันอยู่บ้าง โดยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพน้อยกว่าโรงพยาบาลชุมชน แต่ยังมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่จะเน้นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยมากกว่าก่อนเจ็บป่วยหรือหลังเจ็บป่วย และยังไม่สามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ยังคงให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพทางร่างกายมากกว่าจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แม้จะพยายามให้ญาติผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมแต่ก็ยังขาดการติดตามผลการปฏิบัติของผู้ป่วยและญาติ

เงื่อนไขที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์เกิดจากความไม่ชัดเจนของนโยบายของรัฐ การจัดสรรงบประมาณไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน จำนวนผู้ป่วยมีมาก ภาระงานของแพทย์ ผลของการปฏิบัติงานวัดยากและเห็นผลช้า การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นความชำนาญเฉพาะด้านที่แพทย์ไม่ถนัด โอกาสความก้าวหน้าน้อย การยอมรับของแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้น้อย

ผลตอบแทนและมาตรการจูงใจสำหรับแพทย์และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพขณะนี้ไม่มีอย่างเป็นรูปธรรม สิ่งที่ทำให้แพทย์บางท่านสนใจปฏิบัติงานขณะนี้เกิดจากตัวแพทย์เอง จากผู้นำ ทีมงานและขวัญกำลังใจจากผู้ป่วยเป็นหลัก ข้อคิดเห็นของแพทย์ต่อปัจจัยที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ คือ ผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับแพทย์ การยอมรับในเกียรติ ศักดิ์ศรีของแพทย์ โอกาสความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ การมีแพทย์เพียงพอกับปริมาณงาน ระบบการศึกษาของโรงเรียนแพทย์ที่สอดคล้องกับนโยบาย การเพิ่มพูนความรู้แก่แพทย์ การสนับสนุนของผู้บริหาร ความชัดเจนของนโยบาย เป็นต้น

ข้อเสนอจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับ พรบ. ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยเฉพาะควรเน้นตั้งแต่สถาบันการศึกษาที่ควรจัดหลักสูตรการศึกษาของโรงเรียนแพทย์ให้มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ควรบูรณาการองค์ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องและเหมาะสมกับงานสร้างเสริมสุขภาพ ควรเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลโดยพิจารณาถึงนโยบาย แผน กิจกรรม โครงสร้าง ทรัพยากรและการประชาสัมพันธ์ ควรสร้างวัฒนธรรมและระบบคิดสำหรับแพทย์ ในฐานะผู้สนับสนุนหลักในด้านการสร้างเสริม

สุขภาพ ควรสร้างมาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงานและบทบาทของแพทย์ ตลอดจนการสร้างกลไกในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ

ABSTRACT

Title : Medical Doctors' Behavior and Responsiveness to Compensation and Incentive Measures Neccessary for Health Promotion under the Health Insurance for All

The objectives of this research are to study : 1) the knowledge, understanding, and health promotion practice of medical doctors; 2) the health promotion delivery process of public and private hospitals; 3) existing compensation and incentive measures provided medical doctors to enhance positive health promotion behavior; 4) condition for health promotion practice of medical doctors; and 5) quidelines for the development of effective compensation and incentive machanism enhancing participation of medical doctors in health promotion. Samples in this study are 15 central, general, community and private hospitals representing the Northern,Northeastern, Southern and Central Regions. Interviews are conducted with 26 hospital administrators and 41 medical doctors, while group discussions are organized for 106 medical personnel and 300 copies of questionnaire are administered to 300 patients.

The study finds that medical doctors have fair konwledge and understanding on health promotion. For instance, they understand that health promotion is a preventive measure, "good health" covers 4 dimensions namely physical, mental, social and spiritual, health promotion is worth as an investment and is every one's responsibility. Most medical doctors view that the Health for All Policy which emphasizes health promotion service in congruent with treatment is a good policy but has not yet been materialized.

Health promotion behavior of medical doctors at the time of the study is not much evident. Those who adopt the praclice are found to be the ones who have been trained in family medicine or specialized doctors who are personally interested and voluntarily carry out the task, believing that health promotion makes people healthy and do not need to come to the hospital for treatment which helps saving the expenses. Health promotion roles of medical doctors are found to include : 1) giving health promotion service to individual patients ; 2) giving health promotion information to groups of patients ; 3) formulating health promotion policy ; and 4) acting as good examples in health promotion for the people.

Health promotion process as practiced by general and specialized medical doctors in different categories of hospital relatively differs. Most central and general hospitals tend to introduce health promotion service in a lesser degree than community hospitals, but more than private hospitals. Generally health promotion process takes place during the treatment rather than before or after the treatment and has not been operated holistically, as physical health is more emphasized than mental, social or spiritual health. Conditions hindering medical doctor's health promotion behavior are the lack of clarity and integrity of the policy, budget allocation which does not facilitate the process, outnumbered patients, heavy workload, long-time measurement of success, lack of spicalization, less chance for progress and social acceptance.

Compensation and incentive measures for medical doctors and other medical personnel are not visibly existed. Doctors who give health promotion service are mainly inspired by their in-born attitude, by the leaders, teamwork and spiritual support from the patients. Contributing factors as seen by the doctors are for instance appropriate and fair compensation, recognition of their dignity, opportunity for professional progress, balance between number of doctors and the workload, corresponding educational system offered in schools of medicine, upgrading of doctors' skills and support from the administrators.

Recommendation of the study are that health promotion sevice should be successively continue in accordance with The National Health Insurance Act, B.E. 2545. Schools of medicine's curricula should have more contents on health promotion and appropriately integrate its body of knowledge therein. The hospitals should be prepared for health promotion service which includes the policy consideration, plans, activities, structure, resources and public relations. Concept that doctors are the main engineers of health promotion system should be cultivated and consequently incentive measures and appropriate compensation should be established for them along with other health promotion development mechanism.

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเรื่อง "พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)ให้คณะผู้วิจัย อันได้แก่ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล รองศาสตราจารย์วิจิตร ระวิวงศ์ รองศาสตราจารย์ระพีพรรณ คำหอม อาจารย์ประภาศรี คุปต์กานต์และคุณมาลี สันภูวรรณ์ ได้ทำการวิจัยเรื่องนี้ โดยมีศาตราจารย์นายแพทย์ประมวล วีรุตมเสน เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าวจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการ ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์และผู้ใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งและโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง จาก 5 จังหวัดของภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้และภาคกลางของประเทศไทย โดยเริ่มทำการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2545 จนถึงเดือนสิงหาคม 2546

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาตราจารย์นายแพทย์ ประมวล วีรุตมเสน ที่กรุณาให้เกียรติเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย คอยให้คำปรึกษาแนะนำและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย อันนับเป็นสิ่งที่มีคุณค่ายิ่ง ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตน์บัลล์และนายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำและชี้แนะต่อการดำเนินโครงการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริม ผู้ใช้บริการและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยจนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

และขอขอบคุณคุณกรรณิการ์ เจียมจรัสรังษี คุณธาราทิพย์ วงศ์พันธ์ คุณอารีนา บิลเส็ม คุณวนิดา กมลฉ่ำ ที่ให้ความช่วยเหลือและประสานงานการเก็บรวมรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลงด้วยการปฏิบัติงานอย่างเข้มแข็งของผู้ช่วยนักวิจัย คือ คุณอุดมศิลป์ ไกรเพ็ชร ซึ่งคณะผู้วิจัยต้องขอขอบคุณอย่างจริงใจไว้ ณ ที่นี้

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2546

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ..... (1)

ABSTRACT..... (4)

กิตติกรรมประกาศ..... (6)

สารบัญ..... (7)

สารบัญตาราง..... (11)

สารบัญแผนภูมิ..... (13)

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล..... 1

1.2 วัตถุประสงค์..... 2

1.3 คำนิยาม..... 2

1.4 ระเบียบวิธีการวิจัย..... 3

1.4.1 การเลือกพื้นที่ศึกษา..... 3

1.4.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง..... 4

1.4.3 การเลือกกรณีศึกษา..... 5

1.4.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา..... 6

1.4.5 วิธีการศึกษา..... 6

1.4.6 การรวบรวมข้อมูล..... 7

1.4.7 การวิเคราะห์ข้อมูล..... 7

1.4.8 ข้อจำกัดในการศึกษา..... 8

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ..... 9

2.2 การสร้างเสริมสุขภาพในช่วงเวลาต่างๆ 12

2.3 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 15

2.4 การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการฯ..... 18

2.5 ระบบประกันสังคมถ้วนหน้าในต่างประเทศ..... 21

2.6 ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ..... 23

2.7 ค่าตอบแทน มาตรการจูงใจ ขวัญและกำลังใจบุคลากรการแพทย์..... 25

2.8 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจและพฤติกรรมซึ่งเป็นผลจากแรงจูงใจ..... 28

2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย..... 33

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 3 ผลการศึกษา

3.1 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม..... 38

3.1.1 จังหวัดเชียงใหม่..... 38

(1) พฤติกรรมของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ..... 38

(2) การมีส่วนร่วมของแพทย์ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล..... 48

(3) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นอย่างไรและฯ..... 51

(4) ผลตอบแทนและมาตรการจูงใจแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ..... 55

(5) สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์..... 63

(6) ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ..... 73

(7) แนวทางการพัฒนาระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจเพื่อพฤติกรรมฯ.... 76

3.1.2 จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดอำนาจเจริญ..... 80

(1) พฤติกรรมของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ..... 80

(2) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล..... 100

(3) ผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ..... 106

(4) สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์..... 125

(5) แนวทางการพัฒนาระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจ..... 148

3.1.3 จังหวัดสงขลา..... 156

(1) พฤติกรรมการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการฯ.... 156

(2) การมีส่วนร่วมของแพทย์ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล..... 168

(3) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล..... 179

(4) มาตรการจูงใจของแพทย์ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ..... 184

(5) สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์..... 188

(6) ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ..... 196

(7) แนวทางการพัฒนาระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจเพื่อพฤติกรรมฯ..... 200

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

3.1.4 จังหวัดราชบุรี..... 202
(1) พฤติกรรมการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการฯ.... 202
(2) การปฏิบัติงานของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล..... 203
(3) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของแพทย์เกี่ยวกับฯ..... 205
(4) มาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนต่างๆ แก่แพทย์ที่มีผลต่อฯ..... 207
(5) สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์..... 209
(6) ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ..... 213
(7) แนวทางการข้อเสนอแนะต่อการจัดระบบต่อการใช้บริการสร้างเสริมฯ..... 215
3.2 ผลการศึกษาจากแบบสอบถามผู้รับบริการ..... 217
3.2.1 ลักษณะของผู้รับบริการจากแบบสอบถาม..... 217
3.2.2 ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการสำหรับการสำรวจด้วยแบบสอบถาม..... 218
3.2.3 ความพึงพอใจต่อการใช้บริการของแพทย์..... 219
3.2.4 การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ..... 220
3.3 ผลการศึกษากรณีศึกษา..... 220

บทที่ 4 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา..... 221
4.1.1 ผลการศึกษาเอกสารข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล..... 221
(1) พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบฯ..... 221
(2) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ..... 228
(3) มาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนแก่ของแพทย์..... 232
(4) สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์..... 237
(5) ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ..... 246
4.1.2 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการและฯ 221
4.1.3 ผลการศึกษาจากแบบสอบถามผู้รับบริการ..... 247
4.1.4 กรณีศึกษา..... 248
4.2 อภิปรายผล..... 249
4.3 ข้อเสนอแนะ..... 256

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	259
ภาคผนวก	
ผนวก ก. ข้อมูลพื้นฐาน	263
1. จังหวัดเชียงใหม่	264
2. จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดอำนาจเจริญ	275
3. จังหวัดสงขลา	288
4. จังหวัดราชบุรี	296
ผนวก ข. ตารางข้อมูลแบบสอบถามผู้ใช้บริการ	317
ผนวก ค. กรณีศึกษา 4 กรณีศึกษา	326
1. กรณีศึกษาที่ 1 โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา)	327
2. กรณีศึกษาที่ 2 โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา)	338
3. กรณีศึกษาที่ 3 โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)	351
4. กรณีศึกษาที่ 4 โรงพยาบาลเอกชน(กรณีศึกษา)	360
ผนวก ง. แบบสอบถามและประเด็นในการสัมภาษณ์	365
ผนวก จ. ผู้ให้ข้อมูล	379

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	พื้นที่ศึกษา	4
1.2	กลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง	5
1.3	กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภท	6
3.1	กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพก่อน / ระหว่าง / หลังการเจ็บป่วยของกลุ่มต่าง ๆ ฯ	182
4.1	ความรู้ความเข้าใจของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพฯ	224
4.2	บทบาทของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันฯ	226
4.3	กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน	230
4.4	กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม	232
4.5	มาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์	235
4.6	สภาพเงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	242
ก.1	สาเหตุการตายที่สำคัญ5 อันดับแรกของจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2542	267
ก.2	จำนวนสถานพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีเตียงผู้ป่วยรับไว้ค้างคืน ฯ	268
ก.3	จำนวนสถานบริการภาครัฐ/เอกชน	275
ก.4	จำนวนและอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุข สาขาหลักของภาครัฐและเอกชน	276
ก.5	สาเหตุการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2541-2544	276
ก.6	ผลการดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2544	277
ก.7	จำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียมและ ฯ	278
ก.8	จำนวนสถานบริการภาครัฐ	279
ก.9	จำนวนและอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร จังหวัดอำนาจเจริญ	279
ก.10	สาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรก จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2543-2544	280
ก.11	จำนวนและร้อยละสิทธิบัตรต่างๆ	281
ก.12	จำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียมและ.....จ.อุบล.ฯ	281
ก.13	จำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียมและ.....จ.สงขลา	295
ก.14	ข้อมูลประชากรรายอำเภอ จังหวัดราชบุรี ณ. เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2543	296
ก.15	จำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำแนกตามอำเภอ จังหวัดราชบุรี ฯ	297
ก.16	จำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนจำแนกตามอำเภอ จังหวัดราชบุรี ฯ	298
ก.17	จำนวนและอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อประชากร	299

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ **หน้า**

ก.18 สรุปข้อมูลการรักษาพยาบาลในปี 2544..... 300
ก.19 สถิติผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรกปีงบประมาณ 2544..... 301
ก.20 สถิติผู้ป่วยนอกแยกตามรายกลุ่มงาน..... 301
ก.21 สถิติโรคผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2544..... 302
ก.22 สถิติผู้ป่วยในแยกตามรายกลุ่มงาน..... 302
ก.23 ข้อมูลด้านบุคลากร..... 303
ก.24 สถิติที่น่าสนใจ..... 306
ก.25 จำนวนผู้ป่วยนอกจำแนกตามประเภทการรักษา..... 307
ก.26 จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทการรักษา..... 308
ก.27 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก เดือนตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545..... 308
ก.28 10 อันดับโรคผู้ป่วยใน เดือนตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545..... 309
ก.29 ข้อมูลด้านบุคลากรของโรงพยาบาลบ้านโป่ง..... 309
ก.30 เป้าหมายและมาตรการการปฏิรูป 30 บาท เริ่ม 1 ตุลาคม 2545..... 314
ข.1 คุณลักษณะของผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล..... 318
ข.2 การมีโรคประจำตัวของผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล..... 319
ข.3 แสดง 5 อันดับแรกของโรคประจำตัวของผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของ ฯ..... 320
ข.4 5 อันดับแรกของอาการที่มารับบริการจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล..... 320
ข.5 ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเมื่อมารับบริการตามการรับรู้จำแนกตามประเภท ฯ..... 321
ข.6 จำนวนครั้งของการมารับการบริการในรอบ 3เดือนที่ผ่านมาจำแนกตาม ฯ..... 321
ข.7 ระยะเวลาที่ใช้ในการพบแพทย์จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล..... 322
ข.8 ความพึงพอใจในการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์จำแนก ฯ..... 323
ข.9 การรับรู้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญจำแนกตามประเภทของ ฯ..... 324
ข.10 บุคคลที่มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามการรับรู้จำแนกตามประเภท ฯ..... 324
ข.11 วิธีการดูแลสุขภาพที่สำคัญของผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล..... 325

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
2.1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	34
3.1	กรอบแสดงโครงสร้างของทีมส่งเสริมสุขภาพ HPH.	160
ก.1	กรอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไป(3).....	290
ก.2	องค์กรหน่วยบริการคู่มือสัญญาเครือข่ายฯ อำเภอในเขตรับผิดชอบ.....	310
ก.3	การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า CUP	313

บทที่ 1
บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายที่ได้แถลงไว้ต่อสภาผู้แทนราษฎร โดยเริ่มดำเนินการในจังหวัดนำร่อง 6 จังหวัดตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 และดำเนินการในทุกพื้นที่ทั่วประเทศตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545 นโยบายข้างต้นเมื่อนำไปปฏิบัติได้ส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งและโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าโครงการมีการปรับตัวด้านการให้บริการ แพทย์และพยาบาลนอกจากจะต้องทำหน้าที่รักษาพยาบาลตามปกติแล้ว ยังต้องออกไปให้บริการตามชุมชนในลักษณะของการเข้าถึงชุมชนมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเป้าหมายของนโยบายหลักประกันสุขภาพคือการให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน และต้องการให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลด้วย

เมื่อมีการดำเนินการมาระยะหนึ่ง กระแสตอบรับทั้งในทางบวกและทางลบได้เกิดขึ้นมากมาย มีการศึกษาโดยแพทยสภาเกี่ยวกับผลกระทบของโครงการต่อแพทย์(แพทยสภาสาร ฉบับวันที่ 1 มกราคม–มีนาคม 2546) ปรากฏผลว่าจากแพทย์ที่ตอบข้อถามทั้งสิ้น 5,506 คน หรือร้อยละ 21.27 ของแพทย์ทั้งหมดทั่วประเทศว่า แพทย์ส่วนใหญ่(ร้อยละ 36.2) เห็นด้วยกับโครงการในระดับปานกลาง แต่สำหรับรูปแบบที่ดำเนินการนั้นแพทย์ส่วนใหญ่(ร้อยละ 75.2) เห็นด้วยในระดับน้อยมาก โดยให้เหตุผลว่ามีความล่าช้าในการเบิกจ่ายเงินให้สถานพยาบาล มีปัญหาการส่งต่อที่ต้องตามจ่ายเงิน ระบบข้อมูลมีที่ผิดพลาดไม่ถูกต้อง การขอรับบริการโดยไม่จำเป็นทำให้งานของแพทย์เพิ่มและจะมีผลต่อคุณภาพในระยะยาว

การปรับยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเพื่อให้นโยบายได้ลุล่วงไปด้วยดีสมตามเจตนารมณ์จะต้องให้ความสำคัญกับปัญหาที่ฝ่ายให้บริการคือแพทย์ประสบอยู่ ควบคู่ไปกับการสนองความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อค้นหาจุดบกพร่องของกระบวนการให้บริการ จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของแพทย์ต่อนโยบายและการดำเนินการ ตลอดจนผลกระทบของนโยบายที่มีต่อแพทย์ เฉพาะอย่างยิ่งในด้านพฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจในการปฏิบัติงานตามนโยบาย ซึ่งหากเป็นไปในทางบวกก็ย่อมเป็นผลดีต่อนโยบาย หรือหากเป็นไปในทางตรงกันข้ามก็จะได้ใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการพิจารณาหาทางแก้ไขต่อไป

การปฏิบัติงานของแพทย์ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นที่คาดหมายว่าแพทย์จะต้องทำความเข้าใจกับนโยบาย วิธีดำเนินการ การเพิ่มภาระและเวลาในการปฏิบัติงาน หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างเพื่อให้ไปกันได้กับนโยบายใหม่ ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์โดยทั่วไปมีพื้นฐานแนวคิดกว้างๆว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต้องมีสาเหตุและแรงกระตุ้นทำให้เกิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะเป็นไปโดยมีจุดมุ่งหมายเสมอ(Leavitt,1983) ระบบที่เกี่ยวข้องกับการจูงใจที่มีผลต่อรูปแบบพฤติกรรมประกอบด้วย ระบบการจัดการ ระบบการจ่ายผลตอบแทน เป็นต้น (ธงชัย สันติวงษ์, 2539) บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างหนึ่งหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าเขาคาดหวังว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้นได้หรือไม่ และถ้าพฤติกรรมนั้นจะนำมาซึ่งผลที่คาดคิดไว้ เขาก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1977) ในการทำงานปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ได้แก่ ลักษณะของงานที่ทำ สภาพการทำงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในสถานภาพ การได้รับความยกย่องในผลงาน (Lundgren, 1974) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดและทฤษฎีข้างต้นและอื่นๆ ที่ใกล้เคียงเป็นแนวทางในการตั้งโจทย์การศึกษา

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และการให้บริการของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. เพื่อศึกษากระบวนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
3. เพื่อศึกษามาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนต่าง ๆ แก่แพทย์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
4. เพื่อศึกษาสภาพ/เงื่อนไขการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์
5. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจ เพื่อพฤติกรรมการตอบสนองของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

1.3 คำนิยาม

- พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทัศนคติของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติงานของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล บุคลิกภาพของแพทย์ในการให้บริการ
- มาตรการจูงใจ หมายถึง ปัจจัยที่กระตุ้นให้แพทย์แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ นโยบายหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาล การเพิ่มพูนความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับแพทย์ สร้างความตระหนักของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพการให้รางวัลแก่

แพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดสัดส่วนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระงานหลักประการหนึ่งของแพทย์ และการนำภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติมาพิจารณาค่าตอบแทนสำหรับแพทย์

- การสร้างเสริมสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การทำให้คนมีสุขภาพดีก่อนการเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วยและหลังการเจ็บป่วย โดยครอบคลุม 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
- แพทย์ หมายถึง แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
- แพทย์ผู้บริหาร หมายถึง ผู้อำนวยการและหัวหน้างานสร้างเสริมสุขภาพ
- แพทย์ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง(ไม่เจาะจงว่าแขนงใด)
- ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ หมายถึง พยาบาล นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ

1.4 ระเบียบวิธีการวิจัย

ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและการวิจัยภาคสนามด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ระดับลึก การสนทนากลุ่ม แบบสอบถามและกรณีศึกษา

1.4.1 การเลือกพื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษามีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

1.4.1(1) พื้นที่ศึกษาประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง

1.4.1(2) จังหวัดที่เป็นตัวแทนของทุกภาค ๆ ละ 1 จังหวัด ได้แก่ ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดอำนาจเจริญ ภาคใต้ จังหวัดสงขลาและภาคกลาง จังหวัดราชบุรี

1.4.1(3) จังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน

1.4.1(4) โรงพยาบาลที่เลือกศึกษา คือ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยโรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

1.4.1(5) โรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาด 60 เตียงขึ้นไป เพื่อให้มีจำนวนแพทย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพียงพอ

1.4.1(6) โรงพยาบาลเอกชนที่มีจำนวนเตียง 100 เตียงขึ้นไปและเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค)(ตารางที่ 1.1)

ตารางที่ 1.1 พื้นที่ศึกษา

โรงพยาบาล / ภาค	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	โรงพยาบาล เอกชน
ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่	โรงพยาบาลศูนย์(1) (1,574 เตียง)	โรงพยาบาลทั่วไป(1) (516 เตียง)	โรงพยาบาลชุมชน(1) (60 เตียง)	โรงพยาบาลเอกชน(1) (100 เตียง)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดอำนาจเจริญ	โรงพยาบาลศูนย์(2) (900 เตียง)	โรงพยาบาลทั่วไป(2) (270 เตียง)	โรงพยาบาลชุมชน(2) (60 เตียง)	โรงพยาบาลเอกชน(2) (100 เตียง)
ภาคใต้ จังหวัดสงขลา	โรงพยาบาลศูนย์(3) (700 เตียง)	โรงพยาบาลทั่วไป(3) (515 เตียง)	โรงพยาบาลชุมชน(3) (60 เตียง)	ไม่มี
ภาคกลาง จังหวัดราชบุรี	โรงพยาบาลศูนย์(4) (895 เตียง)	โรงพยาบาลทั่วไป(4) (420 เตียง)	โรงพยาบาลชุมชน(4) (60 เตียง)	โรงพยาบาลเอกชน(4) (100 เตียง)

หมายเหตุ กรณีภาคใต้ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนที่จะสามารถนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากไม่มีโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ขณะทำการศึกษา

1.4.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้

กลุ่มที่ 1	แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล	26 คน
กลุ่มที่ 2	แพทย์ผู้ให้บริการ	41 คน
กลุ่มที่ 3	ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์	106 คน
กลุ่มที่ 4	ผู้ใช้บริการ	300 คน
	รวม	473 คน

ดังมีรายละเอียดดังนี้(ตารางที่ 1.2)

ตารางที่ 1.2 กลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	โรงพยาบาลศูนย์ (4 ภาค/จังหวัด)	โรงพยาบาลทั่วไป (4 ภาค/จังหวัด)	โรงพยาบาลชุมชน / ศูนย์บริการสาธารณสุข (4 ภาค/จังหวัด)	โรงพยาบาลเอกชน (3 ภาค/จังหวัด)	รวม 4 ภาค/ จังหวัด
<u>แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล</u>					
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	4 x 1 = 4	4 x 1 = 4	4 x 1 = 4	3 x 1 = 3	15
แพทย์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรม	4 x 1 = 4	4 x 1 = 4	-	3 x 1 = 3	11
รวม	8	8	4	6	26
<u>แพทย์ผู้ให้บริการ</u>					
แพทย์ทั่วไป	4 x 1 = 4	4 x 1 = 4	4 x 1 = 4	3 x 1 = 3	15
แพทย์เฉพาะทาง	4 x 3 = 12	4 x 2 = 8	-	3 x 2 = 6	26
รวม	16	12	4	9	41
<u>ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์</u>					
พยาบาล	4 x 1 = 4	4 x 1 = 4	4 x 1 = 4	3 x 1 = 3	15
เจ้าหน้าที่ส่งเสริม	4 x 1 = 4	4 x 1 = 4	4 x 1 = 4	3 x 1 = 3	15
รวม	8	8	8	6	30
ผู้ใช้บริการ	4 x 20 = 80	4 x 20 = 80	4 x 20 = 80	3 x 20 = 60	
รวม	80	80	80	60	300
รวมทั้งสิ้น	112	108	96	81	397
ผู้บริหารโรงพยาบาล	8	8	4	6	26
แพทย์ผู้ให้บริการ	16	12	4	9	41
ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์	8	8	8	6	30
ผู้ใช้บริการ	80	80	80	60	300

1.4.3 การเลือกกรณีศึกษา

เป็นการเลือกกรณีศึกษาโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภทที่มีรูปแบบและกระบวนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจนและน่าศึกษา ทั้งนี้โดยนำข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างในข้อ 1.4.1 และ 1.4.2 รวมทั้งหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ จากนั้นจึงหารือผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาและคัดเลือกกรณีศึกษาที่เหมาะสมต่อการเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลแต่ละประเภท

เกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษาโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภท คือ (1) จะต้องเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ศึกษา 4 ภาค (2) เป็นโรงพยาบาลที่เข้าหรือเคยเข้าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (3) มีรูปแบบหรือกระบวนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน

กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภท ได้แก่

โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดอุบลราชธานี)

โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) ภาคกลาง (จังหวัดราชบุรี)

โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา) ภาคเหนือ (จังหวัดเชียงใหม่)

โรงพยาบาลเอกชน(กรณีศึกษา) ภาคกลาง (จังหวัดราชบุรี)

(ตารางที่ 1.3)

ตารางที่ 1.3 กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภท

กรณีศึกษา	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง
โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา)		จังหวัดอุบลราชธานี	
โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา)			จังหวัดราชบุรี
โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)	จังหวัดเชียงใหม่		
โรงพยาบาลเอกชน(กรณีศึกษา)			จังหวัดราชบุรี

1.4.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น

(1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลตัวอย่างทั้ง 15 โรงพยาบาล ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ระดับลึก แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ซึ่งใช้เป็นแนวสัมภาษณ์แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการ การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์และแบบสอบถามสำหรับผู้ใช้บริการ

(2) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่เลือกเป็นกรณีศึกษาทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ ประเด็นการสัมภาษณ์แพทย์ ประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์และผู้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ (ผนวก ง.)

1.4.5 วิธีการศึกษา ประกอบด้วย

(1) การเก็บรวมรวมข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ ตำรา รายงานการศึกษา/วิจัย รายงานการประชุม รายงานการปฏิบัติงาน หนังสือพิมพ์ที่เสนอข่าวโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

(2) การสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม และแพทย์ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาล 15 แห่ง เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์

ต่อผลตอบแทนและมาตรการจูงใจในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

(3) การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ อันได้แก่ พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยในและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ

(4) แบบสอบถามผู้รับบริการจาก 15 โรงพยาบาล ๆ ละ 20 คน จำนวน 300 คน เพื่อศึกษาการให้บริการของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และความพึงพอใจในการมารับบริการ

(5) จัดทำกรณีศึกษาของโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภท ๆ ละ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งและโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง เพื่อศึกษารูปแบบและกระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพ

1.4.6 การรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่กำหนดโดยนักวิจัยของโครงการ ซึ่งมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของแพทย์ต่อการบริการการสร้างเสริมสุขภาพ สภาพ / เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่ได้รับ ความคิดเห็นต่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ

สำหรับการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับนโยบายการบริหารและงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งความคิดเห็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สำหรับการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ ทำการสนทนากลุ่มโรงพยาบาลละ 1 กลุ่ม รวม 15 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยตัวแทนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ส่งเสริมของโรงพยาบาลในจังหวัดที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่าง เป็นการสนทนาให้ทราบทัศนะเกี่ยวกับพฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการ เป็นการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับความพึงพอใจและการได้รับบริการการสร้างเสริมสุขภาพจากแพทย์

1.4.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1.4.7(1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษานำข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มมาทำการวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดในการศึกษา จากนั้นจึงทำการสังเคราะห์(Synthesis)ภาพรวม เพื่อทำความเข้าใจต่อพฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจในการให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ

1.4.7(2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์จากแบบสอบถามที่ใช้ถามผู้ใช้บริการ ใช้วิธีการทางสถิติที่เหมาะสม เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์และอธิบายข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.4.8 ข้อจำกัดในการศึกษา

1.4.8(1) ภาคใต้ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถทำการศึกษาได้ เนื่องจากไม่มีโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค)ในขณะทำการศึกษา โรงพยาบาลเอกชนที่เลือกไว้เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนลงไปทำการศึกษา ได้ถอนตัวออกจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและปฏิเสธที่จะให้ผู้วิจัยเข้าไปศึกษา

1.4.8(2) แพทย์ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือดีมาก แต่แพทย์มีเวลาน้อยในการให้สัมภาษณ์

1.4.8(3) ในการศึกษาครั้งนี้ แม้จะเลือกโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เพื่อให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างแพทย์ผู้ให้บริการเพียงพอที่จะศึกษา แต่ก็ยังพบว่าโรงพยาบาลชุมชนที่เลือกมาศึกษาบางแห่งมีแพทย์จำนวนจำกัด จึงต้องสัมภาษณ์ทันตแพทย์เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาด้วย

บทที่ 2
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดที่จะปฏิรูประบบสุขภาพของคนไทยให้ถูกต้องตามความหมายของ"สุขภาพ" ที่แท้จริงหรือแนวคิดเรื่อง "สร้างนำซ่อม" คือแนวคิดที่จะทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจว่าโรงพยาบาลคือ "ที่ซ่อมสุขภาพ" แต่การสร้างสุขภาพจะต้องสร้างที่ตัวบุคคลและชุมชน การไปโรงพยาบาลหรือพบแพทย์จะต้องเป็นกรณีจำเป็น ความคิดเดิมที่ว่าพบแพทย์บ่อยๆ กินยามากๆ จะทำให้สุขภาพดีควรจะต้องค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไป (แสวง บุญเฉลิมวิภาส,2545)

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเริ่มจากประเทศแคนาดาในปี พ.ศ.1974 โดยกระทรวงสาธารณสุขแคนาดาได้เสนอ"รายงานของลาลองเด" หรือ The Lalonde Report ต่อคณะรัฐมนตรีและรัฐสภาตั้งข้อสังเกตว่าระบบการรักษาพยาบาลของแคนาดาขณะนั้นประสบวิกฤตเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคมะเร็งและโรคหัวใจให้หายขาดได้ จึงเสนอแนวคิดว่าความไม่มีโรคหรือ"สุขภาพ" ไม่ได้เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาลเพียงประการเดียว แต่มาจากปัจจัย 4 ประการที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน คือ ชีววิทยาของมนุษย์(Human Biology) วิถีชีวิต(Lifestyles) สิ่งแวดล้อม(Environment) และการรักษาพยาบาล (Health Care)

จากแนวคิดนี้องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดาในปี ค.ศ. 1986 ทำให้เกิดกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ(Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) ซึ่งให้นิยามของการส่งเสริมสุขภาพว่าหมายถึง "กระบวนการในการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตนให้ดีขึ้น" รวมทั้งเรียกร้องว่าการเพิ่มสมรรถนะของประชาชนให้บรรลุภาวะสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์ ต้องกระทำในสิ่งสำคัญ 5 ประการ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุลและคณะ, 2541) คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพทั้งในระดับประเทศ ท้องถิ่นและชุมชนต่าง ๆ
2. การก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เช่น การอนุรักษ์ทรัพยากรของประเทศและของชุมชน การสร้างบรรยากาศที่ปราศจากมลภาวะในที่ต่าง ๆ
3. เสริมสร้างกิจการชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการกระจายอำนาจ การสร้างประชาสังคม เป็นต้น
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยการศึกษา การพัฒนาอาชีพและการสร้างความรู้ใหม่

5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ โดยปรับเปลี่ยนการให้บริการสุขภาพจากการครอบงำของเทคโนโลยีทางการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ และการนำแพทย์ทางเลือกอื่นเข้ามาเสริม รวมทั้งปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการทำงานของผู้ที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน

แนวคิดแบบเดิมเรื่องสุขภาพเปรียบเทียบกับแนวคิดใหม่ สรุปได้ดังนี้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545)

<u>แนวคิดแบบเดิม</u> ได้แก่

1. คิดแบบพึ่งพา เมื่อเจ็บป่วยหรือมีโรคต้องไปหาหมอ เพราะแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญเรียนรู้มากกว่า และมีหน้าที่ในการรักษา ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงปฏิบัติตามคำแนะนำ

2. คิดแบบแยกส่วน แยกกายออกจากใจ "สุขภาพ"ในความหมายเดิมจึงแค่แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ จะมีสุขภาพดีต้อง "กำจัด" โรคภัยไข้เจ็บ

<u>แนวคิดใหม่</u> เป็นดังนี้

1. สุขภาพเป็นเรื่ององค์รวม เป็นเรื่องความสัมพันธ์ของกายกับจิตและเชื่อมโยงกับระบบนิเวศ เศรษฐกิจและการเมือง ด้วยการศึกษาเรียนรู้ชีวิตและสุขภาพ

2. ฐานการเรียนรู้ต้องเกิดจากชุมชนและเครือข่าย มิใช่เพียงปัจเจกบุคคล

3. ฝึกจิตให้รับรู้เท่ากันและจัดสมดุลของร่างกายก่อนที่จะเจ็บป่วย

การที่ประชาชนจะมี "สุขภาพดี" ได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า "สุขภาพ" เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน(All for Health and Health for All) ระบบเน้นที่การ "สร้าง" มากกว่าการ "ซ่อม" (ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545)

แนวคิดด้าน"สร้างเสริมสุขภาพ" หรือ "ส่งเสริมสุขภาพ" เกิดขึ้นก่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากว่าสองทศวรรษ เห็นได้จากการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่ปี 2521 เป็นต้นมา โดยพยายามดึงภาคประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพร่วมด้วย (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2541) จากแนวคิดนี้กระทรวงสาธารณสุขเกิดความคิดว่าหากพัฒนาโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยให้บริการสุขภาพที่มีทรัพยากรมากที่สุดและมีค่าใช้จ่ายสูง ด้านรักษาพยาบาลสามารถปรับทิศทางจากเชิงรับไปเป็นเชิงรุก จากการรักษาพยาบาลที่ใช้เทคโนโลยีชั้นสูงและราคาแพงเกินความจำเป็น เป็นการเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ก็จะช่วยให้ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนไปได้เป็นจำนวนมาก จึงได้จัดทำโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขึ้นเมื่อปี 2531

องค์ประกอบของงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้านสำคัญๆ คือ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2541)

1. สุขอนามัยของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย
2. การผสมผสานงานดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นเข้ากับงานประจำของโรงพยาบาล
3. งานป้องกัน
4. งานสุขศึกษาและการฟื้นฟูสภาพ
5. งานสุขาภิบาลและการดูแลสภาพแวดล้อม
6. ความสัมพันธ์ของชุมชนกับสถาบันในสังคม

ในการดำเนินงาน "ส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล" กรมการแพทย์ได้มอบให้โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จังหวัดปทุมธานี นำนโยบายหลักของ "โรงพยาบาลแห่งสุขภาพ" ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการทางแพทย์เพื่อเป็นตัวอย่างแก่โรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป

ในระยะหลังๆ "โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ" เป็นที่รู้จักในนามของ "โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ" ตามนโยบายของรัฐบาลชุดปัจจุบัน การผลักดันนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจังของกระทรวงสาธารณสุขทำให้มีการมุ่งเน้นไปที่การทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีการส่งเสริมสุขภาพคนกลุ่มอายุต่างๆ และในสถานที่ต่างๆ เช่น ที่ทำงาน ชุมชน โรงเรียนและที่สาธารณะต่างๆ สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ(สคส.)ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมดำเนินงานด้านการปรับระบบบริการในโรงพยาบาลให้มีการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพผสมผสานไปกับการรักษาอย่างมีคุณภาพ

การพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมาได้ดำเนินการในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ต่อมาเมื่อมีนโยบายการปรับบริการที่สถานีอนามัยให้เป็นศูนย์แพทย์ชุมชน ดูแลสุขภาพด้านปฐมภูมิโดยให้มีการจัดการที่เน้นการสร้างนำซ่อม การดำเนินการข้างต้นมีการเผชิญปัญหาเหมือนกันในโรงพยาบาลทุกระดับ คือ เจ้าหน้าที่ยังเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพไม่ถ่องแท้(ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2545) อย่างไรก็ตามการก่อตั้งโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยได้พัฒนาบทเรียนที่นำไปสู่ความสำเร็จของการเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพได้ระดับหนึ่ง ณ ปัจจุบันโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ถือได้ว่าเป็นต้นแบบได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลแพร่และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

อาจสรุปได้ว่า สถานะสุขภาพจะสมบูรณ์ที่สุดเมื่อมีปัจจัยต่างๆ ประกอบกัน ดังเช่นที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นางสุดารัตน์ เกยุราพันธ์) กล่าวในวันสุดท้ายของการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545 เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2545 ว่า *"สุขภาพมีความหมายกว้างครอบคลุมไปถึงมิติทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ใช่แค่การป่วยไข้และได้รับการรักษา*

พยาบาลซึ่งหมายถึงการซ่อมสุขภาพเท่านั้น ระบบสุขภาพที่ดีจึงควรเป็นระบบที่ดูแลสุขภาพในทุกมิติ โดยเน้นการสร้างซึ่งหมายถึงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพนำหน้าการซ่อม สุขภาพจึงมิใช่งานที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพัง หากแต่เป็นเรื่องที่คนไทยทุกคน ทุกครอบครัว ทุกหน่วยงาน ทุกองค์กร ต้องมีส่วนร่วมดูแลรับผิดชอบร่วมกันด้วย"

2.2 การสร้างเสริมสุขภาพในช่วงเวลาต่าง ๆ

กล่าวได้ว่าในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้มีมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพดำรงอยู่คู่กับการบริการรักษามาช้านาน หากแต่ในแต่ละยุคสมัย ย่อมมีแนวคิดและกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามวิวัฒนาการของสังคม องค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งพอที่จะสรุปตามช่วงเวลาได้ดังนี้ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ,ม.ป.ป. อ้างในวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย)

1. ในช่วงแรกๆ หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้เริ่มมีการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยผ่านเครือข่ายสถานีอนามัยระดับตำบลและโครงการพิเศษต่างๆ โดยมุ่งที่การควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อ การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก การสร้างภูมิคุ้มกันโรค การโภชนาการและการสุขาภิบาล ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในขณะนั้น มีการรณรงค์โดยการใช้สื่อสุขศึกษา เน้นการให้ความรู้และการปรับพฤติกรรมส่วนบุคคล องค์กรพัฒนาเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วม เฉพาะอย่างยิ่งในการวางแผนครอบครัวโดยสมาคมวางแผนครอบครัวและสมาคมพัฒนาประชากร รวมทั้งการควบคุมวัณโรคโดยสมาคมปราบวัณโรค เครือข่ายบริการสาธารณสุขได้กระจายลงถึงระดับตำบลอย่างทั่วถึง และเป็นฐานกำลังสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จนสามารถลดอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคติดเชื้อต่างๆ ลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการ และลดอัตราการเพิ่มของประชากรได้ตามเป้าหมาย

2. ตั้งแต่ปี 2521 เป็นต้นมา ภายใต้การชูธง "สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543" ขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยได้ดำเนินกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานทั่วประเทศ โดยพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอและตำบลให้เข้มแข็ง และจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินโครงการสาธารณสุขมูลฐานระดับหมู่บ้าน ได้มีการขยายขอบข่ายปัญหาสาธารณสุขไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อุบัติเหตุ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การคลายเครียด การกินปลาดิบ การใช้ยาไม่เหมาะสม การติดยาเสพติด การดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันโรคเอดส์ มีการผลักดันให้เกิดกองทุนชุมชน เช่น กองทุนเวชภัณฑ์ กองทุนโภชนาการและศูนย์สาธารณสุขชุมชน ในเขตเมืองศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลก็ได้ดำเนินการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้น และมีลักษณะการทำงานเช่นเดียวกัน การรณรงค์ปัญหาสาธารณสุขใช้กลยุทธ์การให้สุขศึกษาผ่านสื่อมวลชน โดยเน้นการให้ความรู้และการปรับพฤติกรรมส่วนบุคคล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็คือประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดี

ขึ้น แต่ในด้านปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือบรรเทาลงมากนัก

3. แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ที่มีผลต่อการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ เกิดขึ้นหลังการจัดประชุมนานาชาติครั้งแรก ณ กรุงออตตาวา เมื่อปี 2529 ซึ่งมีการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อบรรลุเป้าหมายแห่ง "สุขภาพดีถ้วนหน้า" โดยมีเป้าหมายให้เกิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะต้องมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ไม่เฉพาะจากหน่วยงานที่ดูแลระบบบริการสาธารณสุข กลยุทธ์สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา 2529 ได้แก่

1) การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในทุกมิติ ทั้งทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและจิตวิญญาณ

3) ส่งเสริมกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง รวมทั้งการระดมทรัพยากรภายในชุมชนและโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการเรียนรู้ของชุมชน

4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล

5) ปรับเปลี่ยนบทบาทของระบบบริการสาธารณสุข ที่ต้องหันมาดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับบริการรักษาพยาบาล

นอกจากนี้ กระแสโลกาภิวัฒน์เฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีสารสนเทศ กระแสการเคลื่อนไหวประชาธิปไตย สิทธิมนุษยชน การคุ้มครองสิทธิเด็กและสตรี การคุ้มครองผู้บริโภค การอนุรักษ์ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาแบบยั่งยืน การพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ล้วนเป็นแรงหนุนให้เกิดผลดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืนต่อไปในอนาคต ประกอบกับกระแสปฏิรูปสังคมและการเมืองก็ทำให้ประชาชนมีสิทธิเสรีภาพและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากขึ้นด้วย

4. มีการจัดตั้ง "สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)" เมื่อปี 2543 งบประมาณการดำเนินงานของสำนักงานนี้ได้จากภาษีบุหรี่และแอลกอฮอล์ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ จะเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อโครงการสร้างเสริมสุขภาพในระดับประเทศ จากขีดความสามารถในการสนับสนุนงบประมาณและวิชาการ เพื่อการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรพัฒนาเอกชนและชุมชนต่างๆ ท่ามกลางกระแสความตื่นตัวในเรื่องสุขภาพของประชาชน

5. แนวทางในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ(สปรส.) และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ประกอบด้วย

1) การเร่งสร้างความเข้าใจและปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในเรื่องสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยปรับความคิดของทุกวงการหรือทุกภาคของสังคมให้เข้าใจความหมาย หลัก

การและกลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ เฉพาะอย่างยิ่งสร้างความตระหนักว่าสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นทรัพยากรสำคัญของการพัฒนาเศรษกิจและสังคม

2) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเร่งพัฒนางานของสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ให้เข้มแข็ง เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรกลางในการผลักดันแนวคิด นโยบาย แผนงาน มาตรการ การประสานงาน การพัฒนาองค์ความรู้ การจัดเวทีแลกเปลี่ยน การปรึกษาหารือและการประเมินผล รวมไปถึงการจัดตั้งองค์กรในระดับจังหวัด การพัฒนาและปรับบทบาทองค์กรในท้องถิ่น เป็นต้น

3) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ รวมทั้งตัวชี้วัด เพื่อเป็นแนวทางกำหนดนโยบาย แผนงานและการประเมินผล ในระยะยาวอาจมีการจัดตั้ง "สภาสุขภาพแห่งชาติ" โดยมีองค์ประกอบจากภาคต่างๆ

4) การผลักดันนโยบายด้านสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ โดยการพัฒนากลไกด้านนโยบายระดับชาติ เพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

5) การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพในระดับชาติ ซึ่งได้แก่ การปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรณรงค์เผยแพร่แนวความคิด ค่านิยมและความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อมวลชนและระบบการศึกษา การจัดสร้างสถานที่ออกกำลังกายและการจัดหาสื่อการศึกษาตลอดจนอุปกรณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพในราคาถูก เป็นต้น

6) การส่งเสริมกิจกรรมในชุมชนให้เข้มแข็ง เช่น การส่งเสริมด้านอาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การงดบุหรี่ เหล้า การจัดการกับความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาตนเอง การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์และอุบัติเหตุจราจร เป็นต้น

7) การปรับเปลี่ยนบทบาทของระบบบริการสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย จะต้องปรับปรุงคุณภาพบริการโดยยึดประโยชน์ของผู้บริการเป็นที่ตั้ง ระบบบริการสาธารณสุขจะต้องเอื้ออำนวยให้มีการจัดตั้ง "กลุ่มช่วยเหลือตนเอง" หรือ "กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน" สำหรับแต่ละกลุ่มโรค และสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองจนสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

8) พัฒนากำลังคนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแทรกแนวคิดและการปฏิบัติในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียน วิทยาลัยและมหาวิทยาลัยในทุกสาขาอาชีพ

9) การส่งเสริมบทบาทของสื่อมวลชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาชีพและภาคธุรกิจเอกชน ให้เข้าใจแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและเข้ามามีส่วนร่วม

10) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและศาสนาในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการใช้ประโยชน์จากหลักการและการปฏิบัติทางศาสนาเพื่อพัฒนาสุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณ

11) การพัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปของการทบทวนเอกสาร การทบทวนบทเรียนจากการปฏิบัติจริง การจัดเวทีเสวนา การประชุมวิชาการ การติดต่อสัมพันธ์กับต่างประเทศ เป็นต้น

2.3 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รัฐบาลได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายที่ได้แสดงไว้ต่อสภาผู้แทนราษฎร โดยเริ่มดำเนินการในพื้นที่ 6 จังหวัดตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 และครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศในวันที่ 1 เมษายน 2545 เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยบริการนั้นเป็นบริการที่ได้มาตรฐานและประชาชนพึงพอใจ เป็นบริการที่จัดให้โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เป็นการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ" (ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545)

การจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องอาศัยกลไกในการจัดการต่อไปนี้ (สวรส. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

1. ต้องเป็นนโยบายรัฐบาล(Policy Measure) เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐบาลในสังกัดเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างระบบ

2. ต้องออกเป็นกฎหมาย(Regulatory Measure) ที่มีผลในการปรับระบบและกลไกด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ

3. อาศัยกลไกการเงินการคลัง (Financial Measure) ที่มีการเสริมให้เกิดการปรับตัวในระบบ โดยการปรับระบบการตอบแทนและการอุดหนุนที่ตอบสนองต่อความต้องการ เมื่อผู้ให้บริการทำงานมากขึ้นจะได้รับการตอบแทนมากขึ้น

4. ต้องวางระบบการจัดการ(Management Measure) ให้เอื้ออำนวยต่อการทำงาน การปรับกลไกการจัดการให้สอดคล้องกับระบบทางการเงิน รวมทั้งมีการให้ระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อการปรับตัวของผู้ให้บริการ โดยได้รับการสนับสนุนอันเหมาะสมจากรัฐ

5. ต้องวางระบบการให้ความรู้และสื่อสารข้อมูล แก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิ(Educational Measure) เพื่อให้บุคลากรและผู้เกี่ยวข้องทราบบทบาทของตนภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำหรับผู้ให้บริการ ซึ่งหมายถึง แพทย์ พยาบาลและบุคลากรด้านสาธารณสุขมีมุมมองในด้านบวกเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 2 ลักษณะ(สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข: ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) ได้แก่

1. *ความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ* โดยการจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้ผู้ให้บริการได้รับทรัพยากรสนับสนุนที่สัมพันธ์กับภาระงาน ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินของผู้ให้บริการและระบบบริการสุขภาพในภาพรวม และมีความยั่งยืนของการจัดการบริการสุขภาพ

2. โอกาสในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การมีหลักประกันทางสุขภาพถ้วน-หน้าส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในด้านอื่นๆ นอกเหนือจากการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพ เช่น การซึมซับการเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อลดภาระของระบบบริการสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งเป็นการเกื้อหนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ สิทธิและความคุ้มครองของประชาชนในการรับบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุขและอนามัย อันจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต(สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัด กระทรวงสาสาธารณสุข,2545(แผ่นพับ))

การบริการทางการแพทย์ที่ได้รับ

คือ การบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ การสาธารณสุขและการอนามัย อันจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสมรรถ-ภาพและการอื่นใด เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้น โดยไปรับบริการได้ที่สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง และโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

สิทธิประโยชน์ของการรับบริการทางการแพทย์

ก. บริการทางการแพทย์ ที่ได้รับความคุ้มครองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย มีดังนี้

1. การตรวจและการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
2. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
3. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
4. การวางแผนครอบครัว
5. ยาต้านไวรัสเอดส์กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
6. การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
8. การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

9. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน

ข. การบริการทางการแพทย์ที่ผู้มีสิทธิต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นจำนวนเงิน 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ มีดังนี้

1. การตรวจ การวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง นับตั้งแต่การใช้สิทธิในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ

4. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

5. ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

6. การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

ค. บริการทางการแพทย์ที่ไม่อยู่ในความคุ้มครอง มีดังนี้

1. โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน (เนื่องจากมีงบประมาณเฉพาะ)

2. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด (เนื่องจากมีงบประมาณเฉพาะ)

3. อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

4. การรักษาภาวะผู้มีบุตรยาก

5. การผสมเทียม

6. การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

7. การตรวจวินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ของแพทย์

8 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน เกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

9. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

10 การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (Peritoneal Dialysis) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

11. ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้นกรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
12. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.4 การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(1) การปรับตัวด้านการบริการขององค์กรสาธารณสุข

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข(นางสุดารัตน์ เกยุราพันธ์) ให้สัมภาษณ์หนังสือพิมพ์รายวัน หลายฉบับเมื่อเดือนเมษายน 2545 ว่าจากการเดินทางไปติดตามผลการดำเนินการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคตามจังหวัดต่างๆ ทั้งภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ พบว่าขณะนี้โรงพยาบาลหลายแห่งมีการปรับตัวด้านการบริการ โดยทีมแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจระบบมากขึ้น เช่น เพิ่มงานบริการออกไปที่สถานีอนามัย และเข้าถึงบ้านประชาชนมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์หลายแห่งมีจำนวนลดลงกว่าในช่วงเดียวกันของปีที่ผ่านมาถึง 30 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง พร้อมกันปรับหอนอนผู้ป่วยเป็นสถานที่สร้างเสริมสุขภาพ ออกกำลังกาย และเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนให้บริการเบ็ดเสร็จที่จุดบริการเดียว และส่งแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ออกไปหมุนเวียนให้บริการที่สถานีอนามัยเครือข่าย 7 แห่ง นอกจากนี้ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสิงห์บุรีขนาด 60 เตียง แสดงประสิทธิภาพด้านการบริหารเงินเพื่อการส่งเสริมสุขภาพซึ่งจัดสรรในอัตรา 175 บาทต่อหัวโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกใช้ในการให้วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐาน การตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ส่วนที่ 2 เป็นงบใช้สำหรับควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในอำเภอ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยได้ค้นหาผู้ที่มีอาการและขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 1,054 ราย สามารถควบคุมอาการไม่ให้กำเริบมากขึ้นได้เป็นผลสำเร็จ

(2) การจัดสรรงบประมาณ

ในระยะเวลาต่อมา เมื่อเดือนสิงหาคม 2545 รัฐมนตรีท่านเดิมได้ให้สัมภาษณ์อีกว่า การจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายในโครงการ 30 บาทตามรายหัวที่ลงทะเบียน ทำให้มีบางพื้นที่ได้รับเงินงบประมาณสูงกว่าที่ได้รับเดิมถึง 50 – 80 เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากมีประชากรมากโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีมากถึง 221 แห่งจาก 720 แห่งทั่วประเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อโรงพยาบาลมีงบประมาณพอแล้ว ก็จะต้องเร่งพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน และงานที่ต้องเร่งทำควบคู่คือการสร้างสุขภาพรายบุคคล เมื่อมีการสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่องมั่นใจว่าจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะลดลงในอีก 2 – 3 ปีข้างหน้า ("ผู้จัดการรายวัน" เสาร์ – อาทิตย์,7 – 8 กันยายน 2545) และมีรายงานข่าวทางหนังสือพิมพ์ว่า 4 องค์กรแพทย์ได้ลงมติหนุนโครงการ 30 บาทประกอบด้วยแพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์

สภา กลุ่มสถาบันโรงเรียนแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรงพยาบาลเอกชนและกลุ่มภาคีวิชาชีพต่างๆ (“มติชนรายวัน” , 5 สิงหาคม 2545)

อย่างไรก็ตาม ความคิดเห็นที่ไม่เห็นด้วยก็มีไม่น้อย ส่วนใหญ่จะมองว่าเป็นนโยบายหาเสียงของรัฐบาล นอกจากนี้ก็มีความเห็นว่าเป็นนโยบายที่ถอยหลังเข้าคลองและผิดพลาด เพราะไม่จำเป็นที่จะให้เศรษฐีและผู้มีรายได้มากๆ หรือคนชั้นกลางที่ดูแลตัวเองได้ มารับบริการฟรี("มติชนรายวัน" 10 สิงหาคม 2545) บางความเห็นระบุว่านโยบาย 30 บาทมีผลกระทบต่อทั้งแพทย์และผู้ป่วย การผ่าตัดในโรงพยาบาลเล็กอันตราย แต่หมอจำเป็นต้องเสี่ยงผ่าเพื่อสงวนเงินงบประมาณ จรรยาแพทย์กำลังถูกทำลาย ข้อบ่งชี้ในการรักษาซึ่งถือปฏิบัติกันมาในวงการแพทย์เพื่อความปลอดภัยและความถูกต้องของวิชาชีพกลายเป็นเรื่องไม่สำคัญ เพราะกติกาเรื่องของ "เงินตัวเดียว" มีตัวอย่างของจักษุแพทย์ที่ถูกจัดเวรให้ออกตรวจหน่วย 30 บาท ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยโรคตาที่รอคิวตรวจคิวผ่าตัดเต็มไปหมด เขาไม่รู้จะให้ยาอะไรกับผู้ป่วยโรคผิวหนัง สตรีตกขาว หญิงมีครรภ์ คนชราปวดเข่า เลยต้องลาออกทั้ง ๆ ที่ทำงานมา 20 ปีที่บ้านเกิด เมื่อมีหมอลาออก หมอที่เหลือก็ต้องรับภาระงานมากขึ้น ("มติชนรายวัน", 10 สิงหาคม 2545)

(3) ผลกระทบต่อแพทย์

คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมของแพทย์สภาได้เสนอผลการศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมของแพทย์ เกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคไว้ใน "แพทย์สภาสาร" ฉบับวันที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2546 การศึกษาข้างต้นกระทำโดยส่งแบบสอบถามถึงแพทย์ทุกคนทั่วประเทศ 25,885 คน ได้รับคำถามส่งกลับที่นำมาวิเคราะห์ได้ 5,506 ฉบับหรือร้อยละ 21.27 จำนวนแพทย์ชายและแพทย์หญิงตอบกลับในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แพทย์ทั่วไปตอบกลับมากที่สุด(ร้อยละ 29.4) ความเห็นของแพทย์เกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคคือ เห็นด้วยเป็นอย่างมากร้อยละ 23.2 เห็นด้วยปานกลางร้อยละ 36.2 เห็นด้วยน้อยร้อยละ 38.4 สำหรับรูปแบบที่ดำเนินการอยู่ร้อยละ 3.9 ของแพทย์ที่ตอบเห็นด้วยเป็นอย่างมาก ร้อยละ 18.5 เห็นด้วยปานกลางและร้อยละ 75.2 เห็นด้วยน้อยมาก

แพทย์จำนวน 3,608 รายหรือร้อยละ 66 ของผู้ตอบทั้งหมดให้ความเห็นว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมีปัญหาเพราะความล่าช้าในการเบิกจ่ายเงินให้สถานพยาบาล การส่งต่อที่ต้องตามจ่ายเงิน ระบบข้อมูลที่ผิดพลาดไม่ถูกต้อง การขอรับบริการโดยไม่จำเป็น ทำให้งานเพิ่มและมีผลต่อคุณภาพในระยะยาว

ในส่วนที่กระทบถึงการปฏิบัติงานของแพทย์ พบว่า ร้อยละ 59.6 ของแพทย์ที่ตอบกลับมาได้รับนโยบายจากผู้บริหารให้ลดค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ลง และร้อยละ 52.9 ปฏิบัติตามนโยบายที่ได้รับจากผู้บริหาร ร้อยละ 39.0 ตอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการรักษา มีเพียงร้อยละ 5.4 ที่ตอบว่าเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ในด้านความเป็นอิสระในการเลือกวิธีการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพร้อยละ 54.4 ตอบว่าน้อยลง ร้อยละ 39.9 ตอบว่า

เหมือนเดิม ในด้านผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลร้อยละ 67.3 ตอบว่าลดลง ร้อยละ 13.2 ตอบว่าเหมือนเดิมและมีเพียงร้อยละ 6.7 ที่ตอบว่าดีขึ้น

ปัญหาอีกประการหนึ่งซึ่งควรตั้งเป็นข้อสังเกตไว้ คือ การผ่านพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2545 เพื่อรองรับการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้สร้างความสับสนและเข้าใจยากแก่ประชาชนพอสมควร ทั้งนี้เพราะกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพมี 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งให้นิยามคำว่า "สุขภาพ" ที่กว้างขวาง ครอบคลุมและชัดเจน กับอีกฉบับหนึ่งคือพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งร่างขึ้นตามแนวนโยบายของรัฐบาล โดยความน่าจะเป็นแล้วพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติควรมีการประกาศใช้ก่อน เนื่องจากจะเป็นการสนับสนุนปรัชญา "สร้างนำซ่อม" ถือว่าโรงพยาบาลคือที่ซ่อมสุขภาพ แต่การสร้างสุขภาพต้องสร้างที่ตัวบุคคลและชุมชน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติยกร่างก่อนพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขณะนี้อยู่ระหว่างเสนอร่างให้ประชาชนร่วมแสดงความคิดเห็นในขั้นสุดท้าย ก่อนนำร่างเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎร จึงเท่ากับว่าพระราชบัญญัติ "ซ่อมถ้วนหน้า" เกิดก่อนพระราชบัญญัติ "สร้างนำซ่อม" ซึ่งเป็นเสมือนธรรมนูญทางด้านสุขภาพที่กำหนดทิศทางเรื่องสุขภาพในสังคมไทยให้เด่นชัดและสร้างความเข้าใจในหลักการ "สร้างนำซ่อม" ที่สมบูรณ์ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2545)

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้นิยามคำว่า "บริการสาธารณสุข" ว่าเป็นบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยรวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น การดำเนินงานอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งขึ้นเพื่อดูแลค่าใช้จ่าย รวมทั้งสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่องค์กรชุมชนและภาคเอกชนที่ร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

การประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งจัดสรรโดยอิงจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ซึ่งต่างไปจากการจัดสรรงบประมาณแบบเดิมซึ่งดูจำนวนเตียงผู้ป่วยเป็นหลัก ผลกระทบที่เห็นได้ชัดคือ กระทบต่อหน่วยบริการของรัฐ ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนระบบบริหารเสียใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับ นอกจากนี้ บทบัญญัติของกฎหมายนี้ยังเปิดช่องให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขคือ แพทย์ถูกฟ้องร้องในกรณีที่เกิดผลไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงในผู้ป่วยบางรายหรือไม่พอใจในการให้บริการของแพทย์ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์สูญเสียรายได้จากเดิม หากไม่ได้รับการแก้ปัญหาโรงพยาบาลระดับนี้จะขาดงบประมาณในการพัฒนาทุกด้าน บริการต่างๆ จะถูกจำกัดคุณภาพ ขวัญและกำลังใจของบุคลากรทุกระดับถูกตัดทอน (นิตยา

วงศ์เสงี่ยม, 2545) ซึ่งรายละเอียดในประเด็นนี้จะรวมไว้ในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องขวัญและกำลังใจของบุคลากรทางแพทย์โดยตรง

2.5 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในต่างประเทศ

คณะผู้วิจัยได้ทบทวนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในบางประเทศ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของแพทย์ในระบบดังกล่าวเป็นหลัก โดยได้พบข้อมูลดังนี้(รายงานนักศึกษาปริญญาโทในวิชาสัมมนาสังคมสงเคราะห์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มธ.,2545)

<u>ประเทศออสเตรเลีย</u> มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ Medicare โดยประชาชนได้รับการคุ้มครองตาม Medicare Benefits Scheme (MBS) และ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) ขั้นตอนการรับบริการผู้ป่วยต้องพบแพทย์ก่อน หากต้องการบริการโรงพยาบาลต้องได้รับการส่งต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติ แพทย์เวชปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน ให้บริการในคลินิกโดยขึ้นทะเบียนกับ Medicare และสามารถเป็นคู่สัญญากับโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนได้ ส่วนแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลและเป็นลูกจ้างรัฐ

<u>ประเทศอังกฤษ</u> ประชาชนของประเทศอังกฤษมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการโดยมีการบริการสุขภาพแห่งชาติ(National Health Service) เป็นหน่วยงานหลักบริการโดยภาคเอกชนมีน้อย และเป็นเพียงบริการเสริมของภาครัฐ ประชาชนส่วนใหญ่จะขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ขึ้นทะเบียนไว้กับ National Health Service โดยสามารถเลือกหรือเปลี่ยนแปลงได้ แพทย์เวชปฏิบัติเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาล

<u>ประเทศเยอรมันนี</u> กฎหมายกำหนดให้คนทำงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับหนึ่ง ต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (Sickness Fund) ซึ่งจัดโดยองค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรภายใต้กำลังรัฐบาล โดยสมาชิกต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนตามสัดส่วนของรายได้ ส่วนประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กฎหมายกำหนดสามารถเลือกไปประกันตนกับเอกชนได้ ข้าราชการสามารถเลือกว่าจะสมัครเป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วยหรือซื้อประกันจากเอกชนก็ได้ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลได้โดยตรง ต้องผ่านระบบการส่งต่อจากแพทย์ที่ตนขึ้นทะเบียน

<u>ประเทศนิวซีแลนด์</u> ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด เป็นของรัฐและบริหารโดยองค์กรเดียวคือ Health Funding Authority ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการรายเดียว โดยทำสัญญาซื้อกับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน บริการปฐมภูมิจัดโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งปฏิบัติงานอย่างเป็นอิสระ บริการในโรงพยาบาลใช้ระบบส่งต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกบริการนอกเหนือจากที่จัดให้แต่ต้องจ่ายบริการเอง

<u>ประเทศญี่ปุ่น</u> ระบบประกันสุขภาพแบบบังคับแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employment Based) และระบบประกันสุขภาพในชุมชน (Community - Based

Insurance) หรือที่เรียกว่าระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ประชาชนสามารถเลือกไปใช้บริการทางแพทย์ในสถานพยาบาลที่ตนพอใจได้อย่างอิสระ สถานพยาบาลของรัฐจ่ายค่าตอบแทนแพทย์เป็นเงินเดือนและต้องพึ่งตนเอง เพราะงบประมาณทั้งหมดที่ได้รับขึ้นอยู่กับรายได้ของสถานพยาบาลในปีที่ผ่านมา

<u>ประเทศเกาหลีใต้</u> มีระบบประกันสุขภาพแบบบังคับ กำหนดเบี้ยประกันในอัตราต่ำและชุดสิทธิประโยชน์มีลักษณะจำกัด งบประมาณมาจากการจ่ายเบี้ยประกันของผู้รับบริการ นายจ้างสมทบเบี้ยประกันด้วย รัฐให้เงินสนับสนุนและจ่ายในโครงการช่วยเหลือผู้ยากจน แพทย์ที่ทำงานในคลินิกปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทาง บริการภายในโรงพยาบาลเป็นระบบเบ็ดเสร็จมีบุคลากรของตนเองในการให้บริการ

จากรายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ ..... โดยเสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ (2544) ซึ่งได้ประมวลและกลั่นกรองประสบการณ์ระบบหลักประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ เพื่อเสนอรูปแบบการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย ได้สรุปประเด็นในส่วนที่อาจนำมาพิจารณาประกอบการศึกษาเรื่อง "พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพ" นี้ได้ นับตั้งแต่ข้อสรุปที่ว่า วัตถุประสงค์หลัก 2 ประการของการปฏิรูปสุขภาพ คือ การขยายหลักประกันสุขภาพหรือการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า และการควบคุมค่าใช้จ่าย ประเทศส่วนใหญ่ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการปฏิรูป หมายความว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบบังคับ อย่างไรก็ตามประสบการณ์ของประเทศต่างๆ ชี้ให้เห็นว่าการผ่านกฎหมายประกันสุขภาพไม่ได้เป็นหลักประกันของการมีสุขภาพที่ดี การผลักดันในขั้นตอนการนำไปปฏิบัติมีความสำคัญมากต่อการบรรลุผลสำเร็จ สำหรับประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น เยอรมันนี อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ไต้หวันและสิงคโปร์ แม้ว่าประชาชนทุกคนจะมีสิทธิเท่าเทียมกันตามข้อกำหนดหรือกฎหมายเพื่อการนี้ แต่โดยทั่วไปกลุ่มผู้มีรายได้น้อยผู้อาศัยอยู่ในชนบทที่ห่างไกลก็ยังมีความด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการอยู่ อย่างไรก็ดีพบว่าระดับความพึงพอใจของประชาชนในประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี

รายงานการศึกษาข้างต้นได้ให้ความเห็นไว้ด้วยว่า การปฏิรูปสุขภาพเกี่ยวข้องกับการจัดความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างใหม่ ซึ่งย่อมต้องกระทบต่อผู้เกี่ยวข้องหลักของระบบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลของการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อแต่ละกลุ่ม ย่อมมีส่วนอย่างสำคัญที่ส่งผลให้แต่ละกลุ่มเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น การวิเคราะห์ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการในประเด็นสิทธิประโยชน์และภาระรับผิดชอบ จะช่วยให้สามารถชี้ผลกระทบของการปฏิรูปต่อผู้รับบริการ ส่วนการวิเคราะห์ความเป็นเจ้าของบริการของผู้ให้บริการย่อมช่วยให้เห็นถึงอำนาจที่รัฐมีต่อผู้ให้บริการ และความยากง่ายในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในส่วนของการให้บริการและการกำหนดระบบค่าตอบแทน เป็นต้น ความสำเร็จของการปฏิรูปขึ้นอยู่กับการยอมรับและการให้

ความร่วมมือของกลุ่มพลังต่างๆ ในสังคมทั้งผู้บริโภค ผู้ให้บริการและรัฐบาลรวมทั้งความพร้อมในการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ

2.6 ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

รายงานพิเศษของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(สปรส.) ได้เสนอ "ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ" ไว้ในวารสารหมออนามัยฉบับที่ 6 (พฤษภาคม – มิถุนายน 2544) ในส่วนที่เกี่ยวกับระบบกำลังคนด้านสุขภาพว่า การลงทุนเรื่องกำลังคนในระบบสุขภาพมีความสำคัญ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงและมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพได้มาก เพราะเป็นผู้ดำเนินการในระบบโดยตรง ดังนั้นระบบสุขภาพที่ดีจะต้องมีระบบกำลังคนที่ดี ดังนี้ (เลือกมาเพียงบางส่วนที่มีผลโดยตรง)

1. ให้รัฐจัดสรรทรัพยากร สนับสนุนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ

2. ให้รัฐจัดให้มีระบบการคัดเลือกบุคคล เพื่อผลิตและพัฒนาเป็นกำลังคนด้านสุขภาพ ส่งเสริมโอกาสให้กับบุคคลในท้องถิ่น/ชุมชนเข้ารับการศึกษา เพื่อกลับไปปฏิบัติงานในภูมิสำเนาเดิมหรือท้องถิ่นที่มีความจำเป็น

3. ให้รัฐส่งเสริม สนับสนุนและกำหนดมาตรการที่จำเป็น เพื่อให้มีการจัดสรรและกระจายกำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความแตกต่างในแต่ละพื้นที่เพื่อลดช่องว่างของความขาดแคลน เปิดโอกาสและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิดด้วย

4. ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติดูแลนโยบาย ทิศทางและแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และจัดให้มีกลไกในกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่กำกับดูแลระบบกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวม พัฒนาวิชาการและสร้างมาตรฐานงานที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ

5. ให้รัฐสนับสนุนองค์กรวิชาชีพเพื่อทำหน้าที่พัฒนาวิชาชีพ ทั้งด้านวิชาการ ด้านคุณธรรม จริยธรรมและเพื่อเป็นกลไกคุ้มครองผู้บริโภคอีกทางหนึ่งด้วย

อนึ่ง ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ ..... มาตรา 83 ระบุว่า "บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพ" และมาตรา 84 ระบุว่าการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ให้มีแนวทางและมาตรการดังนี้

1. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการวางแผนบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกระดับให้สอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

2. สนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ ในการผลิต พัฒนา และรักษาไว้ซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดสำหรับสาธารณะและเพื่อให้เกิดการกระจายที่ดี

3. ส่งเสริมสนับสนุนระบบการผลิต ที่ให้บุคคลจากชุมชนท้องถิ่นต่างๆ มีโอกาสเข้าศึกษาและพัฒนาเป็นบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อไปทำงานในท้องถิ่นของตนเอง

4. สนับสนุนการจัดตั้งองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขสาขาต่างๆ โดยให้มีกฎหมายรองรับ สนับสนุนให้มีกระบวนการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขต่างๆ โดยเปิดช่องทางให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

5. แนวทางและมาตรการอื่นๆ ที่เหมาะสม

แต่เนื่องจากร่างพระราชบัญญัติข้างต้นยังไม่มีการประกาศใช้แนวทางและมาตรการดังกล่าวจึงยังไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมได้

ณ เดือนมีนาคม 2545 สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแพทย์ปฏิบัติงานทั้งสิ้น 9,614 คน 70 เปอร์เซ็นต์ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง ที่เหลือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 716 แห่ง แพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาในปี 2545 จะเน้นจัดสรรไปให้โรงพยาบาลชุมชนให้เพียงพอต่อการให้บริการตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยกำหนดเป้าหมายการจัดสรรให้ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ทุกสาขาภายในปี 2550 ซึ่งแพทย์ 1 คน จะดูแลประชากร 10,000 คน ทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 20,000 คนและเภสัชกร 1 คนดูแลประชากร 10,000 คน

กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาแพทย์ขาดแคลนใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะปรากฏว่าแพทย์ที่จบใหม่ในวันที่ 1 เมษายน 2545 ไม่มีใครเลือกที่จะไปทำงานในพื้นที่ภาคใต้เลย ขณะที่แพทย์ที่มีอยู่เดิมก็มีแต่ย้ายออกไป กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เตรียมแก้ไข 3 มาตรการ คือ 1) จะให้โควต้าแพทย์ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้สามารถเรียนเพิ่มเติมในสาขาเฉพาะทางได้ แต่หลังจากเรียนจบแล้ว จะต้องทำงานใช้ทุน 3 ปี 2) เพิ่มเงินพิเศษให้แก่แพทย์ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้อีก 10,000 บาทต่อเดือนและ 3) จะจัดโควต้าการเรียนแพทย์ให้คนในท้องถิ่นมากขึ้น เพื่อให้กลับไปทำงานในพื้นที่ของตน(“กรุงเทพธุรกิจ”, 31 มีนาคม 2545)

หลังจากที่รัฐบาลได้ดำเนินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคมาได้ 1 ปีเต็ม ได้เพิ่มเป้าหมายเป็น 5 เป้าหมาย 14 มาตรการของการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในส่วนที่เกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์นั้นมีมาตรการที่ 3 คือการปรับการกระจายบุคลากรให้เหมาะสมขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลน และมาตรการที่ 5 คือการส่งเสริมขวัญและกำลังใจของบุคลากร ด้วยการปรับเกลี่ยแพทย์พยาบาลและบุคลากรตามสารสนเทศภูมิศาสตร์ด้วยความสมัครใจ การเร่งทำความเข้าใจโดยเร็วกับผู้รับและผู้ให้บริการ ตลอดจนให้ความมั่นใจในการได้รับเงินเดือนและสวัสดิการที่จำเป็น ("ผู้จัดการ",3 กันยายน 2545)

ชมรมแพทย์ชนบทได้เตือนรัฐบาลว่า การกระจายแพทย์โดยไร้ทิศทางอาจทำให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้มเหลวได้ โดยให้ข้อมูลว่าโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศรับผิดชอบประชากร 38 ล้านคน แต่มีแพทย์เพียงร้อยละ 31 ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์รับผิดชอบประชากร

13 ล้านคนมีแพทย์ถึงร้อยละ 69 ชมรมแพทย์ชนบทได้เรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขสนใจเรื่องการกระจายแพทย์ การกระจายกำลังคนและการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม ควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบงบประมาณ เพราะเป้าหมายสุดท้ายที่จะนำไปสู่จุดสัมผัสบริการสุขภาพที่แท้จริงคือการนำงบประมาณที่กระจายอย่างเสมอภาคไปจ้างบุคลากรและจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ที่จำเป็น เพื่อนำไปบริการสุขภาพประชาชน หน่วยบริการแม้จะมีงบประมาณแต่ไม่มีแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรอื่นๆ ไปให้บริการ ก็เหมือนกองทัพมีเงินแต่ไม่มีทหารและอาวุธไปรบกับศัตรูที่เพิ่มขึ้นทุกๆ วัน ("กรุงเทพธุรกิจ", 3 ธันวาคม 2545)

ประธานชมรมแพทย์ชนบทกล่าวถึงมาตรการใหม่ 15 ข้อ ของมาตรการปฏิรูประบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมาตรการที่จะให้ความมั่นใจในการได้รับเงินเดือนและสวัสดิการที่จำเป็นโดยการตัดเงินเดือนที่ระดับจังหวัดว่า การตัดสินใจของรัฐบาลให้ตัดเงินในระดับจังหวัดเป็นเพียงการลดความกดดันจากกลุ่มเจ้าหน้าที่ในระดับจังหวัด โดยมิได้พิจารณาถึงผลดีที่เคยมีจากการตัดเงินเดือนระดับเครือข่ายที่ปฏิบัติอยู่เดิม ซึ่งกระจายงบประมาณตามจำนวนประชากรซึ่งส่งเสริมการกระจายบุคลากรในพื้นที่ที่มีบุคลากรเกินความจำเป็นไปสู่พื้นที่ที่มีประชากรมาก ("กรุงเทพธุรกิจ" , 4 พฤศจิกายน 2545)

เมื่อต้นเดือนธันวาคม 2545 6 ชมรมบุคลากรด้านสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วย ชมรมเภสัชชนบท ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมทันตสาธารณสุข ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ชมรมทันตสาธารณสุขภูธรและชมรมพนักงานของรัฐสายแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ได้ยื่นหนังสือต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ยืนยันความคิดเห็นกรณีบรรจุพนักงานของรัฐทุกคนเป็นข้าราชการพลเรือนพร้อมกันทั้งหมด จากนั้นค่อยมากำหนดหลักเกณฑ์ให้มีการกระจายที่เหมาะสมไปสู่ชนบทตามความขาดแคลนของแต่ละพื้นที่ โดยเน้นด้วยว่าถ้าไม่สามารถบรรจุได้ทั้งหมดก็ไม่ต้องบรรจุเลยแม้แต่คนเดียว เพราะการบรรจุแค่เพียงบางส่วนอาจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้เท่านั้น ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ไม่ยั่งยืน และมีผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาอย่างมากมายเฉพาะอย่างยิ่งพนักงานของรัฐที่ไม่ได้รับการบรรจุจะเสียกำลังใจ ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติงานและเสี่ยงต่อการไหลออกนอกระบบของวิชาชีพสาธารณสุข ซึ่งเป็นวิชาชีพที่ยังประสบปัญหาความขาดแคลนอยู่ในขณะนี้ นอกจากนั้นยังอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพเดียวกัน อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานเป็นทีมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการทำงานด้านสุขภาพ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ("กรุงเทพธุรกิจ" , 9 ธันวาคม 2545)

2.7 ค่าตอบแทน มาตรการจูงใจ ขวัญและกำลังใจบุคลากรการแพทย์

กลุ่มแพทย์ซึ่งขับเคลื่อนแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนเป็นผลสำเร็จถือหลักการว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพและการประกอบกิจการด้านสุขภาพควรได้รับผลตอบแทนที่เหมาะ

สม สมเหตุสมผล ด้วยระบบที่สามารถตรวจสอบและอธิบายให้สังคมยอมรับได้ สมกับศักดิ์ศรีความรู้ความสามารถ และสิ่งที่ได้ลงทุนลงแรงไป (สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543)

สำหรับการให้ผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่กระทรวงสาธารณสุขให้แก่แพทย์ที่ทำงานในถิ่นทุรกันดาร ซึ่งเป็นการสนองนโยบายกระจายบริการสาธารณสุข และโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า กำหนดว่าแพทย์จบใหม่เงินเดือน 8,000 บาท ถ้าไปทำงานในพื้นที่กันดารจะได้รับเงินเดือน 20,000 บาทและค่าอยู่เวรอีกอย่างน้อย 9,000 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ยังจะได้เงินจากการที่แพทย์ไม่ทำเวชปฏิบัติหรือเปิดคลินิกส่วนตัวอีก 10,000 บาทต่อเดือน ("กรุงเทพธุรกิจ",31 มีนาคม 2545)

เสียงวิพากษ์วิจารณ์ผ่านหน้าสื่อสิ่งพิมพ์เกี่ยวกับจุดอ่อนของโครงการ 30 บาทประการหนึ่งก็คือ ปัญหาขวัญและกำลังใจของผู้ให้บริการโดยเฉพาะในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ โครงการนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริหารค่อนข้างมาก การเน้นประสิทธิภาพของการใช้จ่ายงบประมาณที่รวมเงินเดือนของผู้ให้บริการในค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดความหวั่นไหวในด้านความมั่นคงต่ออาชีพของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานอยู่ ข้อเสนอของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ในหนังสือพิมพ์ "มติชนรายวัน" ฉบับวันที่ 16 กันยายน 2545 มีว่าการเพิ่มขวัญและกำลังใจของบุคลากรผู้ให้บริการควรปรับการจัดการ ให้มีการประกันความมั่นคงของการได้รับเงินเดือนและสวัสดิการต่างๆ ไปอยู่ที่ระดับจังหวัดหรือที่ระดับ 2 – 3 จังหวัดรวมกัน ในกรณีที่เป็นจังหวัดที่มีประชากรขึ้นทะเบียนน้อย จะทำให้บุคลากรผู้ให้บริการเกิดสุขและมีความมั่นใจในการให้บริการมากขึ้น นอกจากนี้ควรจะมีการเพิ่มมาตรการที่ชัดเจนในแง่ของการให้แรงจูงใจตามผลงานที่ได้ดำเนินการทั้งในด้านความก้าวหน้าและในด้านค่าตอบแทน ซึ่งจะทำให้ผู้ทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพมีความแตกต่างที่ชัดเจนจากผู้ที่ยังทำงานอย่างขาดประสิทธิภาพอยู่ แรงจูงใจในที่นี้ไม่ควรจะจำเพาะแต่แรงจูงใจในด้านเงินแต่เพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการให้การยกย่องและการถือเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้ให้บริการด้วย นอกจากนี้ควรมีการปรับกระจายบุคลากรแก่พื้นที่ขาดแคลนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น โดยการปรับการกระจายบุคลากรจบใหม่หรือที่จะรับใหม่ให้กระจายสู่พื้นที่ที่ขาดแคลนมากขึ้น

อัมมาร สยามวาลา, ดร.("มติชนรายวัน", 6 พฤษภาคม 2546) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกระจายทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ว่า เป็นเรื่องยาก โดยให้เหตุผลว่าการให้บริการแก่ผู้ป่วยในมาตรฐานที่ดีพอ คือ ไม่เป็นขั้นสองหรือการสงเคราะห์นั้นจะต้องให้ค่าตอบแทนแก่แพทย์อย่างเพียงพอ เพื่อให้แพทย์ไม่จำเป็นต้องหารายได้จากภาคเอกชนอย่างน้อยก็ในเขตที่ห่างไกลความเจริญ หรือไม่เช่นนั้นก็ให้มีระบบเงินเดือน 2 ระบบ ระบบหนึ่งแพทย์จะได้เงินเดือนสูงกว่าปัจจุบันมาก แต่มีเงื่อนไขว่าจะต้องทำงานเต็มเวลาให้ราชการ ไม่เปิดคลีนิคส่วนตัวหรือทำงานให้โรงพยาบาลเอกชน การปรับรายได้ของแพทย์ด้วยวิธีนี้เท่ากับการที่รัฐ

จะใช้กำลังซื้อของตนแย่งแพทย์จากภาคที่รักษาคนมีฐานะดีมารักษาคนที่สังคมเห็นว่าควรจะได้รับการรักษามากกว่า ต้นทุนสำหรับภาครัฐจะสูงแต่จำเป็นโดยที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

คณะผู้วิจัยมีความเชื่อว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญแก่บุคลากรด้านสาธารณสุขและมุ่งที่จะแก้ปัญหาต่างๆ อย่างไรก็ตามทันที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2545 ประกาศใช้ ก็ปรากฏว่ามีเสียงวิพากษ์วิจารณ์ และความเคลื่อนไหวที่ไม่เห็นด้วยกับมาตรา 44 และ45 ของพระราชบัญญัติที่ส่งเสริมให้มีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากความผิดพลาดในการให้บริการ ทำให้ผู้ให้บริการซึ่งรวมถึงแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์ นักกายภาพบำบัด รวมทั้งบุคลากรอื่นในหน่วยบริการสุขภาพ เกิดความอึดอัดและลำบากใจในการให้บริการ ทำให้หวาดระแวงเพราะไม่ทราบว่าเมื่อใดจะถูกร้องเรียนว่าไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร ทำให้สัมพันธภาพของผู้รับและผู้ให้บริการมีปัญหา เมื่อผู้ปฏิบัติงานไม่มีความสุขในการทำงานก็ยากที่จะทำให้เกิดคุณภาพในการให้บริการ กลุ่มวิชาชีพแพทย์จะเป็นวิชาชีพที่เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมากที่สุด การรักษาของแพทย์ไม่สามารถรับประกันว่าจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แม้แต่แพทย์ที่มีชื่อเสียงเก่งที่สุดในโลก ก็มีโอกาสผิดพลาดจากการรักษาได้ทั้งสิ้น("มติชนรายวัน", 8 ตุลาคม 2545)

มาตรา 44 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความคุ้มครองผู้ป่วยโดยให้กันเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพไม่เกินร้อยละ 1 ไว้ช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้วินิจฉัยการจ่ายเงินประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ กรรมการอื่นประกอบด้วย ประธานสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ 6 คน นายกสภาทนายความ นายกสภาการหนังสือพิมพ์แห่งชาติ ผู้แทนเทศบาล 1 คน ผู้แทนอบต. 1 คน ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม เภสัชกรรมและเวชกรรมวิชาชีพ 1 คน ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ 1 คน ผู้แทนองค์กรเอกชนที่มิใช่เป็นการแสวงหากำไร 5 คน ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งครม. แต่งตั้ง 4 คน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย 1 คน รวมทั้งหมด 21 คน

แพทย์บางท่านให้ความเห็นผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ว่า ("มติชนรายวัน" , 6 สิงหาคม 2545) คณะกรรมการชุดนี้ส่งเสริมให้มีการฟ้องร้องเหมือนทนาย กำหนดหลักเกณฑ์รับการฟ้องร้องและวิธีการพิจารณาคดีเหมือนสภา พิจารณาความผิดเหมือนศาล กำหนดการลงโทษเหมือนกรมราชทัณฑ์ มีอำนาจเบ็ดเสร็จในตัวเองทั้งหมด ถ้าจะให้ถูกหลักควรจะต้องประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิในวิชาการแพทย์ เช่นเดียวกับศาลรัฐธรรมนูญที่คณะกรรมการย่อมต้องเป็นผู้ทรงความรู้ทางกฎหมายรัฐธรรมนูญ กรรมการชุดนี้แพทย์เป็นเสียงข้างน้อย 4 ใน 21 คน หรือถ้ารวมวิชาชีพข้างเคียงที่จะเข้าใจแพทย์ก็จะมีเพียง 8 ใน 21 คน ทั้งๆ ที่การพิพากษาความถูกผิดทางแพทย์จะมีราย

ละเอียดและความสลับซับซ้อนทางวิทยาการมากมาย การพิพากษาไปตามกระแสสังคม แพทย์ พยาบาลและโรงพยาบาลเองไม่น่าจะได้รับความยุติธรรม

2.8 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจและพฤติกรรมซึ่งเป็นผลจากแรงจูงใจ

"แรงจูงใจ" หมายถึง สภาวะหรือกระบวนการ หรือปัจจัยใดๆ ก็ตามที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมที่เกิดจากการจูงใจมักจะเป็นพฤติกรรมที่มีพลังเข้มข้นมากกว่าพฤติกรรมธรรมดา เป็นพฤติกรรมที่มีทิศทางของการกระทำว่าต้องดำเนินในแนวนั้นแนวนี้จึงจะบรรลุความสำเร็จ และเป็นพฤติกรรมที่ผู้กระทำมีเป้าหมายชัดเจน ไม่ใช่การกระทำที่ดำเนินไปเรื่อยๆ การคาดหวัง (Expectancy) หรือการตั้งความหวังล่วงหน้าของบุคคล ก็นับเป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมอีกประการหนึ่ง ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการทำงานให้ได้ผลดี เพราะตระหนักว่าถ้าทำได้ผลดีจะได้รับผลตอบแทนหรือความสำเร็จ พฤติกรรมหนึ่งๆ อาจเกิดจากแรงจูงใจหลายอย่างผสมผสานกัน (ปราณี รามสูตร,2542)

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา เรื่อง "พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" นี้ แนวคิดและทฤษฎีที่ใกล้เคียง ได้แก่ แนวคิดและทฤษฎีต่อไปนี้

1. ทฤษฎีสองปัจจัย (Two Factors Theory) ของ Frederick Herzburg ให้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่สร้างความพอใจและปัจจัยด้านอนามัย ไว้ดังนี้ (อ้างในเสนาะ ติเยาว์, 2544)

ปัจจัยที่สร้างความพอใจ (Satisfier factor) ได้แก่

1. ความรู้สึกที่ทำให้เกิดความสำเร็จ
2. ความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ
3. ความรู้สึกรับผิดชอบ
4. ความก้าวหน้าในการทำงาน
5. ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบงานนั้น

ส่วนปัจจัยด้านอนามัย (Hygiene factor) ได้แก่

1. สภาพการทำงาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
3. นโยบายและการบริหารขององค์การ
4. ความรู้ความสามารถของผู้บังคับบัญชาโดยตรง
5. ค่าตอบแทนหรือเงินเดือนขั้นพื้นฐาน

ทั้งนี้ Herzburg (อ้างในเทพพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ, 2529 : 60) ได้แนะว่า เงินเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่พอใจมากกว่าที่จะเป็นแรงจูงใจ

2. แนวคิดของ Mc. Dougall (เอกสารประกอบการสอนของ มสธ. , 2539) ให้แนวคิดเห็นว่า ความต้องการต่าง ๆ ของมนุษย์นั้นมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกหรืออารมณ์ และเมื่อคนเรารู้สึกมีความต้องการแล้ว ก็จำเป็นต้องแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเพื่อที่จะทำให้ถึงหรือบรรลุความต้องการนั้น พฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอกดังกล่าวเกิดจากสิ่งเร้า(Stimulus)ที่มากระตุ้นให้ตัวบุคคลแสดงปฏิกริยาโต้ตอบ

3. แนวคิดของ Harold J. Leavitt (อ้างในธงชัย สันติวงษ์,2539) เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์จะเป็นไปโดยมีข้อสมมติฐาน 3 ประการที่สัมพันธ์กันอยู่ ได้แก่

1. พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็โดยที่ต้องมีสาเหตุมาทำให้เกิด (Behavior is Caused)
2. พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็โดยที่มีแรงกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่งมาทำให้เกิด (Behavior is Motivated)
3. พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะเป็นไปโดยมีจุดมุ่งหมายเสมอ (Behavior is Goal-Directed)

กระบวนการของพฤติกรรมของคนจะมีลักษณะเหมือนกันทุกคน แต่แบบของพฤติกรรมที่แสดงออกของแต่ละคนจะมีลักษณะแตกต่างกันอย่างมากมาย ความแตกต่างนี้อาจจะสืบเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการด้วยกัน เช่น ความแตกต่างในเชาว์ปัญญา ความสามารถ ทัศนคติ ความสนใจและความทะเยอทะยาน เป็นต้น และที่สำคัญคือสืบเนื่องมาจากความแตกต่างกันของแรงจูงใจในการทำงาน คนบางคนทำงานเพื่อหวังจะได้เงินเดือนค่าจ้างเป็นผลตอบแทน แต่บางคนอาจจะมีความต้องการทางจิตใจ เช่น การได้ทำงานร่วมอยู่กับกลุ่มคนต่าง ๆ ในองค์การ หรืออาจต้องการที่จะมีฐานะหรือตำแหน่งต่าง ๆ เป็นต้น

ระบบที่เกี่ยวข้องกับการจูงใจที่มีผลกระทบต่อลักษณะแบบพฤติกรรมที่แสดงออกอาจประกอบด้วยระบบการจัดการ (Managerial System) ระบบของการจ่ายผลตอบแทน(Reward System) ทั้งในรูปของการจ่ายผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินและที่ไม่เป็นตัวเงินต่างๆ ระบบความสัมพันธ์ในกลุ่ม (Group Relationships) ทั้งที่เป็นทางการและที่ไม่เป็นทางการ ระบบของสภาพงาน (Work Situation) และระบบของปัญหาส่วนตัวของคนงาน (Current Personal Situation) เช่น ปัญหาครอบครัวหรือการได้รับความกดดันจากสังคม (ธงชัย สันติวงษ์,2539)

4. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม(Social Learning Theory) ของ Albert Bandura (Bandura, 1977) มีเนื้อหาว่าพฤติกรรมของมนุษย์ยังเกิดจากการเรียนรู้เป็นส่วนใหญ่ การเรียนรู้สามารถเกิดจากประสบการณ์โดยตรงหรือโดยการสังเกต พฤติกรรมของมนุษย์สามารถกำหนดสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมก็สามารถกำหนดพฤติกรรม พฤติกรรมสามารถกำหนดองค์ประกอบส่วนบุคคล องค์ประกอบส่วนบุคคลก็สามารถกำหนดพฤติกรรมได้เช่นกัน และในทำนองเดียวกันองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบส่วนบุคคลก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

Bandura ได้กล่าวถึงการควบคุมพฤติกรรมด้วยปัญญา (Cognitive Control) ว่ามีตัวแปร 3 ประการ คือ

1. ความเชื่อเกี่ยวกับกฎเกณฑ์เงื่อนไข บุคคลที่เชื่อว่าการกระทำอย่างหนึ่งจะนำมาซึ่งผลอย่างใดอย่างหนึ่ง จะสามารถควบคุมพฤติกรรมของเจ้าของความเชื่อได้มาก

2. ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและผลที่จะเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างหนึ่งหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าเขาคาดหวังว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้นได้หรือไม่และถ้าพฤติกรรมนั้นจะนำมาซึ่งผลที่คาดคิดไว้ เขาก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น

3. สิ่งจูงใจ ถ้าบุคคลเชื่อว่าการกระทำใดนำมาซึ่งผลกรรมทางบวกและเป็นสิ่งที่ตนปรารถนา ความเชื่อและการคาดหวังในผลของการกระทำนั้น จะเป็นสิ่งจูงใจให้เขากระทำพฤติกรรมนั้น

5. ทฤษฎีการวางเงื่อนไขผลการกระทำ (Operant Conditioning Theory) ของ B.F. Skinner (ประเทือง ภูมิภัทราคม,ม.ป.ป.) มีแนวคิดพื้นฐานอยู่บนความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและผลที่เกิดขึ้นหลังจากแสดงพฤติกรรมนั้น ถ้ากระทำพฤติกรรมใดแล้ว ผลการกระทำที่ตามมาได้รับผลตามต้องการพฤติกรรมนั้นมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นหรือคงอยู่ต่อไป แต่ถ้ากระทำพฤติกรรมใดแล้วได้รับผลที่ไม่ต้องการพฤติกรรมนั้นก็มีแนวโน้มจะยุติหรือลดลง ทฤษฎีนี้ค่อนข้างสอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura

6. ทฤษฎีความต้องการเป็นลำดับขั้น (Hierarchy of Need Theory) หรือทฤษฎีความต้องการของ Maslow (เสนาะ ติเยาว์, 2544) ความคิดของทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจความต้องการของคนในการทำงานและบอกได้ว่าควรจะดำเนินการอะไรเพื่อสนองความต้องการเหล่านั้น ทฤษฎีนี้เน้นว่าความต้องการขั้นก่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน และการดำเนินการให้มีการตอบสนองความต้องการให้เหมาะสมตามลำดับความต้องการจะก่อให้เกิดผลในทางบวกต่อการจูงใจ โดยที่ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์มี 5 ลำดับ คือ

1. ความต้องการทางร่างกาย (Physiologocal Need)
2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety Need)
3. ความต้องการทางสังคม (Social Need)
4. ความต้องการให้ตัวเองมีความสำคัญ (Exteem Need)
5. ความต้องการให้ความคิดของตนเองเป็นจริง (Aelf-actualization Need)

7. ทฤษฎี ERG ของ Alderfer (เสนาะ ติเยาว์, 2544) ซึ่งยึดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการจูงใจของ Maslow โดยตรง สรุปว่า ความต้องการของมนุษย์น่าจะแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย E (Existence) หรือความต้องการมีชีวิต R (Relatedness) หรือความต้องการความสัมพันธ์และ

G (Growth) หรือความต้องการความเจริญเติบโต ทฤษฎีของ ERG แตกต่างกับทฤษฎีความต้องการของ Maslow อยู่ 2 ข้อ คือ

1. ความต้องการหลายระดับที่เป็นสาเหตุในการจูงใจในเวลาเดียวกัน เช่น คนอาจต้องการการเงิน ต้องการเพื่อน และต้องการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ พร้อมๆ กัน

2. หากความต้องการยังคงไม่ได้รับการตอบสนอง คนจะรู้สึกสับสน ความต้องการจะถอยกลับไปยังความต้องการขั้นต่ำกว่า แล้วเริ่มต้นพฤติกรรมนั้นอีก

8. ทฤษฎีของ Elton Mayo (อ้างถึงในสมใจ ลักษณะ, 2542 : 42-43) จากการศึกษาวิจัยที่เมืองฮอว์ทอร์น(Hawthorne Studies : 1924-1932) ได้ข้อสรุปว่า คนงานจะทำงานได้ดี จำนวนผลผลิตเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพนั้น องค์การจะต้องให้ความสำคัญกับระบบค่าจ้างที่ยุติธรรม สวัสดิการที่ดี ระบบการทำงานที่เหมาะสมและนายจ้างกับลูกจ้างมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และยังเชื่อว่าผลตอบแทนที่ไม่เป็นตัวเงินมีความสำคัญต่อบุคคลไม่แพ้ผลตอบแทนที่เป็นตัวเงิน

9. เทพพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ (2529 : 57-61) กล่าวถึง องค์ประกอบพื้นฐานที่จูงใจให้คนอยากทำงาน 11 ประการ คือ (1) งานที่มีลักษณะท้าทายความสามารถ (2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน (3) การให้การยกย่องและสถานภาพ (4) การให้ความรับผิดชอบมากขึ้นและการให้อำนาจบารมีมากขึ้น (5) ความมั่นคงและปลอดภัย(ความปราถนาที่จะหลุดพ้นจากความกลัวในสิ่งต่างๆ เช่น การไม่มีงานทำ การสูญเสียตำแหน่งงาน การถูกลดตำแหน่ง การสูญเสียรายได้) (6) ความเป็นอิสระในการทำงาน (7) โอกาสในด้านความเจริญเติบโตทางด้านส่วนตัว (8) โอกาสในการก้าวหน้า (9) เงินและรางวัลที่เกี่ยวกับเงิน (10) สภาพของการทำงานที่ดี และ (11) การแข่งขัน

ทั้งนี้ เทพพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ ยังได้กล่าวว่า สำหรับคนบางคน เงินเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลจูงใจสูงมาก แต่ในบางสถานการณ์ เงินและรางวัลที่เกี่ยวกับเงินก็จะไม่ใช่สิ่งกระตุ้นที่มีประสิทธิภาพให้เกิดการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ ดังนั้นในบางครั้งเงินอาจถูกให้คุณค่าเกินกว่าความเป็นจริงที่เห็นว่าเงินเป็นเสมือนแรงจูงใจ ดังตัวอย่างบางประการที่ชี้ให้เห็นว่า เงินอาจไม่ใช่สิ่งจูงใจเสมอไป

"มีบ่อยๆ ที่คนที่มีรายได้สูง มักจะมีความเต็มใจยอมรับค่าจ้างที่น้อยลงกว่าเดิม เพื่อจะได้มีโอกาสในการเข้าไปเป็นข้าราชการหรือเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย"

"มีคนจำนวนที่นับไม่ได้ เป็นพันๆ ที่มีแรงจูงใจในการทำงานสูง ทำงานโดยไม่มีสิ่งชดเชยในโรงพยาบาลหรือในองค์การสาธารณกุศลต่างๆ ดังเช่น อาสากาชาด เป็นต้น"

10. ขวัญและการบำรุงขวัญ (อุทัย หิรัญโต, 2523 : 165-166) กล่าวว่า ขวัญเป็นสภาวะแห่งจิตใจที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการทำงาน หรือแสดงออกให้เห็นถึงความตั้งใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน การบำรุงรักษาขวัญเป็นภารกิจอันยิ่งใหญ่ของผู้บังคับบัญชา วิธีการเสริมสร้างและบำรุงขวัญมีดังต่อไปนี้

1) การที่จะสร้างขวัญหรือบำรุงขวัญให้เกิดขึ้นอย่างจริงจัง ควรจัดให้มีการสำรวจทัศนคติ(Attitude survey) เป็นครั้งคราวเพื่อให้รู้ว่าลูกน้องมีปฏิกิริยาต่องานหรือหัวหน้างานอย่างไร ทั้งนี้เพื่อจะได้ทราบปัญหาที่แท้จริงและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขได้ถูกจุด

2) สร้างเครื่องวัดผลสำเร็จในการทำงานของแต่ละบุคคลขึ้น เช่น ระเบียบเกี่ยวกับการเลื่อนตำแหน่ง เลื่อนเงินเดือน การโยกย้าย เป็นต้น การดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวพึงปฏิบัติให้เป็นไปตามระเบียบ หากปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจะมีผลกระทบกระเทือนขวัญมากที่สุด

3) เปิดโอกาสให้ลูกน้องได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ หรือระบายความอัดอั้นตันใจของเขาบ้าง เพราะในทุกหน่วยงานมักจะมีเหตุอันก่อให้เกิดความคับแค้นใจระหว่างผู้ร่วมงาน และคนงานกับฝ่ายบริหารอยู่ด้วยเสมอ เช่น ภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ดีบ้าง มอบหมายงานให้ทำไม่เหมาะสมบ้าง ปกครองไม่เป็นธรรมบ้าง เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวนี้อาจจัดให้มีทางระบายโดยวิธีที่เรียกว่า Grievance prcedure อนึ่งการรับฟังความคิดเห็นของลูกน้องนั้น ต้องมีการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเสมอหรือไม่ก็ชี้แจงทำความเข้าใจ มิใช่ว่าใครเสนอเรื่องอะไรขึ้นมาแล้วก็กลายเป็นคลื่นกระทบฝั่งหรืออันตรธานไปหมดสิ้น

4) ผู้บังคับบัญชาต้องทำตัวเป็นที่ปรึกษาหารือที่ดีของผู้ใต้บังคับบัญชา ช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวและเรื่องงาน ดังที่เรียกว่า Counseling Service คือ การช่วยชี้ทางแก้ปัญหาในการปรับปรุงตัวเอง

5) การชมเชยให้รางวัล ทุกคนชอบการสรรเสริญ แต่ต้องทำด้วยใจจริงและระวังมิให้เหลิง การชมเชยให้รางวัลจะทำให้เกิดแรงจูงใจ การทำความดีถ้าไม่มีใครเห็นก็จะเกิดการเบื่อหน่ายและท้อถอย ผู้บังคับบัญชาต้องรับรู้ความสามารถของผู้ใต้บังคับบัญชาให้ทั่วถึง ใครทำดีก็สรรเสริญให้ปรากฏ ใครทำชั่วก็ปราบปรามให้ราบคาบ

6) สร้างบรรยากาศการทำงานให้ทุกคนมีความหวัง มีโอกาสก้าวหน้า รู้อนาคตของตัวเองและเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานแสวงหาความก้าวหน้าในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอย่างเต็มที่ อย่ากีดกันเป็นอันขาด

7) ให้โอกาสอันเท่าเทียมกัน ในอันที่จะก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ตามส่วนสัดแห่งผลการปฏิบัติงานและความสามารถ ทุกคนที่ทำงานย่อมมุ่งหวังความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ด้วยกันทุกคน ฉะนั้น เมื่อมีตำแหน่งว่างลง จงใช้ความเป็นธรรมพิจารณาแต่งตั้งให้รอบคอบที่สุด

8) ผู้บังคับบัญชา ต้องวางตัวเป็นเพื่อนร่วมงานที่ดีมีน้ำใจเมตตากรุณา โดยทำตัวให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้าถึง มิใช่วางตัวแบบผู้เรืองอำนาจหรือวางตัวแบบสุนัขเผ้าขโมย

9) พึงส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้ปฏิบัติงานให้สมบูรณ์อยู่เสมอ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เพราะขวัญก็คล้ายกับสุขภาพร่างกายของมนุษย์ บุคคลที่เจ็บป่วยและเป็นโรคร่างกาย

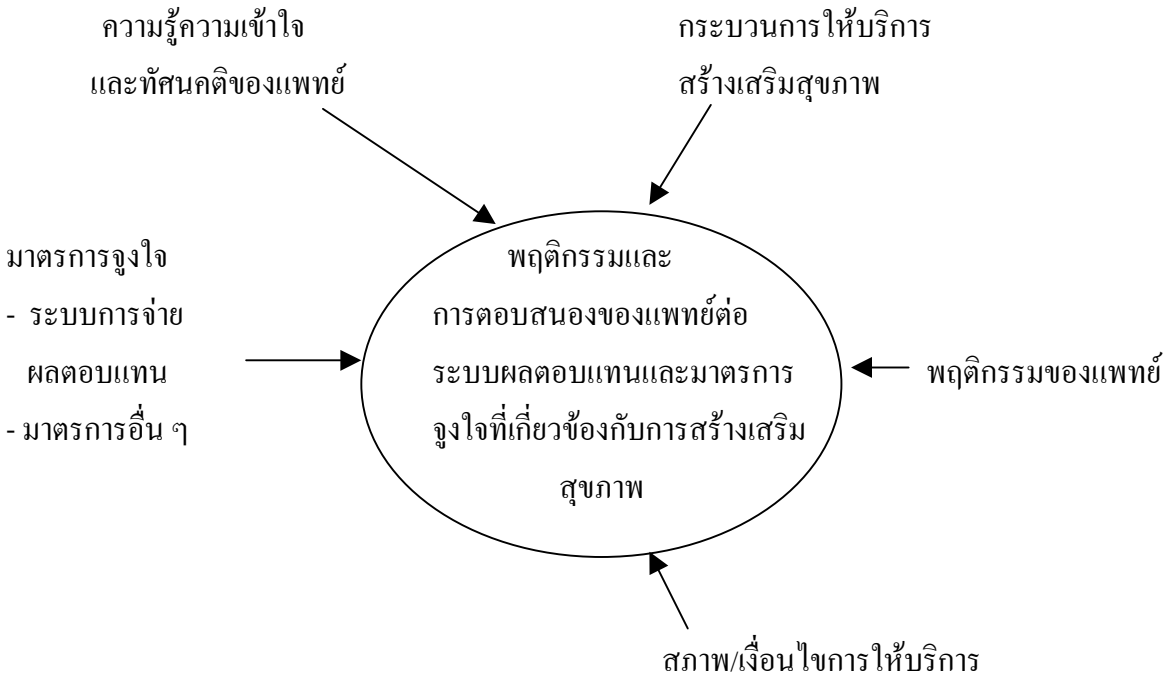
จะเสื่อมโทรมอ่อนแอฉันใด ก็ย่อมทำให้ขวัญตกต่ำด้วยฉันนั้น เพราะขวัญเป็นสภาพของจิต จิตใจกับร่างกายเป็นของคู่กัน อย่างใดอย่างหนึ่งเสื่อมมีผลกระทบกระเทือนถึงกัน

โดยสรุป คณะผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดระบบสุขภาพแบบ "สร้างนำซ่อม" พบว่าสาระสำคัญคือ สุขภาพของบุคคลจะดีหรือไม่ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลแต่ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นเอง รวมทั้งครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม แสดงว่ามิติสำคัญซึ่งการเสริมสร้างสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญ คือ "ชุมชน" บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาระหน้าที่ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาในการปฏิบัติงานอาจมีบ้างเนื่องจากแพทย์ในเขตเมืองประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางมากกว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป การให้แพทย์ออกหน่วยเวชปฏิบัติมีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล และแพทย์เฉพาะทางไม่มีความถนัดในการวินิจฉัยโรคทั่วๆ ไป มาตรการจูงใจสำหรับแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรยังไม่มีความชัดเจนพอ แพทย์บางส่วนยังมีความกังวลเรื่องการถูกฟ้องร้องซึ่งอาจไม่ได้รับความยุติธรรมและเสียศักดิ์ศรี นอกจากนี้ได้คัดเลือกทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมและแรงจูงใจซึ่งเชื่อว่าจะสามารถใช้ประโยชน์ได้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามที่ได้ประมวลข้างต้น ทฤษฎีที่ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยในด้านพฤติกรรมส่วนใหญ่ได้จากแนวคิดของ Mc.Dougall, Leavitt และ Bandura ส่วนการวิเคราะห์เกี่ยวกับการตอบสนองที่เกิดจากแรงจูงใจ ส่วนใหญ่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Herzburg , Maslow , Alderfer , Mayo , เทพพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ และแนวคิดเกี่ยวกับขวัญและการบำรุงขวัญของอุทัย หิรัญโต

2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย

อาศัยแนวคิดและทฤษฎีในการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลตอบแทนและแรงจูงใจที่แพทย์ได้รับในปัจจุบัน สามารถกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังแผนภูมิข้างล่างนี้(แผนภูมิที่ 2.1)

แผนภูมิที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย



จากกรอบแนวคิดการวิจัยข้างต้นสามารถกำหนดคำถามการวิจัยและตัวชี้วัดได้ดังนี้

<u>คำถามการวิจัย</u> มี 6 ข้อ คือ

1. พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ คืออะไร
2. โรงพยาบาลมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร
3. มาตราการจูงใจอะไรที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
4. ผลตอบแทนแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร
5. สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์
6. ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนาระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจเพื่อพฤติกรรมการตอบสนองของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

คำถามการวิจัยข้อ 1 พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ คืออะไร

<u>ตัวชี้วัด</u> คือ

1.1 ความรู้/ความเข้าใจของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

- รู้ / ไม่รู้ รู้อย่างไร
- เข้าใจ / ไม่เข้าใจ เข้าใจอย่างไร

1.2 ทัศนคติของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

- ทัศนคติทางบวก
- ทัศนคติทางลบ

1.3 การปฏิบัติงานของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

- การให้คำปรึกษาแนะนำ
- การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
- การกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ
- การติดตามผล
- การส่งต่อไปรับบริการที่สถานบริการสร้างเสริมสุขภาพใกล้บ้าน

1.4 การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

- การเสนอความคิดเห็นในระดับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล
- การเสนอความคิดเห็นต่อกิจกรรม / โครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล
- การร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

1.5 บุคลิกภาพของแพทย์ในการให้บริการ

- ความเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
- การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
- การให้เวลากับผู้ป่วยในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

คำถามการวิจัยข้อ 2 โรงพยาบาลมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร

ตัวชี้วัด คือ

2.1 ก่อนการเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย

2.2 กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

2.3 การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

2.4 มีการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

2.5 แพทย์มีบทบาทอย่างไรบ้างในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น

คำถามการวิจัยข้อ 3 มาตรการจูงใจอะไรที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด คือ

3.1 นโยบายหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

3.2 การเพิ่มพูนความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับแพทย์

3.3 สร้างความตระหนักของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

3.4 การให้รางวัลแก่แพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

3.5 กำหนดสัดส่วนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระงานหลักประการหนึ่งของแพทย์

3.6 นำภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่แพทย์ปฏิบัติ มาพิจารณาค่าตอบแทนสำหรับแพทย์

คำถามการวิจัยข้อ 4 ผลตอบแทนแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด คือ

4.1 ผลตอบแทนให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีหรือไม่

4.2 ถ้ามี, ผลตอบแทนเป็นอย่างไร

คำถามการวิจัยข้อ 5 สภาพ / เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

ตัวชี้วัด คือ

5.1 นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลกำหนดไว้อย่างชัดเจนหรือไม่

5.2 ผู้บริหารของโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่องานด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่อย่างไร

5.3 ความมีอิสระของโรงพยาบาล ในการพัฒนากิจกรรม/โครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของพื้นที่

5.4 ภาระงานของแพทย์ในปัจจุบัน เป็นอุปสรรคต่อแพทย์ในการทำหน้าที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่

5.5 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากแพทย์ต่อวันมากน้อยเพียงใด

5.6 ใครควรมีบทบาทหน้าที่ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล และมีบทบาทอย่างไร

5.7 แพทย์ควรมีบทบาทอย่างไรในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

5.8 งบประมาณของโรงพยาบาลที่จัดสรรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ ควรมีการปรับปรุงอย่างไร

คำถามการวิจัยข้อ 6 ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนาระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจเพื่อพฤติกรรมการตอบสนองของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

บทที่ 3
ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่อง "พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ประกอบด้วยประเด็นศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของแพทย์ในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลและการมีส่วนร่วมของแพทย์ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ผลตอบแทนและมาตรการจูงใจแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ ปัญหาและอุปสรรคการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์และข้อเสนอแนะต่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การนำเสนอผลการศึกษาจะแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาจากแบบสอบถามผู้รับบริการ และส่วนที่ 3 ผลการศึกษากรณีศึกษา

ผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแพทย์หัวหน้างานเวชกรรมสังคม แพทย์ผู้ให้บริการทั้งแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง อาทิ กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ แพทย์เฉพาะทางด้านกระดูก ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ เป็นต้น และการสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ จะได้นำเสนอผลการศึกษาแยกเป็นรายจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานีและอำนาจเจริญ จังหวัดสงขลาและจังหวัดราชบุรี โดยแต่ละจังหวัดจะนำเสนอเรียงลำดับตามประเด็นการศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลและการมีส่วนร่วมของแพทย์ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ผลตอบแทนและมาตรการจูงใจแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ ปัญหาและอุปสรรคการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์และข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนาระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจเพื่อพฤติกรรมการตอบสนองของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ละประเด็นการศึกษาจะได้นำเสนอให้เห็นชัดเจนในแต่ละระดับของโรงพยาบาล ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจะจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มบุคคล ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 3.1 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

3.1.1. จังหวัดเชียงใหม่

(1) พฤติกรรมของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การศึกษาพฤติกรรมของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้สุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิบัติงานของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ก. ความรู้ความเข้าใจของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การศึกษาความรู้ความเข้าใจของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า

โรงพยาบาลศูนย์(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี ดังเช่น คำกล่าวของผู้บริหารโรงพยาบาลท่านหนึ่งว่า *"จริงๆ แล้วมันก็ดี ถ้าโครงการประสบความสำเร็จ คนสนใจในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ ฉะนั้นงานเชิงรับ คือ คนไข้มาใช้บริการในโรงพยาบาลควรจะลดลง"*

กรอบนโยบายของรัฐยังขาดความชัดเจน รัฐบาลให้งบประมาณมาจำกัด เป็นการเพิ่มภาระแก่โรงพยาบาล โรงพยาบาลยังไม่มีแผนงาน ไม่มีหน่วยงานรองรับ ขาดบุคลากร จึงเป็นเหตุผลที่โรงพยาบาลยังไม่ได้ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือทำแต่ก็ยังไม่สมบูรณ์ ดังเช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า *"กรอบของรัฐในปัจจุบันยังขาดความชัดเจนในเรื่องโครงการ 30 บาท ในช่วงนี้เป็นช่วงของการปรับเปลี่ยน บางโรงพยาบาลอาจไม่มีหน่วยงานรองรับความพร้อมของโรงพยาบาลที่จะทำ PCU* อาจไม่มีบุคลากร บางโรงพยาบาลอาจจะมีอยู่แล้วและทำไปแล้ว ถ้าเป็นโรงพยาบาลของรัฐถูกกำหนดบทบาทมาตั้งนานแล้วว่า จะต้องมีงานPCU บางโรงพยาบาลบอกว่าเขาไม่ทำในส่วนนี้เพราะดูแล้วว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน งานPCU เนี่ยรัฐบาลให้งบประมาณมาจำกัด ที่ผ่านมาเราก็พยายามที่จะทำ แต่เนื่องจากมันมีข้อจำกัดในแง่ของหน่วยงานที่จะมารองรับที่เป็นบริบทของระบบ 30 บาท ซึ่งกำหนดเงื่อนไขว่าต้องทำทั้งหมด 9 ข้อเนี้ย ก็คือได้ทำแต่ความสมบูรณ์ไม่สามารถประเมินได้ว่าสมบูรณ์มากน้อยขนาดไหน"*

---

* PCU(Primary Care Unit) หมายถึง หน่วยให้บริการปฐมภูมิ

แต่เดิมงานสร้างเสริมสุขภาพแฝงอยู่ในฝ่ายต่างๆของโรงพยาบาล โดยผู้บริหารโรงพยาบาลท่านหนึ่งกล่าวว่า *"เดิมเนี่ยมันมีอยู่แต่มันแฝงอยู่ในสังคมสงเคราะห์ก็มี ฝ่ายการพยาบาลก็มี ฝ่ายของเวชศาสตร์ชุมชนก็มี แต่ละภาควิชาก็Created โครงการของตัวเอง"*

งานสร้างเสริมสุขภาพที่ทำอยู่ยังไม่ได้ผล โดยผู้บริหารโรงพยาบาลท่านหนึ่งกล่าวว่า *"เท่าที่ดูตอนนี้ก็ทำได้ดีในระดับหนึ่ง แต่คนก็มีแนวโน้มมาใช้บริการเชิงรับไม่ลดลง คนยังสนใจการสร้างเสริมสุขภาพไม่มากนัก อย่างเช่น ไปให้ความรู้หรือให้บริการเช็คเลือดก็ยังมีคนมาใช้บริการไม่เต็มที่ แต่ส่วนนี้ถ้าเรามีโครงการดีๆ เราก็ให้การสร้างเสริม จากที่โรงพยาบาลได้ทำเชิงรุกให้ความรู้แก่ชุมชน กลุ่มที่สามารถมาฟังได้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนวัยอื่นๆ มีงานทำอาจไม่สะดวกมา ผมเองเสนอผู้อำนวยการไปว่า เราน่าจะมีหน่วยงานขึ้นมารองรับงานสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดบทบาท แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีตัวชี้วัดที่ใช้ในการวัดประเมินผล ขณะนี้อยู่ระหว่างจัดทำแผน"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี แพทย์ปฏิบัติอยู่แล้วควบคู่ไปกับการรักษาโดยการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ แต่โรงพยาบาลชุมชนน่าจะทำได้ดีกว่าโรงพยาบาลศูนย์ ดังเช่นอายุรแพทย์ผู้หนึ่งกล่าวว่า *"มันต้องดีอยู่แล้ว เพราะมันเป็นจุดเริ่มต้นเหมือนPrevention* คือมันดีถ้าเราวางรากฐานตรงนี้ให้ดี โรคมันก็น้อย การคุ้มทุนก็ต้องดีกว่าอยู่แล้ว การสร้างเสริมสุขภาพเราทำอยู่แล้วแต่ว่าถ้าเป็น Primary Car* หรือโรงพยาบาลชุมชนน่าจะทำได้ดีกว่า เพราะจุดนั้นคนไข้ไม่ได้เป็นอะไรมาก แต่ถ้ามาถึงเรา(โรงพยาบาลศูนย์) ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็นคนไข้หนักแล้ว การที่เราจะไปสร้างเสริมตอนนั้นมันไม่ค่อยจะได้ผล นอกจากจะสอนญาติพี่น้องให้รู้จักการดูแลสุขภาพ"*

ก่อนโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ได้มี Health Promotion Program อยู่แล้ว แต่พอมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะมีการจัดสรรพื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ทำให้พื้นที่การให้บริการด้านสุขภาพแคบลง เป็นความเห็นของแพทย์ทั่วไป โดยกล่าวว่า *"หน่วยบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลที่นี่(โรงพยาบาลศูนย์) คือ เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) ก่อนที่จะมีโครงการ 30 บาทจะมี Health Promotion Program อยู่แล้ว คือมีการเยี่ยมบ้านเป็นการเข้าสู่ชุมชน แต่พอมีโครงการ 30 บาทเข้ามาพื้นที่จะเปลี่ยนไป มีการจัดแบ่งพื้นที่ให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ด้วย เพราะฉะนั้นก็จะทำให้ขอบเขตการให้บริการแคบลง"*

---

* Prevention หมายถึง การป้องกันโรค

* Primary Care หมายถึง การให้บริการด้านการดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิ

โรงพยาบาลทั่วไป(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นด้วยกับนโยบายสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคควบคู่กับการรักษา หากการสร้างเสริมสุขภาพทำได้ผลจะช่วยลดการเจ็บป่วยลงได้ เมื่อการเจ็บป่วยลดลง เงินที่นำมาใช้จ่ายในการรักษาก็ลดลงด้วย และสามารถนำเงินส่วนที่เหลือมาทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพได้มากขึ้น แต่การปฏิบัติยังสวนทางกับนโยบาย ผู้บริหารโรงพยาบาลกล่าวว่า *"นโยบายมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษา แต่ในทางปฏิบัติการรณรงค์และสื่อที่ออกมาให้ประชาชนรับรู้เพียงว่า "30 บาทรักษาทุกโรค" โดยไม่พูดถึงการสร้างเสริมสุขภาพเลย"*

ไม่เห็นด้วยกับนโยบายของรัฐที่จะปรับเปลี่ยนเป็นการบริหารงบประมาณแบบExclusive เพราะเป็นการบริหารแบบแยกส่วนระหว่างการรักษากับการสร้างเสริม ระหว่างผู้ป่วยในกับผู้ป่วยนอก ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพประชาชนและครอบครัวทั้งด้านการสร้างเสริม ป้องกันและรักษาไปพร้อมๆ กันได้ ดังเช่นแพทย์ผู้บริหารงานเวชกรรมสังคม กล่าวว่า *"ถ้าพูดถึงนโยบายดีมากๆ ออกมาตอนแรก แต่ตอนนี้มาปรับเปลี่ยนใหม่ยิ่งแย่ใหญ่เลย ไม่รู้ว่าทำไมถึงไปแก้จุดเล็กๆ ทำให้มันเสียหลักการหมดเลย หลักการเก่ามันดีอยู่แล้วตอนนี้เขาจะแยกมาเป็นรักษานะ สร้างเสริมก็จะมาอีกยอดหนึ่ง อาจจะเป็นคนๆ หนึ่งทำสร้างเสริม อีกคนหนึ่งทำรักษาและทั้งการแยกทำซึ่งเป็น Exclusive แยกเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกอะไรแบบนี้ ผู้ป่วยในแยกออกมาต่างหากนะ อย่างนั้นเงินที่เข้ามาที่โรงพยาบาลจะต้องบริหารแยกส่วน ก็จะไปสนใจอะไรมากนัก ถ้าอย่างนั้นมันถึงดูๆ แล้วพอถึงระยะหลังๆ นี้ชักเพี้ยนเพราะว่าเราผูกติดไปกับสถาบันครอบครัวที่ดูทั้งทางด้านการสร้างเสริมทั้งป้องกันและรักษา ดูทั้งตัว ดูทั้งครอบครัวคือดูทั้งหมดเลย แต่พอมาตอนนี้มาแยกย่อยๆ ออกแล้วยังทำให้ไม่รู้เหมือนกับว่าบรรษัทครอบครัวจะหายไปหมดหรือเปล่า ก็ไม่รู้เหมือนกัน"* งานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นงานหลักของฝ่ายเวชกรรม เป็นคำกล่าวของผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไปแห่งนี้

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์เฉพาะทางให้ความเห็นเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพว่า การสร้างเสริมสุขภาพหมายถึงการป้องกัน การป้องกันโรคทำได้เพียงร้อยละ 50 อีกร้อยละ 50 เป็นการเจ็บป่วยที่เป็นไปโดยธรรมชาติ เช่น ร่างกายเสื่อมสภาพเมื่ออายุมากขึ้น(ความเห็นของศัลยแพทย์) การให้คำแนะนำสุขภาพ การให้สุขศึกษาเป็นงานหลักของเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) (ความเห็นของกุมารแพทย์ แพทย์เฉพาะทางด้านกระดูก) การสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นงานที่แทรกในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล (ความเห็นของกุมารแพทย์) แพทย์ยังให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพน้อยมาก

ความคิดเห็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น แพทย์ทั่วไปเห็นว่า หลักการของนโยบายไม่แตกต่างจากนโยบายเดิมของกระทรวงสาธารณสุข เพียงแต่เมื่อมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคแพทย์จะให้ความรู้หรือคำแนะนำหรือสอนการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่คนไข้ในขณะตรวจ แต่การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ถือเป็นเรื่องของตัวคนไข้เอง นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติที่ลงไปปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิ(PCU) แต่ละพื้นที่ก็จะมีความตื่นตัวที่จะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนแพทย์เฉพาะทางด้านกระดูกเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นสิ่งที่ดี ทำให้แพทย์ต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาและงบประมาณ

โรงพยาบาลชุมชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาทเป็นเรื่องที่ดี โดยกล่าวว่า *"เป็นเรื่องถูกต้อง เป็นเรื่องที่ดีด้วย ผมและทีมงานเห็นด้วยกับการทำโครงการที่เน้นเรื่องสุขภาพ ซึ่งที่ผ่านมาเราไม่มีความคิดเป็นรูปธรรม พอโครงการ 30 บาทเข้ามาซึ่งจ่ายเงินให้กับPCU ในรูปแบบต่อหัวประชากร รวมทั้งการรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ท้าทายต่อทีมงานที่ทำว่าจะสามารถทำให้สุขภาพดีได้แค่ไหน ถ้าเราทำให้คนสุขภาพดีขึ้นการเจ็บป่วยก็น้อยลง สมัยก่อนเราทำงานก็จะจัดงบประมาณเป็นค่ายา ค่าเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นบริการรักษาก็ดี แต่ระบบ 30 บาททำให้เห็นคุณค่าของการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดขึ้น ซึ่งทำให้PCU แต่ละPCU มีอิสระในการทำงานเพื่อสุขภาพได้ดีขึ้นด้วย"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรค จะดีกว่าที่จะไปรักษาทีหลังเมื่อเกิดโรคแล้ว การดูแลคนไข้เมื่อเจ็บป่วยต้องใช้งบประมาณมากเป็นข้อจำกัดในเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณ จึงต้องมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการทำงานเชิงรุกหรือการดูแลสุขภาพมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจะได้มาโรงพยาบาลน้อยลง (ความเห็นของแพทย์ทั่วไป)

ไม่เห็นด้วยกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ประชาชนคาดหวังที่จะมารักษาเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าจะดูแลรักษาสุขภาพตนเอง โดยแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"โครงการนี้ไม่เก็บเงิน ตรงนี้ไม่เห็นด้วย กลายเป็นว่าบัตร 30 บาททำให้ประชาชนไม่ต้องจ่ายเงิน ประชาชนมารักษาโรคเขาไม่อยากเสียเงินเท่าไหร่ กลายเป็นว่าเขาไม่ค่อยดูแลสุขภาพตัวเอง เหมือนกับว่าเป็นอะไรรัฐบาลก็จ่ายอยู่แล้ว เพราะสังเกตุว่ายอดคนไข้ช่วงหลังๆ เพิ่มเยอะขึ้น แล้วไม่ค่อยดูแลตัวเองเท่าไหร่"*

การสร้างเสริมสุขภาพต้องใช้เวลา ขณะนี้ยังไม่สามารถทำให้ประชาชนเข้าใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลตนเองได้ (ความเห็นของทันตแพทย์)

โรงพยาบาลเอกชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการ เห็นด้วยกับนโยบายของรัฐในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่เอาการสร้างเสริมสุขภาพนำการรักษา ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย ลดภาระด้านการรักษา แต่ต้องใช้เวลา ในระยะแรกยังไม่ได้ผล ต้องยอมลงทุน ต้องทุ่มเท นักการเมืองต้องจริงใจที่จะดำเนินงานในเรื่องนี้จึงจะเห็นผลดีในระยะยาว ทั้งนี้ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ทัศนะว่า *"โดยส่วนตัวนะครับ ผมเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเรานำเอาการสร้างเสริมนำ เราใช้ด้านนี้ดีกว่า เราจะลดค่าใช้จ่ายหรือบาดเจ็บเรื่องการรักษาลงได้ในอนาคต แต่ผมยังไม่เห็นผลในตอนนี้"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการท่านหนึ่งกล่าวว่า *"เราเข้าใจว่า เราเข้าไปเร่งรัดหรือพัฒนาในชุมชนที่เขารับ 30 บาทมา ให้เขาได้ช่วยเหลือตนเองหรือว่าให้เขาได้มีคนป่วยน้อยที่สุด เป็นการดูแลตัวเองในเบื้องต้นที่บ้านหรือที่อนามัยก็แล้วแต่ คงจะเป็นอย่างนั้นมากกว่า จะพบหมอในกรณีที่เจ็บป่วยจำเป็นต้องใช้ยาหรือต้องการคำแนะนำของแพทย์จริง "*

แพทย์ผู้ให้บริการอีกท่านหนึ่ง กล่าวว่า *"ระยะต้นมันต้องทุ่มหลายๆ อย่างเข้าไป อะไรที่ยังไม่เคย ก็เข้าไปทำ มันอาจจะมีความรู้สึกว่าทุ่มเทมากขึ้น แต่ผมว่าผลระยะยาวจะดีขึ้นแน่นอน ขณะนี้แก้ปัญหาเศรษฐกิจก่อน ปัญหาสาธารณสุขเป็น Secondary* แต่ทั้งสองอย่างเป็นปัญหาที่เกี่ยวพันกันไม่สามารถแยกส่วนแก้ไขได้ มุมมองตรงนี้ถ้านักการเมืองไม่จริงใจโครงการนี้ก็ไปไม่รอด ถ้านักการเมืองจริงใจ โครงการนี้ก็จะไปได้ดีและได้ดีในระยะยาว ในระยะแรกฝุ่นตลบแน่เพราะมีการเปลี่ยนแปลงอะไรหลายๆ อย่าง"*

กล่าวโดยสรุป แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนมีโครงการ 30 บาทโรงพยาบาลก็มีหน่วยงานที่ทำงานด้านนี้อยู่แล้ว โดยเฉพาะฝ่ายเวชกรรมสังคมและเมื่อมีโครงการ 30 บาททำให้นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพมีความชัดเจนขึ้น แต่ยังไม่ได้ผล แพทย์ทุกคนมีความเชื่อเหมือนกันว่า การสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษายังโรงพยาบาลลดลง เพราะประชาชนจะต้องรู้จักการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

---

* Secondary = Secondary Care หมายถึง การให้บริการด้านการดูแลรักษาในระดับทุติยภูมิ

ข. แพทย์ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไรบ้าง

การศึกษาการปฏิบัติงานของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า

โรงพยาบาลศูนย์(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์แต่ละแขนงมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ แต่แพทย์แต่ละคนมีบทบาทในกิจกรรมที่แตกต่างกัน ดังเช่นผู้บริหารโรงพยาบาลกล่าวว่า *"สูตินรีแพทย์จะมีบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในเรื่องสุขศึกษา หรือแนะนำผู้ป่วยให้รู้จักวิธีการตรวจสุขภาพของตนเอง จักษุแพทย์อาจจะมีบทบาทในการตรวจความผิดปกติในเด็กผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและมีโอกาสที่จะเป็นโรคอื่นแทรกซ้อน"*

ผู้บริหารภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวกล่าวว่า แพทย์ทุกฝ่ายเห็นความสำคัญของงานสร้างเสริมสุขภาพจริงอยู่ แพทย์บางคนก็ทำมาก บางคนก็ทำน้อยคละกันไป แต่ทุกคนเห็นพ้องต้องกันว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

แพทย์สามารถจัดทำโครงการ/กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ดังเช่นผู้บริหารโรงพยาบาลท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า บทบาทของแพทย์ประการหนึ่งในงานสร้างเสริมสุขภาพ คือ การจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นมา โดยพิจารณาจากโรคที่มีกลุ่มคนจำนวนมากเป็น เช่น โรคทรวงอก โดยแพทย์จะเข้าไปตรวจความผิดปกติของปอดจากแรงงานในสถานประกอบการที่มีความเสี่ยงที่มีท่อไอเสียหรือโรคหัวใจ เนื่องจากในจังหวัดนี้มีสถิติอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจค่อนข้างสูง จึงน่าจะมีการตรวจหาผู้มีความผิดปกติของหัวใจ ทั้งนี้แพทย์ผู้บริหารท่านนี้ยังได้กล่าวอีกว่า ถ้าแพทย์ต้องการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ก็จะต้องเสนอผ่านภาครัฐหรือหน่วยงานที่สังกัดและเขียนเป็นโครงการเพื่อเสนอขอใช้งบประมาณจัดทำโครงการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล แต่ขณะนี้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมอบหมายให้ รองผู้อำนวยการรับผิดชอบโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

โรคบางอย่างไม่ควรหรือไม่จำเป็นที่จะต้องทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้บริหารโรงพยาบาลให้เหตุผลว่า ในแง่ของโรคแต่ละโรคจะมีโรคที่เราตั้งรับกับโรคอีกอย่างต้องรุกออกไป โดยโรคที่ควรทำกิจกรรมเชิงรุก เช่น โครงทรวงอก โรคหัวใจ เป็นต้น ส่วนบางโรคเป็นโรคที่เฉพาะจริงๆ ไม่น่าทำเชิงรุก เช่น โรคเกี่ยวกับข้อหรือไขข้อ ซึ่งอาจทำได้บ้างแต่กลุ่มเป้าหมายมีไม่มาก

แพทย์ผู้ให้บริการ

บทบาทของแพทย์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ทั่วไปอธิบายถึงบทบาทของแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพว่า *"ในการตรวจผู้ป่วยนอกจะได้พบกับผู้ป่วย ทำการซัก*

ประวัติ ตรวจร่างกายและให้การรักษา ส่วนหนึ่งที่สามารถทำหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพได้ก็คือ ในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน วิธีการรักษาก็ต้องเป็นการรักษาแบบองค์รวม ไม่ใช่ให้ยาถูกกับโรคจบ ถ้าคนไข้ยังมีพฤติกรรมทางสุขภาพเหมือนเดิม เช่น ดื่มสุรา รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง โรคของคนไข้ก็จะกลับมาอีก จึงต้องมีการแนะนำทางด้านสุขภาพก็คือ ดูแลคนไข้ที่เรียกว่า Bio–Pycho Social เริ่มจากแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค วิธีการป้องกัน ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงก็ต้องแนะนำวิธีการกิน การออกกำลังกายที่ถูกต้องกับโรคผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคข้อเข่าก็ต้องแนะนำเกี่ยวกับวิธีบริหารเข่า โดยดูจากอาการของโรคของผู้ป่วยที่มาขณะนั้น แต่จะเป็นเฉพาะคน ทีละคน แต่ว่าคนไข้จะรับหรือว่าทำได้แค่ไหนก็ต้องขึ้นอยู่กับแต่ละคน แต่ก็คือพยายามพูดให้ได้ทั้งหมดนะ"

<u>สูตินรีแพทย์</u> อธิบายถึงการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษา ได้แก่ การให้ความรู้คนไข้ที่มารับการรักษา การแนะนำญาติผู้ป่วยในเรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูก การติดแผ่นป้ายที่ OPD* เกี่ยวกับวิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูก การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การติดตามผลภายหลังมารับการรักษา(มีพยาบาลช่วยในการติดตาม) การส่งต่อคนไข้ไปรับการดูแลรักษายังโรงพยาบาลใกล้บ้าน

<u>อายุรแพทย์</u> อธิบายถึงการให้คำปรึกษา แนะนำ การป้องกัน แนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และมีโครงการพิเศษสำหรับคนไข้โรคหัวใจเพื่อป้องกันหัวใจล้มเหลว โดยให้คำปรึกษาแนะนำอย่างละเอียดเรื่องยา อาหาร การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านและสำหรับคนไข้ที่มีปัญหาเรื่องเดินทางลำบากก็จะส่งต่อให้โรงพยาบาลชุมชนดูแลต่อ แต่เรื่องการติดตามคนไข้ว่าได้นำไปปฏิบัติหรือไม่ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำ

โรงพยาบาลทั่วไป(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

บทบาทของแพทย์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ <u>ผู้บริหารโรงพยาบาล</u>มีความเห็นว่าแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่คนไข้ ให้คำปรึกษาและกระตุ้นเจ้าหน้าที่อื่นให้ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ กำกับดูแลงาน PCU ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์ด้านกระดูกที่สมัครใจเข้ามาทำ PCU

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>แพทย์ทั่วไป</u> อธิบายว่า ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพสิ่งที่แพทย์ปฏิบัติ คือ การให้คำปรึกษาแนะนำ โดยกล่าวว่า *"แพทย์ทำในแง่การให้คำปรึกษาแนะนำ แต่จะทำตรงนั้นได้มากน้อยแค่ไหน ผมคิดว่าแพทย์อย่างเดียวคงจะทำได้ยาก ผมรู้สึกว่าคนไข้เชื่อแพทย์น้อยมาก ลองคิดดู*

---

* OPD หมายถึง หน่วยงานผู้ป่วยนอก

ซิครับแพทย์แนะนำอะไรไป คนไข้บางทีรับฟังแบบไม่ค่อยนำไปปฏิบัติ แต่เวลาคนไข้ได้ยินอะไรจากสื่อคนไข้จะฟัง ตรงนี้บอกไม่ได้หรอกมันเป็นเรื่องจิตใจ คนไข้บางทีมาหาหมอเพราะมีคนทักว่าเป็นอย่างนั้น อย่างนี้แล้วคนไข้ก็เชื่อ เลยมาหาหมอ แต่พอหมอแนะนำอะไรไป คนไข้จะมีความรู้สึกไม่ค่อยอยากเชื่อเท่าไหร่หรือเชื่อแบบไม่เข้าไปในจิตใจ บางทีคนอื่นหรือญาติพี่น้องพูดอะไรเขาจะสังเกตว่าคนไข้จะพึงพอใจกับคำพูดนั้นมากกว่า แพทย์อาจยังไม่ได้ใจผู้ป่วย หมายถึงว่าแพทย์มีเวลาให้คนไข้น้อยไป สัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอาจจะไม่ค่อยดีเท่าไหร่นัก"

การทำงานของแพทย์ในโครงการ Home Health Care เป็นงานที่ทำร่วมกันระหว่างทีมเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยในจังหวัด เริ่มทำก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคและปัจจุบันยังทำอยู่ แต่เมื่อมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคต้องออกหน่วย PCU มีภาระงานมากขึ้น โรงพยาบาลจึงไปร่วมทำ Home Health Care น้อยลง ทั้งนี้แพทย์ทั่วไปกล่าวว่าการไป Home Health Care เป็นการไปติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ภายหลังออกจากการรับรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว ไปถึงที่บ้านไปเป็นทีม ไปคุยกับญาติ สอนให้ญาติช่วยดูแล ส่วนใหญ่จริงๆ ก็มีการแนะนำ อย่างบางรายคนไข้เป็นแผล ทีมก็จะช่วยดูแลแผลเน้นการดูแลที่ถูกต้อง การปฏิบัติเป็นเรื่องของญาติและผู้ป่วยในกรณีการฟื้นฟูสภาพ ส่วนใหญ่จะพบคนไข้พวกนี้แยะ เช่น คนไข้ที่เป็นอัมพาต เส้นเลือดในสมองแตก เราก็ให้คำแนะนำ ทบทวนว่าสาเหตุเกิดจากอะไร ทำกายภาพบำบัด สอนในเรื่องการฟื้นฟู แพทย์อาจจะให้คำปรึกษาเขาด้วย

การทำงานของแพทย์ในหน่วยปฐมภูมิ(PCU) นั้น แพทย์ทั่วไปอธิบายว่า หลักการ PCU คือมีแพทย์ออกไปให้บริการ แพทย์ยังให้บริการเหมือนเดิม คือ การตรวจรักษา เดิมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้บริการครอบคลุมหมด พอเป็นPCUมีแพทย์ไปตรวจ พยาบาลไปจ่ายยา ทำแผล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก็จะเปลี่ยนไปทำหน้าที่อย่างอื่น

กุมารแพทย์กล่าวว่า บทบาทของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและหน่วย PCU ก็คือ *"การแนะนำไม่ให้คนกินยา ไม่ให้เจ็บป่วย บางคนก็เห็นด้วยไม่อยากใช้ยา ใช้วิธีการดูแลเด็กโดยไม่ใช้ยา มีไม่เกินร้อยละ50 ที่เชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำ ปัจจุบันสิ่งแวดล้อมเปลี่ยน โรคเปลี่ยน ทำให้เด็กเจ็บป่วยมากขึ้นในเขตเมือง การดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเป็นสิ่งจำเป็น ไม่ต้องพึ่งยา"* การให้วัคซีน กุมารแพทย์กล่าวว่า *"เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สอ. ต้องลงไปตรวจสอบให้ครบ"* การกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ กุมารแพทย์กล่าวว่า *"ตนเองกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยมองผลเสียของยา ยาไม่ปลอดภัยสำหรับทุกคน"* การติดตามผลการปฏิบัติตามคำแนะนำ กุมารแพทย์กล่าวว่า *"ต้องนัดมา ทำไม่ไหว การนัดมาถ้าไม่ให้ยาเขาจะมาไหม ป่วยยังไม่มา"* การส่งต่อไปรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ กุมารแพทย์กล่าวว่า *"ขึ้นอยู่กับปัญหาของโรคผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นการส่งต่อจาก PCU มาโรงพยาบาลหรือส่งไปคลินิกเฉพาะทาง"*

แพทย์เฉพาะทางด้านกระดูกได้ทำหน้าที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วย PCU โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูกท่านหนึ่งกล่าวว่า *"บทบาทหน้าที่ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นของPCU ได้ไปออกหน่วยPCU อาทิตย์ละครั้งที่อนามัยแห่งหนึ่ง เขาเตรียมคนไข้กระดูกให้ตรวจอย่างเดียว ลักษณะคล้ายคลินิกพิเศษ หมอก็Happy เพราะเป็นการรักษาเฉพาะทาง ถ้าคนไข้ซักถามเกี่ยวกับการป้องกันรักษา หมอก็อธิบายได้มากกว่าที่โรงพยาบาล เพราะจำนวนคนไข้น้อย มีเวลามากขึ้น คนไข้ที่มาPCU ค่อนข้างจะกล้าถาม ส่วนใหญ่จะกล้าถามมากกว่าอยู่โรงพยาบาล ทำให้ได้ความรู้มากขึ้น แต่จะนำไปปฏิบัติหรือเปล่า ไม่มีโอกาสไปติดตาม"* เป็นตัวแทนโรงพยาบาลไปให้ความรู้ในชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูก กล่าวว่า *"เขาเชิญผมไปพูดเรื่องสร้างเสริมป้องกัน เป็นครั้งแรกที่ได้ไป ก็รู้สึกว่าใช้ได้ พอดีเรื่องที่เขาถามเป็นเรื่องที่ผมรู้ ก็ต้องตอบได้"*

ไม่เห็นด้วยที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปให้PCU หรือสถานีอนามัยดูแล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูกกล่าวว่า *"ไม่มีการส่งต่อไปให้PCU ดูแลเลยครับ ส่วนใหญ่คนไข้แผนกผมOrthopedic ต้องมีการติดตาม ต้องมี X-rays ต้องดูการเดิน พวกนี้ยังไง PCU ดูไม่ไหว ส่วนใหญ่จะนัดมา 2 อาทิตย์มาดูอาการทั่วไปสักครั้งหนึ่ง ผมไม่ทราบว่าทางอนามัยจะดูได้ไหม เช่น เฝือกหลวมมั้ย เฝือกมีการผิดรูปยังไง จะต้องแก้ไขยังไง ซึ่งคิดว่าเราดูเองดีกว่า เพราะอนามัยชอบไปตัดสินเองส่วนตัวไม่ค่อยพอใจเท่าไหร่ เช่น เย็บเส้นเอ็นไว้ ใส่เฝือกไว้และยังไม่ให้เอาออก นัดไว้ แต่อนามัยให้เอาออกเลย เจอว่าเอ็นขาดต้องมาเย็บใหม่ อีกกรณียังไม่ให้ตัดไหมก็มีใบเขียนบอกไว้ แต่อนามัยเขาจะ 7 วันตัด บางทีแผลแยกมาและบังเอิญเป็นส่วนสำคัญ เป็นต้น เพราะฉะนั้นจึงไม่มีการประสานส่งต่อคนไข้ไปPCUหรือสถานีอนามัยดูแล เพราะกรณีของโรคกระดูกมีรายละเอียดเฉพาะที่จะต้องดูแล ไม่เป็นแบบแผนเดียวกัน แล้วแต่คนไข้แต่ละราย มันค่อนข้างยาก"*

ศัลยแพทย์ปฏิบัติงานการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไรบ้าง ศัลยแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ผมเป็นหัวหน้าหน่วยปฐมภูมิ(PCU) ให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่สอ. เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วย เป็นผู้กลั่นกรองโครงการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และให้ความเห็นชอบก่อนนำเสนอ ผอ.(ผู้อำนวยการ) ผมทำในแนวบริหารจัดการมากกว่าการปฏิบัติ ในฐานะหัวหน้างานอุบัติเหตุ ผมไปบรรยายเรื่องที่ผมถนัดและผมมีข้อมูล คือ เรื่องเมาเหล้าแล้วขับรถเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บล้มตายอันดับหนึ่งของจังหวัด อุบัติเหตุการจราจรเป็นสาเหตุการตายของคนในจังหวัดนี้ จำนวน 400 – 500 คนที่เสียชีวิตของจังหวัด พบว่า สาเหตุการเมาสุราอย่างเดียว สู้แค่เรื่องที่ผมถนัด ทุกเรื่องก็ทำไม่ไหว"*

การกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น ศัลยแพทย์ท่านนี้กล่าวว่า *"ผมจะด่าฝากไปเรื่อยแหละครับ ไม่ใส่หมวกหัวแตกมาเป็นเพราะอะไร ผมไม่อยากให้เจ็บป่วยกันในสิ่งที่คิดว่าป้องกันได้ แต่ก็ป้องกันได้บ้างไม่ได้บ้าง"* ศัลยแพทย์ท่านนี้ยังได้สรุปว่า *"ทั้งการให้คำแนะนำ ปรึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การกระตุ้นและการติดตามนั้น ผมทำเฉพาะส่วนที่ผมถนัด*

เท่านั้น เนื่องจากไม่อาจไปเกี่ยวข้องทุกสาขา และสำหรับเรื่องการส่งต่อ ผมจะส่งต่อคนไข้ไปผ่าตัดที่ไหนก็ไม่ได้"

โรงพยาบาลชุมชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่า บุคลากรของโรงพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือ พยาบาลวิชาชีพหนึ่งคน พยาบาลเทคนิคหนึ่งคน สำหรับแพทย์ทำหน้าที่เชิงวิชาการเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้พิจารณาเห็นชอบโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

แพทย์ผู้ให้บริการ

ทันตแพทย์กล่าวว่า ในฐานะแพทย์ไม่ได้มีบทบาทมากนักในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่จะเป็นที่ปรึกษาของPCU ให้คำแนะนำในการจัดทำโครงการแต่ละอย่างในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ทำหน้าที่ส่งต่อคนไข้ไปรับยาที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน ในระยะแรกของPCU โรงพยาบาลจะส่งแพทย์ไปออกหน่วยPCU อาทิตย์ละ 2 ครั้ง ก็จะนัดคนไข้มารับยาวันที่แพทย์มาประจำ แต่ตอนนี้แพทย์ไม่ได้ลงไปPCU แต่แพทย์ได้อบรมเจ้าหน้าที่สอ. ให้มีความรู้ในการดูแลคนไข้ที่จะมารับยาอย่างต่อเนื่อง และมีความรู้ในการตรวจOPDที่อนามัย จึงสามารถทำหน้าที่คัดกรองคนไข้กลุ่มที่ไม่มีอาการมากและสามารถรับยาที่PCU ได้ จำนวนคนไข้ที่มาโรงพยาบาลก็น้อยลง

ทันตแพทย์กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแนะนำคนไข้ ทำเป็นรายบุคคล เฉพาะรายที่มีปัญหาการส่งต่อคนไข้ไปรับยาอย่างต่อเนื่องที่สถานีอนามัย คนไข้จะได้รับสุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่สอ. มีการออกกำลังกาย บางครั้งมีเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดมาช่วยสอน สำหรับคนไข้เรื้อรังจะมีใบส่งตัวไปที่สถานีอนามัย ก็จะมีใบงานบอกว่าให้ทำแผลให้ครบ ให้ตัดไหมเมื่อไหร่ แต่ก็ไม่รู้ว่าเจ้าหน้าที่สอ. ได้ปฏิบัติตามที่บอกไปหรือไม่ ไม่ได้มีการติดตามตรวจสอบ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับคนไข้ว่าได้รับความรู้จากโรงพยาบาลเพียงพอไหมว่าเขาต้องไปทำอะไรต่อไป

แพทย์ทั่วไปท่านหนึ่งกล่าวถึงการทำบทบาทด้านสร้างเสริมสุขภาพว่า *"กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพก็พยายามทำ แต่ช่วงนี้ไม่ค่อยมีเวลา เพราะทุกวันคนไข้เยอะมาก แต่หมอมีน้อยที่ทำได้ คือ ให้คำปรึกษาแนะนำแก่คนไข้มากกว่า การไปออกชุมชนมีบ้างนานๆ ครั้ง ..... คนไข้บางจำพวกที่เป็นชาวเขา คุยกันไม่ค่อยรู้เรื่อง สื่อสารกันลำบาก แล้วค่อนข้างดื้อ ไม่ยอมทำตามที่แนะนำ ..... คนไข้จำพวกที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น พวกเบาหวาน ความดัน ต้องได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง พวกนี้ถ้าได้รับการบำบัดฟื้นฟูก็สามารถลดยาต่อเนื่องได้ คนไข้ประเภทที่มาโรงพยาบาลลำบากอยู่ไกล ก็จะแนะนำการปฏิบัติตน การทำแผล ต่อไปรับยาต่อที่สถานีอนามัยใกล้บ้านต่อเนื่อง จะเขียนโน้ตอธิบายอย่างละเอียดว่าจะต้องทำอะไร บอกให้พยาบาลลงไปติดตามดู และนัดมาโรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการ"*

โรงพยาบาลเอกชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลกล่าวถึงบทบาทของแพทย์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพว่า *"เป็นคำถามที่ยาก แพทย์ถูกสอนมานานให้ทำบทบาทการรักษา ทุกวันนี้หลวงผลิตแพทย์เฉพาะทางขึ้นมาแล้วทำไมจับเขาไปนั่งที่สถานีอนามัย เสียความรู้สึกมาก ใช้คนผิด นโยบายไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรทุกอย่างในชั่วพริบตา ผมเห็นว่าแพทย์ควรมีส่วนร่วมแต่น่าจะผลิตแพทย์ด้านนี้ (Family Medicine Doctor=แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) ให้มากขึ้น ขณะนี้ก็ขอความร่วมมือแพทย์ที่มีอยู่ไปก่อน แต่อย่าไปบังคับให้เขาทำ"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า คนไข้ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาล มาพบแพทย์เพื่อต้องการรักษาและได้รับยา คนไข้ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามาโรงพยาบาลแล้วไม่ได้รับยาเหมือนไม่ได้เจอหมอ คนไข้ส่วนน้อยที่มีการดูแลตัวเองที่บ้าน แทบจะไม่มีคนไข้ที่มาหาหมอเพื่อรับฟังปัญหาแล้วกลับบ้าน จึงเป็นส่วนน้อยที่แพทย์ให้ความรู้คนไข้เกี่ยวกับสุขภาพ แพทย์อีกท่านหนึ่งกล่าวถึงบทบาทของแพทย์ในการให้คำแนะนำคนไข้ว่า *"ส่วนใหญ่จะเป็นเชิงให้คำแนะนำ เพราะปัจจุบันนิสัยของผู้บริโภคหรือคนไข้ที่มาหาหมอจะต้องได้รับอะไรติดมือกลับไป ไม่ได้ยาก็ต้องมีอะไรสักอย่าง แต่มีความรู้สึกว่าระยะหลังผมต้องพูดมากขึ้น ต้องอธิบายมากขึ้น และต้องพยายามลดยาบางตัวที่มันไม่จำเป็น ถ้าเป็นเมื่อก่อนโรงพยาบาลจ่ายยายิ่งมากรายได้ยิ่งเยอะ แต่ปัจจุบันมันไม่ใช่"*

ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการ เกี่ยวกับบทบาทของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับความเห็นของผู้เกี่ยวข้อง ที่กล่าวว่า นอกจากแพทย์จะทำหน้าที่หลักในด้านการตรวจรักษาแล้ว แพทย์ก็ได้ให้คำปรึกษาแนะนำให้ความรู้แก่คนไข้ทั้งในOPDและIPD แต่แพทย์มีเวลาน้อยจึงมักให้คำแนะนำแบบสั้นๆ

กล่าวโดยสรุป แพทย์ยังมีบทบาทหลักในด้านการตรวจรักษาผู้ป่วย การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์มีบ้าง โดยเฉพาะด้านการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา การปฏิบัติงานของแพทย์ในหน่วยPCU ยังเน้นการตรวจรักษาผู้ป่วยเป็นหลักและเป็นหัวหน้าทีมงานPCU แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้ด้วยความสมัครใจไม่ใช่การบังคับ

(2) การมีส่วนร่วมของแพทย์ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

การศึกษาการมีส่วนร่วมของแพทย์ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล พบว่า

โรงพยาบาลศูนย์(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล ให้ความเห็นว่า *"ในเรื่องความร่วมมือของแพทย์ต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ต้องบอกเลยว่าแพทย์มีภาระงานตั้งรับอยู่ค่อนข้างมาก ฉะนั้นการจะทำงานในเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพก็ค่อนข้างจำกัด งานประจำของแพทย์ก็ Loads(ปริมาณงาน)มากอยู่แล้ว ถ้าเกิดหมอซักคนต้องไปทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพก็ต้องลำบาก จะเกิดผลกระทบต่อการทำกิจกรรมหลักที่ทำอยู่ ถ้าเราจะต้องมีการกำหนดนโยบาย แพทย์เป็นคนมองเห็นและกำหนดนโยบาย แต่ต้องหาบุคลากรอื่นจะเป็นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมารองรับ"*

<u>หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว</u>กล่าวว่า แพทย์มีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่แต่ละภาควิชาจัดทำขึ้น เช่น ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาอายุรกรรม ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภาควิชาทันตกรรม โดยแพทย์ทำหน้าที่ให้ความรู้ ตรวจสุขภาพ คัดกรองคนไข้ที่มีปัญหาสุขภาพและส่งต่อ

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ สูติแพทย์ อายุรแพทย์ เห็นว่า โอกาสที่จะเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นกับผู้บริหารมีไม่มากนัก แต่จะมีการแสดงความคิดเห็นในการประชุมกลุ่มแพทย์หรือภายในหน่วยผ่านไปที่ภาควิชาที่ตนสังกัด และในระดับภาควิชาสามารถนำเสนอผ่านไปยังฝ่ายบริหารของโรงพยาบาลได้ แต่ส่วนใหญ่แพทย์จะเป็นฝ่ายตั้งรับนโยบายจากเบื้องบนไปปฏิบัติ

<u>สูตินรีแพทย์</u> มีส่วนร่วมในโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นนโยบายของประเทศและของโรงพยาบาล

<u>อายุรแพทย์</u>กล่าวว่า *"แพทย์มีส่วนร่วมในการออกหน่วยPCU เข้าร่วมชมรมที่หน่วยจัดขึ้น เช่น ชมรมคนเป็นโรคปวด ชมรมแอโรบิค ชมรมกีฬาสีและยังเป็นผู้ให้ความรู้"*

โรงพยาบาลทั่วไป(1)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการ ทั้งแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางไม่มีส่วนร่วมในนโยบาย แผนงานกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน <u>กุมารแพทย์ท่านหนึ่ง</u>ให้ความเห็นว่า *"ผมเองไม่ได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลยังขาดหลักการในเรื่องงานสร้างเสริมสุขภาพ ขาดการสนับสนุนจริงจัง (ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย) จึงไม่มีกำลังใจ ไม่อยากทำ"*

แพทย์เฉพาะทางด้านกระดูกเห็นว่า *"งานสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่หน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์เฉพาะทาง ไม่คุ้มค่าหรือประโยชน์ที่จะให้แพทย์เฉพาะทางไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ควรเป็นภาระหน้าที่ของแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นหน้าที่ของผู้บริหาร แพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่มีความสุขในงานการรักษา มีความสุขกับงานที่ทำ"*

ศัลยแพทย์ มีความเห็นเช่นเดียวกับกุมารแพทย์ โดยกล่าวว่า *"ผมเองไม่มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะงานด้านนี้ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของเวชกรรมสังคม(คุณหมอท่านหนึ่งซึ่งเป็นหัวหน้าเวชกรรมสังคม ท่านเก่งกว่าผม) ในฐานะแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม จะเป็นผู้รับนโยบายด้านนี้ไปปฏิบัติในงานที่ผมเองรับผิดชอบมากกว่า"*

โรงพยาบาลชุมชน(1)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล (ผู้อำนวยการ)และแพทย์ผู้ให้บริการ (แพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรม) มีความเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของแพทย์ในนโยบาย แผนงานและกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ดังนี้

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นว่า สถานการณ์ของโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน จำนวนแพทย์ไม่เพียงพอกับปริมาณงานหรือจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาแต่ละวัน แพทย์ส่วนใหญ่ยกเว้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นแพทย์ที่จบใหม่ มาประจำอยู่ที่โรงพยาบาล 1–2 ปีก็ไปศึกษาต่อเฉพาะทาง โรงพยาบาลจึงขาดแคลนแพทย์ แพทย์ที่มีอยู่ต้องทำงานด้านรักษาเป็นหลัก งานสร้างเสริมสุขภาพไม่ควรฝากความหวังไว้กับแพทย์ โดยผู้บริหารโรงพยาบาลกล่าวว่า *"ผมไม่มีเวลาหรอก ถ้าเจ้าหน้าที่ผมไม่ทำ ผมก็ไม่ทำ ผมถือว่าสถานการณ์ที่แพทย์ขาดแคลนนั้น กระทรวงต้องฝากความหวังงานสร้างเสริมสุขภาพไว้ที่เจ้าหน้าที่ระดับต้น อย่ามาฝากความหวังไว้ที่แพทย์ถ้าคุณจะฝากความหวังไว้ที่แพทย์เป็นหัวหน้าทีมด้านโน้น ด้านนี้ ขอแพทย์ให้พอกับเราก่อน"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลท่านหนึ่ง กล่าวถึงการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลว่า *"ตัวเองเป็นทีมบริหารของโรงพยาบาลสามารถเสนอแนวความคิดนี้ในการประชุมคณะกรรมการการบริหารโรงพยาบาล แต่ว่าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงไม่มี เพราะโรงพยาบาลจะแบ่งหน้าที่งานกัน อย่างคนหนึ่งจะทำหน้าที่ด้านHA อีกคนหนึ่งจะทำงานเกี่ยวกับPCU แต่เราเสนอความคิดเห็นต่อกันได้ ก็มีส่วนเสนอความคิดเห็นบ้างพอสมควรและก็รับผิดชอบดูPCU ของโรงพยาบาล ซึ่งตอนนั้นก็เป็นที่ปรึกษาอยู่ ก็หยุดชะงักไปช่วงหนึ่ง"*

แพทย์ทั่วไปอีกท่านหนึ่งของโรงพยาบาล ให้ความเห็นคล้ายๆ กันว่า *"ไม่ค่อยมีเวลา มีส่วนร่วมเสนอความคิดบ้างเวลามีประชุมทีมงานในโรงพยาบาล ปลีกเวลาราชการสักชั่วโมงสองชั่วโมงลงพื้นที่(PCU) 2 – 3 เดือนต่อครั้ง ส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่ทุรกันดาร ผมไปช่วยแต่จะมีแพทย์ท่านหนึ่งที่รับผิดชอบ PCU อยู่แล้ว ผมจะไปทำ เช่น ดูแลคนไข้ ติดตามคนไข้ที่ Discharged จาก Ward"*

โรงพยาบาลเอกชน(1)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการ(แพทย์เฉพาะทาง) 2 ท่าน เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของแพทย์ในนโยบาย แผนงาน กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล พบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลไม่ได้ให้ความเห็นที่ชัดเจน เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ให้ความเห็นว่าไม่จำเป็นต้องให้แพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางมีส่วนร่วมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ถ้าจะต้องให้แพทย์มีส่วนร่วมต้องผลิตแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว(Family Medicine Doctor) เพิ่มขึ้น

แพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ยังไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นหรือวางแผนงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนจะเป็นฝ่ายบริหาร แต่จะมีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นบ้างก็เฉพาะเวลามีการประชุมปรึกษาหารือ"* และแพทย์ท่านนี้ยังกล่าวอีกว่าตนไม่มีส่วนร่วมในการออกหน่วยบริการปฐมภูมิ

แพทย์อีกท่านหนึ่งกล่าวว่า *"นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่รัฐบาลกำหนด แพทย์ไม่มีสิทธิมีเสียง แต่เป็นผู้ปฏิบัติตามนโยบายของราชการ ซึ่งบางสิ่งบางอย่างดูแล้วไม่สมเหตุสมผล แต่ก็ต้องทำเพราะถ้าสั่งให้ทำก็ต้องทำ ถ้าไม่ทำก็ไม่ได้รับเงิน"*

(3) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร และการมีส่วนร่วมของแพทย์ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลศูนย์(1)

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไป 1 ท่าน อายุรแพทย์ 2 ท่าน สูติแพทย์ 1 ท่าน ให้ความเห็นเกี่ยวกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลและการมีส่วนร่วมของแพทย์ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ โรงพยาบาลมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย โดยแพทย์กล่าวว่า *"**ก่อนเจ็บป่วย**เป็นการทำงานเชิงรุก เป็นงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทำในพื้นที่/ชุมชน โดยการให้ความรู้ ให้ภูมิคุ้มกัน การรักษาสิ่งแวดล้อม การตรวจมะเร็งปากมดลูก การวัดความดัน การออกกำลังกาย **ส่วนขณะเจ็บป่วย**เป็นการให้การตรวจรักษาและดูแลขณะ*

*ที่ยังป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ก็จะเป็นการแนะนำ ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจสาเหตุและอาการของโรค และวิธีการปฏิบัติตนในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่วน**หลังเจ็บป่วย**เป็นการแนะนำให้ความรู้และติดตามผลเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ"* แพทย์ท่านหนึ่ง กล่าวว่า *"ก่อนเจ็บป่วยไม่ได้ทำด้านนี้โดยตรง แต่โรงพยาบาลก็มีส่วนที่ทำในชุมชนอยู่แล้ว แต่ที่แพทย์ได้ทำจริงๆ คือ คนไข้ขณะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย เพราะขณะเจ็บป่วยเราให้การรักษาดูแล ส่วนหลังเจ็บป่วยเราจะนัดคนไข้มาตรวจ ช่วงที่เขาหายดีขึ้นพอจะคุยกันรู้เรื่องเราจะให้คำแนะนำช่วงนั้นว่าเขาจะไปปฏิบัติตัวยังไง"*

การสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณนั้น แพทย์ท่านหนึ่ง กล่าวว่า *"ส่วนร่างกาย จิตใจ สังคมนั้นก็ได้ทำบ้าง แต่ไม่ได้ลงรายละเอียดลึกๆ เพราะว่าติดในเรื่องเวลา คนไข้เราจะต้องให้เวลาค่อนข้างมาก ถ้าเราใช้เวลากับเรื่องนี้มาก เราก็ตรวจคนไข้แต่ละวันไม่หมด คนไข้จะเดือดร้อน เพราะบางคนเดินทางมาไกล"*

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยนั้น อายุรแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"การรักษาคนไข้เราต้องอาศัยครอบครัว เพราะคนไข้อาการหนักมักดูแลตนเองไม่ได้ดีหรือไม่ได้เลย เราต้องอาศัยญาติหรือพี่น้องในการดูแล เราต้องให้ข้อมูลกับญาติเขาว่าจะรักษาคนไข้อย่างไร และญาติเองจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะให้รักษาคนไข้อย่างไร"* เช่นเดียวกับอายุรแพทย์อีกท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ถ้าเวลาเยอะขึ้น ส่วนใหญ่จะเอาคนที่ดูแลคนไข้ พวกญาติมาคุยด้วย แต่ว่าก็ยังเพิ่งเริ่มเป็นส่วนน้อย เพราะคนไข้เยอะ เวลาน้อย ทำลำบากแต่ก็กำลังเริ่ม"*

ความคิดเห็นของแพทย์ทั่วไป คือ *"ส่วนใหญ่ถ้าตรวจคนไข้เสร็จแล้วจะเชิญญาติมาด้วย เพราะคนไข้มีทั้งผู้สูงอายุ เด็ก คนวัยกลางคน ซึ่งถ้าเป็นคนวัยกลางคนก็ดูแลตนเองได้ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุหรือเด็กครอบครัวจะสำคัญมาก เพราะการดูแลพื้นฐานแล้วจะต้องมีคนคอยดูแลจัดยาให้ จัดอาหาร การปฏิบัติตัวในครอบครัวจึงสำคัญมาก เพราะฉะนั้นหลังจากตรวจแล้วจะต้องอธิบายให้ญาติของผู้ป่วยเข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร ควรได้รับการดูแลแบบไหน แต่บางทีคนไข้เยอะๆ ถ้าถามว่าทำได้หมดไหม ส่วนใหญ่แล้วจะทำไปพร้อมๆ นะคะ คือ เจอคนไข้พร้อมญาติพูดทีเดียว ลักษณะนี้มากกว่า การพูดนี้ก็ต้องพูดซ้ำหลายๆ ครั้ง ก็คือคนไข้ตรวจ 1 ครั้งก็พูด 1 ครั้งก็อาจไม่รู้สึกไม่ปฏิบัติตามมาอีกก็ต้องพูดซ้ำอีก ก็คือพูดไปเรื่อยๆ เหมือนเดิม"*

โรงพยาบาลทั่วไป(1)

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไป กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูก ให้ความเห็นต่อกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมของแพทย์ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

โรงพยาบาลยังไม่มีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพแบบครบวงจร ดังเช่นแพทย์ทั่วไปท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ผมว่าความชัดเจนในกระบวนการคงยังไม่เด็ดขาด ..... ยังไม่ถึงนะฮะ คือตรงนี้ยังเป็นIndividual ไม่เป็นโดยภาพรวม แล้วแต่แพทย์แต่ละท่าน ด้านจิตใจก็มีจิตเวชในโรงพยาบาล มีชมรมจริยธรรม ด้านสังคมมีการเผยแพร่ความรู้ งานกุมารเวชเราเคยเขียนบทความลงหนังสือพิมพ์ แต่ตอนนี้เขาหาคนเขียนไม่ได้ก็เลยหยุดไป งานประชาสัมพันธ์จะมีการออกรายการวิทยุ"* สร้างระหว่างซ่อม ดังเช่นกุมารแพทย์กล่าวถึง *"การแนะนำการเจริญเติบโต พัฒนาการ ดูแลเด็กที่บ้านไม่ให้มีปัญหากับสังคม แนะนำการกินและมีการติดตามไปดูที่ชุมชน มีการนัดเด็กทุกราย ถ้าเป็นอายุรแพทย์จะแนะนำการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การนวดเพื่อลดการซ่อม กลุ่ม Orthopedic ก็สอนกายภาพ"* กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์แบบ แพทย์ไม่ได้ทำทุกคน อายุรแพทย์ทำทุกกลุ่มอายุจะเห็นชัดเจนที่สุด ดังเช่นกุมารแพทย์กล่าวว่า *"ใครรู้ก็ทำ ยังไม่ได้ทำร่วมกัน"* มองไม่ออกว่ากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นอย่างไร ดังเช่นศัลยแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ผมดูหมดคงไม่ใช่ เพราะว่าในส่วนที่ผมถนัดชำนาญก็จะอยู่ในห้องผ่าตัดส่วนใหญ่ และตอนนั้นคนไข้สลบคงไม่ค่อยรู้เรื่อง ในส่วนที่ไปตรวจเยี่ยมตอนเช้าก็มุ่งเฉพาะการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่สุดไว้ก่อน จะมีเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยแล้วมาอธิบายการรักษาตอนก่อนผ่าตัด หรือก่อนเริ่มกระบวนการรักษานี่ก็มีการพูดกันครั้งหนึ่งแล้วก็ตอนจบ ตอนระหว่างรักษาก็ไม่พูดอะไรมาก เพราะว่าก็ใช้มีดมากกว่าใช้ปาก ส่วนหนึ่งของการรักษาที่ได้ผลดีคือ การให้ความร่วมมือในการรักษา คือผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการรักษา อย่างไรก็ตามหมอกระดูกเนี่ยพูดอย่างไรกระดูกก็ไม่ติดเนื้อ"*

บทบาทของศัลยแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังเจ็บป่วย ดังคำกล่าวของศัลยแพทย์ที่ว่า *"ผมมีบทบาทบ้างในการป้องกันและอธิบายเมื่อหลังจากที่บาดเจ็บหรือป่วยแล้วว่าอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร มะเร็งหรือเนื้องอกเกิดขึ้นได้อย่างไร ทำอย่างไรจึงจะอยู่ได้ไม่ทรมานมากนัก ยังไงก็ต้องตายแน่ มะเร็งรักษาไม่หาย ก็แปลว่าผมมีส่วนบ้างก็ไม่เยอะอะไรหรอก เพราะสภาพงานมันคนละแบบกับผู้ดูแลทั่วไป"*

โรงพยาบาลชุมชน(1)

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไป 2 ท่านของโรงพยาบาล ให้ความเห็นเกี่ยวกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมของแพทย์ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ แพทย์มีความเห็นว่า กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล *"ยังไม่ครอบคลุมหรือครบถ้วน"* การสร้างเสริมสุขภาพ **"ก่อนเจ็บป่วย"** แพทย์อธิบายว่า *"ก็อย่างเช่น การสร้างเสริมการฉีดวัคซีนของเด็กๆ เพราะที่นี่เป็นพื้นที่ที่มีชาวเขาก็ค่อนข้างติดตามยาก ส่วนใหญ่ให้เครือข่ายสถานีอนามัยช่วย*

ติดตามให้เด็กมาฉีดวัคซีนให้ครบ ก็อำนวยความสะดวกโดยให้ผู้ปกครองพาลูกหลานไปฉีดวัคซีนที่สถานีอนามัยรวมทั้งเรื่องการฝากครรภ์ด้วย"

การสร้างเสริมสุขภาพ **"ขณะเจ็บป่วย"** แพทย์อธิบายว่า *"การให้คำปรึกษาแนะนำแก่คนไข้ส่วนใหญ่แพทย์จะเข้าไปให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติที่มาดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้พร้อมๆ กัน บางรายต้องให้ความรู้มากหน่อย ก็พูดซ้ำๆ บ่อยๆ หน่อย ครั้งสุดท้ายก่อนกลับบ้านก็ต้องอธิบายเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อไม่ให้กลับมาเป็นโรคซ้ำ ป้องกันไม่ให้เป็นมากขึ้น ตอนนี้ทำHA เขากำหนดให้มี Discharge Care หรือการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยที่นอนใน Ward มากขึ้น แต่เดิมพยาบาลเป็นผู้ให้ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดรวมทั้งอธิบายเรื่องการให้ยา แต่ตอนนี้ให้เภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาและให้ความรู้เรื่องการใช้ยาด้วย แต่ละหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยในเหมือนกับดูผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เขาจะสร้างวัฒนธรรมในหน่วยงานเขาเอง ยังไม่ได้รวมกันเป็นทีมสหวิชาชีพชัดเจนซักเท่าไหร่ อาจมีการส่งต่อผู้ป่วยไปให้สถานีอนามัย/PCU ดูแลผู้ป่วยต่อ"* การสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคมนั้น แพทย์กล่าวแต่เพียงว่า *"ด้านร่างกายปกติโรงพยาบาลมีอยู่แล้ว ส่วนด้านจิตใจ ด้านสังคมจะเป็นลักษณะการเยี่ยมบ้านนะครับ"* การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แพทย์กล่าวว่า *"แนะนำให้ญาติดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางจำพวกเป็นโรคเกี่ยวกับสมอง อัมพาต อัมพฤกษ์ เราก็จะให้ญาติของผู้ป่วยมาเรียนทำอาหาร เรียนการพลิกตัวผู้ป่วยและนำไปปฏิบัติที่บ้าน หรือเรื่องสูบบุหรี่ เราก็จะแนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยไม่ให้สูบบุหรี่"*

แพทย์ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ***"ขณะเจ็บป่วย"*** โดยแพทย์กล่าวว่า *"ถ้ามีส่วนร่วมมากที่สุดน่าจะเป็นขณะเจ็บป่วย"*

โรงพยาบาลเอกชน(1)

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"โดยกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพก็พยายามทำให้มี เช่น การส่งต่อคนไข้ไปรับการดูแลที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน มีพยาบาลไปติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น"*

ครอบครัวดูแลผู้ป่วยนั้น แพทย์อีกท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า *"ถ้าเป็นในเขตชนบทญาติพี่น้องสนใจเอาใจใส่ดูแล ให้ความร่วมมือดี แต่ถ้าเขตชุมชนเมืองไม่ค่อยให้ความช่วยเหลือ ต่างคนต่างอยู่และต้องทำงานไม่มีเวลา ก็น่าเห็นใจ โรคบางโรคเราต้องแจ้งให้ญาติทราบ เช่น HIV มะเร็งระยะสุดท้าย ต้องการให้ญาติมาช่วยดูแล ต้องเชิญญาติมารับรู้ บางครั้งก็ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ไม่อยากบอกให้ญาติรับรู้ก็ได้"*

กล่าวโดยสรุป โรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์มีความพยายามที่จะให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพแบบครบวงจร ทั้งก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม แต่ยังไม่ได้ดำเนินการให้เห็นผลชัดเจนและต่อเนื่อง สำหรับแพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับว่า ยังไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพแบบครบวงจร แพทย์

ส่วนใหญ่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายขณะเจ็บป่วยมากที่สุด ก่อนเจ็บป่วย หลังเจ็บป่วย ด้านสังคม อารมณ์และจิตใจนั้น แพทย์ยังมีส่วนร่วมน้อยมากหรือไม่มี สำหรับการมีส่วนร่วมของครอบครัว แพทย์พยายามกระตุ้นสร้างเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย

(4) ผลตอบแทนและมาตรการจูงใจแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

การศึกษาเกี่ยวกับผลตอบแทนและมาตรการจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน พบว่า

โรงพยาบาลศูนย์(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องผลตอบแทนและมาตรการจูงใจสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ ยังไม่มีผลตอบแทนและมาตรการจูงใจสำหรับแพทย์ในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการขอความร่วมมือจากแพทย์และเป็นความสนใจของแพทย์ที่ทำงานด้านนี้มากกว่า เพราะขณะนี้งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอ โรงพยาบาลแพทย์เป็น Tertiary Care* เน้นการรักษาเป็นหลักและไม่ได้ถือว่า Primary Care เน้นการสร้างเสริมเป็นงานหลักของโรงพยาบาลมาตั้งแต่ต้น โรงพยาบาลมีผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องมีค่าใช้จ่ายมาก งบประมาณส่วนใหญ่จึงต้องนำมาใช้จ่ายในด้านการรักษาเป็นหลัก ดังคำกล่าวของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวว่า *"เรายังไม่สามารถจัดผลตอบแทนและมาตราการจูงใจ อันนี้เป็นการขอความร่วมมือและเป็นความสมัครใจของแพทย์มากกว่า เนื่องจากงบประมาณน้อย รัฐบาลให้งบประมาณต่อหัวของคนไข้อยู่ประมาณ 500 กว่าบาท รัฐบาลถือว่าบุคลากรรับเงินเดือนแล้ว โรงเรียนแพทย์ไม่ได้ถือว่ามีส่วนของ Primary Care เป็นงานหลักมาตั้งแต่ต้น พอตอนนี้ต้องมารับเรื่องนี้เพิ่มขึ้น 500 กว่าบาทต่อหัว จริงๆ เหลือ 400 บาท อาจไม่พอ เพราะคนไข้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเราเป็นโรงเรียนแพทย์มีผู้ป่วยเรื้อรังมาใช้บริการต้องมีค่าใช้จ่ายมาก"*

ผู้บริหารภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวให้ความเห็นว่า ถ้าต้องการให้งานสร้างเสริมโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพต้องมีเงิน มีแรงจูงใจ (Incentive) โดยดูจากผลงาน มีเกณฑ์เป็นตัวชี้วัดผลงาน เช่น บริการดี คนมีสุขภาพแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น จำนวนผู้มารับบริการน้อยลง เป็นต้น

---

* Tertiary Care หมายถึง การให้บริการด้านการดูแลรักษาในระดับตติยภูมิ

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไป 1 ท่าน อายุรแพทย์ 2 ท่านและแพทย์เฉพาะทางด้านสูตินรีเวช 1 ท่าน ให้ความเห็นเกี่ยวกับผลตอบแทนและมาตรการจูงใจแพทย์ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผลตอบแทนสำหรับแพทย์ พบว่า ไม่มีผลตอบแทนในรูปของ**เงิน**แก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ เพราะถือว่าเป็นการปฏิบัติงานปกติของแพทย์ ดังเช่นคำตอบของอายุรแพทย์ท่านหนึ่งเมื่อถามถึงผลตอบแทนในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพว่า *"ไม่มีคะ ถือเป็นการปฏิบัติงานปกติ"* สูติแพทย์อีกท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ไม่มี รัฐบาลเขาไม่ให้เงินใครง่ายๆ นะคะ มีแต่ลด ไม่ให้อะไรเพิ่มขึ้น เราก็ทำไป"* แพทย์ทั่วไปท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ค่าตอบแทนหรือสิ่งตอบแทนที่ให้แพทย์ที่ทำงานทางด้านสร้างเสริมสุขภาพ ถามว่าตัวชี้วัดว่าแพทย์คนไหนทำงานสร้างเสริมสุขภาพดีกว่ากัน อันนี้อาจจะหาลำบาก เพราะฉะนั้นส่วนใหญ่แล้วทางโรงพยาบาลคงดูเป็นภาพรวมมากกว่า"*

แพทย์มีความรู้สึกว่า**ผลตอบแทน**ที่ได้รับจากการปฏิบัติงานภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นด้าน**ลบ** ทั้งภาระ/งานที่เพิ่มขึ้น แพทย์ต้องเป็นลูกจ้าง สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่เคยได้รับก็ลดลง เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัว พ่อแม่ ก็จะลดลงเหลือเพียงสวัสดิการเฉพาะตัว ดังเช่นสูติแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"หนูรู้สึกว่างานมันมากขึ้นนะคะ ตอนนี้หนูเป็นลูกจ้าง เป็นข้าราชการเงินเดือนเขาก็เท่านี้ ถ้าเป็นพนักงานของรัฐแรงจูงใจจะต้องมากขึ้น แต่หนูกลายเป็นลูกจ้าง หนูไม่ใช่พนักงานของรัฐ หนูไม่รู้อนาคตตนเอง แพทย์ต้องการความมั่นคงมากกว่า แต่หนูก็รู้สึกว่ายังไงหนูก็ไม่ได้เดือนร้อนอะไร แต่หนูอาจตัดสินใจไปทำงานโรงพยาบาลเอกชนหรืออาจจะไปช่วยทำงานที่บ้าน เพราะการทำงานที่นี่มันเหนื่อยมากนะคะ มันกดดันเราทุกอย่าง เขามีความฝันที่ Perfect แต่เขาไม่เคยศึกษาถึงหัวอกคนตรงนี้ ก็มีแพทย์ เภสัช พยาบาล แล้วก็บุคลากรการแพทย์ทั้งหมด อาชีพที่เราทำมันช่วยคนอยู่แล้ว คนเป็นหมอก็อยากช่วยคน กลายเป็นว่าเขามาคอยตอกย้ำเราหรือเปล่า บางทีเราทำเต็มที่แล้วก็ไม่ถูกใจก็มาบีบเรา ไม่เห็นหัวอกเรา"*

สำหรับมาตรการจูงใจ สูติแพทย์ท่านหนึ่งมีความเห็นว่า ระบบในโรงพยาบาลเอื้อต่อการทำงานของแพทย์ เพราะการเป็นแพทย์ได้รับความเชื่อถือ ศรัทธา ไว้วางไว้และความร่วมมืออย่างดีจากผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาล อันถือว่าเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในอาชีพแพทย์ ขณะที่ความเห็นของอายุรแพทย์ท่านหนึ่งว่า กำลังใจถือเป็นรางวัลสำหรับแพทย์ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และอายุรแพทย์อีกท่านหนึ่งกล่าวเช่นกันว่า คำชมเชยที่ได้รับจากผู้ป่วยเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญในการทำงานของตน โรงพยาบาลมีมาตรการจูงใจแพทย์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งหมายรวมถึงการปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพส่วนหนึ่งด้วย โดยการคัดเลือกและประกาศเกียรติคุณของแพทย์ที่ปฏิบัติงานดีเด่นแต่ละปี ซึ่งการคัดเลือกก็จะให้คนไข้หรือบุคลากรอื่นในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการให้คะแนน อายุรแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"รางวัลสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพเนี่ย ไม่รู้เหมือนกัน แต่ว่าบุคลากรดีเด่น แพทย์ดีเด่นที่ช่วยงานโรงพยาบาลมีขึ้นบอร์ด"*

โรงพยาบาลมีมาตรการจูงใจในการสร้างความตระหนักและเพิ่มพูนความรู้ให้แก่แพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น แพทย์ทั่วไปท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ก่อนมาเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลทางโรงพยาบาลจะจัดการปฐมนิเทศการอบรม เตรียมความรู้ ความพร้อมสำหรับแพทย์ทุกๆ คนว่านโยบายของโรงพยาบาลต้องการให้แพทย์ปฏิบัติอย่างไร มีส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ด้วยเนื้อหาแต่ละอย่างที่อบรมจะแทรกเรื่องนี้ด้วยนะคะ"* ความเห็นของสูติแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ระบบมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาล (HA) เป็นตัวกำหนดว่าโรงพยาบาลต้องมีการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลให้แพทย์ต้องปฏิบัติงานด้านนี้การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ เช่น การทำบอร์ดนิทรรศการ ก็เป็นการให้ความรู้และกระตุ้นให้แพทย์หันมาปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ"*

โรงพยาบาลทั่วไป(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

เกี่ยวกับผลตอบแทนและมาตรการจูงใจแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีดังนี้ แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความเห็นว่า *"แพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจะได้รับเบี้ยเลี้ยง ความสะดวกในการไปปฏิบัติงาน (มียานพาหนะรับส่ง) อาหาร ผลงานที่ปฏิบัตินำไปพิจารณารวมกับผลงานอื่นเป็นความดีความชอบ ในระดับจังหวัดจะมีการประกวดผลงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ"* ผู้บริหารกลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีความเห็นว่า *"น่าจะมีการพิจารณาเกี่ยวกับผลตอบแทนและแรงจูงใจสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ขณะนี้ยังไม่ชัดเจน งบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะจัดสรรให้ตามโครงการ/กิจกรรมที่เสนอมาและผลงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพก็วัดยาก ไม่ได้นำมาพิจารณาเป็นผลงานอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้ได้รับคือ ความสบายใจ"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

เกี่ยวกับผลตอบแทนและมาตรการจูงใจในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ มีดังนี้ การอบรมหรือเพิ่มพูนความรู้ให้แพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ทั่วไป กล่าวว่า *"แพทย์ทุกคนได้รับรู้นโยบาย แต่การสร้างความตระหนักนั้นผมว่าไม่จำเป็น เพราะแนวปฏิบัติของแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน"* ศัลยแพทย์กล่าวว่า *"การสร้างความตระหนักในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพให้แพทย์ โดยรวมๆ มีบ้างแต่น้อย เช่น ในการประชุมมีการถ่ายทอดความรู้และให้ช่วยกันหน่อย เป็นการโน้มน้าว ไม่เน้น ไม่บังคับ เราทำด้วยความสมัครใจ ไม่บังคับ เช่น ถ้าจะบังคับให้หมอผ่าสมองไปออก PCU เขาคงโกรธน่าดู"*

การให้รางวัลแก่แพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ทั่วไปตอบว่า *"ไม่มี"* การกำหนดให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระงานหลักของแพทย์ กุมารแพทย์กล่าวว่า *"น่าจะมี ไม่รู้"* ขณะที่แพทย์เฉพาะทางด้านกระดูก ให้ความเห็นว่า *"น่าจะคิดเป็นภาระงานต้องกำหนดเป็น*

รายละเอียดของงาน (Job Description) ให้กับแพทย์ ต้องลดภาระงานประจำตรงนี้มั้ย หรือพิจารณาว่าคนที่ไปทำงานข้างนอกยังอยากจะทำงานข้างในอยู่ก็แสดงว่าทำงานมากกว่าคนอื่น ก็แสดงว่าน่าจะมีโอกาสก้าวหน้ามากขึ้น ถ้าเป็นเช่นนี้เงินเดือนไม่ใช่เรื่องสำคัญ แต่เป็นเกณฑ์ในการไปพิจารณา 2 ขั้น อันนี้เป็นนโยบายของโรงพยาบาล เพราะหลักการให้ 2 ขั้นก็คือ ทำงานมาตรฐานได้ดีและทำงานที่ได้รับมอบหมายได้ดี เพราะฉะนั้นถ้าระบุว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่นอกเหนือจาก Job Description ถ้าระบุตรงนี้ให้ดีก็น่าจะมีส่วนในการพิจารณา 2 ขั้นมากขึ้น หรือมีสิทธิไปประชุมหรืออบรมมากขึ้น จุดนี้ผมคิดว่าจะเป็นแรงจูงใจให้คนทำงาน PCU หรือทำงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น" ศัลยแพทย์ กล่าวว่า *"เป็นภาระงานหลัก ไม่ได้กำหนด กำหนดเดี๋ยวยุ่งตาย เดี๋ยวปล่อยคนไข้ในความดูแลรับผิดชอบเป็นอะไรมาแย่เลย จะให้หมอที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินมัวแต่สร้างเสริมสุขภาพหรือตะลอนๆ นั้น ผมไม่เห็นด้วยเลย เพราะงานหลักผมสำคัญที่สุด อันนั้นเป็นงานรอง จึงไม่ใช่งานหลักของศัลยแพทย์"*

ผลตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ศัลยแพทย์อธิบายว่าโรงพยาบาลมีค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยกล่าวว่า *"มีครับพิจารณาค่าตอบแทน 25 % ของที่กำหนดไว้ในระเบียบ เช่น ออกPCUแพทย์ได้รับเบี้ยเลี้ยง 120 บาทเป็นค่าพาหนะ เมื่อก่อนให้ค่าอาหารคนละ 40 บาท เพราะผู้อำนวยการผมเก่ง อุตสาห์ไปเปิดหาอะไรพอที่จะให้ได้ก็ให้ ท่านเป็นคนใจกว้างดีที่สุดในภาคเหนือ"*

การนำเอาภาระงานสร้างเสริมสุขภาพไปคิดเป็นค่าตอบแทนนั้น แพทย์ทั่วไปมีความเห็นว่า *"น่าจะเป็นสิ่งที่ดีถ้าโรงพยาบาลสามารถกำหนดให้มีค่าตอบแทนสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ"* ซึ่งขัดแย้งกับความเห็นของแพทย์เฉพาะทางด้านกระดูกที่กล่าวว่า *"ถ้าแพทย์ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลและงานหลัก/งานประจำไม่กระทบกระเทือน ก็น่าจะได้รับพิจารณาความก้าวหน้าหรือความดีความชอบประจำปี (2 ขั้น) แต่ไม่ควรกำหนดเป็นเงินตอบแทน ค่าเวรหรือค่าทำงานเพิ่ม ตอนนี้โรงพยาบาลถือเป็นแค่อาสาสมัคร ขอร้อง พี่/ผู้ใหญ่ขอร้องให้ทำ แต่ก็มีค่าตอบแทน ทางโรงพยาบาลพยายามช่วยตรงนี้ แพทย์บางคนไม่เห็นด้วยหาว่าออกไปทำเพราะว่าหวังเงิน ทั้งที่ทำงานในโรงพยาบาลก็ทำตามปกติ ทำให้คนที่อยู่เดือนร้อนทำมากขึ้น ขณะที่คนไปทำข้างนอกกลับได้เงิน ทำให้หมอที่ไปทำงานข้างนอกก็ไม่ Happy หมอที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลก็ไม่ Happy เพราะฉะนั้นไม่ต้องเอาเรื่องเงินมาพูด น่าจะดีกว่า"* กุมารแพทย์ให้ความเห็นว่า *"การสร้างเสริมสุขภาพหรือการแนะนำผู้ป่วยมันอยู่ในกระบวนการรักษาอยู่แล้ว และเป็นการปฏิบัติงานในเวลาราชการ ไม่ควรพิจารณาเป็นเรื่องค่าตอบแทน อีกประการหนึ่งงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่วัดยาก ไม่มีเกณฑ์ว่าจะต้องทำอะไร ไม่มีตัวชี้วัดถึงผลที่เกิดขึ้น ผลต่อสุขภาพที่เกิดจากการสร้างเสริมสุขภาพต้องใช้เวลา จึงไม่รู้จะเอาอะไรมากำหนดเป็นค่าตอบแทน"*

อะไรคือแรงจูงใจให้แพทย์หันมาสนใจและปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าแพทย์เฉพาะทางด้านกระดูกเห็นว่า *"ขึ้นอยู่กับ นโยบาย ผู้บริหาร (ผู้ใหญ่/รุ่นพี่) ความสมัครใจส่วน*

ตัว" ลักษณะงานที่ทำเกี่ยวพันกับการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งจูงใจให้แพทย์หันมาสนใจและปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแพทย์ทั่วไปกล่าวว่า *"แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้ผมไม่รู้ว่ามีกี่คน แต่มีกลุ่มงานกุมารเวชซึ่งหันมาสนใจ ผมคิดว่าเป็นลักษณะงานสามารถประยุกต์เข้ากันได้ง่าย แต่ถ้าเป็น Specialist ด้านอื่น อย่างเช่น หมอตา หมอผ่าตัด เขามีงานรักษาที่เป็นหลักที่เขาเห็นว่าเป็นงานสำคัญ เขาทำงานนั้นเขาพอใจมากกว่า ไม่มีเวลา ไม่มีใครมีใจที่จะปลีกตัวมาทำด้านนี้"* การมีเวลา <u>แพทย์เกือบทุกคน</u>ให้ความเห็นเหมือนกันหมดว่า *"ต้องมีเวลาเพียงพอ แพทย์จึงจะสามารถทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้ แต่ส่วนใหญ่แล้วแพทย์มีเวลาที่จะทำเรื่องนี้น้อยมาก"*

นอกจากที่กล่าวมาแล้วแพทย์ทั่วไปเห็นว่าปัจจัยที่จะทำให้แพทย์หันมาปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น คือ การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อไม่ต้องให้แพทย์ต้องใช้เงินส่วนตัวในการปฏิบัติงาน โดย<u>แพทย์ทั่วไป</u>ยกตัวอย่างให้ฟังว่า *"อย่างเช่น ผมต้องการ Notebook สักตัวเพื่อทำโปรแกรมสอนผู้ป่วย ต้องกวักประเป๋าเอง มันไม่สะดวกที่จะไปใช้จากส่วนกลางของโรงพยาบาล มันไม่สะดวก"* ความชัดเจนของกฎระเบียบ<u>แพทย์ทั่วไป</u>อธิบายว่า *"อย่างเช่น การออกไปเยี่ยม PCU ความชัดเจนของงบประมาณมันไม่มี ตอนที่ทีมนิเทศลงไปเยี่ยม PCU เขาก็บอกว่ามีงบประมาณให้แต่ตอนนั้นผมไม่รู้มันเป็นยังไง ผมบอกให้ส่งระเบียบมาตอนนี้ก็ยังไม่ส่งมาให้"*

อำนาจในการตัดสินใจแพทย์มีความเห็นว่า แพทย์ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเพราะนโยบายงบประมาณถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง โด<u>ยแพทย์ท่านหนึ่ง</u>กล่าวว่า *"ความเป็นอิสระในการตัดสินใจจะมีมากน้อยแค่ไหน เพราะงบประมาณมันถูกจำกัดมาตั้งแต่จากส่วนกลาง งบประมาณ 175 บาทลงไปถึง PCU จริงๆ รู้สึกว่า 50–70 บาทนะครับ นี่คือตัวเลขจริงๆ ผมถึงบอกว่ามันเป็นนโยบายส่วนกลางหรือเปล่าที่มีการหักเงินพื้นที่ แต่ที่ติดตามข่าวหน้าหนังสือพิมพ์บอกว่าเงินต้องลงพื้นที่หมด แต่จริงๆ มันไม่ใช่ ทางโรงพยาบาลแต่งตั้งผมเป็นหัวหน้า PCU แต่ไม่มี Power ในการบริหารเงินตรงนี้ซักเท่าไหร่ เงินยังต้องผูกพันกับนโยบายของโรงพยาบาล นโยบายของท่านผู้อำนวยการ ส่วนเจ้าหน้าที่อนามัยเขาก็ยังผูกพันกับหน่วยงานของเขา งานเป็นงานประสานเพราะฉะนั้นจะไปสั่งการเขาก็ไม่ได้"*

ความเข้าใจระหว่างทีมงาน PCU แพทย์มีความเห็นว่าบทบาทของแพทย์ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพใน PCU นั้นขึ้นอยู่กับความเข้าใจของทีมงาน โดยแพทย์ทั่วไปกล่าวว่า การไปเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลไปแล้วนั้น ขึ้นอยู่กับความเข้าใจระหว่างทีมงาน PCU เพราะทีมงานเขาอาจมองว่าแพทย์มีหน้าที่ไปตรวจ เจ้าหน้าที่อื่นในทีมงานออกไปเยี่ยมบ้าน เขาอาจไม่ต้องการแพทย์

ความก้าวหน้าของแพทย์ที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาเป็นหลัก แพทย์ทั่วไปซึ่งปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพท่านหนึ่งกล่าวถึงประเด็นนี้ว่า *"เดิมความก้าวหน้าก็คงแตกต่างกันเยอะ ในมุมมองของผม แพทย์ที่*

จบแพทย์ทั่วไป แล้วไปเรียนต่อเฉพาะทาง(Specialist) บางสาขาเขาอาจจะประสบความสำเร็จ ซึ่งสามารถทำให้เขามีรายได้ มีหน้าที่การงานสูงขึ้น แพทย์ทั่วไปนี่เขาอาจจะเปิดคลินิกมีรายได้เพิ่มไปส่วนนั้น แต่พูดถึงงานราชการเงินเดือนราชการผมว่ามันไม่แตกต่างกันเท่าไหร่"

โรงพยาบาลชุมชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ต่อผลตอบแทนและมาตรการจูงใจให้แพทย์ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีดังนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความเห็นว่า นโยบายการใช้จ่ายงบประมาณยังไม่ชัดเจน แต่เดิมกำหนดเป็น Inclusive และกำลังจะเปลี่ยนเป็น Exclusive ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ นโยบายเดิมที่เป็น Inclusive นั้นผู้บริหารโรงพยาบาลท่านนี้เห็นว่าเป็นสิ่งที่ดี ทำให้โรงพยาบาลจะต้องมีความรับผิดชอบต่อประชากรในพื้นที่ต้องทำให้ประชากรมีสุขภาพดีและมารับบริการรักษาพยาบาลน้อยลงในระยะยาว แต่ถ้าเป็น Exclusive นั้น มันไม่กระตุ้นเราให้ทำตรงนี้ เกี่ยวกับผลตอบแทนและมาตราการจูงใจให้แพทย์ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นว่า เป็นเรื่องยาก เพราะโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขาดแคลนแพทย์ มีการหมุนเวียนแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลสูง แพทย์ที่เหลืออยู่ไม่มีเวลาทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังเช่นแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลกล่าวว่า *"โรงพยาบาลชุมชนที่นี่เป็นโรงพยาบาล 60 เตียง ที่นอนโรงพยาบาลก็ 50 – 60 ตลอด เรามีแพทย์ 4 คน แต่น้องผมคนหนึ่งจะลาออกไปเดือนกุมภาพันธ์นี้ อีกคนจะลาออกเดือนมีนาคมนี้ แล้วผมจะทำอย่างไร ผมก็เหลือน้องอีก 2 คน เราก็ไม่ต้องทำอะไรแล้ว เราก็นั่งตรวจOPD วันละ 300 ก็หมดเวลาแล้ว เราจะหวังอะไร บางทีอยากจะจูงใจแพทย์ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ มันก็อาจไม่ประสบความสำเร็จ"*

ถ้าจะจูงใจแพทย์ให้ทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่าต้องจูงใจให้ทำงานโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น โรงพยาบาลมีแพทย์เพียงพอ แพทย์มีเวลาพอ แพทย์ต้องมีความสุขในการทำงาน แพทย์ต้องได้รับสิ่งตอบแทนที่ชดเชยสิ่งที่ต้องสูญเสียไป ดังเช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลกล่าวว่า *"เมื่อก่อนก็ไหลออกตลอด น้องจบมาปีหนึ่งเข้าสู่ระบบก็ไหลออก คุณจะให้ความหวังอะไรกับเขาในการที่เขาจะมาเป็นแพทย์ประจำ เขาอยู่ที่นี่ 3 ปีเสร็จ เขาก็ยังเป็นแพทย์ประจำ อยากไปเรียนต่อ แล้วเขาจะกลับมาชุมชนไหม ก็ไม่กลับ พอเรียนเสร็จเขาเป็น Specialist เขาจะมาอยู่โรงพยาบาลชุมชนก็ทำบทบาทไม่ได้เต็มที่ ก็ต้องไปอยู่โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งปัจจัยครอบครัว เขามีภรรยา/มีสามี มีลูก เขาก็ต้องอยากอยู่ในเมืองไม่รู้จะช่วยอย่างไร จูงใจอย่างไรให้พอ ให้เงินเดือนเขา 8,000 – 9,000 บาท เขาจะอยู่อย่างไร เอกชนให้เขามากกว่านี้ เขาจะอยู่โรงพยาบาลรัฐทำไม มีสวัสดิการให้เขานิดๆ หน่อยๆ อะไรเขาก็ไม่ได้ ความก้าวหน้าในงานเขามีไหม เขาก็ค่อยๆ ไป เขาไม่ชอบ เขาไม่เต็มที่ ถ้ารัฐจะจูงใจต้องให้เงินเดือนเขาเยอะเลย สู้กับเอกชน"*

ผู้บริหารโรงพยาบาล ยังได้กล่าวอีกว่า *"ถ้าเรามีแพทย์เพียงพอจะดีมากเลย การผลักดันให้ออกกำลังกาย คนแก่จะออกกำลังกายแบบไหนจะเหมาะ เช็คสมรรถภาพร่างกายก่อน ให้คำแนะนำก่อน แพทย์เราทำเชิงวิชาการได้ดีกว่าวิชาชีพอื่น แต่เหลือ 2 คนไม่รู้จะทำอย่างไร กระทบกับประชาชนแน่ ถ้าผม Round Ward (ตรวจผู้ป่วยใน) ข้างล่าง OPD ก็ตรวจไปเถอะครับ ผม Round (ตรวจ) 50 เตียงๆ ละ 5 นาที ก็ 4 ชั่วโมงแล้ว บางทีก็ไม่ได้พูดคุยกันหรอกครับ"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

มาตรการและแรงจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า *"แพทย์ต้องเพียงพอ"* แพทย์ท่านหนึ่งเห็นว่าที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้แพทย์หันมาทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้ต้องมีแพทย์ให้เพียงพอ แพทย์จะได้มีเวลาให้ความสำคัญกับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เพราะงานสร้างเสริมสุขภาพยังมีความจำเป็นสำหรับแพทย์ แต่ขณะนี้แพทย์สามารถทำได้แค่การให้คำปรึกษาเท่านั้น *"ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์มีเพียงพอแล้ว แต่แพทย์ต้องการประสบการณ์จากการปฏิบัติงานมากกว่า และถ้าจะต้องให้แพทย์ไปอบรมความรู้ด้านนี้เพิ่มเติม แพทย์ก็ไม่มีเวลา"* ซึ่งเป็นความเห็นของแพทย์ท่านหนึ่ง *"แพทย์บางคนอาจได้รับการอบรมความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มเติม แต่ถ้าทุกคนยังไม่มีหรอก"* เป็นความเห็นของแพทย์อีกท่านหนึ่ง ขณะที่แพทย์อีกท่านหนึ่งก็ให้ความเห็นว่า *"โดยส่วนตัวแพทย์เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้ว ก็คำนึงว่าการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันไม่ให้เกิดโรคก่อน ลดภาระแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย เราเป็นแพทย์ไม่ได้รักษาผู้ป่วยอย่างเดียว แพทย์จะต้องไม่ให้เขาเจ็บป่วยก่อน การจูงใจแพทย์ในเรื่องนี้ก็ไม่จำเป็น"*

"ขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาล" แพทย์ท่านหนึ่งบอกว่า ถ้าแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เน้นหรือให้ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ก็อาจมีบทบาทหรือให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้มากขึ้น มันก็เป็นข้อจูงใจอย่างหนึ่ง

การให้รางวัลแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ก็ต้องให้มีเป้าหมายชัดเจน ต้องพิจารณาเป็นภาพรวม มิฉะนั้นจะเกิดปัญหา โดยแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"สมมติมีแพทย์ 4 คน ผมเองเวลาทำงานไปออกหน่วย PCU แพทย์ที่เหลือก็จะรับภาระหนักขึ้น จะเดือดร้อน จะเห็นว่างานเชื่อมโยงกัน ต้องพิจารณารวมกัน จะให้ใครคนใดคนหนึ่งทำอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้"*

"การสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ไม่ได้ทำจริงจังมาก เพราะไม่มีเวลาลงไปทำด้วยตนเองมากเท่าไร ไปแว๊บๆ เพราะไม่มีเวลา จึงนับเป็นภาระงานหลักของแพทย์ไม่ได้" เป็นคำกล่าวของแพทย์ท่านหนึ่ง ผลตอบแทนเป็นเงินสำหรับแพทย์ที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพนั้น แพทย์ทั้งสองท่านให้ความเห็นเหมือนกันว่า *"ไม่มี"*

โรงพยาบาลเอกชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

เกี่ยวกับผลตอบแทนและมาตรการจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่า *"ไม่มีผลตอบแทนและมาตรการจูงใจใดๆ สำหรับแพทย์ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ถือว่าเป็นการขอร้อง เป็นความสมัครใจ ไม่ได้บังคับเพราะยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับแพทย์ที่จะทำงานด้านนี้ ขณะนี้ยังผลิตแพทย์ที่จะทำงานด้านนี้โดยตรง คือ Family Medicine Doctor ไม่พอรวมทั้งพยาบาลเวชปฏิบัติก็ต้องทำไปก่อน โดยส่วนตัวแล้วเห็นว่าไม่ใช่สิ่งสำคัญที่จะให้แพทย์เฉพาะทางทำงานด้านนี้ และเห็นว่าเงินไม่ใช่สิ่งจูงใจสำหรับแพทย์ในการทำงานด้านนี้ แต่ควรจะเป็นเรื่องของความสุขในการทำงาน"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

เกี่ยวกับผลตอบแทนและมาตรการจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า *"ต้องปรับรายได้ของแพทย์ให้เพียงพอที่แพทย์อยู่ได้อย่างไม่ลำบาก ไม่ต้องเปิดคลินิกเพราะรายได้ไม่พอ แพทย์ต้องการอยู่อย่างมีเกียรติในสังคมและเป็นที่ยอมรับ"* เป็นความเห็นของแพทย์ท่านหนึ่งเกี่ยวกับมาตรการจูงใจ

"แพทย์ถือเป็นหน้าที่ ต้องให้ความร่วมมือและช่วยเหลือกันในเรื่องที่จำเป็น ผู้บริหารร้องขอ แต่ต้องหมุนเวียนกันไปเพราะจะมีงานต้องรับผิดชอบ" เป็นความเห็นของแพทย์อีกท่านหนึ่งเกี่ยวกับมาตรการจูงใจ

"การอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ก็มีบ้างโดยเชิญวิทยากรที่มีความรู้ ประสบการณ์จากโรงพยาบาลศูนย์มาให้ความรู้" เป็นความเห็นของแพทย์เกี่ยวกับมาตรการจูงใจ ผลตอบแทนที่เป็นเงินสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น แพทย์ไม่ได้ให้ความเห็นชัดเจน ตอบเพียงว่า *"ผมว่าน่าจะมีนะ"*

กล่าวโดยสรุป แพทย์มีทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับการให้ผลตอบแทนที่เป็นเงินแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ขณะนี้แพทย์ไม่ได้รับทั้งผลตอบแทนที่เป็นเงินและไม่มีมาตรการจูงใจให้กับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในด้านนี้ สิ่งที่แพทย์ได้รับจากการปฏิบัติงานก็คือความสบายใจ กำลังใจจากผู้ป่วย การสนับสนุนเล็กๆ น้อยๆ เกี่ยวกับเบี้ยเลี้ยงพาหนะ และอาหารในการออกไปปฏิบัติงานภายนอก แพทย์เห็นว่าถ้าจะให้แพทย์ปฏิบัติงานด้านนี้ให้ได้ โรงพยาบาลจะต้องมีแพทย์ให้เพียงพอ แพทย์มีภาระงานน้อยลงและมีเวลา แพทย์ต้องมีอำนาจในการตัดสินใจในงานที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติ ต้องมีความชัดเจนของกฎระเบียบเกี่ยวกับการใช้จ่ายงบประมาณและมีความก้าวหน้าในงานที่ปฏิบัติ เป็นต้น

(5) สภาพ / เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

โดยถามเกี่ยวกับ ความชัดเจนของนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้บริหารของโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่องานสร้างเสริมสุขภาพ ความมีอิสระของแพทย์ในการพัฒนาโครง-การด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากแพทย์แต่ละวัน ความเหมาะสมในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลศูนย์(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ มีดังนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพยังขาดความชัดเจน ดังเช่นผู้บริหารโรงพยาบาลกล่าวเกี่ยวกับโครงการตรวจและแนะนำเด็กนักเรียนมีปัญหาสายตาให้ใส่แว่น *"โครงการเหล่านี้เป็นโครงการสนับสนุนระยะยาวแก่เด็กนักเรียนเกี่ยวกับสายตา แต่จริงๆ แล้วก็ขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐด้วยว่าให้ความสำคัญตรงนี้มากน้อยเพียงใด"*

กฎหมายและสำนึกของผู้ประกอบการมีผลต่อโรงพยาบาลในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังเช่นผู้บริหารโรงพยาบาลท่านหนึ่ง กล่าวว่า *"เกี่ยวกับภาวะเสียงดังที่เป็นความเสี่ยงของหูในโรงงานอุตสาหกรรมและสถานบันเทิง เป็นข้อจำกัดทางกฎหมายและสำนึกของผู้ประกอบการ อย่างเช่น เราเคยเจอคนไข้ที่หูหนวกฉับพลัน ดื่มแอลกอฮอล์แล้วไปอยู่ใกล้ลำโพงมากๆ หูดับไปเลย ..... เราบอกให้สถานบันเทิงเปิดเสียงให้เบา สถานบันเทิงไม่พอใจ..... เราไม่สามารถเช็คได้ว่าคนที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีแหล่งบันเทิงนั้น สัก 10 ปีอยู่ตรงนั้นหูของเขาเสียมากน้อยขนาดไหน"* จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากแพทย์แต่ละวันมีมาก โดยผู้บริหารโรงพยาบาล อธิบายว่า อาจารย์แพทย์พร้อมแพทย์ประจำประมาณ 6 – 7 คนออกตรวจผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 300 คน ก็คือประมาณ 30,40 หรือ 50 คนต่อแพทย์ 1 คน ส่วนใหญ่เป็นโรคที่ต้องการการตรวจโดยละเอียด ต้องอาศัยซักประวัติและหลังจากมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและยังเพิ่มภาระที่จะต้องทำงานด้าน Primary Care อีกด้วย

แพทย์ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีผลกระทบต่องานประจำ ได้แก่ การเรียนการสอนและการให้บริการ และแพทย์ไม่มีความถนัดที่จะปฏิบัติงานด้านนี้ ดังเช่นผู้บริหารภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว กล่าวว่า *"งานสร้างเสริมสุขภาพจะรวมทั้งการควบคุมโรค งานส่วนนี้ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) เป็นงานของเทศบาลและสาธารณสุขจังหวัด แต่เมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมา เราต้องทำ บางครั้งไปมีผลกระทบการเรียนการสอน อย่างเช่น พอมีการระบาดของโรคขึ้นมา ก็ต้องส่งทีมงาน*

เกี่ยวกับการควบคุมโรคซึ่งเป็นงานที่มอบให้แต่ละภาควิชาไปทำ ซึ่งก็ไม่ถนัด มีปัญหาในการปฏิบัติ กระทบต่อการเรียนการสอน เพราะคนที่มาทำงานบริการนี้เป็นคนที่ต้องสอน เรายังไม่แยกงานบริการและงานการเรียนการสอนที่เด่นชัด"

งบประมาณที่รัฐจัดสรรมาให้ ไม่เพียงพอ ไม่เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ" ดังเช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว กล่าวว่า *"โครงการประกันสุขภาพทั่วหน้า งบประมาณมันไม่มากนักในงบประมาณ 1,204 บาท พอตัดเงินเดือนออกไป งบประมาณของทางราชการหรือเงินที่ส่งที่คณะแพทย์ก่อนตุลาคม 2545 เราได้งบประมาณต่อหัวของคนไข้อยู่ประมาณ 578 บาทต่อหัวคนไข้ เพราะฉะนั้นในส่วนของงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพ 175 บาทใน 1,204 บาทก็จะลดลงตามส่วน มันก็จะมีเงินไม่มาก"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไป 1 ท่าน สูติแพทย์ 1 ท่าน อายุรแพทย์ 2 ท่าน ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพ / เงื่อนไขที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีดังนี้ แพทย์ทุกคน ทั้งแพทย์ทั่วไป สูติแพทย์ อายุรแพทย์ มีความเห็นเช่นเดียวกันว่า ***"จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ"*** และ ***"เวลา"*** เป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่สุดในการทำงานทั้งด้านการรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ ดังเช่น แพทย์ทั่วไปท่านหนึ่ง กล่าวว่า *"พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นแพทย์ทำได้กับผู้ป่วยทุกราย แต่ปัญหา**เวลา**อาจไม่พอและ**จำนวนผู้ป่วย**เยอะ ถ้าเราตรวจคนหนึ่ง ๆ นาน ก็ทำให้เราตรวจคนที่น่าจะตรวจนานสั้นลง แต่เราบอกไม่ได้ว่ามีคนไข้ที่อาการหนักหรือลักษณะที่ต้องรับการตรวจมีมากมายเท่าไร นี่คือสภาพเวลาของแพทย์ประการหนึ่ง อีกประการหนึ่งคือ จำนวนผู้ป่วยที่มาแต่ละวันมีมาก ทำได้เต็มที่ไหม อาจจะไม่เต็มที่ทำได้แค่พูดให้คนไข้ฟังสั้นๆ ไม่ได้ขยายความ ไม่ได้บอกเหตุผลที่ต้องทำทำให้คนไข้ให้การร่วมมือในการทำแต่ละครั้งไม่เต็มที่"* เช่นเดียวกับสูติแพทย์ กล่าวว่า *"ในแต่ละวัน แพทย์ไม่ค่อยมีเวลาอยู่แล้ว แพทย์มีหน้าที่รักษาคนไข้ แล้วก็ต้องสอนนักศึกษา อย่างเวลาไปสอบบางทีก็ต้องเลื่อนไปเลื่อนมา บางทีผ่าตัดแพทย์ก็ติดโน้นติดนี่อย่างที่เห็น การจำกัดจำนวนคนไข้มันก็ไม่ค่อยดี จุดนี้ควรเพิ่มบุคลากร ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาช่วยลดภาระในการทำงานของแพทย์"* ส่วนอายุรแพทย์ท่านหนึ่ง กล่าวว่า *"ไม่ทันสร้างเสริมสุขภาพแค่รักษาก็หมดเวลาแล้ว .... อายุรกรรมมีแพทย์ 12 คน แบ่งเป็นอาจารย์แพทย์ 7 แพทย์ 2 แพทย์ผ่าตัด 3 แพทย์ 1 คนตรวจคนไข้วันละ 30 คนและยังต้องดูคนไข้ตาม Wards (Wards ธรรมดา 6 Wards พิเศษ 2 ICU และ Cares ที่ Consult อีก 8 – 9 Wards) และสอนนักศึกษาแพทย์"* เช่นเดียวกับอายุรแพทย์อีกท่านหนึ่ง กล่าวว่า *"แพทย์มีงานมาก ต้องรับคนไข้จากภาคเหนือทั้งหมด แล้วเราจะไม่มีจำกัดว่าโรงพยาบาลเต็ม มาเท่าไรต้องรับหมด ก็จะมีปัญหาตรงนี้"* และยังกล่าวต่อว่า *"บางวันก็รับผู้ป่วยใน บางวันรับผู้ป่วยนอก เฉลี่ยผู้ป่วยก็ประมาณ 10 – 20 คน แต่ผู้ป่วยนอก 20 คนเพราะอยู่แค่ครึ่งวัน ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกจะไม่ค่อยหนัก ก็จะมาตรวจ รับยา แต่ผู้ป่วยในจะต้องคุยกับญาติ"*

นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ชัดเจน สูติแพทย์ กล่าวว่า *"การสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ชัดเจน เช่น การให้มาตรวจสุขภาพทุกปีอะไรอย่างนี้หรือเปล่าคะ"* ขณะที่อายุรแพทย์ท่านหนึ่ง กล่าวว่า *"โรงพยาบาลเรามีบุคลากรหลายระดับ คิดว่าทุกคนยังไม่ทราบว่านโยบายของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร คิดว่าถ้าชัดเจนทุกคนคงทราบว่านโยบายเป็นอย่างไร จะได้ปฏิบัติไปในทางเดียวกัน"* แต่สูติแพทย์ท่านเดียวกันก็กล่าวอีกว่า *"การสร้างเสริมสุขภาพเป็นนโยบายของโรงพยาบาล และได้มีการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากร มีแผ่นป้ายสุขภาพ มีแพทย์มาให้คำแนะนำตรวจสุขภาพ ซึ่งแต่ก่อนไม่เคยมี"*

ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความร่วมมือต่อการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ทั่วไป กล่าวว่า *"นโยบายประกันสุขภาพของโรงพยาบาล ข้อหนึ่งระบุเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้บริหารให้ความสำคัญกับงานเวชศาสตร์ครอบครัว การออกหน่วย PCU การออกชุมชน"* อายุรแพทย์ท่านหนึ่ง เห็นว่า *"ผู้บริหารของโรงพยาบาลให้ความสำคัญเพราะเป็นนโยบาย แต่แพทย์ปฏิบัติตามไม่ได้ทั้งหมด คิดว่าโรงพยาบาลชุมชนน่าจะทำได้ดีกว่าเพราะว่าอยู่ใกล้ประชาชน มากกว่าโรงพยาบาลใหญ่ ๆ หรือโรงเรียนแพทย์"*

แพทย์มีอิสระในการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นความคิดเห็นของอายุแพทย์สองท่าน โดยกล่าวว่า *"แพทย์มีอิสระในการคิดและริเริ่มโครงการ และนำไปปรึกษาหารือหัวหน้าหน่วย อาจารย์ในหน่วย แล้วจึงนำไปปรึกษาหารือในระดับภาคและในระดับโรงพยาบาลต่อไป"* ขณะที่อายุรแพทย์อีกท่านหนึ่งอธิบายเพิ่มเติมว่า "แพทย์อิสระคิดและทำได้ถ้าคนพอ เวลาพอ" แพทย์ทั่วไปให้ความเห็นว่า *"การสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่ได้รับการฝึกฝนตั้งแต่เป็นนักศึกษาแพทย์ ให้ออกชุมชนปีหนึ่งประมาณ 10 ครั้ง พอมาเป็นแพทย์ใช้ทุน 1 ปี ไม่ต้องเป็นเวรของโรงพยาบาล ก็ถือเป็นหน้าที่และเป็นสิ่งที่ได้รับการปลูกฝังมาให้ต้องออกชุมชน ช่วยนักศึกษาแพทย์รุ่นน้องทำ"*

งบประมาณของโรงพยาบาลที่จัดสรรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไรนั้น แพทย์ให้ความเห็นเรื่องนี้ไม่ชัดเจนนัก อายุรแพทย์ท่านหนึ่ง กล่าวเพียงว่า *"คิดว่างบประมาณมีจำกัด การรักษาต้องใช้งบประมาณมาก น่าจะมีผลต่องบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพ"* ขณะที่อายุรแพทย์อีกท่านหนึ่งเห็นว่า *"ไม่น่าจะมีปัญหาด้านงบประมาณที่รัฐจัดสรรมาให้สำหรับการรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 1,072 บาทต่อหัวประชากร"* ส่วนสูติแพทย์อีกท่านหนึ่ง *"ไม่ทราบเกี่ยวกับงบประมาณที่รัฐจัดสรรสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ"*

โรงพยาบาลทั่วไป(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล เกี่ยวกับสภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีดังนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลกล่าวถึงนโยบายของโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาล

ทั่วไปเน้นที่การรักษาร้อยละ 80 และการสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ 20 ต่างจากโรงพยาบาลชุมชนที่เน้นการรักษาร้อยละ 50 และการสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ 50 ส่วนสถานีอนามัยเน้นการรักษาเพียงร้อยละ 30 และการสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ 70

การจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารกลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีความเห็นว่า งบประมาณที่จัดสรรให้น่าจะเพียงพอสำหรับ 175 บาท เพื่อใช้ในการจัดทำกิจกรรม/โครงการสร้างเสริมสุขภาพและเห็นว่าการจ่ายแบบ Exclusiveจะดีสำหรับประชาชน โรงพยาบาลชุมชนจะได้ส่งต่อคนไข้มากขึ้น

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการ (แพทย์ทั่วไป ศัลยแพทย์ แพทย์เฉพาะทางกระดูก กุมารแพทย์) ส่วนใหญ่เห็นว่า โรงพยาบาลยังไม่มีนโยบายชัดเจนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีเพียงหนึ่งท่านที่บอกว่าโรงพยาบาลพอมีนโยบายด้านสร้างเสริมสุขภาพบ้าง โรงพยาบาลยึดถือตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกำหนดจากส่วนกลาง นโยบายดังกล่าวยังไม่ชัดเจนและมีการปรับเปลี่ยน ดังเช่นคำกล่าวของแพทย์ทั่วไปว่า *" นโยบายในโรงพยาบาลผมว่ายังไม่ชัดเจน นโยบายมันพลิกผันไปเรื่อย ผมว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลจะปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยน ผมตั้งข้อสังเกตว่านโยบายของจังหวัดเนี่ยมันเพี้ยนมาจากส่วนกลาง ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องปรับตัวตาม ซึ่งมันมีผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติอย่างผม อย่างเจ้าหน้าที่"* ศัลยแพทย์ท่านหนึ่ง กล่าวว่า *"นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางถดถอย แต่ก่อนดูชัดดี ตอนที่ออกมาต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ ไม่ต้องคิดอะไรมากทำตามที่เขากำหนดมาทั้งหมด ไม่ได้เป็นนโยบายของเราหรอกเป็นนโยบายของเบื้องบนสั่งมา ก็รับมาเป็นนโยบายของเรา ของโรงพยาบาลก็ไม่มีนโยบาย* แพทย์เฉพาะทางกระดูก กล่าวว่า *"ผมไม่ทราบว่าโรงพยาบาลมีนโยบายชัดเจนหรือไม่ ผมดูจากเอกสาร แนวโน้มของโรงพยาบาลค่อนข้างจะเน้นเรื่องสร้างเสริมสุขภาพ "*

ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่องานด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่อย่างไร

แพทย์ผู้ให้บริหารให้ความเห็นที่แตกต่างกัน กล่าวคือ แพทย์ทั่วไปท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ผู้บริหารให้ความสำคัญไม่ด้อยกว่างานรักษาพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติผู้บริหารไม่ได้บังคับขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ปฏิบัติ ซึ่งต้องยอมรับอย่างหนึ่งว่า ลักษณะงานด้านการรักษากับงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ความชัดเจนยอมแตกต่างกัน ความเข้มข้นในการปฏิบัติของแพทย์แต่ละคนแตกต่างกัน แม้ว่าผู้บริหารมองว่าการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระกิจที่ต้องปฏิบัติเหมือนกัน"* ขณะที่ศัลยแพทย์ท่านหนึ่ง กล่าวว่า *"ผมว่าเป็นอันดับรองจากการรักษาพยาบาล ท่านผู้อำนวยการท่านพูดกับผมว่าท่านแบ่งภาระหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็น 3 ข้อ คือ ข้อ 1 อุบัติเหตุฉุกเฉินเร่งด่วนโรคปัจจุบันทันด่วน ข้อ 2 กลุ่มงานด้านรักษาทั้งหมด (ศัลย์ เด็ก ออโถ) อันนี้ความสำคัญเท่ากับ*

พวกที่อยู่ด้านหน้า ข้อ 3 ด้านที่ออกไปดูแลและออกหน่วยปฐมภูมิ (PCU) ทั้ง 3 อย่างนี้เป็นภารกิจหลักของโรงพยาบาล"

ท่านมีอิสระในการพัฒนากิจกรรม/โครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของพื้นที่หรือไม่

ศัลยแพทย์ท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า โรงพยาบาลให้อิสระแต่ละพื้นที่ในการเสนอโครงการ แต่ก็มีข้อจำกัดที่งบประมาณให้อิสระเต็มที่เป็นไปไม่ได้ โดยกล่าวว่า *"โครงการนั้นขึ้นอยู่กับพื้นที่จริง ๆ เป็นอิสระครับ แต่เป็นอิสระแค่ไหนนั้น ขึ้นกับงบประมาณที่มีอยู่จำกัดจะทุ่มเทจนไม่เหลือไม่ได้ แต่ละแห่งก็แสนสองแสน ให้มากกว่านี้ไม่ไหว"*

ส่วนแพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทางกระดูก กุมารแพทย์ ให้ความเห็นในแง่ความเป็นอิสระของแพทย์ในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแพทย์ทั่วไปกล่าวว่า *"แพทย์มีอิสระอยู่บ้างในการคิดกิจกรรมหรือโครงการ แต่มีข้อจำกัดด้วยเวลาที่จะทำไม่มี"* ขณะที่กุมารแพทย์กล่าวว่า *"อยากทำแต่ทำไม่ได้ ไม่ใช่งานของแพทย์ แต่เป็นงานร่วมกันของคนที่ให้ความสำคัญ ถ้าเป็นพยาบาลได้ก็จะดี"* ส่วนแพทย์เฉพาะทางกระดูกให้ความเห็นว่า *"แพทย์มีอิสระที่จะคิดและทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มงานของตนเอง เช่น การทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล มีการทำแผ่นพับให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารและดูแลกระดูกด้วยตนเอง เป็นต้น"*

ภาระงานของแพทย์ในปัจจุบันเป็นอุปสรรคต่อแพทย์ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่

แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง (กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์และแพทย์เฉพาะทางกระดูก) ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า ภาระงานแพทย์มีมากเป็นอุปสรรคในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยแพทย์เฉพาะทางกระดูกกล่าวว่า *"จริง ๆ แล้วก็อยากช่วยทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ถ้ามีเวลา แต่ Specialist ส่วนใหญ่จะรักงานเฉพาะทางของตนเองมากกว่า"* กุมารแพทย์ตอบคำถามประเด็นนี้ว่า *"ภาระงานเป็นอุปสรรคต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแน่ เพราะแพทย์ 1 คนทั้งรักษาและสร้างเสริม ถ้าทำงานสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้การทำงานด้านรักษาลดลง"* เช่นเดียวกับแพทย์ทั่วไปกล่าวว่า *"ภาระงานของแพทย์เยอะมากครับ คือในโรงพยาบาลเราต้องให้บริการ ตอนนี้ 30 บาทมา โรงพยาบาลต้องเพิ่มเวลาการเปิดบริหาร ก็จะมีส่วนหนึ่งที่ผมมาออกตรวจในช่วงเลิกงานถึง 2 ทุ่ม ช่วงนี้จะมีผู้มารับบริการเยอะมาก"* ขณะที่ศัลยแพทย์อธิบายว่า *"ของผมภาระงานเป็นอุปสรรคต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพมีบ้าง เพราะต้องตรวจรักษาประจำ แบ่งเวลาให้กับการสร้างเสริมสุขภาพได้ไม่มาก อาทิตย์ละครึ่งวัน แต่ถ้านอกเวลาก็ได้เพราะผมไม่ได้ทำคลินิกอะไร ในเวลาต้องดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล นอกเวลาอาจทำได้"*

จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากแพทย์ต่อวันมากน้อยเพียงไร

แพทย์ผู้ให้บริการ (กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์และแพทย์เฉพาะทางกระดูก) กล่าวถึง จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากแพทย์ต่อวันแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับลักษณะงาน (ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน) แขนงของแพทย์ (แพทย์เฉพาะทางด้านไหน) และระดับอาการของโรคที่มารับการรักษา ดังเช่น กุมารแพทย์กล่าวว่า *"โดยเฉลี่ยผู้ป่วยที่มารับบริการวันละ 50 – 60 คน เริ่มตั้งแต่ 8.30 น. ถึง 12.00 น. (3 ชั่วโมง 30 นาที) ถ้าผู้ป่วยมีพัฒนาการดี น้ำหนักดี ก็ใช้เวลาตรวจคนละไม่ถึง 1 นาทีก็ประมาณ 70 คน มีพยาบาลคอยช่วยเหลือดูแลเรื่องพัฒนาการ"*

ศัลยแพทย์ท่านหนึ่งอธิบายว่า *"ผู้ป่วยที่มารับบริการต่อวันกับผมเป็นผู้ป่วยศัลยกรรม สัปดาห์หนึ่งทำงาน 5 วัน ทุกๆ วันดูแลผู้ป่วยวันละประมาณ 10 กว่าคน สัปดาห์ละประมาณ 50 ราย ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกเวรจะเป็นอาทิตย์ละ 2 วัน ผู้ป่วยนอกเวลาราชการอยู่เวรสัปดาห์ละ 1 ครั้ง"*

แพทย์เฉพาะทางกระดูกท่านหนึ่งกล่าวว่า *"เฉพาะผมหรือครับ ที่นี่มีหมอ Orthopidic 7 คน มีหมอมาก ทำให้มีความสุขมาก ทำให้อยู่เวรน้อยลง ทำให้การรับผู้ป่วยอุบัติเหตุน้อยลง ก็มีเวลามารักษาโรคที่เป็น Disease มากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่เราสนใจ จะทำให้เราเกิดความชำนาญมากขึ้น ซึ่งมันเห็นผลและพัฒนาการ แต่ปัญหาก็คือผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต้องรักษาต้องใช้เวลามาก ประมาณรายละ 2 – 3 ชั่วโมง ปกติหนึ่งวันมีช่วงเวลาผ่าตัดประมาณ 8 ชั่วโมงในเวลาราชการ ถ้าสมมติมีผู้ป่วยรอผ่าตัดมากเต็มที่เลย 8 Cares ก็ต้องทำผ่าตัดหมดทั้งวัน ไม่มีเวลาให้กับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษา ยกตัวอย่างเช่น ผ่าตัดหลังกระดูกทับเส้น ครั้งแรกอาจจะทำไม่ได้ก็พัฒนาไปเรื่อยๆ มีการใช้เครื่องมือที่ดีขึ้น ดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ก็รู้สึกมีความสุขที่ทำให้ผู้ป่วยหาย เพราะฉะนั้นบางทีพบว่ามีแพทย์น้อยแพทย์ต้องทำหน้าที่ผ่าตัดอย่างเดียวก็น่าเบื่อ ไม่ท้าทาย"*

งบประมาณของโรงพยาบาลที่จัดสรรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ ควรมีการปรับปรุงอย่างไร

ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ให้ความเห็นเกี่ยวกับงบประมาณของโรงพยาบาลที่ได้รับจัดสรรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นต่อไปนี้

การจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไรนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลอธิบายว่า *"รัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่โรงพยาบาลโดยผ่านจังหวัดและเครือข่าย ซึ่งมีคณะกรรมการเครือข่าย เป็นผู้พิจารณาจัดสรรเงินให้กับโรงพยาบาล โดยจ่ายเป็นรายหัวของจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล หัวละ 175 บาท สำหรับงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งไม่ได้ระบุชัดเจนว่ารวมค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง เมื่อปีเริ่มต้นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค การจัดสรรเงินเป็นแบบ Inclusive และขณะนี้รัฐบาลมีนโยบายจะเน้นเป็น Exclusive การจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาลไม่ให้แยกส่วนว่างบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นเท่าไร แต่จะจ่ายให้ตามโครงการที่เสนอขอรับการสนับสนุนเป็นหลัก"*

การจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเหมาะสมหรือไม่นั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลมิได้กล่าวชัดเจนว่าเหมาะสมหรือไม่ เพียงแต่กล่าวว่า งบประมาณที่รัฐจัดสรรให้ 175 บาทนั้น ผู้บริหารท่านหนึ่ง เห็นว่า *"น่าจะเพียงพอ"* แต่ผู้บริหารอีกท่านบอกว่า *"จริง ๆ แล้ว 175 บาทยังบอกไม่ได้ว่าพอหรือไม่พอ เพราะไม่รู้ว่ารวมอะไรไปบ้าง ยังมีงานอีกมาก ถ้าจะทำทั้งหมดนะและถ้าทำก็ต้องทำต่อเนื่อง ปัญหาคือเรายังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะบอกว่างานการสร้างเสริมสุขภาพนี้มันแค่ไหน"*

การจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพควรจะทำการปรับปรุงอย่างไร ผู้บริหารโรงพยาบาลไม่ได้ให้ความเห็นชัดเจนในประเด็นนี้

แพทย์ผู้ให้บริการทั้งแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง (กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์เฉพาะทางด้านกระดูก) ให้ความเห็นเกี่ยวกับงบประมาณของโรงพยาบาลที่ได้รับจัดสรรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นต่อไปนี้

การจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ให้ความเห็นเช่นเดียวกันว่า ไม่ทราบเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังเช่นกุมารแพทย์ให้คำตอบต่อประเด็นนี้ว่า *"ไม่ทราบว่าได้เท่าไร"* ขณะที่แพทย์ทั่วไปกล่าวว่า *"งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานของเจ้าหน้าที่อนามัยทำอยู่ โรงพยาบาลจะจัดสรรเงินให้ตามโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่เสนอมา ส่วนตัวแพทย์เองจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องในกับเรื่องนี้ จึงตอบไม่ได้ว่างบประมาณที่จัดสรรไปเป็นอย่างไร"* ส่วนศัลยแพทย์อีกท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ก็ดีแล้ว เหมาะสมแล้ว ถ้าทุ่มเทมากกว่านี้อาจไม่คุ้มค่าเท่าไร"*

โรงพยาบาลชุมชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

เกี่ยวกับสภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลมองว่า นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชัดเจนอยู่แล้ว แต่การจัดสรรงบประมาณมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความลังเลในการใช้จ่ายงบประมาณ ดังคำกล่าวของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ว่า *"เรื่องนโยบายตั้งแต่ส่วนกลางมา ผมคิดว่ามันชัดเจนอยู่แล้ว เพียงแต่ช่วงนี้กระทรวงจัดงบประมาณแยกเป็น Exclusive ทำให้แต่ละ CUP อาจจะลังเลว่านโยบายจะเอาอย่างไรแน่ แพทย์หลายท่านแปลกใจว่าทำไมถึงแยกเป็น Exclusive พยายามจะแยกงาน ระยะแรกของ 30 บาทคิดว่าค่อนข้างจะชัดว่าเป็นนโยบายที่ดี แล้วก็เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพที่ดีด้วย แต่ตัวผมเองและทีมงานก็มองว่าระยะหลังนโยบายบางอย่างกลับไปย้อนรอยสู่แบบเดิม ทาง CUP มองว่านโยบายปีที่แล้วชัดกว่าปีนี้นะครับ ปีนี้นโยบายไม่ค่อยชัดนัก การกันเงินเดือนไว้ในระดับเขต ซึ่งต่อไปก็ไม่รู้จะกันไว้ในระดับประเทศหรือเปล่า เป็นการย้อนรอยแบบเดิม การกัน การตามจ่ายที่เรียกว่า Exclusive นั้น สมมติว่าโรงพยาบาลชุมชน Refer คนไข้ไปโรงพยาบาลจังหวัดหรือ Tertiary Care*

อื่น โรงพยาบาลชุมชนไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตรงนี้ ผมมองว่าเป็นสิ่งที่ไม่ค่อยดีนัก ยกตัวอย่าง เช่น ปีที่แล้วเราเคยคิดว่าจะทำโครงการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจร เช่น โครงการเมาไม่ขับ หน้าเทศกาลซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุมาก บาดเจ็บที่ศีรษะเยอะ ต้องผ่าตัดสมอง แต่พอนโยบายเป็น Exclusive มันก็ไม่กระตุ้นเราให้ทำตรงนี้ เพราะการทำโครงการออกไปตรวจแอลกอฮอล์ต้องใช้เงิน ต้องหมดเงินเป็นหมื่นต่อเทศกาล ถ้าเป็นปีที่แล้วนโยบายเป็น Inclusive เรามองว่าหมื่นบาทมันคุ้มค่า ถ้าเราสามารถรักษาชีวิตคนไข้ได้ 1 – 2 คน แต่พอเป็นระบบ Exclusive กลายเป็นว่าเราทำโครงการไปหมื่นเราไม่เห็นผลลัพธ์ที่เราได้ เพราะถึงจะมีคนเจ็บป่วยมากเราก็ส่งไป Tertiary Care ได้ โดยที่เราไม่ต้องไปรับผิดชอบ อีกตัวหนึ่ง เช่น มะเร็งปากมดลูก ถ้าเป็นระบบ Inclusive เนี่ยโรงพยาบาลต้องดูแลค่าใช้จ่าย เราจะปล่อยให้ประชาชนของเราเจ็บป่วยแล้วรักษายากๆ เราต้องตามไปจ่ายเรื่องการผ่าตัด การฉายแสง แต่จริงๆ แล้วเราสามารถวินิจฉัยโรคได้ในระยะแรกๆ เช่น การรณรงค์ พอตอนนี้ทิศทางเป็น Exclusive เราทำหรือไม่ทำ CUP ก็อยู่รอด ไม่ค่อยกระตุ้นเจ้าหน้าที่เราเท่าไรนัก ปีที่แล้วเป็น Inclusive เราพยายามบอกเจ้าหน้าที่อนามัยว่า ถ้าอนามัยปล่อยให้ประชาชนเป็นโรคมะเร็งก็จะเสียค่าใช้จ่ายสูง เพราะฉะนั้นท่านต้องออกไปป้องกันโรค ทั้งป้องกันระดับ Primary คือ การเข้าไปหาโรคระยะแรก ป้องกันระดับ Secondary คือ การป้องกันไม่ให้เกิดสภาวะแทรกซ้อนของโรค เราก็กระตุ้นตรงนี้ได้ เรามีเหตุผลที่จะพูดได้ แต่ทุกวันนี้เจ้าหน้าที่อนามัยซึ่งเป็นกลจักรสำคัญจริง ๆ ของการสร้างเสริมสุขภาพเริ่มมองคลุมเครือแล้ว นโยบายเริ่มไม่ชัดเจนแล้วว่า เขาอยู่เฉยๆ เขาก็อยู่รอดได้ เขาไม่ทำเขาก็อยู่ได้เพราะค่ารักษาทั้งหมดไปตกอยู่ที่ส่วนกลางทั้งหมด เราก็ไม่มีเหตุผลที่จะพูด ที่จะเร่งทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพใดๆ ทั้งสิ้นนะครับ ถึงแม้เขาทำเขาก็ไม่ได้วัดผล ไม่ได้มองประสิทธิภาพโครงการที่เขาทำเท่าไรนัก เพราะว่าไม่ได้กระทบกลับมาถึงตัวอนามัยเอง สรุปว่านโยบายปีที่แล้วชัดเจนกว่าปีนี้" ผู้บริหารโรงพยาบาลท่านนี้กล่าวต่อไปว่า *"วิธีการบริหารงบประมาณนั้น ผมว่ายังไม่ค่อยเกื้อหนุนทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพเท่าไรนัก"* และยังกล่าวเพิ่มเติมว่า *"ช่วงนี้ยังไม่มีใครอยากทำอะไร เพราะว่าการจัดการด้านการเงินยังเปลี่ยนแปลงตลอด ก็วางแผนอะไรได้ลำบาก ถ้าจะป้องกันมะเร็งปากมดลูกก็จะไม่ได้เห็นภายในเร็ววัน การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคบางโรคก็สามารถทำได้เร็ว แต่ผมว่าในหลายอย่างเห็นผลช้า"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

โรงพยาบาลมีนโยบายชัดเจนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่

แพทย์ผู้ให้บริการท่านหนึ่ง กล่าวว่า นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจนนัก โรงพยาบาลมีฝ่ายที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ได้เน้นที่บทบาทของแพทย์ในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนแพทย์ผู้ให้บริการอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า นโยบายการ

สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นเรื่องของ PCU ที่มีหน้าที่ในการรักษาขั้นพื้นฐานและสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่องานด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

แพทย์ผู้ให้บริการ กล่าวว่า มีการประชุมกัน พูดคุยกันเกี่ยวกับนโยบาย 30 บาท เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์เริ่มทำความเข้าใจมากขึ้น แล้วก็เปลี่ยนแนวทางที่จะทำงานด้านการรักษาอย่างเดียวก็มีวิธีการดูแลคนไข้มากขึ้น

โรงพยาบาลของท่านมีอิสระในการพัฒนากิจกรรม/โครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของพื้นที่หรือไม่

แพทย์ผู้ให้บริการ กล่าวว่า ตนเองไม่ค่อยได้มีโอกาสได้คิดงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่เป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ท่านหนึ่งที่ดูแลรับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

ภาระงานของแพทย์ในปัจจุบันเป็นอุปสรรคต่อท่านในการทำหน้าที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่

แพทย์ผู้ให้บริการสองท่านตอบตรงกันว่า ภาระงานแพทย์เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแน่นอน โดยแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"เป็นอุปสรรคอย่างมาก เพราะมันไม่ใช่อยู่เฉพาะในเวลา นอกเวลาอยู่เวรด้วย พออยู่เวรเสร็จ ก็ต้องมาอยู่กับทีมเพราะมีแพทย์ไม่กี่คน และในเวลาราชการก็ไม่มีเวลาไปทำโน้นทำนี่นะครับ"* ขณะที่แพทย์อีกท่านตอบคล้ายๆ กันว่า *"ภาระมีผลค่อนข้างมาก ถ้าคนไข้เยอะเราก็ต้องรีบตรวจและจ่ายยาคนไข้ที่มาและตรวจคนต่อๆ ไป ถ้ามัวแต่ให้สุขศึกษาก็คงใช้เวลาค่อนข้างมาก"*

จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากท่านต่อวันมากน้อยเพียงใด

แพทย์ผู้ให้บริการ กล่าวว่า จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกแต่ละวัน วันละประมาณ 250 – 300 คนต่อแพทย์ 4 คน รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลซึ่งต้องไปประชุมที่โน้นที่นี่ ส่วนแผนกผู้ป่วยในมีผู้ป่วยประมาณ 30 –90 คน

งบประมาณของโรงพยาบาลที่จัดสรรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ ควรมีการปรับปรุงอย่างไร

แพทย์ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า *"งบประมาณของโรงพยาบาลมีจำกัด โรงพยาบาลต้องตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้โรงพยาบาลใหญ่จำนวนมาก ขณะนี้ใช้เงินกองทุนเดิมแต่ไม่นานก็คงหมด สำหรับงบประมาณที่กันไว้ใช้ในโครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลน่าจะเพียงพอ"* แพทย์อีกท่านหนึ่งกล่าวว่า *"งบประมาณส่วนหนึ่งที่กันไว้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ คิดว่าเพียงพอจริงๆ แล้วไม่คิดว่าต้องใช้อะไร เพราะการสร้างเสริมสุขภาพจะเน้นในเรื่องการพูดคุยมากกว่าการซื้ออุปกรณ์ การใช้ยาอะไรก็ไม่จำเป็นเลย ก็มีเพียงพอแล้ว"*

โรงพยาบาลเอกชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นเกี่ยวกับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพว่า นโยบายของกระทรวงมีการเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง ควรเป็นนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่นำมาปฏิบัติได้ ไม่ใช่นโยบายที่กำหนดขึ้นมาเพื่อหาเสียง การสร้างเสริมสุขภาพควรทำในสิ่งที่ทำมาแล้วไม่ดีให้ดียิ่งขึ้น ที่ผ่านมาภาครัฐทำมาดี ดังเช่น ผู้บริหารโรงพยาบาล กล่าวว่า *"นโยบายสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงที่ผ่านมา 16 เดือน มีหลาย Versions ผมคงให้ความเห็นในภาพรวมว่า ผมไม่อยากให้กำหนดอะไรที่เหมือนกับจะเอาคะแนน น่าจะกำหนดในสิ่งที่ทำได้ เรื่องการสร้างเสริมป้องกันคงต้องทำในแง่ที่ทำมาแล้วไม่ดีครับ ผมว่าภาครัฐทำมาดี แต่ขณะนี้ทำยังไงให้เกิดการประสานและทำให้มันดีมากขึ้น น่าจะเป็นอะไรที่ไม่ยึดติดของเดิมและประสานงานง่าย คือ 1) ต้องง่าย และ 2) ต้องไม่เว้อเกิน พอเว้อเกินมันทำไม่ได้นะครับ"* สำหรับงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพโครงการ 30 บาทนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาล เห็นว่า *"น่าจะเพียงพอถ้าบริหารให้ดี แต่ระบบ Exclusive ควรจะแยกเฉพาะ IPD เฉยๆ OPD ไม่ควรแยกออกมาเด็ดขาดจากสร้างเสริมป้องกันต้องผูกติดกันไว้ เพื่อจะได้ถ่ายเทงบประมาณระหว่างส่วนที่เหลือและส่วนที่ขาด และการที่สามารถบริหารงบประมาณให้เหลือได้ต้องถือว่าเป็นความสามารถของผู้บริหาร ไม่ใช่ไม่ยึดเงินคืน"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ท่านหนึ่ง กล่าวว่า สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ คือ เวลาและทัศนคติของแพทย์ต่อโครงการสร้างเสริมสุขภาพ กล่าวคือ แพทย์ที่มีทัศนคติดีต่อโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ก็จะให้ความร่วมมือ

แพทย์อีกท่านหนึ่ง กล่าวว่า นโยบายและผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยกล่าวว่า *"นโยบายจำเป็น แพทย์ทำงานภายใต้ผู้บริหารกำหนดให้ทำ เช่น ให้ไปออกหน่วยปฐมภูมิ(PCU) เป็นต้น"* นอกจากนี้แพทย์ท่านนี้ยังกล่าวว่า *"ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น จัดให้มีการเล่นกีฬาระหว่างเจ้าหน้าที่ มีตรวจสุขภาพประจำปี"* และท่านยังกล่าวต่อไปว่า *"สำหรับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพนั้นแพทย์ไม่มีความคิดเห็น ส่วนการนำผลงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพไปพิจารณาเป็นภาระงานของแพทย์นั้น ไม่มี"*

(6) ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลศูนย์(1)

แพทยผู้บริหารโรงพยาบาล

ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่า

1. ความไม่ชัดเจนว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานของหน่วยงานใดบ้าง หน่วยงานเหล่านั้นรับผิดชอบอะไร ปัจจุบันเป็นการขอความร่วมมือหลายฝ่ายด้วยความสมัครใจ

2. ประชาชนยังไม่ตระหนักตนเองมีหน้าที่ที่จะต้องดูแลสุขภาพของตนเอง คิดแต่ว่าเมื่อเจ็บป่วยก็มารับการรักษาจากแพทย์

แพทย์ผู้ให้บริการ

ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ แพทย์ผู้ให้บริการ มีความเห็นว่า

1. จำนวนผู้มารับบริการมีจำนวนมาก แพทย์มีเวลาน้อยไม่สามารถปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพได้

2. งบประมาณมีจำกัด โรงพยาบาลศูนย์ต้องรับผู้ป่วยส่งต่อซึ่งมีอาการหนัก ต้องใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ยาและค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ อีกมาก ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก งบประมาณที่จะนำมาจัดสรรสำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพจึงมีจำกัด

3. แพทย์บางท่านอาจมีข้อจำกัดด้านทักษะการพูด การถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจให้ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและอาศัยประสบการณ์

การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์มีความเห็นสอดคล้องกับแพทย์ว่า ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ คือ ขาดทรัพยากรสนับสนุน เช่น ค่าใช้จ่ายในการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ค่าพาหนะเดินทาง เป็นต้น งานเป็นลักษณะอาสาสมัครทำให้ขาดความชัดเจน

โรงพยาบาลทั่วไป(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่า

1. แพทย์ไม่มีเวลา งานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลต้องพึ่งฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นหลัก

2. ผู้มารับบริการส่วนใหญ่อาการเจ็บป่วยค่อนข้างหนัก แพทย์ต้องมีเวลาในการตรวจรักษามาก ไม่สามารถปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้

3. ภาษาเป็นอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้ให้คำปรึกษาแนะนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้

4. นโยบายกับการปฏิบัติไม่สอดคล้องกัน กล่าวคือ นโยบายต้องการให้มีการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษา แต่ในการปฏิบัติประชาสัมพันธ์ว่า "30 บาทรักษาทุกโรค" ประชาชนจึงไม่ตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะเจ็บป่วยก็มารับการรักษาได้

5. การจัดสรรงบประมาณแบบ Inclusive ทำให้การรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่ถูกต้อง กล่าวคือ ถ้าป้องกันดี สร้างเสริมสุขภาพดี รักษาก็จะน้อย จะทำให้มีเงินเหลือ

แพทย์ผู้ให้บริการ

ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ แพทย์ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า

1. แพทย์มีภาระงานมาก ไม่สามารถทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้ ดังเช่น <u>ศัลยแพทย์ท่านหนึ่ง</u> กล่าวว่า *"ปัญหาผมชัดเจนครับ ทำรักษาผู้ป่วยพร้อมกับเป็นหัวหน้ากลุ่มงานและเป็นกรรมการอีก 18 กรรมการ มันไม่มีทางที่จะทำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญอันดับต้น ๆ ได้ เนื่องจากไม่ใช่ดูแลคนไข้อย่างเดียว ต้องมีภาระด้านการบริหารจัดการระดับกลางแย่งเวลาไปมาก ผมประชุมสัปดาห์ละไม่ต่ำกว่า 15 ครั้ง ประชุมทุกวันบางวัน 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็นก็มี ทางด้านการประสานงาน ฉะนั้นทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพก็คงทำได้ไม่มาก ยกเว้นสิ่งที่ผมชอบคือ ไปห้ามไม่ให้คนเมาขับรถ เป็นเรื่องที่ผมถนัด ทำให้คนเจ็บ ตายน้อยลง"*

2. ผู้บริหารเห็นความสำคัญ เอาใจใส่ คอยรับฟังปัญหาและให้ข้อชี้แนะแก่ผู้ปฏิบัติได้

โรงพยาบาลชุมชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ แพทย์ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า

1. การจัดสรรงบประมาณภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความลังเลใจและไม่เห็นด้วยกับการจัดสรรงบประมาณแบบ Exclusive ไม่เกื้อหนุนทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพ

2. แพทย์โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการหมุนเวียนสูง มีการขอย้าย การลาไปศึกษาต่อ การลาออก เพราะแพทย์ต้องการความก้าวหน้า ต้องการการพัฒนาตนเอง ปัจจัยด้านครอบครัว

ขาดแรงจูงใจ แพทย์ที่มีอยู่ต้องปฏิบัติงานด้านการรักษาเป็นหลัก ไม่มีเวลาที่จะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

3. ประชาชนในพื้นที่ขาดความพร้อม เพราะต้องทำมาหากิน มีภาระจึงไม่คิดถึงเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ

แพทย์ผู้ให้บริการ

เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ แพทย์ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า

1. แพทย์บางท่านก็ไม่เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ยังยึดกับระบบเดิมไม่ได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่หันมาสนใจการสร้างเสริมสุขภาพ

2. นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน ทำให้แพทย์ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม

3. โรงพยาบาลยังไม่มีแผนงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง

4. แพทย์มีภาระงานด้านการตรวจรักษาผู้ป่วยเป็นหลัก การสร้างเสริมสุขภาพทำได้น้อย

<u>แพทย์ท่านหนึ่ง</u> กล่าวว่า *"ปัญหาหลักๆ ก็คือ ตัวแพทย์เองความเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ อ่อนล้า แพทย์ต้องทำงานเยอะมากขึ้น อยากมีเวลาพักผ่อนบ้าง เครียดเพราะชีวิตได้เจอแต่เรื่องเครียดๆ อย่างนี้ครับ ก็อยากให้มีความสุขกับการทำงานบ้าง"*

5. พื้นที่เป็นภูเขา มีทั้งชาวเขา คนต่างด้าวเยอะมาก ทำให้การติดตามเป็นไปได้ยาก

6. ผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นชาวเขา คนต่างด้าว ทำให้มีปัญหาด้านการใช้ภาษาการสื่อสารให้เข้าใจ การรับรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำได้ยาก

7. ผู้ป่วยที่เป็นชาวเขา คนต่างด้าว ส่วนใหญ่ไม่มีบัตร ทำให้ไม่มีหลักประกันสุขภาพคุ้มครอง โรงพยาบาลไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการคุ้มครองสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ และไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้เพราะไม่มีเงินหรือไม่ยอมจ่าย

การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์</u>มีความเห็นเช่นเดียวกับแพทย์ว่า *"ทุกวันนี้แพทย์ไม่มีเวลาที่จะทำงานสร้างเสริมสุขภาพ"*

โรงพยาบาลเอกชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่า ยังขาดแผนแม่บทที่มารองรับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ การจ่ายเงิน

ให้แก่สถานพยาบาลเป็นไปอย่างล่าช้า ไม่ตรงเวลา ทำให้สถานพยาบาลเกิดความลังเลในการปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบาย

แพทย์ผู้ให้บริการ

เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ แพทย์ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า แพทย์มีงานมาก ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก แพทย์ไม่มีเวลาที่จะทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง แพทย์ที่สนใจและทำงานสร้างเสริมสุขภาพต้องทำด้วยใจ ต้องเสียสละ ต้องมีเวลา การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพวัดยาก มองไม่เห็นผลชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติขาดกำลังใจที่จะทำงานด้านนี้และทำไปแล้วก็ยังพบว่านโยบายเปลี่ยนแปลงไปมา ทำให้ไม่แน่ใจในการปฏิบัติงาน

(7) แนวทางการพัฒนาระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจเพื่อพฤติกรรมการตอบสนองของแพทย์สร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพ

โรงพยาบาลศูนย์(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่า ควรสนับสนุนให้แพทย์หันมาสนใจอบรมเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว ขณะเดียวกันโรงเรียนแพทย์ทุกแห่งควรบรรจุหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว

แต่ละโรงพยาบาลต้องมีนโยบายชัดเจนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง มีมาตรการจูงใจให้ผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผลที่เกิดขึ้นจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ผู้ที่เจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ต้องมุ่งมาที่โรงพยาบาลก็จะลดงานของโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้บริหารโรงพยาบาลจะต้องตระหนักและให้ความสนใจ ควรมีค่าตอบแทนที่เป็นเงินสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการปฏิบัติงานดังกล่าวเกินเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานของแพทย์ ควรจัดตั้งเป็นกองทุนในโรงพยาบาลและให้ประชาชนที่มารับบริการแล้วรู้สึกประทับใจ ได้บริจาคเงินเพื่อนำไปเป็นทุนในการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพ จัดตั้งหน่วยงานที่จะปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลและระดมบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่แฝงอยู่ในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล เช่น งานเวชศาสตร์ครอบ-ครัว งานเวชศาสตร์ชุมชน งานสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น มาร่วมปฏิบัติงานหาแหล่งทุนสนับสนุน มีมาตรการจูงใจและผลตอบแทนสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

บทบาทของแพทย์ในงานสร้างเสริมสุขภาพยังจำเป็น ถึงแม้ว่างานบางอย่างบุคลากรอื่นสามารถทำได้และทำได้ดีกว่า แต่กิจกรรมหลายอย่างต้องอาศัยแพทย์ เช่น การตรวจตาเข การตรวจ

คลื่นหัวใจ เป็นต้น ทั้งนี้การมีบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์มาช่วย อาจลดจำนวนและภาระของแพทย์ที่จะทำงานด้านนี้ลงได้

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า การที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี จะต้องมีการตรวจสุขภาพประจำปี แต่ในการปฏิบัติยังทำไม่ได้ แพทย์ซึ่งเป็นบุคลากรหลักทางด้านสุขภาพ จะต้องปฏิบัติให้เป็นแบบอย่างในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์เน้น Tertiary Care จะเน้นด้านการรักษามากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพจะมีบ้าง โดยเฉพาะด้านการให้คำปรึกษา แต่โอกาสที่จะมีส่วนร่วมกับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ นั้น จะมีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากร เวลา งบประมาณและโดยนโยบายหรือหลักการของโรงพยาบาล

รูปแบบของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลที่ควรทำ เป็นลักษณะงานเชิงรุกออกสู่ชุมชน มีการอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน การจัดนิทรรศการ กลุ่มสัมพันธ์กับนักเรียนในโรงเรียน การให้ความรู้ผ่านสื่อ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นปลิว เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยหรือสาเหตุที่ทำให้ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

จากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ให้ความเห็นต่อแนวทางการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานระดับชาติ ไม่ควรเน้นเฉพาะบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ควรเป็นเรื่องของทุกคนในชุมชน ในสังคมต้องร่วมมือกัน

โรงพยาบาลทั่วไป(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพต้องไม่กำหนดเป็นสูตรสำเร็จส่วนกลางควรกำหนดเป็นเกณฑ์กว้างๆ และให้พื้นที่ไปพิจารณากำหนดรายละเอียดของแผนงานมาตรการและกิจกรรมของตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของพื้นที่ การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องทำงานเป็นทีม โดยมีแพทย์ทำหน้าที่หัวหน้าทีม ถือว่าแพทย์ยังจำเป็นต้องมีบทบาทสำคัญ เพราะประชาชนและทีมงานยังให้ความเชื่อถือแพทย์ ดังคำกล่าวของผู้บริหารโรงพยาบาลท่านหนึ่งว่า *"การที่แพทย์พูดอะไร คนก็ให้ความเชื่อถือ มันมีน้ำหนักกว่าที่ทางเจ้าหน้าที่เขาพูด"*

บทบาทของแพทย์ในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพนั้น เห็นว่า แพทย์ควรเป็นผู้วางแผนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นที่ปรึกษาของทีมงานคอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และแพทย์ก็อาจต้องทำหน้าที่ตรวจรักษาควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วย

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ควรเป็นแพทย์ทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เฉพาะทางที่สนใจและไม่อยากทำงานเฉพาะทาง หรือแพทย์อาวุโสที่ไม่เหมาะที่จะมาอยู่เวรตอนดึก การสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องสร้างความตระหนักให้ประชาชนเห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ แนวโน้มปัจจุบันโรงเรียนแพทย์ต้องปรับตัว จะไม่สอนแพทย์ให้เป็นThe Best แต่จะสอนให้เหมาะกับงานที่จะไปเผชิญมากกว่า

แพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ ควรจะทำโดยไม่เหวี่ยงกระจายไปทุกๆ คน ให้เหวี่ยงน้ำหนักไปที่บุคคลที่เหมาะสม มีความสามารถ กำลังอัตราขึ้นอยู่กับความสามารถ ตามที่ให้เวลาไว้ ตามที่ใจรักอยากจะทำ มีฉันทะ วิริยะ อุตสาหะ จิตตะ แล้วอยากเห็นว่าแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเป็นส่วนเสริมจริงๆ ไม่ใช่ส่วนหลักของโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยทุติยภูมิ ... การจะให้ทุกฝ่ายมีบทบาทเท่าๆ กันมันทำไม่ได้ มันฝืนธรรมชาติ อย่างผมเนี่ยจะเข้าไปยุ่งกับเขาในรายละเอียด เช่น เข้าไปโน้มน้าว อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้ทุกบ้านมีส้วม เป็นต้น จะไปทำทำนองนี้ผมไม่ถนัดเท่าไร ไปพูดผิดพูดถูก"*

การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องมีทีมงานที่มีแนวความคิดไปในแนวทางเดียวกัน รัฐบาลจำเป็นต้องสร้างทีมงาน ขณะนี้ลักษณะงานด้านการรักษาพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพถูกแยกโดยองค์กรระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ซึ่งทั้งสองฝ่ายต่างมีสังกัดของตนเอง ถึงแม้บุคลากรจะทำงานด้วยกัน เข้ากันได้ดีแต่แนวคิดและวิธีการทำงานของแต่ละสังกัดแตกต่างกัน จึงยังไม่เป็นทีมเดียวกัน การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคน จึงเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เห็นผลช้า โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่มีการศึกษาน้อย ถ้าจะบอกให้มีการดูแลตนเองเป็นเรื่องยากมาก

การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์มีความเห็นว่า งานสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นหน้าที่ของพยาบาลต้องลงไปปฏิบัติงานร่วมกับสถานีอนามัย ชุมชน แพทย์ส่วนใหญ่จะไม่ลงไปปฏิบัติงานในชุมชนเช่นนี้อยู่แล้ว จึงควรมีการอบรมเวชปฏิบัติให้กับพยาบาลที่มีความสนใจ

โรงพยาบาลชุมชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นว่า นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐบาลถูกต้องแล้ว แต่การจะให้เห็นผลจะต้องใช้เวลา มีปัญหาบ้างก็ต้องปรับแก้ไข มีข้อเสนอว่า การจัดสรรงบประมาณควรเป็นแบบ Inclusive ควรมีแพทย์เพียงพอกับปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ CUP จะต้องผลิตงานไม่ใช่

ทำตามส่วนกลางสั่งมาทุกอย่าง การบริหารงบประมาณที่เหมาะสมจะทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จ ประชาชนก็จะต้องมีความพร้อม อย่างน้อยได้รับการตอบสนองด้านปัจจัย 4 นั้นก็คือการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องทำควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพไม่จำเป็นต้องพึ่งแพทย์เสมอไป ต้องเชื่อมโยงกับสถานีอนามัยซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนมากกว่า โดยแพทย์จะเข้าไปบางครั้งหรือเข้าไปให้คำปรึกษา ควรเน้นสถานีอนามัยให้เห็นความสำคัญของจุดนี้ ถ้าเริ่มที่โรงพยาบาลจุดเดียวโดยไม่เข้าชุมชนคงเป็นเรื่องยาก เพราะคนไข้มาโรงพยาบาลก็ไม่สนใจการสร้างเสริมสุขภาพแต่อยากให้โรคที่เป็นอยู่หายเท่านั้น ถ้าลงไปชุมชนไปเยี่ยมบ้าน ขณะที่ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงเขาก็จะรับฟังหรือคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ดีกว่า เวลาในการให้สุขศึกษาก็มากกว่า จะให้แพทย์มาสอนทุกคนคงเป็นไปไม่ได้ ทั้งนี้โรงพยาบาลจะต้องมีนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจนแล้วถ่ายทอดต่อไปให้ชุมชน เพราะชุมชนและสถานีอนามัยจะเป็นจุดสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ

การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์มีความเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นหน้าที่ของทุกคน ไม่จำเป็นต้องพึ่งแพทย์ พึ่งพยาบาล น่าจะให้ประชาชนทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายแก่ประชาชน

โรงพยาบาลเอกชน(1)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นด้วยกับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐ โรงพยาบาลเอกชนควรให้ความร่วมมือกับรัฐบาล ต้องมีการปรึกษาหารือร่วมมือกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ไม่แบ่งแยกว่าเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชน สถาบันการศึกษาแพทย์ควรได้รับการประสาน ในด้านการผลิตบุคลากรที่จะมาปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ควรบังคับให้แพทย์เฉพาะทางมาปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจุบันแพทย์ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแต่ในอนาคตควรมีทีมงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวประกอบด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ โดยมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้เป็นหัวหน้าทีม

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพต้องมีการประสานงานกับหลายฝ่าย โดยส่วนกลางจะมีหน้าที่ดูแล ให้แนวนโยบาย โรงพยาบาลจะต้องดูแลตนเอง จัดการกับชุมชน รูปแบบการดำเนินงานขึ้นอยู่กับสถานการณ์แต่ละพื้นที่

การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์มีความเห็นสอดคล้องกับผู้บริหารโรงพยาบาลว่า การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพร่วมมือกัน อาทิเช่น พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

3.1.2 จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดอำนาจเจริญ

การนำเสนอผลการศึกษาในส่วนนี้จะนำเสนอในลักษณะของการสรุปรวม แล้วจำแนกให้เห็นความชัดเจนในแต่ละระดับของโรงพยาบาล ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน แล้วจำแนกตามกลุ่มบุคลากร ได้แก่ กลุ่มแพทย์ผู้บริหาร กลุ่มแพทย์ผู้ให้บริการและกลุ่มบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

(1) พฤติกรรมของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ก. ความรู้ความเข้าใจของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาในพื้นที่ตัวอย่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า แพทย์ไม่ว่าจะอยู่ในโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเอกชน ต่างก็มีความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ แต่การเห็นความสำคัญเพียงอย่างเดียว คงไม่สามารถทำให้การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพสัมฤทธิ์ผลได้ หากไม่ได้นำความสำคัญนั้นลงสู่กิจกรรมหรือนำไปสู่การปฏิบัติ

โรงพยาบาลศูนย์(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ในระดับผู้บริหารของโรงพยาบาลศูนย์มีความเข้าใจในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นจะต้องปฏิบัติ ดังคำให้สัมภาษณ์ของแพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง *"ต้องสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของการ Prevent การป้องกัน แม้แต่คนที่เป็นโรคแล้วก็ยังทำให้โรคไม่รุดหน้าไป ไม่ให้รุนแรง แล้วก็ใช้ยาน้อยลง หรือบางคนหายไปเลย ฉะนั้นมีผลมาก ผมให้ความสำคัญอย่างยิ่งเลย ตั้งแต่ไหนแต่ไร"*

นอกจากนั้นยังเห็นว่าไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิก็สามารถที่จะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ที่กล่าวว่า *"ก็เป็นโอกาสที่ทำให้โรงพยาบาลที่เป็น Tertiary Care อย่างเราได้ไปลงชุมชน โดยเป็นนโยบายไม่ต้องเสียเวลาอธิบายว่าทำไปทำไม เพราะว่าแต่ก่อนที่นี่ทางแพทย์จะถามว่าทำไปทำไม คล้ายๆ กับโรงพยาบาลเราเป็น Tertiary แล้ว ทำไมจะ*

ต้องไปทำ Primary ต่อไปนี้ไม่มีแล้วเพราะว่าด้านAttitude(ทัศนคติ)นโยบายมันออกไปแล้วต้องทำ ผู้บริหารก็สบายใจ นี่คือประโยชน์อย่างมหาศาลเลย"

ส่วนความเข้าใจของแพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง เข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้นจะต้องมีครอบคลุมทุกมิติหรือกล่าวได้อีกนัยหนึ่งคือการดูแลอย่างองค์รวมนั่นเอง (Holistic Care) และเป็นภาระกิจที่จะต้องกระทำ ดังคำให้สัมภาษณ์ที่กล่าวว่า *"การสร้างเสริมสุขภาพนี้ผมว่า ต้องเข้าใจว่ามันเป็นภารกิจอย่างหนึ่ง ภารกิจตัวนี้ก็คือทำให้คนไม่ป่วยในมุมภาวะสุขภาพใช่ไหมครับ ทีนี้การทำให้คนไม่ป่วยในแง่สุขภาพนี้ครับ ต้องเป็นไปตามที่องค์การอนามัยโลกเขากำหนด ก็คือต้องไม่ป่วยทางด้านร่างกาย ไม่ป่วยทางด้านจิตใจ ไม่ป่วยทางด้านสังคม แล้วก็ไม่ป่วยทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเราเห็นด้วย มันมีมิติของสุขภาพถึง 4 มิติ"*

ในโรงพยาบาลศูนย์ แพทย์ผู้บริหารได้เข้าใจในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพและได้ให้ความสำคัญในแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ และได้กำหนดว่าเป็นพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล เพื่อดำเนินนโยบายให้บรรลุวัตถุประสงค์ของภาระกิจดังกล่าว

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการทุกคนต่างเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ และคิดว่าตนเองมีความเข้าใจในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากนัก ซึ่งอายุรแพทย์ท่านหนึ่งให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพว่า *"การสร้างเสริมสุขภาพก็คงจะมีความสำคัญมากเป็นระดับพื้นฐาน แต่ว่าบางทีเนื่องจากเราอยู่ตรงจุดนี้ ส่วนมากเป็นการตั้งรับ แต่จริงๆ การสร้างเสริมสุขภาพ ควรจะมีตั้งแต่บ้าน ตั้งแต่เกิดเลย อย่างเช่น แม่ตั้งท้อง คลอดออกมาได้รับวัคซีน ได้อะไรอย่างนี้แล้วก็มาเรื่อยๆ ซึ่งมีความสำคัญมาก"* ในขณะที่การนำไปสู่การปฏิบัตินั้นยังน้อย *"ไม่แน่ใจนะว่าดีหรือเปล่า แต่คือความคิดเห็นของตนเองเข้าใจบ้าง คนอื่นอาจจะคิดว่าหมออาจจะเข้าใจน้อย แต่ว่าในแง่ที่ทำงานอยู่นี่ ยอมรับว่าจริงๆ ว่าเกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพนี่ทำไม่ค่อยเยอะ"*

ในขณะที่แพทย์บางคนเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่แพทย์ทุกคนไม่ปฏิเสธ แต่การนำไปสู่การปฏิบัตินั้นจะต้องมีผู้รับผิดชอบโดยตรง และมิใช่หน้าที่ของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ (Tertiary Medical Care) ในการสัมภาษณ์ศัลยแพทย์คนหนึ่งกล่าวว่า *" ผมว่ามันก็เป็นเรื่องจำเป็นนะครับ โดยหลักการแล้วคงไม่ใช่ใครคัดค้าน เพียงแต่วิธีการในรายละเอียดเท่านั้นเองว่าควรจะเป็นส่วนไหนที่รับผิดชอบที่จะทำเรื่องนี้จริงๆ จังๆ"*

นอกจากนั้นแพทย์บางคนยังมองว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้นจะต้องมีความรู้เป็นพื้นฐานโดยเป็นความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยจากการสัมภาษณ์แพทย์ทั่วไป(GP)คนหนึ่งได้กล่าวว่า *"เพราะฉะนั้นสิ่งที่สำคัญก็เป็นความรู้อยู่ดี ว่าเราจะได้ความรู้ที่ถูกต้องได้มาจากไหน ได้มายังไง เสร็จแล้วก็แปลมาเป็นการปฏิบัติ"* ดังนั้นไม่ว่าบุคลากรสาธารณ

สุขหรือประชาชนทั่วไปก็ตาม จะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพราะการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเท่านั้นจึงจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม *" คือรู้แล้วว่าเป็นสิ่งที่ดีที่ถูกต้อง พฤติกรรมสุขภาพคือองค์ความรู้ก็ถูก พฤติกรรมสุขภาพก็ถูก"*

ส่วนรังสีแพทย์ แม้ว่าจะไม่มีหน้าที่ในการรักษาโดยตรง แต่ก็เห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญมากและจะต้องเป็นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นยังได้อาสาทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับโรงพยาบาลอีกด้วย

บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับแพทย์

กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับแพทย์มองว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องขององค์ความรู้ในด้านการแพทย์และสาธารณสุขดีที่สุดในสายงานสาธารณสุข แต่มีแพทย์เพียงกลุ่มน้อยเท่านั้นที่จะให้ความสนใจในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง จากการสนทนากลุ่มพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ พยาบาลคนหนึ่งกล่าวว่า *"มีหมอที่สนใจเรื่องการให้สร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างน้อย"*

จึงอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าในระดับโรงพยาบาลศูนย์นั้นแพทย์เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้ในเรื่องนี้อย่างดี แต่รู้แล้วเข้าใจหรือไม่นั้นยังเป็นประเด็นหนึ่งซึ่งเป็นคำถามสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเอง ความรู้ความเข้าใจของแพทย์และนำไปสู่การปฏิบัติของแพทย์นั้นยังมีอยู่ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆอย่างซึ่งจะได้กล่าวถึงในลำดับต่อไป

โรงพยาบาลทั่วไป(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้บริหารในระดับโรงพยาบาลทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมองใน 4 มิติ ให้เป็นไปลักษณะของการบูรณาการ ดังคำให้สัมภาษณ์ของแพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง กล่าวว่า *" ต้องคิดให้เชื่อมโยง ต่อเนื่องใน 4 มิติ การบูรณาการ"* นอกจากนั้นแล้วยังมองว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน แต่แพทย์ในฐานะที่เป็นผู้มีความรู้ทางด้านวิชาการจะต้องเป็นผู้นำที่ดีในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ *" การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งดี เป็นมิติสุขภาพที่ครบสมบูรณ์ WHO เขาทำมา 22 ปีแล้ว ยุคนี้เป็นยุคของการเสริมสร้างสุขภาพและเปิดโอกาสให้ทุกคนได้สร้างเสริมสุขภาพ เพราะสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน แพทย์เองเป็นผู้ที่มีความรู้ทางด้านวิชาการและควรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ"*

ในขณะเดียวกันแพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่งก็เห็นด้วยกับแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพเช่นกัน ดังคำให้สัมภาษณ์ที่กล่าวว่า *"คิดว่ายังไงการป้องกันก็ดีกว่า เพราะจะช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วย เห็นด้วยในแนวคิด"*

ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป แพทย์ผู้บริหารได้ให้ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพเช่นกัน และมองในลักษณะของการสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการอันประกอบด้วยมิติทั้ง 4 มิติ

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มองว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญเช่นกัน แต่สำหรับความเข้าใจแล้ว แพทย์บางท่านมองว่าความเข้าใจอย่างแท้จริงในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพนั้นอาจจะมีน้อย เพราะแม้แต่การกำหนดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขเองก็ยังไม่สามารถวัดผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพที่แท้จริงได้ ดังเช่นการให้สัมภาษณ์ของแพทย์ทั่วไป(GP)ท่านหนึ่ง ที่กล่าวว่า *"ผมก็จับเรื่องนี้มานานหลายปี ตั้งแต่ใช้ทุนก่อนที่จะจบ แต่มีความรู้สึกว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นคำที่เข้าใจยาก เป็นคำที่อาจจะเข้าใจผิด ในคนที่ฟังคำนี้เข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้นหมายถึงกิจกรรมอย่างนี้ ตามที่เขาเข้าใจอะไรบางอย่าง เพราะว่ามันเคยมีฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนทั้งประเทศเลยใช้คำนี้ "ฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพ" แล้วก็ไม่ได้ทำตาม มันควรจะไปตามทฤษฎี มันก็ไปตามที่กระทรวงกำหนด งานสร้างเสริมสุขภาพก็มีงานแม่และเด็ก งานอะไรแบบนี้นะแต่ว่าไม่ได้เจาะและก็ศึกษามันจริงๆ ว่าการสร้างเสริมสุขภาพหรือสร้างเสริมสุขภาพนะตัวชี้วัดจริงๆ ชัดๆ มันคืออะไร จริงๆ มันน่าจะไปวัดที่ตัวบุคคลเพราะว่าสุขภาพดีไม่ใช่ที่สุขภาพชุมชน ชุมชนสุขภาพดีมันเป็นนามธรรม สุขภาพดีต้องหมายถึงตัวคนหลายๆ คนมันถึงเป็นชุมชน"*

แพทย์บางคนเข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพต้องไปเน้นเรื่องของการป้องกันให้มาก และให้ประชาชนพึ่งตนเองสร้างเสริมสุขภาพตนเอง มิใช่เป็นการพึ่งพาแพทย์ ดังการสัมภาษณ์แพทย์ศัลยกรรมกระดูกคนหนึ่งกล่าวว่า *"ก็คือพยายามจะเน้นให้เป็นการป้องกันมากกว่าการรักษาใช่ไหมครับ ก็คือการป้องกันมากขึ้นการรักษาก็น้อยลง คือการใช้งบประมาณไปในการป้องกันก็จะถูกกว่าการรักษา งบประมาณก็เหลือเยอะขึ้น การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลก็จะง่ายขึ้นใช่ไหมครับ ถ้าทำได้มันก็จะดี แต่จะทำได้ไหมสำหรับพื้นที่อย่างนี้ ถ้าถามตามตรง ผมก็ยังไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือถ้าทำได้ก็คงจะลำบาก ลำบากนิดหนึ่ง เนื่องว่าพื้นฐานของชาวบ้านที่นี่พึ่งหมอมานานนะครับ ก็คือความคิดของเขา เจ็บป่วยอะไรเขาก็หาหมอ"*

สูติแพทย์คนหนึ่งเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ แต่การสร้างเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องเป็นความร่วมมือของบุคลากรทางการสาธารณสุขกับประชาชน *"การสร้างเสริมสุขภาพ ถ้าในแง่สำหรับแพทย์กับคนไข้โดยส่วนตัวแล้วคิดว่ามันต้องช่วยกันทั้ง 2 ฝ่ายก็คือ แพทย์อาจจะเป็นฝ่ายสนับสนุน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรบางอย่าง ซึ่งคิดว่าประชาชนหรือชาวบ้านอาจจะหาเองไม่ได้หรือไม่มีความรู้"* นอกจากนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเกิดจากการร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มิใช่เป็นหน้าที่ของหน่วยงานและบุคลากรทางสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว *"ในความเห็นของหมอคือสร้างเสริมสุขภาพนี้มันค่อนข้างกว้าง แต่ว่ามันไม่ใช่อะไรที่ทำได้ ไม่ใช่*

หน่วยงานรัฐ เช่น โรงพยาบาลหรือแพทย์จะทำได้อย่างเดียว มันขึ้นกับการยอมรับของชาวบ้านด้วย น่าจะทั้ง 2 ฝ่ายมาร่วมมือกันก็น่าจะเป็นการออกความเห็นวางแผนร่วมกันในบางเรื่อง"

บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับแพทย์

ในส่วนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ในระดับของโรงพยาบาลทั่วไปยังมองว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ให้ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับการรักษา จากการสนทนากลุ่มพยาบาลมีพยาบาลคนหนึ่งกล่าวว่า *"แพทย์มีความตื่นตัวเรื่องนี้น้อย เพราะเขาคิดว่ากลไกที่อยู่เบื้องบนไม่กระทบเขาอยู่แล้ว เพราะในลักษณะการตรวจคนไข้ ถ้าเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมแซมสุขภาพ หมอต้องมีส่วนในการพูดคุยกับคนไข้ให้สุขศึกษาคนไข้ด้วย แต่ว่ารูปแบบปัจจุบันยังเหมือนเดิม หมอยังไม่เปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจ"* ถึงแม้จะเห็นว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะไม่ให้ความสำคัญ แต่พยาบาลคนหนึ่งกล่าวในขณะสนทนากลุ่มว่า *"ก็จะมีหมอบางท่านที่ถนัดและเห็นความสำคัญกับเรื่องนี้ แต่ยังเป็นส่วนน้อย ในภาพรวมก็จะยังไม่ค่อยดี"*

จึงอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าในระดับโรงพยาบาลทั่วไปนั้น ถึงแม้ว่าแพทย์จะเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ แต่มีแพทย์เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลชุมชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ และมีการตื่นตัวกันค่อนข้างมากในช่วงระยะเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมา แต่ศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบปัญหาในเรื่องบุคลากรก็เป็นการยากที่จะปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังคำให้สัมภาษณ์ของแพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่งที่กล่าวว่า *"ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาเนี่ย ก็มาเรียนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นนะครับ แต่ก่อนก็จะมีข้อจำกัดหลายๆ อย่าง ในเรื่องชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ"* นอกจากนั้นแล้วในเรื่องความเชื่อและการพึ่งพาแพทย์ของประชาชนเองก็เป็นเหตุปัจจัยอันหนึ่งที่ทำให้การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ถูกจำกัด ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการที่กล่าวว่า *"คนไข้ชอบที่จะมาตรวจกับหมอมากกว่า เราก็เหมือนกัน เวลาเราป่วยเราก็อยากเจอหมอ ถ้ามาเจอพยาบาลนี่มันรู้สึกว่ามันไม่เต็มที่นะ จุดนี้จะเป็นจุดอ่อนของโรงพยาบาลชุมชน เรื่องบุคลากรนะครับ"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการโรงพยาบาลชุมชนมีความเข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพคือการป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ที่กล่าวว่า *"หมายถึง Prevention การป้องกันโรคต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นและก็สร้างเสริมสุขภาพอนามัย เช่น การออกกำลังกาย การกินอยู่พวกนี้ให้ถูกสุขลักษณะมากกว่า"* นอกจากนั้นการสร้างเสริมสุขภาพยังช่วยลดภาระในเรื่องการรักษาในโรงพยาบาลให้ลดลง

อีกด้วยประการหนึ่ง จากการสัมภาษณ์แพทย์ทั่วไป (GP) คนหนึ่งกล่าวว่า *"ในเรื่อง Preventionก็ต้องลดภาระงานโรงพยาบาลอยู่แล้ว ก็ต้องเห็นด้วย 100 เปอร์เซ็น"*

บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับแพทย์

บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมองว่า แพทย์ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยที่เกิดจากทัศนคติของตนเองจริงๆ มิใช่เกิดจากกระแส สิ่งที่สะท้อนให้เห็นคือการให้การสนับสนุนและใช้เป็นเกณฑ์การพิจารณาความดีความชอบของบุคลากรในหน่วยงาน ดังพยาบาลคนหนึ่งกล่าวในขณะสนทนากลุ่มว่า *"ผอ.(ผู้อำนวยการ)เปิดไฟเขียวช่วงที่มีสนับสนุน กิจกรรม พัฒนาคุณภาพกิจกรรมทุกอย่างเห็นความสำคัญ รวมทั้งเอามาใช้ในเกณฑ์พิจารณาขอความดีความชอบด้วย เพื่อที่เป็นการจูงใจให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมที่เห็นความสำคัญ"* แต่เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนที่แพทย์จำนวนน้อย ดังนั้นความรู้ความเข้าใจของแพทย์ผู้บริหารที่มีอยู่จึงไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ ดังคำกล่าวของพยาบาลในการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า *"หมายถึงว่าท่านไว้ใจเราในการดำเนินงาน แต่เขาจะให้ลงไปคลุกคลีนี่ไม่ มาบ้างนิดหน่อย พอเป็นแบบไม่น่าเกลียด แต่ท่านก็ติดตาม แต่ท่านก็สนับสนุนคือไว้ใจลูกน้อง แต่ก็ไม่ได้ปิดกั้น"* นอกจากนั้นแล้วการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ผู้ให้บริการก็อยู่ภายใต้เงื่อนไขเดียวกับแพทย์ผู้บริหารเช่นกัน ดังคำกล่าวของพยาบาลคนหนึ่ง จากการสนทนากลุ่มว่า *"อาจจะสนใจ แต่จะไม่มีเวลาที่จะเข้าร่วมกิจกรรม"*

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนถึงแม้ว่าจะให้ความสำคัญและมีความสนใจในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดบางประการที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานด้านนี้ได้อย่างเต็มที่

โรงพยาบาลเอกชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนมีความคิดเห็นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของการป้องกันการเจ็บป่วย และมีความสำคัญ ดังจะเห็นได้จากการให้สัมภาษณ์แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่งว่า *" เรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ ผมรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่ดี มันเป็นสิ่งที่ควรจะทำเพราะเราก็ควรที่จะกันเอาไว้ก่อนดีกว่าแก้ตามภาษิตเดิม ก็เห็นด้วยกับการที่เราจะมาเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน"* ถึงแม้ว่าจะเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ แต่ด้วยข้อจำกัดของโรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุขในเชิงของธุรกิจ ดังนั้นภาระกิจหลักของโรงพยาบาลจึงไม่ได้เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก และเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระของภาครัฐ มิใช่ภาคเอกชน ดังการให้สัมภาษณ์ตอนหนึ่งว่า *" เราไม่มีงบลงทุนด้านนี้ จริงๆ การสร้างเสริมสุขภาพประชาชน อาจจะถือว่าไม่ได้เป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลเอกชน เพราะ*

ว่ามันน่าจะเป็นเรื่องของทางด้านรัฐบาล ภาครัฐที่ต้องให้ความสนใจในด้านนี้และก็ทุ่มเทมากกว่าภาคเอกชนส่วนใหญ่ก็จะเน้นในเรื่องของการให้การบริการ การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันก็มี แต่เราไม่ได้รุก"

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ และเข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพคือการป้องกันการเจ็บป่วย เช่นอายุรแพทย์คนหนึ่งกล่าวว่า *"ดีกว่าการรักษานะครับ เพราะว่าโรคบางอย่างมันต้องมีการป้องกันนะครับ ก็ดีกว่าการรักษา เพราะเป็นการรักษาที่ต้นเหตุ คือ โรคติดเชื้อบางอย่างหรือโรคที่ไม่ใช่ติดเชื้อ เช่น โรคหัวใจ โรคความดัน โรคเบาหวานนี่มันสามารถป้องกันได้ ถ้าเรารู้ล่วงหน้า เรามีการค้นหาโรคเจอแล้วเรารักษาตั้งแต่เริ่มต้นมันก็จะดี ดีกว่าที่เราจะมารู้ทีหลังแล้วก็มารักษาที่หลัง"* นอกจากนั้นวิสัญญีแพทย์ซึ่งทำหน้าที่เป็นแพทย์ทั่วไปควบคู่ไปด้วยมองว่า การสร้างเสริมสุขภาพควรต้องมีการพัฒนาปรับปรุงให้มากขึ้น เพราะการสร้างเสริมดีกว่าการมาแก้ไขการเจ็บป่วยในภายหลัง จากการสัมภาษณ์วิสัญญีแพทย์กล่าวว่า *"ควรจะพัฒนาตรงจุดนี้มากกว่าที่จะมาแก้ไขว่าเจ็บป่วยแล้วรักษา แพทย์ก็ควรจะมีส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น"* ส่วนกุมารแพทย์เข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพคือการเสริมสร้างความแข็งแรง จากการสัมภาษณ์กุมารแพทย์คนหนึ่งกล่าวว่า *"การสร้างเสริมสุขภาพแปลว่าไม่ได้รักษา คือ การเสริมสร้างให้แข็งแรงใช่ไหมครับ ซึ่งการเสริมสร้างให้แข็งแรงคงจะดี ซึ่งการเสริมสร้างสุขภาพจะทำให้ใช้งบประมาณน้อยในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งผลประโยชน์จะได้กับคนของเรา"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนมองว่า แพทย์เป็นผู้มีความรู้ในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ไม่สามารถลงมาปฏิบัติในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพได้โดยตรง เนื่องจากภาระของโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการรักษา เช่น จากการสนทนากลุ่มพยาบาลคนหนึ่งกล่าวว่า *"เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพนี้ส่วนมากหมอจะให้เน้นเกี่ยวกับให้คำปรึกษา การสอน เกี่ยวกับให้ Health Education (การให้สุขศึกษา) แต่ออกมาโดย Action (การปฏิบัติ) โดยตรงอาจจะไม่มี"*

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในสองมิติ ได้แก่ การมองเป็นรายด้านว่าการสร้างเสริมสุขภาพคืออะไร เช่น การสร้างเสริมคือการป้องกันไม่ให้เกิดโรค การสร้างเสริมสุขภาพคือการเสริมสร้างความแข็งแรง เป็นต้น ดังคำให้สัมภาษณ์ของแพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่งของโรงพยาบาลศูนย์ที่กล่าวว่า *"โรงเรียนแพทย์สอนมา 6 ปีก็ไม่จบแพทย์อยู่ดี เพราะไม่เข้าใจสุขภาพแบบนี้ เข้าใจเป็นหย่อมๆ ใช่ไหมฮะ เข้าใจเป็นเรื่องๆ เข้าใจอยู่ 5 นาทีมองด้านเดียว"* มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องมีครบทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเป็นไปอย่างบูรณาการ จาก

ข้อสังเกตของนักวิจัยในพื้นที่ พบว่า แพทย์ที่มองการสร้างเสริมเสริมสุขภาพอย่างบูรณาการนั้น เป็นแพทย์ที่ค้นพบด้วยตนเองว่าการรักษาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้คนมีสุขภาพดีได้ และมีประสบการณ์การทำงานเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี ถึงแม้ว่าแพทย์บางรายจะไม่ได้มีหน้าที่ในการรักษาโดยตรงอย่างเช่น รังสีแพทย์ แต่ก็มองเรื่องการสร้างเสริมจะต้องเป็นการบูรณาการ และได้ใช้เวลาว่างจากงานประจำและนอกเวลาไปทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จากการสัมภาษณ์รังสีแพทย์กล่าวว่า *"หมอทำอยู่บางกิจกรรมที่มีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้ แต่ที่หมอจะทำก็คือออกไปบรรยายนอกสถานที่ในวันหยุด ในเวลางานตรงนี้ก็จะทำหมด ไม่มีโอกาสที่จะไปทำอย่างอื่นหรือในลักษณะทำนอกเวลาก็คือเลิกงาน กิจกรรมบางอย่างที่ทำได้ก่อน อย่างเช่น มีคนไข้มาเข้าคอร์สนี่ตีห้าก็จะลุกขึ้น อาจจะโยคะ จี้กงหรือว่ารำกระบอง ก็ช่วยเขาทำในบางโอกาส"*

ข. การปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

แพทย์ส่วนใหญ่มักได้รับแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้างานหรือหัวหน้าแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากสถานภาพในที่ทำงานและการยอมรับจากบุคลากรภายในหน่วยงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านวิชาการ ดังนั้นแพทย์ส่วนใหญ่จึงมีโอกาสในการเสนอความคิดเห็นทั้งในระดับนโยบายและกิจกรรมต่างๆ แต่มีแพทย์เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ใช้โอกาสดังกล่าว ส่วนใหญ่นโยบายจะขึ้นอยู่กับผู้บริหาร ส่วนกิจกรรมมักจะเป็นพยาบาลที่นำเสนอและแพทย์เป็นคนอนุมัติความเห็นชอบเท่านั้น

ในด้านการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น แพทย์ผู้ให้บริการยังทำค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ผู้ให้บริการซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทาง ส่วนแพทย์ทั่วไป(GP)ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้พอสมควร ทั้งนี้การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปของการให้ความรู้และการแนะนำ ส่วนการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำและการติดตามผลนั้นยังทำได้น้อยหรือแทบไม่ได้ทำเลย เนื่องจากระบบไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ ทั้งนี้ระบบการดูแลรักษาในปัจจุบันแพทย์ไม่ได้ดูผู้ป่วยรายนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การส่งต่อก็ยังมีการปฏิบัติค่อนข้างน้อย ด้วยความไม่เชื่อมั่นว่าสถานบริการที่รับส่งต่อจะมีศักยภาพในการดูแลเพียงพอหรือไม่

โรงพยาบาลศูนย์(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้อำนวยการมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย และปรับนโยบายให้เหมาะสมกับพื้นที่และสอดคล้องกับนโยบายหลักของกระทรวง ดังคำให้สัมภาษณ์ของแพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่งที่กล่าวว่า *"เราปรับเลย เพราะเชื่อว่าหลายคนไม่กล้าคิดใหม่ Rethink (การคิดใหม่) เราจะไม่ทำแบบเดิมมีกิจกรรมจากนั้นก็ส่งไป มีเงินก็มอบๆ ให้ ผมไม่มอบ ผมมีเงินไว้นี่คุณอยากได้คุณก็เขียนมา*

คุณต้องทำกิจกรรมขึ้นมา" การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพต้องขึ้นอยู่กับผู้นำเป็นหลัก ดังคำให้สัมภาษณ์ของแพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่งที่กล่าวว่า *"คือผู้อำนวยการ แกเข้าใจ แกเห็น แล้วก็ผลักดันให้มันเกิด"* ในขณะเดียวกันการได้รับความร่วมมือจากหัวหน้างานที่เป็นแพทย์ก็มีความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ดังคำให้สัมภาษณ์ของแพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่งที่กล่าวถึงแพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพว่า *"มีส่วนร่วมที่แน่นมากคือศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ แน่นมากทำเป็นกิจจะลักษณะ"* แม้ว่ากิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันที่ดำเนินการในโรงพยาบาลและมีประชาชนบางกลุ่มที่มีกำลังในการจ่ายเท่านั้นที่เข้าถึง แต่ผู้อำนวย-การคาดหวังว่ากิจกรรมเหล่านี้จะลงสู่ระดับชุมชนในอนาคต ดังคำให้สัมภาษณ์ที่กล่าวว่า *"ที่ทำในนี้คือคนมีเงินเข้ามาฝึก คนที่มีโอกาส แต่คนที่ไม่มีเงินเราต้องลงไป คือลงไป Set (จัด)ในหมู่บ้านเลยว่าถ้าทำแบบนี้ ตั้งแต่ฝึกสมาธิ ออกกำลังกาย แล้วก็อาหารการกิน"*

แพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพเป็นผู้ที่มีบทบาทในการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยการจัดทีมเพื่อทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ *"หน้าที่หลักของผมก็คือ เปิดศักยภาพให้ทุกคนที่มีความรู้เรื่องนี้ ได้มีโอกาสใช้ศักยภาพของเขามาใช้ทำงาน"* รวมทั้งมีส่วนร่วมในการร่างหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยในพื้นที่ เพื่อผลิตแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังคำให้สัมภาษณ์ของแพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพที่กล่าวว่า *"ผมเป็นคนร่างเอง แต่ว่าต้องรอตรวจสอบจากทางสภามหาวิทยาลัยว่าอนุมัติไหม เพราะว่าทางมหาวิทยาลัยเซี่ยงไฮ้ต้องตรวจสอบ ถ้าทางหน่วยงานตรวจสอบปุ๊ปก็คือเขาได้ปริญญาตรีและได้ใบประกอบโรคศิลป์ด้วย รักษาผู้ป่วยได้ ถ้าออกมาก็จะลง PCU (หน่วยดูแลปฐมภูมิ)"* นอกจากการเป็นหัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพแล้วยังต้องปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจผู้ป่วยด้วย *"ผมก็เป็นจักษุแพทย์ ผมก็ไปตรวจ OPD ผมก็ผ่าตัดตามันก็ปกติ เพียงแต่ว่าทางแผนกก็จะเข้าใจผม ก็จะ Leave(ลด) งานให้ผมบ้าง เช่น ผมออก OPD น้อยกว่าคนอื่น ผ่าตัดน้อยกว่าคนอื่น เพื่อให้ผมได้มีโอกาสมาทำงานในด้านนี้"* แต่การทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกนั้น ไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาและจำนวนผู้ป่วย *"น้อย ยาก คนไข้บางทีวันละ 100 คน ไม่มีเวลาแล้ว อย่างต่ำวันละ 100 คนต่อวัน แค่ตรวจให้มันเสร็จก็ไม่มีเวลาคุยแล้ว"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทาง และยังคงทำงานด้านการรักษาเป็นหลัก การทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ ทำเพียงบางส่วนเท่านั้น โดยเฉพาะในส่วนของการให้ความรู้และคำแนะนำ ดังคำสัมภาษณ์ของอายุรแพทย์กล่าวว่า *"หลักใหญ่ก็คือให้การรักษาแล้วก็งานสร้างเสริมสุขภาพที่หมอทำได้บ้าง ตอนนี้ก็คือว่าเวลาการตรวจคนไข้ก็มีการแนะนำเขาการปฏิบัติตัวอะไรอย่างนี้ แค่นั้นเอง ส่วนการสร้างเสริมสุขภาพจริงๆ ทำยังไม่เยอะ"*

ส่วนศัลยแพทย์ให้สัมภาษณ์ว่า *"คือต้องอธิบายอย่างงี้นะครับว่า จริงๆแล้วเนี้ยไอ้การให้คำแนะนำคนไข้เนี้ย มันเป็นโดยมาตรฐานของการรักษาคนไข้อยู่แล้วในตัว ส่วนจริงๆ แล้วอยู่ที่คนไข้คนไข้มาหาเราซักคนหนึ่งเนี้ย เขาต้องมาเล่าอาการให้เราฟัง เราตรวจคนไข้ จะต้องซักถามอะไรต่างๆ"* ในขณะที่รังสีแพทย์มีส่วนร่วมในระดับนโยบายไม่มากนัก เพราะไม่ได้เป็นแพทย์ผู้บริหารโดยกล่าวในการให้สัมภาษณ์ว่า *"มีส่วนร่วมนิดหน่อย โดยเฉพาะแพทย์ที่จะอยู่ในส่วนวินิจฉัย แต่ว่าเท่าที่เป็นประสบการณ์ตรง คือไม่ได้เป็นระดับบริหารจะรับถ่ายทอดนโยบายลงมา"* ถึงแม้ว่ารังสีแพทย์จะไม่มีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง แต่ด้วยความสนใจส่วนตัว รังสีแพทย์ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพบางอย่างของโรงพยาบาลในลักษณะของการเป็นอาสาสมัครและทำทุกครั้งที่มีโอกาส *"ที่หมอจะทำก็คือออกไปบรรยายนอกสถานที่ในวันหยุด ในเวลางานตรงนี้ก็จะทำหมด ไม่มีโอกาสที่จะไปทำอย่างอื่น หรือในลักษณะทำนอกเวลาก็คือเลิกงาน กิจกรรมบางอย่างที่ทำได้ก่อน อย่างเช่น มีคนไข้มาเข้าคอร์สนี่ตีห้าก็จะลุกขึ้น อาจจะโยคะ จี้กงหรือว่ารำกระบอง ก็ช่วยเขาทำในบางโอกาส"*

ดูเหมือนว่าแพทย์ทั่วไป(GP) เป็นแพทย์ผู้ให้บริการที่ได้ทำหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรง ทั้งในด้านนโยบายและการปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ทั่วไปท่านนี้มีตำแหน่งเป็นรองผู้อำนวยการ อย่างไรก็ตามด้วยการเป็นสถานบริการในระดับตติภูมิ แพทย์ทั่วไป (GP) มีอยู่จำนวนน้อยจึงไม่สามารถปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ทำให้เกิดผลในวงกว้างได้ จากการให้สัมภาษณ์ของแพทย์ทั่วไป(GP)ท่านหนึ่งกล่าวว่า *"ก็มีส่วนเพราะว่าผมทำงานด้าน Primary Care เพราะฉะนั้นการสร้างเสริมสุขภาพมันเป็นงานของ Primary Care แต่ต้องยอมรับว่าโรงพยาบาลศูนย์เป็นระดับ Secondary กับ Tertiary ทุกคนมองว่ามันเป็น ระดับ Secondary กับ Tertiary หมดแล้ว สิ่งที่อยู่ในหัวที่เป็น Primary มันแทบจะไม่มีอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นจึงเกิดผลกระทบค่อนข้างน้อย และแพทย์ที่จะมาทำ Primary Care จริงๆ มันมีน้อย 99% เป็นแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลศูนย์"*

บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับแพทย์

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์มองว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากนัก เพราะแพทย์ถูกสอนมาให้รักษา *"หมอสร้างเสริมเอง ถ้าดูจำนวนแพทย์ตอนนี้จริงๆ ก็คนเดียว นอกจากนั้นก็เป็นแพทย์อื่นเข้ามาช่วย"* และมีConcept(แนวคิด)ในเรื่องการรักษาเท่านั้น *"เขาคิดว่าการรักษา หน้าที่เขาคือการรักษา เขาจะเน้นที่การรักษาของเขา หัวใจของการเป็นแพทย์ก็คือต้องรักษาคนไข้"... "บทบาทในเรื่องของการให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลคนไข้และญาติ คือตรงนี้เขายังให้ยาให้อะไรมากกว่า แทนที่จะให้คนไข้ดูแลสุขภาพโดยการรับประทานอาหารได้ถูกต้อง การออกกำลังกายช่วยลดการใช้ยาลง การที่มา Follow Up(นัดตรวจ) ถี่ขึ้น ให้ห่างไปเรื่อยๆ"*

แพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมยังมีอยู่น้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่แพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทาง และยังคงเน้นในเรื่องของการรักษาเป็นหลัก ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงาน PCU เพื่อให้เป็นไปตามกรอบของกระทรวงกำหนด นอกจากนั้นการดำเนินงานของ PCU ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพใน PCU ก็ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากConcept ในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้เกิดกับแพทย์ และแพทย์ยังคิดว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหน้าที่ของคนอื่น*"อาจจะเป็นความเคยชินว่า คุณหมอมีหน้าที่ Order ยาแค่นั้น ไม่มีหน้าที่คุยกับคนไข้ หน้าที่คุยกับคนไข้เป็นหน้าที่ของคนอื่น"* นอกจากนั้นPCUยังทำหน้าที่เหมือนOPDในโรงพยาบาลที่ยังคงเน้นในเรื่องของการรักษาเป็นหลัก *"เวลาออกPCUจริงๆ หมอก็จะลักษณะอย่างนี้ ก็ไปนั่ง OPD ก็ไม่ได้ทำอะไร ไม่ได้ไปแนะนำอะไร"* PCU จึงเป็น Extended OPD เท่านั้น *"จริงๆแล้วก็ไม่มีการเสริมสร้างตรงนี้(PCU) ก็เอา OPD ตรงนี้แหละไปตั้งรับอยู่ข้างนอกแทน คนที่ลงสำรวจชุมชนจริงๆ ก็คือเจ้าหน้าที่ที่อยู่อนามัย ถ้าดูแล้วเพียงแต่เพิ่มการรักษาที่มีแพทย์ไปนั่งตรวจ"*

ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมินั้น แพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งยังเน้นในเรื่องของการรักษาเป็นหลัก การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์จึงเป็นหน้าที่และความสนใจของแพทย์เพียงส่วนน้อยเท่านั้น การกำหนดให้มีการดำเนินงาน PCU โดยโรงพยาบาลศูนย์นั้น ไม่อาจตอบสนองในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพได้ เพราะในปัจจุบัน PCU ทำหน้าที่เป็นเหมือนการ Extended OPD เท่านั้น

โรงพยาบาลทั่วไป(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง</u>ของโรงพยาบาลมองว่า การดำเนินงานในโรงพยาบาลในด้านงานสร้างเสริมสุขภาพหรืองานอื่นๆ จะอยู่ในรูปของคณะทำงานโดยเริ่มจากแพทย์ และให้มีความเป็นสหวิชาชีพ สำหรับความร่วมมือของแพทย์ในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น แม้ว่าจะมีช่องทางที่เอื้อให้แพทย์ได้แสดงบทบาทอย่างเต็มที่ แต่มีแพทย์เพียงส่วนน้อยที่เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้เนื่องจากภาระงานด้านการรักษายังเป็นภาระที่หนักสำหรับแพทย์ แต่ในส่วนของผู้อำนวยการนั้นเห็นความสำคัญและได้ดำเนินนโยบายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี 2543

ในขณะที่<u>หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม</u>กล่าวว่า งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้นจริงๆแล้วแพทย์จะต้องมีบทบาทมาก แต่ความร่วมมือของแพทย์ในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังมีอยู่น้อย เนื่องจากงานสร้างเสริมสุขภาพถูกแพทย์มองว่าเป็นงานของเวชกรรมสังคมเท่านั้น การดึงแพทย์จากหน่วยงานอื่นมาช่วยนั้นยังไม่สามารถทำได้ ทั้งนี้เนื่องจากภาระงานด้านการรักษาของแพทย์ยังมีมาก

โดยส่วนตัวของแพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง เห็นว่า ถึงแม้ว่าจะเป็นกุมารแพทย์แต่อาสาที่จะมาทำงานด้านเวชกรรมสังคมด้วยความสนใจส่วนตัวในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่พึ่งเข้ามารับงานในได้ไม่นาน นอกจากนั้นภาระงานในฐานะกุมารแพทย์ในโรงพยาบาลก็ยังต้องทำอยู่ทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบันได้ทำงานการสร้างเสริมสุขภาพทั้งการแสดงความคิดเห็นและการปฏิบัติ โดยส่วนมากจะเป็นการให้ความรู้แก่ประชาชน

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไป (GP) มองว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้นแพทย์ยังทำกันน้อย แต่ถ้าถามว่าแพทย์เห็นความสำคัญหรือไม่คงไม่มีแพทย์คนไหนปฏิเสธ แต่ในการปฏิบัตินั้นมีแพทย์เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้แปลงความสำคัญลงไปสู่โครงการหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการให้สัมภาษณ์ที่ว่า *"คิดว่ามีความสำคัญ ผมคิดว่าใครๆ ก็ตอบคำถามนี้ทั้งนั้น มันเหมือนเป็นความเห็น แต่ในกิจกรรมที่เขาทำ เขาได้แปลงความสำคัญเขาไปสู่กิจกรรมหรือโครงการจริงหรือเปล่าซึ่งเรื่องนี้ที่ผมดูนั้น เป็นตัวชี้วัดว่าเขาเห็นความสำคัญจริงไหม คือบอกว่าเห็นความสำคัญแต่บทบาทหน้าที่กิจกรรมที่เขาทำไม่ได้ลงไปคลุกคลี หรือแม้แต่เรื่องแผนก็ยังอาจจะบรรจุไว้น้อย ก็อาจจะตีความว่าไม่ได้เห็นความสำคัญจริง"* แต่โดยในส่วนของแพทย์ทั่วไป(GP) เองแล้วเนื่องจากรับผิดชอบงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง และได้พยายามให้การสร้างเสริมสุขภาพทุกครั้งที่มีโอกาส *"แน่นอนผมให้คำแนะนำ แล้วก็ผมเป็นหมอเคยถูกว่าตรวจคนไข้พูดมากเกินไปแล้ว คนไข้ไม่พอใจว่าควรหยุด หมอควรจะหยุดการพูดจาด้านสร้างเสริม ผมได้บทเรียนตรงนั้นมาว่าความต้องการของคน ควรจะรู้เขารู้เรา ว่าเราควรจะรู้ว่าเขาต้องการอะไรเราตอบสนองเขา แล้วถามเขาว่าเขาต้องการสิ่งที่เราอยากให้นี้หรือไม่ ถ้าเขาไม่ต้องการ พูดไปก็ไม่ได้ประโยชน์"* แต่ทั้งนี้การให้ความรู้หรือแนะนำนั้นต้องคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับด้วยเช่นกัน ส่วนการติดตามผู้รับบริการนั้นแพทย์ทั่วไป(GP) ยังได้บอกว่าตนเองได้มีโอกาสติดตามความก้าวหน้าในเรื่องของการสร้างสริมสุขภาพตามโอกาสที่มี ถ้าได้เจอผู้รับบริการรายที่เคยได้ให้คำแนะนำเพื่อดูว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ *"ดูความก้าวหน้าเขาได้ เป็นการติดตามไปในตัวผมเขียนไปว่าเขาสูบบุหรี่วันละเท่าไร ผมดูว่าเขาลดลงไหมเรื่องบุหรี่ ครึ่งหนึ่งของการบันทึกสำคัญมาก เวลาคนไข้มาหาเรา"* นอกจากนั้นยังมองว่าการสร้างเสริมสุขภาพไม่ควรเน้นที่ OPD(แผนกผู้ป่วยนอก) ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของเวลาและภาระงาน

สูติแพทย์ มองว่างานสร้างเสริมสุขภาพจะต้องมีอยู่ในทุกส่วนของการดูแลผู้ป่วย ทุกโรค และคิดว่าแพทย์ส่วนใหญ่ทำอยู่แล้ว แต่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน *"จริงๆ ในฐานะแพทย์เราคงไม่รักษาอย่างเดียวค่ะ งานสร้างเสริมสุขภาพมันก็จะรวมอยู่ในทุกๆส่วนของการดูแลคนไข้ ทุกๆ โรค ทุกๆภาวะอยู่แล้ว ในความเห็นของตัวเอง เราคงไม่เน้นแง่รักษาอย่างเดียว คงต้องเน้นแง่สร้างเสริมสุขภาพให้เขาด้วย อย่างเช่น คนไข้เวลามาโรงพยาบาล เวลาจะกลับบ้าน นอกจากยาที่เราให้ เราต้อง*

มีการแนะนำให้เขาไปดูแลตัวเองที่บ้าน วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกสำหรับภาวะหรือโรคนั้นๆที่เขาเป็น ซึ่งอันนี้ก็คือว่าน่าจะเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะฉะนั้นคิดว่าแพทย์ทุกคนจะทำอยู่แล้ว แต่ว่ามันไม่เป็นรูปธรรมออกมาที่ชัดเจน มันจะรวมๆที่เราคุยกับคนไข้ซะมากกว่า แต่ว่ามันคงแยกกันไม่ออกค่ะ เพราะมันน่าจะเป็นหน่วยที่มันเชื่อมโยงกันนะ เรารักษาอย่างเดียวก็ไม่ได้ เราก็ต้องบอกให้เขาไปดูแลตัวเองที่บ้าน ก็ถือว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพอย่างหนึ่ง มันน่าจะเป็นอะไรที่มันเกี่ยวเนื่องกัน" สูติแพทย์ท่านนี้แม้ว่าจะได้รับแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล มีโอกาสได้เสนอแนะความคิดเห็นในบางครั้ง *"คือพูดจริงๆ เรื่องสร้างเสริมสุขภาพเนี่ย เดี๋ยวนี้เขาเน้นให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพใช่ไหมค่ะ ของกระทรวงเนี้ยก็ O.k. ที่นี่มันยังไม่ค่อยเป็นรูปเป็นร่างค่ะ เนื่องจากแพทย์มันน้อย คนรับผิดชอบจะเป็นคุณหมอรองผู้อำนวยการ แกก็จะว่างมากกว่าคนอื่น ในวันที่ไม่ได้บริหารก็จะเป็นแก เพราะนอกนั้นก็ Staff (แพทย์) ก็มีแผนกละนิดละหน่อย เพราะฉะนั้นจริงๆ แล้วส่วนตัวเองนี้ คือก็ไม่ค่อยได้เข้าไปมีบทบาทไอ้ตรงนั้นมากนัก นอกจากว่าถ้ามีประชุม มีอะไร เราก็เสนอความคิดเห็นไป"* แต่โอกาสในการเข้าร่วมประชุมกรรมการมีน้อยเนื่องจากภาระงาน *"เขามีคณะกรรมการเลยนะค่ะ หมอก็เคยเป็นอยู่นะ แต่ว่าไม่รู้ยังเป็นอยู่รึเปล่า เวลาเข้าประชุมก็ไม่ค่อยได้เข้าเพราะไม่ว่าง บางทีมีคนไข้ มีอะไรอย่างนี้นะค่ะ แต่ว่าเข้าประชุมครั้งสองครั้งเองก็ไม่ได้ไปแล้ว"* ส่วนงานในความรับผิดชอบนั้น สูติแพทย์ท่านนี้บอกว่าตนเองได้ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในสายงานของตนเองค่อนข้างมาก ไม่ว่าจะเป็นงานอนามัยแม่และเด็กหรือการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม นอกจากนั้นยังได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลและของจังหวัด *"ถ้าเป็นField(สาขา)ตัวเองก็จะทำอยู่แล้ว เพราะว่ามันจะมีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กของจังหวัด ของโรงพยาบาลแล้วก็จะมีการอบรม มีการคุย มีแนะนำเจ้าหน้าที่ทั้งจังหวัดว่า เวลาเราคุยกับคนไข้ อย่างเช่น สมมุติคนไข้มาฝากครรภ์คนหนึ่ง เราจะให้คำปรึกษาอันนี้ก็น่าจะเป็นการสร้างเสริมสุขภาพอย่างหนึ่งใช่ไหมค่ะ การให้คำปรึกษาคนไข้ฝากท้องจะให้เขาทำตัวอย่างไร เมื่อไหร่ต้องมาพบแพทย์ คือคล้ายๆกับให้เขามีการหัดดูแลตัวเอง อย่างเช่นยกตัวอย่างโดยเราจะทำเป็นGuideline(คู่มือการปฏิบัติงาน) ให้ทำเหมือนกันทั้งจังหวัด อันนี้ก็คิดว่าตัวเองเข้าไปมีบทบาทในส่วนของตัวเอง ซึ่งอันนี้เป็นงานต่อเนื่อง ซึ่งทำตั้งแต่มาอยู่ตอนแรกๆ ก็ สี่-ห้า ปีแล้วก็คิดว่าก็ค่อนข้างดีพอสมควร อย่างเช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเองนะค่ะ เราก็จะสอนเขาว่าให้หาคลำดูซิมีผิดปกติอะไรหรือไม่ หรือว่าการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก อะไรอย่างนี้นะค่ะ ตามเกณฑ์มาตรฐานก็มี คือให้เขาเฝ้าระวังสุขภาพของตัวเองให้ใส่ใจตัวเองหน่อย ไม่ใช่ว่าต้องมีปัญหาแล้วก็มาหาเรา อะไรอย่างนี้"* ซึ่งงานสร้างเสริมที่ทำอยู่ในสายงานก็เป็นไปตามข้อกำหนดตัวชี้วัดของกระทรวง

<u>แพทย์ศัลยกรรมกระดูก</u> มองว่าตนเองมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลบ้าง ในการประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล แต่ว่า

อำนาจการตัดสินใจนั้นขึ้นกับผู้บริหารเป็นหลัก *"มีการเสนอแนวคิดทั้งในองค์กรแพทย์นะครับ ทั้งในที่ประชุมกรรมการบริหาร เสนอไปเท่าที่จะคิดออกมาได้นะครับ เสนอจากที่ตัวเองนั่งตรวจแล้ว เจอปัญหาก็มีบ้าง แต่ก็ไม่ได้รับไป ไม่ได้บังเกิดผลทั้งหมดหรอกครับ บังเกิดผลซัก 20% ที่เสนอไป แต่ส่วนของตัวเองนี่ 100% ทำได้"*

นอกจากนั้นยังมองว่า การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานหลักของฝ่ายเวชกรรมสังคม มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่การสร้างเสริมสุขภาพจะเกิดในส่วนของงานรักษา *"อะไรที่กระทรวงเขาคิดมา เขาให้เราทำเนี้ย ก็ทางเวชกรรมสังคมทำหมด แต่ในหน่วยงานอื่น งานวิชาการอื่นเป็นบางจุดคิดว่าในส่วนของการรักษา ในส่วนผู้ป่วยในนี้เป็นส่วนน้อยนะที่ทำสร้างเสริมสุขภาพ เห็นจริงจังก็เป็นเวชกรรมสังคมนะครับ อีกจุดหนึ่งก็เป็นผู้ป่วยนอกก็คือในลักษณะเชิงรับเหมือนเดิมแหละ ไม่ได้ออกไปสู่ชุมชน แต่ว่าสอนสุขศึกษาให้ผู้ป่วยที่รอตรวจ อย่างคลินิกเบาหวานก็จะมีสอนเรื่องอาหาร ก่อนที่จะพบแพทย์ ก็สอนไปก่อน สอนเสร็จแล้วค่อยส่งคนไข้เข้าไปตรวจอย่าง ก็จะมีทำอยู่เป็นประจำนะครับ แต่ออกไปชุมชนก็มีเฉพาะเวชกรรมที่ทำอยู่"* ส่วนการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองนั้น ไม่ได้มีหน้าที่โดยตรงแต่ก็ได้ปฏิบัติโดยอ้อมในสายงานที่ตนเองรับผิดชอบ ไม่ว่าจะเป็นในขณะที่ตรวจรักษาผู้ป่วย *"หน้าที่โดยตรงนี้ไม่มีนะครับ หน้าที่โดยตรงเราจะต้องออกไปเยี่ยมบ้าน หรือไปสอนหนังสือไม่มีนะครับ หน้าที่โดยอ้อมก็คือพูด ที่ผู้ป่วยนอกนั้นแหละหรือพูดกับคนไข้ผู้ป่วยในที่เราผ่าตัด ก็พยายามพูดเท่าที่เวลาจะมีให้ในผู้ป่วยในนี้จะพอมีเวลาหน่อย ก็นั่งอธิบายถึงการป้องกัน การป้องกันอุบัติเหตุอะไร แต่เราก็พูดในคนที่มันเกิดขึ้นมาแล้วนะ เขาก็ฟังเรา เพราะว่ามันเจอมาแล้ว แล้วก็ที่ OPD (แผนกผู้ป่วยนอก) มีข้อจำกัดในเรื่องเวลา พูดได้ไม่มาก พูดได้ในรายที่มันเด่นชัดจริงๆว่า ไอ้โรคอย่างนี้ที่เราตรวจนี้มันเกิดจากการขาดการป้องกัน อย่างนี้มันเด่นชัดจริงๆ ยกตัวอย่าง เมื่อย ปวดหลังจากการใช้งานผิดวิธีผิดประเภทอย่างนี้บอกนะครับที่มันชัดเจน แต่ลงไปในชุมชนจริงๆ เนี้ย ถึงอยากทำก็ไม่มี ไม่สามารถจะไปได้นะครับ เนื่องจากว่าจำนวนหมอที่นี่มันน้อยนะครับ งานรักษามันยังเป็นสิ่งที่ต้องทำ เป็นหน้าเป็นตา"* แต่เนื่องจากงานหลักของแพทย์คืองานรักษา ประกอบกับจำนวนแพทย์ที่น้อยและภาระงานค่อนข้างมาก ทำให้แพทย์ไม่สามารถที่จะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ ถึงแม้ว่าอยากจะทำงานด้านนี้ก็ตาม ส่วนการติดตามผู้ป่วยนั้นศัลยแพทย์ท่านนี้ก็กำลังทำโครงการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งขั้นตอนอยู่ในระหว่างการขออนุมัติ แต่กลุ่มเป้าหมายในโครงการนี้ก็ทำจำกัดเฉพาะกลุ่มที่มาผ่าตัดกับแผนกศัลยกรรมกระดูกที่โรงพยาบาลแห่งนี้เท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องบุคลากรและภาระงาน *"สิ่งหนึ่งที่คิดว่าจะทำได้ก็คือ เนื่องจากตอนนี้รับผิดชอบเป็นหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกอยู่นะครับ ก็ช่วงปีงบประมาณ 46 นี้นะครับ คิดโครงการอยู่เรื่องการพยาบาล โครงการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด ติดตามที่ว่าเขาทำตามที่เราบอกไหมหรือว่าไปช่วยอะไรที่บ้าน อะไรก็ได้ ตอนนี้เขียนเป็นโครงการอยู่กำลังจะนำเสนอวันที่ 17 ตุลาคมนี้ เสนอคณะผู้บริหาร ถ้าได้รับอนุมัติก็คงเริ่มได้ ใช้เงินไม่มากด้วยโครงการแบบนี้ใช้เงินน้อยแล้วก็น่าจะได้ผล*

แต่ก็ทำในแง่เฉพาะคนไข้ กลุ่มจำกัด ก็คือกลุ่มที่มารักษามาผ่าตัดกับเรา ส่วนกลุ่มประชาชนทั่วไปเนี้ย มีความคิดแต่ว่ายังจำกัดในเรื่องกำลังคนเรื่องแรงทำไม่ไหว"

ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับการดูแลจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านในระดับสถานีอนามัยนั้นเคยทำมาก่อน แต่มีข้อจำกัดเรื่องศักยภาพในระดับสถานีอนามัยที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ในปัจจุบันจึงส่งต่อบางรายไปยังโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น *"เคยส่งไปอยู่ชักพักหนึ่ง แล้วสุดท้ายมันล้มเหลวเข้าใจว่าอาจจะเป็นอนามัยเขาไม่เข้าใจ เขาขาดความรู้ในเรื่องดูแลผู้ป่วยกระดูกรึเปล่า หรือว่าบกพร่องที่ตัวเราไม่ได้สอนเขานะครับ ยกตัวอย่าง ตัดไหมก่อนกำหนดหรืออะไรอย่างเนี้ย ไปแนะนำคนไข้เอาเฝือกคนไข้ออก ซึ่งเคยส่งไปพักหนึ่งแล้วมันเกิดเหตุการณ์แบบนี้ ตอนหลังก็เลยเอากลับมาดูเอง ถ้าเกิดจะส่งไปจริงๆ ก็คงต้องสอนเขาก่อน สอนเขาให้มีความรู้เรื่องดูแลพวกนี้ให้เราแล้วถึงจะส่งไปได้ แต่ในระดับลงมาชุมชนเนี้ยก็เป็นน้องหมอด้วยกันก็คิดว่าเขียนจดหมายบอก อย่างนี้ก็มี สรุปคือว่าส่งในระดับโรงพยาบาลชุมชน แต่ในสถานีอนามัยเนี้ยยังไม่มั่นใจกลัวคนไข้เรามีปัญหา"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

จากการสนทนากลุ่มพยาบาล พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและบอกว่าเป็นนโยบายหลักที่จะต้องทำ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีมาตรการบังคับ *"ส่วนใหญ่แล้วผู้บริหารจะบอกว่าเป็นนโยบายหลักนะ คุณต้องทำแต่ยังไม่มีมาตรการอะไรบังคับ"* แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ *"จากที่อยู่ PCU (หน่วยปฐมภูมิ) แพทย์มีความตื่นตัวเรื่องนี้น้อย"*มีแพทย์ส่วนน้อยเท่านั้นที่ปฏิบัติ *"มีคุณหมอที่ตรวจ เวลาท่านให้สุขศึกษาก็จะตรวจซ้ำ จะดูทั้งหมด บ้านมีปัญหาอะไร สูบบุหรี่ไหม อย่างอาการของคนไข้ท่านก็จะเจาะลึกถึงจิตวิญญาณด้วย ก็จะมีท่านเดียว มีท่านเดียวทั้งโรงพยาบาลที่ OPD (แผนกผู้ป่วยนอก) ก็จะมีคนเดียว"* ทั้งนี้เนื่องจากงานหลักของแพทย์ก็ยังเป็นงานด้านการรักษาและยังเป็นภาระที่หนัก *"อะไรที่นอกเหนือจากตรวจแล้วหมอไม่ได้ทำ หมอแค่ตรวจอย่างเดียวก็วันหนึ่งแล้ว"* ส่วนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยนั้นก็ทำบ้างในบางกรณีเท่านั้น

ในระดับโรงพยาบาลทั่วไปนั้น แพทย์ส่วนใหญ่มองว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานหลักของฝ่ายเวชกรรมสังคม ส่วนฝ่ายอื่นๆนั้นมีหน้าที่หลักในการรักษา แพทย์ยังมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพน้อย ส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปของการให้สุขศึกษาและให้คำแนะนำ ส่วนการลงมือปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมยังไม่เกิด

โรงพยาบาลชุมชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีบทบาทในการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลเป็นหลัก *"ในส่วนของโรงพยาบาลเนี่ย เราก็มีนโยบายในการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้ว ผมก็เล็งด้านการส่งเสริมสุขภาพสำคัญ เคยจัดกิจกรรมในโรงพยาบาลเอง คืออยากจะจัดกิจกรรมในลักษณะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นต้นว่าจัดกลุ่มขึ้นมา และก็มีกิจกรรมที่เริ่มทำกันบ้างแล้ว ในปี 2 ปีที่ผ่านมา มีกิจกรรมแอโรบิคตอนเย็นๆ และก็มีกิจกรรมเกี่ยวกับบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ ละเลิกอบายมุขต่างๆ ในโรงพยาบาลเราก็จัดเขตปลอดบุหรี่ไว้ตามตึกทุกตึก ข้าวเราก็ปรับเป็นข้าวกล้องทั้งคนไข้ ทั้งเจ้าหน้าที่ วันทำการเราจะมีน้ำเต้าหู้แจก ส่วนมากก็จะเป็นกิจกรรมซึ่งยังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก มีการปรับพฤติกรรมเจ้าหน้าที่ก่อน"* นโยบายที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันก็ยึดตามกรอบของสำนักงานสาธารณสุขกำหนด ส่วนในด้านกิจกรรมนั้นก็มีการดูงานจากที่อื่นแล้วนำมาการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพของโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง</u>มองว่า แพทย์ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลมีจำนวนน้อย ทำให้ภาระงานมาก งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่สามารถปฏิบัติได้ นอกจากการให้สุขศึกษาหรือคำแนะนำแก่ผู้รับบริการเป็นบางคนเท่านั้น *"งานบริการคนไข้มีค่อนข้างเยอะ เราก็จะอาศัยช่วงเวลาที่ได้คุยกับคนไข้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพไปในตัว ให้คิดว่าเป็นบทบาทหลักที่เราทำทุกวันก็คือการให้สุขศึกษาซะมากกว่านะครับ สุขศึกษาเป็นรายคนที่เข้ามาตรวจ ไม่ได้เป็นบทบาทที่ว่าเขาทำเป็นประจำ แต่ว่าบทบาทอย่างอื่นก็คงจะยังไม่ค่อยเกิด"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ผู้ให้บริการซึ่งเป็นแพทย์ทั่วไปแทบจะไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเลย ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนแพทย์มีน้อย ทำให้ภาระงานมาก *"จริงๆ แล้วเนี่ย อยากจะบอกว่าไม่เคยลงไปตรงนั้นเลย แค่งานที่โรงพยาบาลชุมชนก็หนักแล้ว"* ส่วนการให้ความรู้หรือคำแนะนำขณะที่ให้การตรวจรักษาก็ทำได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น เช่น กรณีของผู้รับบริการรายใหม่บางราย นอกนั้นก็จะเป็นการให้สุขศึกษารายกลุ่ม ซึ่งดำเนินการโดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก(OPD) และฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพ *"จริงๆ แทบจะไม่มีเวลาพูดเลยนะครับ แต่โรงพยาบาลเราเขาจะให้สาธารณสุขอบรมส่วนหน่วยสร้างเสริมสุขภาพ ตอนเช้าที่คนไข้มานั่งรอบัตร OPD (แผนกผู้ป่วยนอก) เขาจะให้ความรู้ตรงนั้นไป พอมีเวลา 10-15 นาที ตอนเช้า"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

จากการ<u>สนทนากลุ่มพยาบาล</u> พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนั้นปฏิบัติงานด้านการสนับสนุนในเรื่องนโยบายเป็นหลัก *"ให้ๆ เยอะค่ะ เพราะว่าช่วงที่ประชุมแผนเขาจะมีกลุ่มที่จะเป็นชมรมกีฬา เขาเสนอว่าไม่มีที่เก็บอุปกรณ์กีฬา ผู้อำนวยการก็ได้อนุมัติจะใช้เรือนพักญาติ จะทำใหม่*

ก็จะให้ใหม่เป็น Fitness (สถานที่ออกกำลังกาย) ให้ออกกำลังกาย และก็เห็นด้วยอยู่" นอกจากนั้นยังใช้นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแรงจูงใจเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลให้มีส่วนร่วม *"ผอ.(ผู้อำนวยการ)เปิดไฟเขียว ช่วงที่มีสนับสนุนกิจกรรม พัฒนาคุณภาพ กิจกรรมทุกอย่างเห็นความสำคัญ รวมทั้งเอามาใช้ในเกณฑ์พิจารณาของความดีความชอบด้วย เพื่อที่เป็นการจูงใจให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมที่เห็นความสำคัญ"*

ส่วนแพทย์ผู้ให้บริการนั้นส่วนใหญ่ไม่มีเวลาเนื่องจากภาระงานมาก เช่น ที่แผนกผู้ป่วยนอกที่จะต้องเร่งรีบในการตรวจ ทั้งนี้เนื่องจากจะต้องตรวจให้ทัน เพราะผู้รับบริการต้องรีบกลับบ้าน เนื่องจากถ้าตรวจช้าแล้วผู้รับบริการบางรายจะประสบปัญหาไม่มีรถกลับเข้าไปในหมู่บ้าน *"ที่ OPD (แผนกผู้ป่วยนอก) ถ้า OPD นี่ไม่เลย ไม่มีเวลาหรอก คนไข้เยอะมาก เขายังพูดได้ว่ามาตรฐานที่แพทย์พบกับคนไข้อย่างน้อย 5 นาที คนละ 5 นาที ไม่ได้หรอก แค่ตรวจมันก็เต็มเวลาอยู่แล้ว จริงๆ แล้วมันจะไม่ทันด้วย ช่วงบ่ายคนไข้เยอะ ถ้าแพทย์เป็นคนพูด คนไข้จะเชื่อ ใช่ถ้าเขาทำแต่ที่ผ่านมาคือไม่ว่าง ไม่มีเวลา ต้องด่วนๆ"* ส่วนแผนกผู้ป่วยในนั้นพอจะมีเวลาอยู่บ้างในการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่างๆ *"ในหอผู้ป่วยนี้ก็มีอยู่คะ รู้สึกว่าจะแนะนำดี ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเขานั่นแหละ คุยกับญาติ คุยกับอะไรอย่างนี้ การดูแล เกี่ยวกับโรค ก็จะมีโอกาสคุยมากกว่าที่ OPD"* ส่วนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้นยังมีอยู่น้อย ส่วนใหญ่คือไม่เสนอแนะความคิดเห็น แต่ก็ไม่ต่อต้านและรับทราบในสิ่งที่ทำเท่านั้น *"คือว่าไม่ต่อต้านมีส่วนร่วมอยู่ คือไม่ต่อต้านในสิ่งที่จะทำแต่ไม่ได้ลงมือทำ ไม่ได้เป็นผู้วางแผนร่วมในความคิดไม่เป็นผู้นำ ไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติว่าน่าจะยังงั้น น่าจะยังงี้ ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมรับทราบว่าคุณทำ"*

ในระดับของโรงพยาบาลชุมชนแพทย์ส่วนใหญ่ยังปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างน้อย ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของภาระงานเป็นหลัก

โรงพยาบาลเอกชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนปฏิบัติงานด้านนโยบายเป็นสำคัญ และมองว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่หลักของหน่วยงานภาครัฐ มิใช่เอกชน แต่ในขณะที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วก็ต้องดำเนินนโยบายตามข้อกำหนดของกระทรวง เช่น การเปิด PCU เป็นต้น ซึ่งเพิ่งจะเริ่มดำเนินการ ประกอบกับผู้อำนวยการพึ่งจะมารับงานได้เพียงเดือนเดียวเท่านั้น *"คือเราพยายามเดินตาม เพราะเราก็ถือว่าเราเป็นผู้รับนโยบายมาปฏิบัติ ก็พยายามที่จะเดินตามนโยบายให้มากที่สุด เพราะเมื่อเรารับนโยบายมาแล้ว เราก็มาจัดเป็นแผนของเราที่จะดำเนินการให้มันสอดคล้อง แต่ตอนนี้ก็จะเริ่มแผนการทำPromotion(การสร้างเสริมสุขภาพ)กับPrevention(การป้องกันโรค) ตอนนี้เริ่มบรรจุคนแล้ว รับคนเข้ามาทั้งหมด 15 คนเพิ่มขึ้นมาล๊อตใหญ่เลย แล้วก็คนเดิมของเราอีก 2 คน บุคลากรที่มาดูด้านนี้ 17 คน"*

ส่วนการมีส่วนร่วมของแพทย์นั้นแพทย์ผู้บริหารท่านนี้มองว่ายังมีค่อนข้างน้อย เพราะแพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ Part Time (แพทย์ที่ไม่ได้ทำงานประจำกับโรงพยาบาล) แพทย์ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมจริงคือ ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการเท่านั้น *"ในช่วงต้นนี้คิดว่ายังไม่มี ก็มีแต่ผู้อำนวยการกับรองผู้อำนวยการที่จะเข้ามาดู เพราะว่าแพทย์ส่วนใหญ่ของเราก็เป็นPart-Time*[*]*ที่มาดูแลคนไข้ให้เรา Full-Time*[*]*เองก็มี 5 คนแล้ว คือว่าตามหลักแต่ละอย่างจะมีอย่างละคน เราก็พยายามที่จะระดม ก็กำลังพยายามหาอยู่ บางสาขาที่เราต้องการ แต่เขาไม่พร้อมที่จะอยู่กับเรา จริงๆ เราก็พยายามแต่ว่ามันก็ไม่เป็นไร คือยังไง Part-Time ก็ยังดี เพราะฉะนั้นงานช่วงนี้เป็น Health Promotion (การสร้างเสริมสุขภาพ) เราก็จะเป็นเรื่องของการหาข้อมูลส่วนหนึ่ง ข้อมูลพื้นฐานที่เราจะนำมาเป็นฐานข้อมูล ก่อนที่เราจะวางแผนที่จะรณรงค์ด้านอื่นๆ ต่อไป"* และการดำเนินงานในปัจจุบันยังคงเป็นเพียงการเริ่มต้นของโรงพยาบาลเท่านั้น

แพทย์ผู้ให้บริการ

อายุรแพทย์ มีบทบาทในการกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล เนื่องจากดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการบริษัทและรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล *"คือผมเป็นกรรมการบริษัทอยู่ แล้วก็เป็นรองผู้อำนวยการอยู่ ก็เลย link (เชื่อม) ผ่านผมหมด เรื่องการจัดทำงบประมาณเรื่องอะไรต่างๆ ก็เลยผ่านที่ผม"* ส่วนการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมนั้นได้ทำอยู่บ้างในเรื่องของการให้คำแนะนำ การเป็นวิทยากรในคลินิกพิเศษ *"ที่ผ่านมาเนี้ยแค่ว่าในโรงพยาบาลที่ทำอยู่ประจำก็คือว่ามีคนไข้มาหาเรา อะไรที่พอจะสร้างเสริมให้ความรู้ได้ เช่น เบาหวาน เราก็ต้องบอกว่าไม่เป็นได้โรคได้ยังไง เป็นโรคได้ยังไง ป้องกันโรคได้ยังไง โรคบางอย่างเราก็ต้องแนะนำไปตามโรค"* ทั้งนี้เนื่องจากเป็นอายุรแพทย์เพียงคนเดียว จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดได้รับการตรวจจากอายุรแพทย์ท่านนี้ ดังนั้นจึงมีโอกาสในการติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง *"ตอนนี้ทางอายุรกรรมนี่ผมดูอยู่คนเดียวถ้าคนไข้โรคเรื้อรังก็จะมาหาผมหมด เขาจะส่งมาหาผมหมด พวกเบาหวาน ความดัน โรคเรื้อรังผมก็ต้องคอยFollow Up(นัดตรวจ)ดูว่าอย่างคนไข้โรคเบาหวานเนี่ย ทำไมน้ำตาลไม่ลง ไม่ลงเพราะอะไร ขาดยาหรือไม่ขาดหรือว่าไปกินอาหาร หรือว่าออกกำลังน้อย ช่วงนี้ฝนตกแล้วไม่ออกกำลังกาย ต้องถามกันไปว่าเป็นอะไร ถ้าทุกอย่างมันดีหมดแล้ว อาหารก็คุมแล้ว ออกกำลังกายก็ออกแล้ว เราก็ต้องดูเรื่องยาว่ามันต้องเพิ่มยาไหม ต้องปรับยาหรือเปล่า หรือมันดื้อยาหรือเปล่าก็คงตรวจเป็นรายตัวไป"*

วิสัญญีแพทย์ การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของแพทย์วิสัญญีท่านนี้ ได้ทำหน้าที่เป็น GP ไปด้วย งานด้านนโยบายนั้นเป็นเรื่องของกรรมการบริษัทและกรรมการบริหารเป็นหลัก ส่วนใหญ่แพทย์ที่ไม่มีหน้าที่บริหาร ก็จะทำหน้าที่ในการให้บริการเป็นส่วนใหญ่ หน้าที่หลักคือการรักษา

---

[*] Part-Time = แพทย์ที่ไม่ได้ทำงานประจำกับโรงพยาบาล

[*] Full-Time = แพทย์ที่ทำงานประจำกับโรงพยาบาล

"ตอนนี้ยังไม่ถึงกับออกไปสร้างเสริมสุขภาพกับหน่วยที่เขาทำงานตรงนี้นะคะ แต่ก็อยู่ที่โรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา(Consult)ให้เขาและคอยรับรักษาในผู้ป่วยที่มารักษามากกว่า" และมีโอกาสได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวต่อผู้รับบริการ *"ส่วนใหญ่เราก็จะมีแผ่นพับ มีอะไรแจกให้ ในช่วงที่คนไข้มารักษา เราก็ต้องการสร้างเสริมสุขภาพไปด้วยในตัว เพื่อไม่ให้ลักษณะของโรคมันไม่ดี คือให้ดีขึ้นโดยการแนะนำให้ปฏิบัติตัว มีความรู้กับโรคนั้นมากขึ้น"* ส่วนการกำหนดกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพนั้นยังไม่มีส่วนร่วม *"จะมีหน่วยฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ แต่ในเรื่องของความรู้ หรือว่าการช่วยแนะนำก็จะเป็นหน้าที่ของแพทย์ ซึ่งเน้นหนักไปทางคุณหมอ พอดีท่านเป็นคุณหมออายุรกรรม"*

<u>กุมารแพทย์</u> ไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ *"ผมจะรู้น้อย ผมจะไม่ยุ่ง ผมทำเท่านี้ ผมก็เหนื่อยแล้ว"* ส่วนการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวนั้นสามารถทำได้ เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการไม่มากเหมือนกับโรงพยาบาลของรัฐ จึงมีเวลาให้กับผู้รับบริการ *"สอนว่าโรคนี้เกิดจากอะไร ภูมิแพ้เกิดจากอะไร ท้องเสียเกิดจากอะไร ผมสอนหมดเลย ถ้าคุณรู้แล้วคุณไปทำ แล้วเขาก็จะรู้ เราก็จะนั่งทำกันทีละนิดละหน่อย เราจะค่อนข้างให้เวลาคนไข้ ถ้าคนไข้เขาจะสนิทชิดเชื้อกันดี พอเราให้ความรู้เขา เขาสนุกในการที่เขาจะป้องกันไม่ให้ลูกเขาเป็น เขาก็จะสนุก เขาจะมานั่งเล่าให้ฟัง คือการลงลึกจริงๆ คนไข้จะได้ประโยชน์จริงๆ หมอเราให้ความรู้คนไข้ เขาจะรู้ และจะไปกระจายกับชาวบ้านแล้วจะไปสอนกันเอง สอนคนนั้น คนนี้ ในขณะที่ผมตรวจที่โรงพยาบาลรัฐครั้งหนึ่ง ตรวจ 60 คน 2 ชั่วโมง ตรวจไม่ทันหรอก ผมต้องทำงานด้วย สอนนักเรียนแพทย์อีก ลา(ตรวจผู้ป่วยในตามWard)ตอนเช้าอีก ลา(ตรวจผู้ป่วยในตามWard)ตอนบ่ายอีก สอนนักเรียนแพทย์ตอนบ่ายอีก ทำไม่ทัน งานเยอะมาก"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

จากการ<u>สนทนากลุ่มพยาบาล</u> พบว่า แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นบ้างเป็นบางคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ผู้รับผิดชอบโดยตรงและทำงานร่วมกันกับทีม *"ส่วนมากในที่ประชุมมีแผนก มีฝ่าย เวลาเราคุยกัน เราก็จะเล่าให้ฟังว่าทำอะไร และหมอก็จะช่วยออกความคิดเห็นหรือใช้วิธีConsult (ปรึกษา) ตัวต่อตัวเลย แต่ของพี่นี่แบบหมอจะต้องมาคุยกันเลย เหมือนกับว่าครั้งที่แล้วมีปัญหาอะไร ก็จะดึงปัญหามาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน"*

ส่วนการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์นั้น จะเป็นรูปแบบของการให้ความรู้และคำแนะนำในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ PCU ยังไม่มีบทบาทในปัจจุบัน เนื่องจากกำลังวางระบบการทำงาน *"เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพนี้ส่วนมากหมอจะให้เน้นเกี่ยวกับให้คำแนะนำและสอนเกี่ยวกับให้ Health Education(การให้สุขศึกษา) แต่ออกมาโดย Action (การปฏิบัติ)โดยตรงอาจจะไม่มี เพราะว่า ตอนนี้เรากำลังจะดูว่าจะเอาหมอไปแทรกตรงไหนได้*

พอจริงๆ แล้วเรา Set (จัด) ระบบมาจริงๆ เราออกไปชุมชนจริงๆ หรือทำงานเต็มรูปแบบจริงๆ เวลาหมอออกไปตรวจคนไข้ ก็คงมีส่วนร่วมตรงนั้น จะวางแผนกันทำอย่างไร ก็คงต้องดูอีกทีนะคะ"

การปฏิบัติงานของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนยังคงมีรูปแบบของการให้ความรู้และคำแนะนำเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากในโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก สังเกตได้ว่าไม่เคยมีแผนกเวชกรรมสังคมหรือฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพมาก่อน และที่ดำเนินการในปัจจุบันเป็นผลเนื่องจากเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ดังนั้นจึงเป็นการดำเนินตามนโยบายที่กระทรวงกำหนดภายใต้โครงการนี้เท่านั้น

อาจกล่าวได้โดยสรุปว่า แพทย์มีความรู้และเข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพคือ การที่คนมีสุขภาพที่ดี ทั้งนี้โดยมีสุขภาพดีในทุกด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงจิตวิญญาณอีกด้วย นอกจากนั้นการสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นการทำให้งบประมาณในการรักษาลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่สามารถป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรม และการดำเนินการในการสร้างเสริมสุขภาพยังใช้งบประมาณน้อยกว่าการรักษามาก

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาทแล้ว แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นการดีกับประชาชน ทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างเท่าเทียมกัน แต่สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในโครงการนี้ยังไม่เด่นชัดมากนักเพราะงบประมาณส่วนใหญ่ก็ยังคงมุ่งไปสู่การรักษามากกว่าการสร้างเสริม ในขณะที่แพทย์บางท่านมองว่าโครงการนี้จริงๆแล้วยังไม่ได้เน้นในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง แต่เน้นในเรื่องของการป้องกันโรคโดยวัคซีนเสียเป็นส่วนใหญ่

การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ส่วนใหญ่ยังมีค่อนข้างน้อย เพราะแพทย์ยังคงมีหน้าที่ในการรักษาเป็นหลัก แต่โอกาสในการให้การสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนก็ยังคงมีอยู่บ้าง แต่ก็เป็นไปในลักษณะของการให้ความรู้และคำปรึกษา ในระยะเวลาสั้นๆในขณะที่ตรวจผู้ป่วยนอกหรือตรวจเยี่ยมผู้ป่วยใน แพทย์ที่มีโอกาสในการติดตามและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ที่แผนกมีการกำหนดว่าจะต้องดูแลคนไข้คนนั้นตลอด ในขณะที่แพทย์บางส่วนไม่ได้มีการกระตุ้นหรือติดตาม เนื่องจากแพทย์ผู้ตรวจเปลี่ยนไปตามตารางการทำงาน

การมีส่วนร่วมของแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพก็ยังคงพอมีปรากฏบ้างแต่ก็ยังคงเป็นส่วนน้อย เช่น เสนอความคิดเห็นทั้งในระดับนโยบาย และร่วมในกิจกรรมบางอย่างของโรงพยาบาล แพทย์ที่มีบทบาทส่วนใหญ่คือแพทย์ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงและมองเห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังขึ้นอยู่กับความเป็นปัจเจกของแพทย์ค่อนข้างมาก

(2) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลศูนย์(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงยพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหาร</u> มองว่า เนื่องจากการเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ทำให้ปัจจุบันโรงพยาบาลยังทำหน้าที่ด้านการรักษาแบบตั้งรับเป็นหลัก แต่ก็มีความพยายามที่จะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเริ่มจากการมีศูนย์สร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล และมีผู้รับบริการที่สนใจกลุ่มหนึ่งเข้ามารับบริการในศูนย์แห่งนี้ เนื่องจากเป็นการทำการสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่และจำนวนผู้รับบริการ และที่สำคัญกลุ่มที่เข้าถึงบริการเหล่านี้ คือ ผู้รับบริการที่มีความสามารถในการจ่ายเท่านั้น จึงถือว่าเป็นการจำกัดอยู่ในวงแคบ แต่อย่างไรก็ตามผู้บริหารท่านนี้หวังว่าการทำการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลก่อนเป็นอันดับแรกจะเป็นการสะสมประสบการณ์ก่อนที่จะขยายลงสู่ชุมชนในลำดับต่อไป *"ถ้าคุณไม่ทำตรงนี้ก่อนแล้วคุณจะมีประสบการณ์ไปสอนคนอื่นได้ยังไง ถูกไหมครับ อยู่ๆคุณไปหมู่บ้านเลย เอาแบบอย่างมาจากคนมีเงินทั้งสิ้น ไม่ใช่อยู่ๆ ใช้กับชาวบ้านเลย ความไม่พร้อมมันสูงมากเราก็แย่ ต้องใช้เงินอะไรต่างๆ เราต้องสะสมตรงนี้เป็นประสบการณ์แล้วจึงย้อนเข้าไปในหมู่บ้าน ปีหน้าคิดว่าคงได้หลายหมู่บ้าน"*

ส่วนบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์นั้นผู้อำนวยการมองว่าควรเป็นไปในลักษณะของการเป็น Supervisor (ที่ปรึกษา) เพราะการสร้างเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องเป็นความร่วมมือของหลายหน่วยงาน ไม่ใช่เป็นเพียงความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว

<u>แพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง</u> มองว่า ในศูนย์สร้างเสริมสุขภาพมีการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้เข้ารับบริการซึ่งไม่ได้มองเรื่องการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการมองในทุกด้าน *"ในศูนย์สร้างเสริมสุขภาพนี้เราจะมีมุมมองเราจะกว้าง เราไม่ได้มองเฉพาะเรื่องการรักษาอย่างเดียว ใช่ไหมฮะ เราก็มองด้านทุกด้านและด้านฟื้นฟูด้วย เพราะฉะนั้นอย่างการบริการนี้ ในส่วนหนึ่งก็คือเรายอมรับว่าการที่คนมาสนใจสุขภาพ คือเขามีปัญหาสุขภาพ เพราะฉะนั้นหารูปแบบที่จะได้ให้เขาดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม แล้วก็จะจัดเป็นคอร์สให้"* รวมถึงทางด้านจิตใจ *"ทุกมิติ รวมทั้งแม้แต่ว่าเรามีการสวดมนต์ไหว้พระ คือนั่งสมาธิ คลายเกร็ง คลายเครียด คือเรื่องจิตใจ เรื่องสังคมคือจะมองแล้วเห็นภาพรวม แล้วว่าสุขภาพมันเกี่ยวพันกัน โดยจะจัดเป็นโปรแกรมให้หลักสูตรเป็น 5 วัน 5 วัน 5 วัน คือจริงๆ ใครจะเข้าโปรแกรมไหน ก็ขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพของแต่ละคนที่ตัวเองสนใจจะเข้าโปรแกรมไหนก็ได้"*

การจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลก็มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการตั้งฐานอยู่ที่โรงพยาบาล ทั้งในเรื่องของจำนวนผู้รับบริการและสถานที่ *"คือเนื่องจากเรามาตั้งฐานที่โรงพยาบาล เพราะฉะนั้นมันจะเป็นทางอ้อม อย่างเช่น มีสมาชิกที่มาเข้าโปรแกรมเพราะสิ่งนี้มัน*

เป็นสิ่งที่ดี เขาจะไปจัดออกกำลังกายที่ชุมชนเขาใช่ไหมฮะ เราก็จัดส่งวิทยากรเข้าไปช่วย แต่ว่าตัวเราจะไม่ออกไปทำเอง ถือว่าถ้าสิ่งนี้เป็นสิ่งที่มีคุณค่าให้เขามาดูแล้วเขาไปริเริ่ม แล้วเราไปช่วยแต่เรามิใช่ไปริเริ่มให้เขา" แต่แพทย์ท่านนี้เห็นว่าน่าจะได้ผลในแง่ของการนำกลับลงสู่ชุมชน เพราะผู้รับบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่ก็จะมีศักยภาพในการเป็นผู้นำ

ส่วนบทบาทของแพทย์นั้น แพทย์ท่านนี้มองว่าไม่ว่าแพทย์จะอยู่ในส่วนไหน ก็สามารถทำได้ในทุกส่วนของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะสามารถทำในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานของแต่ละคน แต่ที่สำคัญแพทย์จะต้องเข้าใจภารกิจของการสร้างเสริมสุขภาพ *"แพทย์อยู่ตรงไหนนะฮะ จริงๆ แพทย์อยู่ตรงไหนก็ทำอยู่ตรงนั้น เพียงแต่เอาภารกิจเรื่องการสร้างเสริมเข้าไป Integrate (ผสมผสาน)เข้าไป แต่อย่างน้อยเขาต้องเข้าใจภารกิจก่อน อย่างเช่นคุณเป็นหมอสูติ คุณก็แก้ได้ทันทีใช่ไหมครับ กระดูกวัยทองคุณก็แก้ได้ทันที ถ้าจะแนะนำให้เขากินข้าวกล้องคุณก็ทำได้ทันที จะกินงาดำ ก็แนะนำเขาได้ทันที ถ้าเขาไปออกกำลังกาย อย่างสมมติคนไข้เบาหวาน ถ้าคิดจะจ่ายยาก็ถามว่าเขาออกกำลังกายไหม ถ้าไม่ออกกำลังกายคุณกินยาเบาหวานผลสุดท้ายมันก็จบ การออกกำลังกาย ถ้าไม่มีก็แนะนำได้ จะเข้าคอร์สไหมหรือจะไปเข้าชมรม มันมีอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นคือแพทย์ต้องเห็นก่อนว่ามันคืออะไร"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>แพทย์ทั่วไป</u> แพทย์ท่านนี้มองว่ากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพไม่สามารถเกิดขึ้นในโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลเน้นในเรื่องของการรักษาเป็นส่วนใหญ่ *"แต่ทุกวันนี้ถ้าเป็นในโรงพยาบาล ก็เน้นรักษาส่วนใหญ่ ถ้าในองค์รวมมันรูปธรรม ถ้าพูดถึงองค์รวมในโรงพยาบาลมันแทบไม่เกิด แต่ถ้าในชุมชนมันเป็นไปได้ แต่ในชุมชนเราใช้เวลานะ เช่น เราไปเยี่ยมครอบครัวหนึ่งเราไปพูดคุยกับเขาได้ทุกเรื่อง ในเรื่องร่างกาย ด้านจิตใจ ดูว่ามีปัญหาอะไร เราต้องให้ความหวังเขาให้กำลังใจเขา สิ่งแวดล้อมมียุงลายเยอะ มีหนูเพ่นพ่านมีน้ำเสียๆ ที่มันระบายไม่หมดที่อยู่รอบๆ บ้าน การเน้นเราก็แนะนำให้ทำความสะอาดหน่อย หาอะไรมาปิด ซึ่งเวลา Approach (เข้าถึง) นี่มันไม่ใช่เรื่องง่าย"* ถ้าจะให้เกิดต้องทำในชุมชนแต่ว่าคงต้องใช้เวลานาน

นอกจากนั้นการสร้างเสริมสุขภาพนั้นจะต้องเป็นการดำเนินงานจากหลายฝ่ายและแพทย์เองเป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น *"ปัจจัยที่จะทำให้มีสุขภาพดี มันจะต้องมีอะไร มาทำให้มาสร้างให้มีสุขภาพดี ถามว่าแพทย์มีส่วนทั้งหมดไหม ไม่ใช่ แพทย์ก็เป็นแค่Sector (ส่วนหนึ่ง) ที่จะมามีส่วนให้เขามีสุขภาพดี"*

<u>อายุรแพทย์</u> ถึงแม้ว่าจะมีศูนย์สร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล ที่อาจถือได้ว่าเป็นการดูแลคนไข้แบบองค์รวม ซึ่งมองว่าการดูแลแบบองค์รวมนั้นเป็นสิ่งที่ดี *"การให้การดูแลแบบองค์รวมก็ดีคือมันจะสามารถทำให้เขาทุกๆ อย่างปรับคือไม่ใช่เฉพาะกินยา แต่มันจะปรับกิจวัตรประจำวันการเป็นอยู่รวมถึงจนกระทั่งเขาก็จะนำไปใช้กับครอบครัว คนใกล้ชิดของเขามากขึ้น"* แต่ผู้รับบริการ

เป็นเพียงประชากรกลุ่มหนึ่งเท่านั้น *"คือคนที่เข้ามาเข้าคอร์ส ก็เป็นคนที่สนใจอายุต่างๆ กัน ส่วนมากจะเป็นข้าราชการด้วยซ้ำไป มีข้าราชการทั้งเกษียณและไม่เกษียณเขาก็มาเข้าคอร์ส"*

<u>ศัลยแพทย์</u> ถึงแม้ว่าแพทย์หลายท่านมองว่าการเปิดศูนย์สร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นกระบวนการ แพทย์ท่านนี้กลับมองในแง่มุมที่แตกต่างไปเพราะมองว่าการเปิดศูนย์สร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่คุ้มค่า เนื่องจากผู้รับบริการคือกลุ่มประชากรที่มีความรู้สามารถพัฒนาตนเองได้อยู่แล้ว *"ที่นี้กลุ่มเป้าหมายที่เวลาเขาเลือกมา เขาจะเลือกคนที่พอมีฐานะในการที่เบิกได้ใช่ไหมฮะ คือจุดประสงค์คือต้องเงินเอาเข้ามา เพราะฉะนั้นก็ต้องเลือกกลุ่มพวกนี้ที่จ่ายเงินได้หรือเบิกได้ ซึ่งกลุ่มพวกนี้ถ้าเรามามองจริงๆ นะคนพวกนี้ เขาก็มีความรู้พอสมควรในเรื่องประเด็นเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เขาก็อ่านหนังสือได้ เขารู้จัก รู้จักเขาก็มาเข้าคอร์สตรงนี้ ผมว่าวิธีการโดยที่สถานบริการระดับ Tertiary Treatment (การรักษาในระดับตติยภูมิ) ทำอย่างนี้ มันไม่ค่อยคุ้มค่า"* และมองว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้นจะต้องไปดำเนินการในชุมชน มิใช่ตั้งรับในโรงพยาบาล *"การสร้างเสริมสุขภาพผมมองว่ามันไม่ควรจะเป็นการตั้งรับในโรงพยาบาล มันควรจะไปสู่ชุมชน ควรจะให้คนพวกนี้เข้าไปทำกิจกรรมในชุมชน สอนเขาสอนในกลุ่มใหญ่ เหมือนกับที่ในโรงพยาบาลชุมชนที่ทำหรือว่าเทศบาลทำ เขาจะคล้ายสายบริการระดับ 3 คือ ถ้าจะทำก็น่าจะทำแบบนั้นด้วย ไม่ใช่ว่ามาตั้งรับแบบนี้นะครับ"*

<u>รังสีแพทย์</u> การเกิดศูนย์สร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล แพทย์ท่านนี้มองว่าเป็นการตอบสนองการสร้างเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์ *"ฉะนั้นองค์กรที่เกิดขึ้นใหม่เป็นองค์กรที่ตอบสนองการสร้างเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์แบบ เพียงแต่ยังตอบสนองต่อกลุ่มบุคคลที่ยังเล็กอยู่"* แม้ว่าจะสามารถตอบสนองประชากรเพียงกลุ่มเล็กๆ แต่ก็คาดหวังว่าจะเป็นแรงกระเพื่อมต่อไป *"กิจกรรมนำเสนอตรงประเด็นแต่ถามว่าตอบสนองต่อประชากรที่เป็นล้านในจังหวัดแถบนี้ได้อย่างไร ยังไม่มากพอ แต่มีแรงกระเพื่อมขึ้นที่เราเห็นได้อย่างชัดเจน ครั้งแรกเราไม่ได้สื่อสารโครงการเลยให้มันลอยอยู่ในอากาศ แต่เราใช้วิธีการสื่อสารยกออกมาเลยเป็น Package (ชุดของโครงการ) ประชาสัมพันธ์ตามโรงเรียน ตามชุมชน ตามองค์กรอื่นๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย ชมรมต่างๆ แล้วเชิญเขามาร่วมกิจกรรม ซึ่งคนที่เข้ามาส่วนใหญ่ก็จะเป็นหัวหน้า ถ้าเขาเห็นประโยชน์จากตรงนี้เขาก็จะให้คนอื่นๆมา"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>สนทนากลุ่มพยาบาล</u> ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพเป็นการสร้างสุขภาพที่ชัดเจนในโรงพยาบาล *"ของหอผู้ป่วยสร้างเสริมก็คือมีเป้าหมายกิจกรรมที่ค่อนข้างชัดนะคะ ก็จะมีเรื่องของการพัฒนาจิตใจด้วย ที่เห็นเป็นรูปธรรมก็คือการสวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิ ก่อนนอน"* ส่วนการดำเนินงานในหน่วยปฐมภูมินั้นพยาบาลมองว่าไม่ได้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจาก PCU ยัง

ทำหน้าที่เป็น Extended OPD* *"แต่ว่าก็ไม่ได้เป็นการสร้างเสริมแต่ทราบว่าเป็นแค่ Extended OPD เฉยๆ ไม่ได้ไปมีกิจกรรมอะไร"*

โรงพยาบาลทั่วไป(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้บริหาร มองว่า การสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเริ่มต้นที่ตัวของแพทย์เองก่อน เนื่องจากแพทย์เป็นบุคลากรที่ได้รับความเชื่อถือสูงจากประชาชนโดยทั่วไป

แพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง มองว่า กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่เกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากงานหลักของโรงพยาบาลคือการรักษา

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไป กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพโดยโรงพยาบาลยังไม่เกิดขึ้น จะมีเฉพาะการให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษา

สูติแพทย์ กระบวนการสร้างเสริมของโรงพยาบาล ยังไม่สามารถเกิดได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ เนื่องจากโรงพยาบาลยังคงเน้นในเรื่องของการรักษาเป็นหลัก แต่ถ้าหากจะเกิดขึ้นอย่างเป็นองค์รวมได้ก็จะเป็นสิ่งที่ดี *"คือเกิดขึ้นมันคงเกิดขึ้นได้ แต่มันก็คงไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์นะค่ะ ไม่มีทางร้อยเปอร์เซ็นต์ ในใจตัวเองคิดว่าไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์แต่อาจจะใกล้เคียง แต่ว่าจะให้เหมือนที่เขาคุยๆ กันเลยคือตัวเองก็ไม่รู้ละเอียดมาก แต่รู้ว่ามี องค์รวมอะไรเนี่ยนะคะ แต่ว่ามันคงไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ถ้าเกิดขึ้นได้เนี่ยดีค่ะดีอยู่แล้ว"*

แพทย์ศัลยกรรมกระดูก ในปัจจุบันงานในโรงพยาบาลเป็นการตั้งรับประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ และเป็นงานป้องกันประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ *"ตอนนี้ตั้งรับ เราจะรักษาซัก 80% ที่ทำอยู่ทุกวันนี้ ออกไปเชิงป้องกัน ออกไปทำงานบริหารเนี้ย ออกไปร่วมกับหน่วยงานอื่นหรือว่าเจ้าหน้าที่ส่วนอื่นซัก 20% ตอนนี้นะครับ แต่ผมว่าในอนาคตนั้นแหละ จะซักครึ่งๆ ที่นี่ คือถ้าทุ่มเวลาไปกับเรื่องป้องกันสักครึ่งหนึ่งแล้วคนไข้มันลดลงนะครับ ปัญหาลดลงสักครึ่งนึ่ง เราก็น่าจะลดงานบริหารได้ ถ้าคนไข้น้อยเราก็ออกไปทำป้องกันได้นี่คือเป้าหมาย เป้าหมายอยากจะแบ่งเวลาครึ่งหนึ่งเลย แต่ปัจจุบันยังทำไม่ได้ ติดข้อจำกัดเรื่องกำลังคน"* ส่วนการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมนั้นเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีแต่ทำได้ยาก

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

การสนทนากลุ่มพยาบาล PCU เป็นหน่วยงานที่เกิดขึ้นเพื่อรองรับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการสร้างเสริมสุขภาพ *"เริ่มที่ PCU (หน่วยปฐมภูมิ) ก่อนเริ่มทำ*

---

* Extended OPD หมายถึง การขยายการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลออกไปในหน่วยปฐมภูมิ

โครงการต่างๆ เพื่อรองรับเรื่องการสร้างสุขภาพ เช่น โครงการพยาบาลอาสาเพื่อดูแลชุมชน จะมีโครงการนำร่องโดยจะใช้พยาบาลที่อยู่ตรงชุมชนต่างๆ ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลชุมชนที่ตนอยู่กำลังดำเนินการอยู่ จะมีโครงการตามมาให้พยาบาลในชุมชน กระตุ้นให้คนในชุมชนสร้างเสริมสุขภาพโดยวิธีการที่กล่าวมาแล้ว ออกกำลังกายหรือให้ความรู้การดำรงชีวิต อาหาร เครื่องดื่ม การดูแลตนเองก่อนพบแพทย์" แต่ปัจจุบันงานสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ได้เกิดขึ้น เนื่องจาก PCU ยังคงทำหน้าที่ได้เพียงแค่ Extended OPD เท่านั้น แต่หากต้องการให้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเกิดขึ้นจะต้องเป็นความร่วมมือของทุกฝ่าย *"บทบาทควรจะอยู่ที่คนทุกหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพ แล้วขยายไปยังหน่วยงานที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ควรจะเริ่มต้นที่ทุกคน"* โดยเริ่มจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนเพื่อกระตุ้นประชาชนโดยทั่วไป *"น่าจะอยู่ที่เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขก่อนเพราะประชาชนตอนนี้อาจจะยังไม่รู้ ว่าตนเองจะทำยังไง ถ้าเราไปกระตุ้นในส่วนเรื่องความรู้ การปฏิบัติตัวให้กับเขา"*

โรงพยาบาลชุมชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหาร</u> มองว่า ในโรงพยาบาลชุมชนยังคงเน้นในการรักษาเป็นหลัก แต่ก็มีความพยายามในการมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น อาหารและการออกกำลังกาย เป็นต้น แต่ก็ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องของกระบวนการ แม้แต่ PCU เองก็ยังคงทำหน้าที่เป็น Extended OPD ไม่ได้ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเท่าที่ควร

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>แพทย์ทั่วไป</u> กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจริงยังไม่เกิด มีเพียงแต่การให้คำแนะนำการให้สุขศึกษา *"จริงๆ แทบจะไม่มีเวลาพูดเลยนะครับ แต่โรงพยาบาลเราเขาจะให้สาธารณสุขอบรม ส่วนหน่วยสร้างเสริมสุขภาพ ตอนเช้าที่คนไข้มานั่งรอบัตร OPD (แผนกผู้ป่วยนอก) เขาจะให้ความรู้ตรงนั้นไป พอมีเวลา 10-15 นาที ตอนเช้า"* และ PCU เองแพทย์ก็ไม่สามารถออกได้เนื่องจากแพทย์ยังไม่เพียงพอ *"ถ้ามีพอจริงๆ เขาจะมี PCU (หน่วยปฐมภูมิ) เขาจะตั้งขึ้น หวังว่าจะให้แพทย์วนออกไปที่นั่นด้วย แต่เนื่องจากตรงนี้มันขาดแพทย์อยู่แล้ว ทำให้ไม่สามารถไปได้"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> การทำงานของโรงพยาบาลยังคงเป็นการตั้งรับ และไม่มีความต่อเนื่องในการสร้างเสริมสุขภาพ *"มันมองไม่ออก ไม่ต่อเนื่องกัน มันเป็นจุดๆ เป็นช่วงๆ เพราะว่าถ้ากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจริงๆ แล้วคนไข้มาอยู่กับเราแค่วันหนึ่งหรือ 2 วัน เราก็จะดูไม่ได้นะคะว่ามันมีอย่างไรบ้าง แต่ถ้าเป็นกับเจ้าหน้าที่ที่อยู่ด้วยกันอาจจะดูได้ว่ามันจะมีกระบวนสร้างเสริมสุขภาพ ถ้าเป็นพยาบาลๆ ค่อนข้างจะมากแนะนำอะไรค่อนข้างจะเยอะ แต่ถ้าจะพูดอะไร*

หนักๆ ก็ไม่มี ถ้าพูดก็คือพูดเรื่องโรคตรงๆ ไปเลย ว่าโรคแบบนี้ ก็อะไรอย่างนี้ ถ้าสมมติเขาแนะนำๆ วิธีปฏิบัติตัว แนะนำวิธีป้องกันตัวเอง" และในปัจจุบันยังมีแค่การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษา แม้ว่าจะมี PCU ซึ่งเป็นเป้าหมายในการทำงานเชิงรุก แต่ในความเป็นจริง PCU ยังคงเป็นการตั้งรับ *"เราเพิ่งเริ่มนโยบายของการประกันสุขภาพ เริ่มมา 1 ปีแล้ว นโยบายจริงๆ คือสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าซ่อม ทุกวันนี้ที่เราทำคือรับอย่างเดียว PCU (หน่วยปฐมภูมิ) ก็รับอย่างเดียวไม่มีการออกข้างนอก เราเพิ่งเปิดเดือนเมษายน เปิดมาได้ 3-4 เดือน สร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชน ยังไม่มีการให้ความรู้ ยังไม่มีการ Promote (สร้างเสริม) ส่วนมากเป็นตั้งรับ เมื่อก่อนนี้ยังแค่ติดตาม นี่เริ่มทำคือแรกๆ ที่เราเปิด PCU เราก็จะเป็นซ่อมมากกว่า ก็จะเหมือนกับOPD(แผนกผู้ป่วยนอก)กับER (แผนกฉุกเฉิน)"*

โรงพยาบาลเอกชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหาร</u> มองว่า งานสร้างเสริมสุขภาพมิใช่เป้าหมายหลักของภาคเอกชน เพราะเอกชนเน้นในเรื่องของการบริการ การรักษา *"แต่ว่าเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ ถ้าเราจะมองว่ามันมีอยู่บ้างหรือไม่ก็คงจะมีอยู่ เราไม่มีงบลงทุนด้านนี้ จริงๆ การสร้างเสริมสุขภาพประชาชน อาจจะถือว่าไม่ได้เป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลเอกชน เพราะว่ามันน่าจะเป็นเรื่องของทางด้านรัฐบาล ภาครัฐที่ต้องให้ความสนใจในด้านนี้ และก็ทุ่มเทมากกว่า ภาคเอกชนส่วนใหญ่ก็จะเน้นในเรื่องของการให้การบริการ การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันก็มี แต่เราไม่ได้รุก ก็มีในลักษณะที่ทำอยู่"* งานสร้างเสริมกำลังจะเริ่มต้นหลังจากที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำลังเตรียมเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการในหน่วยปฐมภูมิหรือ PCU

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>อายุรแพทย์</u> งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน เพราะกำลังเริ่มต้น *"ตอนนี้กำลังมะรุมมะตุ้มหลายเรื่อง แต่ยังไม่ออกมาชัดเจน"*

<u>วิสัญญีแพทย์</u> การสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลยังไม่เกิด ในปัจจุบันมีเพียงการให้ความรู้ ให้สุขศึกษามากกว่า

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> ปัจจุบันกำลังเริ่มดำเนินงานหน่วยปฐมภูมิ (PCU) งานสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นเพียงการเริ่มต้น ในปัจจุบันจึงมีเพียงแค่การให้สุขศึกษา การให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆเท่านั้น

สรุป กระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลยังคงไม่ชัดเจนและไม่มีความต่อเนื่อง งานที่เกิดภายในโรงพยาบาลเป็นไปในลักษณะของการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ

โดยการป้องกันการเจ็บป่วย การติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การให้วัคซีนในการป้องกันเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของฝ่ายเวชกรรมสังคมในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนของโรงพยาบาลชุมชนนั้นขึ้นอยู่กับฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลขณะเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้โดยกระบวนการให้สุขศึกษาเป็นรายกลุ่มหรือให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล ส่วนการมีส่วนร่วมของแพทย์ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพยังคงมีน้อย ทั้งนี้เนื่องด้วยปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาระงาน ความสนใจส่วนบุคคล รวมถึงระบบโครงสร้างหรือนโยบายในระดับต่างๆ

หน่วยปฐมภูมิคือความคาดหวังของการสร้างเสริมสุขภาพที่จะนำลงสู่ชุมชน ในความเป็นจริงการทำหน้าที่ของหน่วยนี้กลับเป็นได้เพียงแค่ Extended OPD เท่านั้น

(3) ผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ซึ่งได้แยกออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผลตอบแทนในการสร้างเสริมสุขภาพและส่วนที่ 2 มาตรการจูงใจที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ก. ค่าตอบแทนในการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

จากการศึกษาในพื้นที่ตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มาตรการและแรงจูงใจที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีด้วยกันหลายประการด้วยกัน ซึ่งอาจจำแนกได้เป็น 2 ปัจจัยหลักด้วยกัน คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความตระหนักหรือสำนึกในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้ของแพทย์แต่ละคน ในขณะที่ปัจจัยภายนอกประกอบด้วยโครงสร้างและระบบ

โรงพยาบาลศูนย์(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล</u> ปัจจุบันค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่มี ถ้ามีก็เป็นไปตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาล *"ตอนนี้ใช้ระเบียบเดิมอยู่ก็ออกตามระเบียบเงินบำรุงที่มีอยู่ ทำนอกเวลาต่างๆ ได้ แต่ตอนนี้ที่เขาออกไม่ได้จ่ายค่าตอบแทน ถึงได้ผลักเงิน 11.4 ล้านบาทมากองไว้"* ดังนั้นจึงมีการผลักดันเงินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าออกมา เพื่อที่ส่วนหนึ่งจะได้ให้เป็นค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

<u>แพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง</u> ค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพปัจจุบันยังไม่มี แต่ถ้ามีควรจะให้ตามศักยภาพในการทำงาน เพราะถ้าการให้ค่าตอบแทนตามกรอบนั้นแพทย์ท่านนี้มองว่าไม่มีประโยชน์ เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่ที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพทำ

ด้วยใจมากกว่าจะคิดถึงเรื่องค่าตอบแทน *"ผมคิดว่าในการให้ค่าตอบแทนนั้น น่าจะตอบแทนตามศักยภาพ คือไม่ใช่ว่าเอาตำแหน่งหรือโครงสร้างมาให้ใช่ไหมฮะ หมายความว่าถ้าเขามีโครงการที่อยากจะทำขึ้นมา น่าจะมีงบประมาณที่สนับสนุนให้เขาทำได้ ทำงานในสิ่งที่เขาอยากจะทำ เหมือนกับหมอสูติคนหนึ่งสนใจเรื่องสตรีวัยทอง มันน่าจะมีการอบรมให้กลุ่มนี้นะ เช่น หลักสูตร 2 วันให้เขาใช่ไหมครับ ออกกำลังกายก็ว่ากันไปนี้นะ ก็น่าจะสร้างเสริมศักยภาพของเขาด้วยการหาแหล่งที่เอื้องบประมาณที่จะเสริมให้เขาทำงานที่อยากทำได้ ผมคิดว่าความหวังน่าจะไปตามศักยภาพตามภารกิจตามงานที่เขาจะทำ ไม่น่าจะเป็นเงินตอบแทนตามกรอบว่า เออ! ถ้าคุณมากินตำแหน่งนี้ให้เท่านี้ มันก็ไม่ประสบผลสำเร็จอีกนั่นแหละ"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>แพทย์ทั่วไป</u> ปัจจุบันค่าตอบแทนด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับแพทย์ยังไม่มี *"ไม่มี เพราะถือว่าเป็นแพทย์คนหนึ่งของโรงพยาบาล ก็สิทธิอะไรก็เหมือนแพทย์สาขาอื่นๆ"* แต่ถ้าจะต้องมีมันก็ต้องมากพอเหมือนกับแพทย์สาขาอื่นๆ *"รายได้ก็ต้องพอที่จะเลี้ยงตัวเอง เลี้ยงลูก เลี้ยงเมีย ลูกผมก็อยากจะเข้าโรงเรียนดีๆ ดังๆ เหมือนกัน ไม่ใช่ว่าลูกผมเป็นลูก Family Medicine (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)เรียนโรงเรียนชั้น 2 ชั้น 3 ไปเถอะ ส่วนหมอลูกหมอรวยๆ ก็ไปเรียนเตรียมอุดม เรียนสวนกุหลาบ อย่างนี้ เพราะฉะนั้นมันต้องมองให้รอบด้าน"*

<u>อายุรแพทย์</u> ค่าตอบแทนไม่ได้เป็นสิ่งที่แพทย์ส่วนใหญ่ต้องการจากการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ *"เท่าที่มองตัวหมอเองกับหมอในแผนกที่ประชุมกัน ใครจะทำนี่มันมีค่านี่(ค่าตอบแทน)นะ ต่างคนก็บอกไม่เอา คือเทียบกับบางคนอาจจะจัดเวลาได้บ้างว่าปลีกไปช่วงที่ว่างๆ อาจจะออกไปบ้างแต่มันก็เหนื่อยมากที่จะไปทำยังงี้ แต่ละคนก็เฉยไม่ต้องการในจุดนี้เลย"* และปัจจุบันการทำงานด้านการสร้างเสริมก็เป็นหน้าที่หนึ่งในงานเท่านั้นไม่มีค่าตอบแทน *"คือพวกหมอนี่จะออก PCU กับโรงพยาบาลที่นั่น โดยที่ว่าO.k เราก็ไม่ได้ค่าตอบแทนอะไร มันเป็นงานในหน้าที่ที่เรายอมรับ"* เพราะค่าตอบแทนเองบางครั้งไม่ใช่สิ่งที่จะตอบสนองความต้องการของแพทย์เนื่องจากมีปัจจัยอย่างอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง *"ถ้าจะให้ค่าตอบแทนสูงขึ้นมันก็ไม่พอที่จะไม่ให้หมอไปตรวจคลินิก เพราะว่าการเปิดคลินิกมันก็ไม่ใช่ว่าจะได้เงินอย่างเดียว มันก็เป็นความสุขอย่างหนึ่งเหมือนกัน ไปตรวจคนไข้ที่คลินิก มันก็ได้คุยกับเขาอะไรอย่างนี้ บางทีก็เป็นคนไข้ที่เป็นญาติพี่น้องเราที่เขาไปหาเราที่โรงพยาบาลไม่ได้ก็มาหาที่คลินิก ก็เหมือนได้พูดคุยกันพบปะอะไรยังงี้มันก็เหมือนสังคมหนึ่ง"*

<u>รังสีแพทย์</u> ไม่ทราบว่าค่าตอบแทนควรจะเป็นอย่างไร เพราะว่าตนทำงานเป็นลักษณะของการอาสา *"เพราะว่าเริ่มต้นเป็นงานอาสา ด้วยความที่ว่าเราไม่เคยตั้งโจทย์เอาไว้ก่อนว่าจะมีค่าตอบแทนเท่าไร มันตอบไม่ได้"* เพราะตนเองคิดว่างานที่ทำอยู่เป็นสิ่งที่มีคุณค่าหรือไม่ *"เพราะตัวเองไม่ได้คิดอย่างนั้น คิดว่าภาระไม่หนักหนาจนเอาแรงเราไปหมด ก็อยากจะทำบางอย่างให้งาน*

มีคุณค่ามากขึ้น ได้หรือไม่ได้ค่าตอบแทนตรงนั้นไม่ใช่เป็นประเด็น เป็นการตระหนักว่าสิ่งที่ทำมีคุณค่าหรือเปล่า ถ้าทำให้เห็นเป็นรูปธรรมในวงกว้างว่าถ้าทำอย่างนี้แล้วประชาชนดีขึ้น ภาพพจน์ของโรงพยาบาลดีขึ้นหรือความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ไม่ป่วย ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการดีขึ้น ก็คงมีคนอยากที่จะทำตรงนั้นเยอะ"

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

การสนทนากลุ่มพยาบาล ปัจจุบันไม่มีค่าตอบแทนเนื่องจากถือว่าเป็นงานประจำ *"ไม่มีคะจะปรับให้เป็นงานประจำ"* ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาจะมีความพยายามให้ค่าตอบแทนแพทย์ที่ออกหน่วยปฐมภูมิ (PCU) *"ตอนนี้เนี่ยระบบของPCUที่บริหารโดยCUPนี้ก็พยายามให้ค่าตอบแทน ให้เป็นอีกเท่าตัว จริงๆแล้วต้องการจูงใจให้แพทย์ออก ไม่ใช่จูงใจให้บุคลากรระดับหนึ่งออก ที่ออกPCUตอนนี้ก็เท่าที่ทราบก็มีค่าตอบแทนให้"* เพื่อที่จะจูงใจให้แพทย์ออกมาทำงานในหน่วยนี้ แต่ก็ยังมีแพทย์ออกมาไม่มาก

โรงพยาบาลทั่วไป(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล มองว่า ระบบผลตอบแทนที่จะให้กับแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องไม่แตกต่างจากแพทย์สาขาอื่นๆ ทั้งที่จริงแล้วคิดว่าแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวควรจะมีรายได้ที่สูง

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไป ควรจะให้ค่าตอบแทนที่เป็นอย่างอื่นที่มิใช่ตัวเงิน เช่น เกียรติบัตรหรือรางวัลอื่นๆ เช่น ทุนดูงาน พักผ่อน *"ให้เป็นเกียรติบัตรหรือรางวัลอย่างอื่น เช่น ให้ทุนไปดูงานหรือให้ทุนไปพักผ่อน ให้โอกาสหรืออะไรอย่างนี้ น่าจะดีกว่าเป็นการให้เงิน"*

สูติแพทย์ ค่าตอบแทนในปัจจุบันยังไม่มี เพราะถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ *"ไม่มีค่ะ เพราะว่าเราทำในเวลาราชการ เบี้ยเลี้ยงเราก็ไม่มี เราก็หากินเอง แต่ว่าเราอยากไปเฉย ๆ ไปก็ไปขอขนมเขากิน ไม่มีคะไม่มีค่าตอบแทนว่าออกไปนี้นะได้ค่าโน้นค่านี้เป็น O.T (ค่าล่วงเวลา) ไม่มีค่ะเราก็ออกไปของเรา อย่างเช่น เวลาลงField(ภาคสนาม)ลงพื้นที่ตัวเองไปก็ไม่มีก็เอาไว้ตามเรื่องตามราว ก็คือ อยากไป มันเป็นแผน เป็นงานที่เราอยากทำ อย่างงานแม่และเด็กตรงสาขาตัวเองอยากทำก็ออกไป ไม่มี(ค่าตอบแทน)หรอกค่ะ"* ในมุมมองของแพทย์ท่านนี้มองว่าค่าตอบแทนไม่ได้มีความสำคัญสำหรับตนเองถ้าได้ทำในสิ่งที่ตนเองถนัดและอยากทำ *"เงินไม่อยากได้หรอกค่ะ คือเราก็ไม่ได้ O.k พอช่วยได้ก็ช่วย ก็ไม่ได้ว่าแร้นแค้นหรือว่ายากจนมากคือ เพียงแต่ว่าเวลาออกไปบางทียังไม่ทันถึงไหนเลยก็โดนตามซะแล้ว อ้าวก็ต้องเข้ามาอะไรอย่างเนี้ยนะค่ะ ถ้าได้ออกไปอย่างสบาย*

ใจไม่ต้องโดนตามนี้ชอบอยู่ค่ะ ไม่ต้องให้หรอกค่ะค่าตอบแทนไม่อยากได้ คือถ้าคิดว่าเป็นงานตัวเองทำถนัดแล้วก็ทำได้ดี เราก็อยากทำ ไม่ต้องให้ค่าตอบแทนเลยค่ะ เราก็ไปทำให้อยู่ก็ไป"

<u>แพทย์ศัลยกรรมกระดูก</u> ขณะนี้ค่าตอบแทนแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่มี แพทย์ท่านนี้มองว่าการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับใจ ค่าตอบแทนที่เป็นเงินก็คงไม่ต้องมาก เพราะแพทย์ที่ทำส่วนใหญ่ไม่ได้หวังค่าตอบแทนที่เป็นเงิน *"ถ้าเป็นตัวเงินเนี้ยไม่มีแต่ว่าทางวัตถุสิ่งของ พาหนะหรืออะไรพวกนี้ ก็คิดว่าไม่มีปัญหาหรอก เช่น อยากจะเขียนโครงการออกไปทำอะไรซักอย่าง ทางนี้เขาก็ให้หมอ ไม่ค่อยตั้งเงื่อนไข ไม่มีอุปสรรคในแง่เรื่องระบบราชการหรือจากผู้บริหารนะครับ แต่ค่าตอบแทนทั้งเป็นตัวเงินหรือว่าอะไรที่เป็นวัตถุชัดเจนไม่มีอาจจะมีในอนาคต เช่น แบบคนไข้มันไม่ป่วยด้วยโรคที่ไม่จำเป็น อัตราคนไข้ลดลงมา เหลือเงินอาจจะมาทำอะไรให้อะไรอย่างเนี้ย หรือไม่ก็เป็นความพอใจตรงที่งานรักษาของเราน้อยลง เนื่องจากว่าเราป้องกันได้ผลขึ้น เราคงต้องมองในเรื่องของอนาคต"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> ควรมีค่าตอบแทนให้กับแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ *"จากการหยั่งเสียงมา แพทย์ไม่ออกPCU เพราะคิดว่าตนเองมีคุณค่ามากกว่าออกไปเดินเสียเวลาในชุมชน เขาอาจจะเอาเวลา 1 ชั่วโมงที่เดินในชุมชน ไปผ่าตัดช่วยชีวิตคนที่วิกฤติได้ คิดว่าแพทย์ในโรงพยาบาลเขาไม่ได้เข้าใจการออกชุมชนเพื่อให้ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจคนไข้ในPCUหรือมีงานสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มไปให้เขา ไม่ได้ทำให้เขามีรายได้เพิ่มขึ้น อันนี้ต้องยอมรับว่าธรรมชาติของแพทย์ก็เหมือนมนุษย์ทุกคน ถ้ามีช่องทางได้เงินก็เอา เผอิญว่าช่องทางของเขาเยอะมากกว่าเรา ต้องยอมรับ พอดีว่างานสร้างเสริมสุขภาพยังไม่มีให้เขา ถ้าบอกว่าหมอสร้างเสริมสุขภาพให้ค่าตอบแทนเท่านั้นเท่านี้ ก็ว่าไปอีกอย่าง"*

โรงพยาบาลชุมชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล</u> ค่าตอบแทนในปัจจุบันในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีเพียงค่าเบี้ยเลี้ยงในการลงชุมชนเท่านั้น แต่ปัจจุบันยังไม่มีแพทย์ลงชุมชนเนื่องจากจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอ *"อย่างค่าตอบแทน อย่างให้แพทย์ลงชุมชนไปเยี่ยมบ้านสร้างเสริมสุขภาพ ปกติเราก็มีค่าเบี้ยเลี้ยงให้อยู่ ในส่วนที่เป็นพยาบาลบางกลุ่ม ในส่วนสร้างเสริมสุขภาพเขาก็จะมีรายได้ทางด้านนี้อยู่ แต่แพทย์นี้เรายังไม่ได้ลงจริงๆ จังๆ แต่เรามีแนวทางที่จะจัดสรรให้อยู่ งบประมาณที่ว่าโครงการ 60 บาท ในการลงเยี่ยมชุมชน เรามีอัตราตอบแทนให้อยู่ แต่อย่างที่ว่ามันไม่มีเวลาลงไปจริงๆ"* แต่ในอนาคตหากมีการพัฒนา PCU ที่ดีให้ค่าตอบแทนมากขึ้นจะสามารถทำให้มีแพทย์ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวมากขึ้น *"แต่ในอนาคตไม่แน่ถ้าเราพัฒนา PCU(หน่วยปฐมภูมิ) ดีๆ เขาอาจจะ*

สนใจมากขึ้น อาจอาศัยค่าตอบแทนมาเป็นแรงจูงใจมากขึ้นหน่อย คิดว่าน่าจะเพิ่มสมาชิกในกลุ่มนี้มากขึ้น"

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>แพทย์ทั่วไป</u> ค่าตอบแทนสำหรับงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้นไม่น่าจะมีถ้าหากว่าเป็นงานประจำ แต่ถ้าหากทำนอกเวลาก็ควรจะมีค่าตอบแทน *"มันนอกเหนือจากงานที่ประจำไหม อย่างเช่นถ้าต้องใช้เวลาส่วนอื่นๆ ไปทำก็คงต้องมีค่าตอบแทน แต่ว่าอย่างไม่ต้องตรวจแล้วออกไปทำงานนั้น อันนี้ไม่จำเป็นเพราะว่าเราถือว่า เราทำงานในอีกรูปแบบลักษณะหนึ่ง"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> ปัจจุบันยังไม่มีค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพราะถือว่าเป็นงานในหน้าที่ แต่ปัจจุบันแพทย์ก็ไม่ได้ทำตรงจุดนี้ *"สร้างเสริมจะยังไม่มีค่าตอบแทนให้ เพราะว่าเราก็ยังไม่ได้ทำนอกเวลา"* และถ้ามีก็น้อย *"มีอยู่น้อยไม่คุ้ม แต่ใช้ได้กับแพทย์ใช่ไหม แพทย์เขาไม่สนใจ"* ไม่คุ้มค่า เพราะแพทย์สามารถจะหารายได้จากทางอื่นได้ เช่น การเปิดคลินิกส่วนตัว เป็นต้น *"ถ้าสมมติว่าเขาไปทำ PCU ได้เงินครบ 60,000 หรือ 100,000 นะ ที่เขาประกาศกันนะ เขาก็ยังไม่สนใจไป คือเขาบอกว่าเขาทำตรงนั้น เขาก็ยังมีเงิน เขาทำคลินิกก็ได้เงิน ไปอยู่ชายแดนเขาก็ได้เงิน มากกว่าคนอื่น เขาเปิดผ่าตัวตอนกลางคืนเขาก็ได้เงิน เขาอยู่เวร เขาก็ได้เงินทั้งนั้น เขาจึงเลือกว่าอยู่ตรงไหนแล้วสบาย แล้วได้เงิน ในภาวะที่ได้เงินเท่ากันจะเลือกที่สบาย"*

โรงพยาบาลเอกชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง</u> ค่าตอบแทนที่ให้กับแพทย์ยังน้อย *"บ้านเรานี่ ค่าตอบแทนที่ให้กับแพทย์มันน้อย ถามว่าทำไมให้น้อย บางทีก็ได้รับเสียงสะท้อนออกมาว่า หมอก็ทำมาหากินได้ สามารถที่จะใช้เวลาไปทำมาหากินได้"* แต่ถ้าหากมีการปรับค่าตอบแทนและสามารถมีค่าตอบแทนที่น่าสนใจมีความเหมาะสม อาจจะมีแพทย์ให้ความสนใจในงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น *"เพราะถ้าหากว่าเรามามองมุมใหม่แล้ว ปรับค่าตอบแทนแพทย์ใหม่อะไรต่างๆ มันอาจจะทำให้ดีขึ้นหรือเปล่า หรือว่าอาจจะปรับในส่วนของด้าน Health Promotion(การสร้างเสริมสุขภาพ) ด้านPrevention (การป้องกันโรค)ปรับให้เขามีค่าตอบแทนที่สูงขึ้น เพื่อดึงให้บุคลากรทางด้านการแพทย์ ตั้งแต่ต้นที่เริ่มแตกหนอขึ้นมานี่สนใจด้านนี้เลย แทนที่เขาจะไป O.k ผมมีแนวโน้มชอบอยู่แล้ว แต่ว่ามันจะเลี้ยงลูกไม่โต ผมไม่เอา แต่ถ้าบอกว่า เออ! มันพอไหวนะเลี้ยงลูกโตแน่ รายได้ขนาดนี้ก็ถือว่าดีแล้ว พอใจ เขาอาจจะมีคนหันเหสนใจมาทางด้านนี้มากขึ้นได้"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>อายุรแพทย์</u> การให้ค่าตอบแทนในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น จะต้องให้ค่าตอบแทนที่สูงพอ *"ถ้ามันมีค่าตอบแทนที่สูงพอก็อาจจะทำให้รู้สึกสนใจมากกว่าว่าเดิม"*

<u>วิสัญญีแพทย์</u> การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นความสนใจส่วนตัวและค่าตอบแทนที่ได้ก็ไม่ได้มากมายพอที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตได้

<u>กุมารแพทย์</u> การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องมีค่าตอบแทน *"ค่าตอบแทนเป็นส่วนหนึ่ง เพราะหมอแต่ละคนมีครอบครัว"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> การให้ค่าตอบแทนแพทย์ที่ให้กับแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นเงินค่าตอบแทน *"เงิน เพราะว่าเขาไปทำคลินิก เขาได้เยอะกว่าเนอะ เพราะเงินคลินิกเขาได้เยอะ หาคนเสียสละยากตรงนั้น นอกจากแพทย์เพื่อชุมชนจริงๆ ประเภทชอบไปเปิดคลินิกไงและชอบทำงานลงชุมชนยังงี้ ประเภทแพทย์ดีเด่นชนบทอย่างงั้นก็ได้ แต่หายาก"*

สรุป ค่าตอบแทนที่แพทย์ได้รับในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในปัจจุบันยังไม่มีอย่างชัดเจน บางแห่งมีเพียงแค่เบี้ยเลี้ยงซึ่งเบิกจ่ายได้ตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินบำรุง อย่างไรก็ตามแม้แพทย์บางท่านมองว่าจะต้องมีค่าตอบแทนพิเศษให้กับแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่จำนวนที่เหมาะสมยังไม่มีการกล่าวถึง เพียงบอกแต่ว่าน่าจะมีรายได้โดยเท่าเทียมกับสาขาอื่นซึ่งอาจรวมถึงค่าพิเศษต่างๆที่แพทย์สาขาอื่นได้รับ

ในขณะที่แพทย์อีกส่วนหนึ่งมองว่าค่าตอบแทนสำหรับงานสร้างเสริมนั้นไม่มีความจำเป็น ทั้งนี้เนื่องจากเป็นงานประจำอย่างหนึ่ง นอกจากนั้นแพทย์ที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ได้หวังค่าตอบแทน เพราะที่ทำนั้นมีคุณค่าและได้ทำในสิ่งที่แตกต่าง

-

ข. มาตรการจูงใจที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลศูนย์(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลท่านหนึ่ง</u> มองว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังมีความสนใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพน้อย ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจให้กับแพทย์นั้นผู้นำจะต้องทำให้เห็นเป็นตัวอย่างเพื่อให้แพทย์หันมาสนใจหรือปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น นอกจากนั้นการเป็นผู้นำก็ต้องมีความอดทนต่อแรงกดดันต่างๆได้ดี *"นอกจากศูนย์สร้างเสริมจะน้อยแล้ว บางคนอาจไม่เห็นด้วย ก็อาจจะถามว่าทำไปทำไม อย่างที่เล่าให้ฟัง คือ Attitude (ทัศนคติ) ด้านนี้จะน้อย เชื่อว่า*

ต้องใช้เวลามาก อย่างผมๆ จะเป็นตัวอย่างการอยู่การกินต่างๆ เราทำเป็นตัวอย่างเลย ต้องออกกำลังกาย ต้องกินให้ถูกวิธี ก็อาจจะถูกเหน็บแนมระยะหนึ่ง ว่าไม่อร่อยกินไปทำไม แต่ต่อมาก็รู้เลยว่าสุขภาพดีต่างกัน เมื่อเทียบผมกับเขาอันนี้ก็จะชัดกว่า"

ดังนั้นการเริ่มต้นจากตนเองที่เป็นผู้นำเป็นหัวหน้าทีมและมีประสบการณ์ในการทำงานหนักด้านการรักษามาก่อน การทำงานด้านการสร้างเสริมจะเป็นการลดภาระด้านงานรักษาลงและจะทำให้แพทย์มีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้น เพราะทุกวันนี้ อายุขัยเฉลี่ยของแพทย์ค่อนข้างต่ำและป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้เป็นจำนวนมาก *"จากตัวเองก่อน ผมเคยเหนื่อย ทนสภาพแวดล้อมไม่ได้ หงุดหงิดง่าย แล้วน้ำหนักลด ก็มันมองเห็นเลย คือมันก็ต้องแก่นะวันหนึ่ง แต่ว่าจะต้องทำให้มันช้าลง ทำให้มีบุคลิกที่ดี แล้วเป็นหัวหน้าทีมด้วย ถ้าเราไปบอกชาวบ้านต้องออกกำลังกายนะต้องดูแล แต่เราไม่ออกเลย แล้วเราจะสื่อเขาได้ยังไง กินก็กินไม่ถูกต้องเลย อ้วน พุงพลุ้ยอยู่ เราทำไม่ได้ เพราะฉะนั้นสิ่งเหล่านี้ก็เป็นแรงกดดันให้เราเป็นสัญลักษณ์อันหนึ่งเป็นRepresent(ตัวแทน)อันหนึ่งว่าออกกำลังกายคือชีวิตของคนมันอยู่อย่างนี้ สิ่งเหล่านี้มันอยู่ในตัวเรา ไม่ใช่หาแต่เงิน หาแต่อะไรต่างๆ ไม่ได้"*

นอกจากการเป็นตัวอย่างที่ดีแล้ว การสร้างความตระหนักยังเป็นแรงจูงใจในการให้แพทย์หันมาสนใจงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ เช่น การถูกหล่อหลอมมาตั้งแต่เป็นนักเรียนแพทย์เป็นต้น แต่ที่ผ่านมาในโรงเรียนแพทย์มิได้หล่อหลอมให้คนที่จบมาเป็นแพทย์เกิดความตระหนัก *"เราไม่ถูกหล่อหลอมให้มีอย่างนี้ อาจจะมีบางอาจารย์พูดว่าเราจะต้องสร้างเสริมสุขภาพ"* ยิ่งไปกว่านั้นในโรงเรียนแพทย์หรือโดยทั่วไปยังไม่มีบุคคลตัวอย่างให้เห็น *"มันเป็นคำพูด แต่กิจกรรมในมหาวิทยาลัยไม่มีและในกระทรวงก็ไม่มี"*

<u>แพทย์ผู้บริหารท่านนี้</u> ยังกล่าวอีกว่าแรงจูงใจจะต้องสร้างขึ้น ดังนั้นจึงได้กำหนดเป็นนโยบายให้แพทย์ได้ออก PCU และมีค่าตอบแทนให้ ทั้งนี้เพื่อให้แพทย์ได้มีประสบการณ์ที่จะทำให้เกิดความตระหนักในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ *"ฉะนั้นเขาต้องเปลี่ยนบทบาทแล้วเป็นโค้ช(Coach)มากกว่า คือต้องทำอย่างนี้นะ จริงๆ เขาไม่ต้องมาเหนื่อยรับโรคที่ง่ายๆ ทีนี้เขาก็ต้องสอน เขาก็ต้องเห็นว่าโรคเหล่านี้เขาจะเกิดความรู้สึกเอง เมื่อเขาเห็นบ่อยๆ ก็เอ๊ะมันป้องกันได้นี่มันอยู่ในหมู่บ้าน คือทุกคนต้องไปเห็นไปออกก่อน เห็นความทุกข์ของชาวบ้านก่อน หลังจากที่เห็นทุกข์แล้วมันก็ต้องไปแก้ที่ปลายเหตุ แต่พอเข้าไปอยู่ในนั้น ผมได้เห็นจากความทุกข์ เหมือนกับที่มหาตะมะคานธีบอกต้องเห็นความทุกข์ก่อนแล้วเกิด เราจะช่วยเขายังไงดี ฉะนั้นโครงการนี้มันถึงออกมาลักษณะให้เป็นโค้ช(Coach)ไม่ต้องทำงาน ไปสอน แล้วเขาเห็นทุกข์เขาจะแก้ยังไง ขงจื้อบอกเลยคนมันจะดีมันจะพัฒนาได้ไม่ใช่ว่าจะต้องฟังอย่างเดียว มันไม่พัฒนา พอมาสอนเขาจะรู้เลยเขาเป็นอาจารย์แล้วนะ วิธีแก้ปัญหาเขาจะทำยังไง เขาจะเริ่มรู้สึกเลย ต้องPP.*แล้ว ต้องสร้างเสริม*

---

* *PP. (Promotion Prevention = การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค*

สุขภาพ ต้องเรียนวิธีที่ถูกต้อง เบาหวานมายังไง เขาจะเรียนรู้จากยังงี้ ฉะนั้นผมว่ามันจะพัฒนาไปเอง แต่อยู่ๆ ถ้าเราไม่มีกิจกรรมให้เขาออกไป Contact(สัมผัส) คือพื้นที่ไม่มีให้เขาทำ ทุกวันนี้เขาอยู่ตรงนี้ทั้งนั้น" ในขณะที่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ต้องการค่าตอบแทนจากตรงนี้ แต่ผู้อำนวยการเห็นว่าแรงจูงใจต้องสร้างขึ้น การเสียสละไม่สามารถเป็นแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพได้*"คือแต่ก่อนเขาไม่ขอรับค่าตอบแทนกันเลย เขายังมีแนวคิด หมอนี่มีแนวคิดอย่างหนึ่งคือไม่ยอมเสียเปรียบกัน เพราะในเมื่อทำงานเขาก็ใช้เวลาอย่างเดียวกัน เขาผ่าตัดเขาก็ใช้เวลาอย่างเดียวกัน ทำไมต้องจ่ายค่าตอบแทนให้ เราก็เลยบอกหลากหลายเลย เพราะงานตัวนี้ไม่มีคนไปทำเราจึงจ่ายค่าตอบแทน ไม่มีคนไปทำเลย แล้วคุณก็สมัครออกไปได้ เราก็จะบอกให้เปิด คุณแค่เข้าไปช่วยครึ่งวันเท่านั้นเอง ก็ได้เหมือนกัน ทุกคนต้องออกไป เราจะให้ไปครึ่งวัน"* นอกจากที่กล่าวมาทั้งหมดแล้วสิ่งที่แพทย์หรือใครก็ตามที่ได้ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพคือ ความสุข *"เขาลองทำมาแล้วเป็นความสุข ความสุขใจก็มีส่วนที่ทำให้เขาอยากทำต่อแล้วก็ไปแพร่กับคนอื่นๆ ไปเรื่อย"*

<u>แพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง</u> มองว่า แรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเกิดจากประสบการณ์ส่วนตัว *"แรงบันดาลใจลึกๆ ก็คือว่าผมแต่งงานแล้วมีคุณย่าภรรยาผม ท่านอายุ 96 ปี ซึ่งท่านเป็นชาวบ้านเป็นเจ้าของโรงสี คือดูท่าน เอ๊ะ!ท่านกินข้าวกล้อง ต้องไม่กินไขมันอะไรพวกนี้นะฮะ แล้วท่านก็มีหลักสุขภาพในการดูแลตนเอง แล้วก็มาสะท้อนใจว่า เอ๊ะ! เราเป็นคนที่รู้เรื่องสุขภาพดีที่สุด แต่หมอเราตาย 50 กว่าปีทั้งนั้นแหละ แต่นี่ชาวบ้านมาจากเมืองจีนอย่างนี้ แต่เขาก็อยู่แบบคนจนเพียงแต่ว่าเอ๊ะ! ทำไม เรารู้จริงหรือรู้ไม่จริง คือมาเจอของจริงมาเจอคนอายุมากๆ แล้วเขามีหลักในการดูแลสุขภาพที่ดี แล้วเขาก็แข็งแรงจริงๆ อย่างผมเป็นจักษุแพทย์ ผมก็จะเจอคนอายุมาก 90 ปี โรงพยาบาลไม่เคยเข้าเลยอย่างนี้ อ่านหนังสือยังไม่ต้องใช้แว่นอย่างนี้ เป็นไปได้อย่างไงเขาดูแลสุขภาพได้ดีกว่าเรา แล้วเราบอกว่าเรารู้มากกว่าเขาได้ยังไง จริงไหมครับ เพราะตัวเขาเป็นตัวพิสูจน์เลยว่า เขานะรู้ ผมต้องไปถามเขากินอะไร เขาก็บอกว่าเขาเป็นชาวบ้านนอก ชอบกินต้มปลากับใบมะขามอย่างนี้ เพราะฉะนั้นแต่ละคนเขาจะมีหลักปฏิบัติ คือด้วยความที่ว่าได้ทำงานกับคนที่สูงอายุบ่อยๆ รู้สึกว่าเอ๊ะ..ให้ความรู้ที่เราคิดว่าเรารู้จริงๆ เราอาจจะรู้แค่ด้านเดียวเรื่องสุขภาพ เรารู้ไม่ทุกด้าน พอเห็นว่าจริงๆ เรารู้ไม่ทุกด้าน ผมก็เลยสนใจไปเรียนเพิ่ม"* โรงเรียนแพทย์แม้ว่าจะไม่ได้สร้างนักศึกษาแพทย์ให้เกิดความตระหนักในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ให้ความรู้พื้นฐานเพื่อให้ผู้ที่จบออกไปแล้ว นำไปต่อยอดต่อไป *"ในส่วนที่ผมเรียนมาอย่างเช่นว่าที่ผมทำปัจจุบันนี้ไม่ได้มาจากโรงเรียนแพทย์ แต่ O.k เป็นความรู้พื้นฐานที่เรามีที่จะต่อ"* ส่วนการนำไปต่อยอด ขึ้นอยู่กับแพทย์แต่ละคนว่าจะเห็นความสำคัญและจำเป็นต้องปฏิบัติหรือไม่

สำหรับค่าตอบแทนนั้นอาจเป็นแรงจูงใจได้ แต่ควรตอบแทนตามศักยภาพ *"ผมคิดว่าในการให้ค่าตอบแทนนั้น น่าจะตอบแทนตามศักยภาพ คือไม่ใช่ว่าเอาตำแหน่งหรือโครงสร้างมาให้หมายความว่าถ้าเขามีโครงการที่อยากจะทำขึ้นมา น่าจะมีงบประมาณที่สนับสนุนให้เขาทำได้ทำงานในสิ่งที่เขาอยากจะทำเข้าใจไหม เหมือนกับหมอสูติกรรมคนหนึ่งสนใจเรื่องสตรีวัยทอง มัน*

น่าจะมีการอบรมให้กลุ่มนี้นะ เช่น หลักสูตร 2 วันให้เขาใช่ไหมครับ ออกกำลังกายก็ว่ากันไป ก็น่าจะสร้างเสริมศักยภาพของเขาด้วยการหาแหล่งที่เอื้องบประมาณที่จะเสริมให้เขาทำงานที่อยากทำได้ ผมคิดว่าความหวังน่าจะไปตามศักยภาพตามภารกิจตามงานที่เขาจะทำ" และสนับสนุนกิจกรรมหรือโปรแกรมที่แพทย์จัดขึ้น *"ผมคิดว่าไม่น่าจะเป็นเงินตอบแทนตามกรอบว่าเออ ถ้าคุณมากินตำแหน่งนี้ให้เท่านี้ มันก็ไม่สำเร็จอีกนั่นแหละ จริงๆ น่าจะว่าไปตามภารกิจ แก้ไปเรื่อยเพราะว่าปัญหามันก็เปลี่ยนไปเรื่อย ความสนใจของคนมันก็เปลี่ยนไป ทีนี้ต้องเอื้อให้หมอหรือใครก็ตามที่ทำงานด้านนี้เขามีสิทธิ์ที่จะทำใช่ไหม เช่น หมอคนหนึ่งอาจสนใจไปเรียนฝึกจี้กงมา เขาบอกมันรักษาคนได้นะ อย่างนี้ก็อาจจะเอื้อให้เขาจัดเป็นโปรแกรมดูแลคนป่วย เราก็สนับสนุนเขาไป"*

ในด้านนโยบายแพทย์ท่านนี้มองว่าแต่เดิมก็มีอยู่แล้ว แต่มันไม่สามารถจูงใจให้แพทย์เข้ามาร่วมมือปฏิบัติได้อย่างจริงจัง ทั้งนี้เนื่องจากความไม่ต่อเนื่อง และไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดการอยากมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานอย่างจริงจัง แต่ทำเพียงเพื่อตอบสนองนโยบายเท่านั้น *"ผมว่านโยบายมันมีอยู่แล้ว แต่ไม่มีคนทำให้มันมีชีวิตชีวาขึ้นมาได้ แล้วก็ทำแบบต่อเนื่อง คือผมว่านโยบายองค์ความรู้มันมีหมด ทุกคนมันรู้อยู่แล้ว เช่น ทุกคนรู้ว่าสูบบุหรี่ไม่ดีแต่ทำไมหมอสูบบุหรี่ไม่รู้จะว่ายังไง รู้ ไม่รู้ นโยบายมีมันมีชัดเจนหมดใช่ไหม แต่ทำไมพฤติกรรมของมนุษย์ถึงไม่เปลี่ยน เพราะไม่สามารถทำให้มันมีชีวิตของมันจริงๆได้ จุดประกายให้มันมีชีวิตชีวาขึ้นมาให้มันเป็นเรื่องน่าสนุกสนาน เท่าที่ผมเห็นมาหลายเรื่อง อย่าง PCU นี่มันมีแต่รูป แต่กรอบมันไม่มีชีวิตมาด้วย ทุกคนก็ทำอย่างแกนๆ"*

นอกจากนั้นแล้วแพทย์ท่านนี้ยังเห็นว่าแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น จะต้องทำให้เห็นเป็นเชิงประจักษ์และรับรู้ว่าการสร้างเสริมนั้นเป็นการปฏิบัติที่มีคุณค่าอย่างแท้จริง*"เพราะฉะนั้นคนที่ประจักษ์หรือเห็น คนที่ไม่เห็นมันก็ไม่ทำ คนที่ทำมันก็เห็นใช่ไหมฮะ งั้นผมที่ทำมาอย่างนี้ ตอนที่ทำใหม่ๆ คนก็บอกมันไม่มีประโยชน์ แต่ผมก็ทำแล้วผมเห็นเข้าใจไหมว่าเห็นแล้วมันมีประโยชน์ แต่คุณยังไม่เชื่อแต่ผมทำไปแล้ว แล้วคุณจะเชื่อ"* ดังนั้นจะต้องทำให้แพทย์ได้รับประสบการณ์ทางด้านนี้โดยทางตรงและทางอ้อม *"ผมว่านะครับ ถ้ายอมทำนะ คือจัดอบรมให้ 1 อาทิตย์ คือที่ไหนก็ได้ที่จัดงบประมาณให้มา O.k จะลงที่พักดีๆ หน่อย คือแพทย์ไปพักซัก 1 อาทิตย์ให้เขาผ่อนคลายหน่อยซิ อยู่เป็นยังไงนะฮะ เขาจะเชื่อไม่เชื่อไม่เป็นไรให้เขาเห็นให้เขาลอง เขาลองมาทำดูคนไม่เคยอบสมุนไพรก็อบสมุนไพรดูซิ แล้วเขาจะได้รู้มันคืออะไร แค่นั้นเอง ซึ่งเราก็ไม่หวังว่าเขาจะเปลี่ยนได้ แต่อย่างน้อยก็คือพาเขาเดินอ้อมทางหนึ่งก็แล้วกัน เขาไม่เดินอ้อมก็พามันอ้อมให้เขาเห็นดูซิ เห็นแล้วเขาจะทำหรือไม่ทำก็เรื่องของเขา แต่สุดท้ายเขาจะต้องเห็น พวกนี้ก็คือเชิงประจักษ์ที่จะเชื่อ"* นอกจากนั้นผู้นำเองจะต้องผลักดันและเปิดโอกาสให้แพทย์ได้มีประสบการณ์ตรง เพราะแพทย์บางคนอาจสนใจแต่ไม่มีโอกาสในการปฏิบัติ *"ผมสนใจมาก่อน แต่ศึกษาแล้วก็ไม่เห็น คือไม่ได้เจอใช่ไหม ทีนี้พอเรามา ท่านผู้อำนวยการสนับสนุนให้เกิดตรงนี้ก็ได้มีโอกาสมาทดลองใช้จริงๆ เพราะฉะนั้นตอนนี้ก็เลยถือว่ามีองค์ความรู้มากขึ้น คือแต่*

ก่อนเราก็ได้จากการอ่านหนังสือ ซึ่งมันไม่ใช่ของจริง แต่พอเรามีโอกาสให้ปฏิบัติจริงๆ บางคอร์สที่มันไม่ดีเราก็ตัดออก อะไรไม่ดีเราก็ สิ่งที่เราเหลือก็คือว่า สิ่งที่เราทำไปแล้วรู้สึกว่า O.k เป็นที่พึงพอใจกับทุกฝ่าย ก็ทำขึ้นมาได้" ในขณะเดียวกันต้องทำให้เห็นว่าการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพก็เป็นงานที่มีอนาคต *"ก็คือตอนนี้หมายความว่าเราต้องสร้างให้ดูก่อน คือมันก็ต้องเห็นนะ เขามาเขามีอนาคต มีความสนุกสนานที่จะทำ คือตอนนี้ก็มีคนที่คุยแล้วเข้าใจมี 2 คนแล้วเป็นหมอ เขาโอนมาจากโรงพยาบาลชุมชนแล้วมาอยู่กับเรา คือเขาเห็นว่า O.k เข้าใจในสิ่งที่หมอพูด ผมพูดใช่ไหมฮะ เขาพร้อมที่จะไปทำ O.k ได้ 2 แล้วใช่ไหมฮะ เราก็ต้อง Recruit Intern(คัดเลือกหมอฝึกหัด) รุ่นใหม่ๆ มา ก็จะไปขายไอเดียให้เขาฟังว่าเรามีอย่างนี้ อย่างนี้นะถ้าคนไหนเห็นก็มาๆ แล้วก็ส่งไปอยู่ตรงนั้น"* และสร้างแพทย์รุ่นใหม่ให้เข้าใจ *"เราต้องสร้างคนรุ่นใหม่ให้เข้าใจ ที่ผมทำไม่ใช่ว่าทำให้เขาต่ำต้อยนะ แต่หมายความว่าคือเขาจะได้เข้าใจว่าชีวิตคน อยู่กับหมอนะ 24 ชั่วโมง ไม่ใช่มีชีวิตเฉพาะตอนนะมา Round (เยี่ยมดูอาการ) คนไข้กับตอนที่โทรศัพท์ไปรายงาน"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>แพทย์ทั่วไป(GP)</u> มองว่าประสบการณ์ที่ตนเองได้รับจากการเป็นแพทย์ทั่วไป (GP) นั้นทำให้เกิดความสนใจและเห็นคุณค่าในการสร้างเสริมสุขภาพจึงปฏิบัติ *"ผมเองเป็น GP คือถ้าผมเป็น Specialist (แพทย์เฉพาะทาง) ก็อาจไม่แน่เหมือนกัน ผมอาจจะหลุดๆ จากกรอบตรงนี้ไปเหมือนกัน แต่โดยงานของตนเองมันต้องทำพวก PP. อยู่แล้วก็เลยต้องได้ทำและมันก็เกิดความคิดเกิดอะไรหลายๆ อย่างขึ้นมา ซึ่งก็คิดว่ามันก็เป็นเรื่องสำคัญ แต่คนอื่นจะคิดว่าสำคัญไหม มันบอกไม่ได้ แต่เราคิดว่ามันเป็นเรื่องสำคัญเราก็ทำ จริงๆ แล้ว เราไม่ทำก็ได้คือแพทย์มันมีทางเลือก แต่ผมก็มองว่าเป็นเรื่องสำคัญก็เลยทำ"* นอกจากประสบการณ์ส่วนตัวแล้ว นโยบายอาจจะเป็นแรงจูงใจอันหนึ่งที่ทำให้แพทย์เกิดความสนใจในงานสร้างเสริมสุขภาพ แต่ไม่ใช่ทั้งหมด *"นโยบายของโรงพยาบาลเองก็มีส่วน แต่ก็ไม่ใช่ทั้งหมด ก็อย่างที่บอกว่าแพทย์แต่ละคนก็ Concern(ตระหนัก) เรื่องสร้างเสริมสุขภาพมันไม่เท่ากัน โดยนโยบายอย่างเดียวก็มีส่วนเสริมบ้าง แต่ว่าไม่ได้มีผลกระทบมากมายอะไร"* ในขณะเดียวกันการสร้างแรงจูงใจให้กับแพทย์นั้น แพทย์ท่านนี้มองว่าต้องใช้นโยบายระดับชาติและไม่หวั่นไหวไปตามกระแส เพราะทั้งนี้แพทย์แต่ละส่วนต่างก็มีความสำคัญเท่ากัน ฉะนั้นค่าตอบแทนก็ควรจะต้องเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นตำแหน่งหน้าที่หรือค่าตอบแทน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาความขัดแย้ง*"แรงจูงใจมันก็พูดยากนะ แต่ถ้าถามว่าแรงจูงใจเฉพาะคนที่อยู่สร้างเสริม คนที่อยู่อื่นเขาก็โวย เขาเป็นหมออายุรกรรมเขาไม่มีความสำคัญเลย ถ้าเป็นหมอศัลยกรรมเขาก็ผ่าตัดก็มีความสำคัญ ทำไมจะต้องมาให้เงินพิเศษ จูงใจพิเศษเฉพาะคนที่ทำงานสร้างเสริม เช่น ซีคุณทะลุเลย ถึงซี 11 เลยนะ ขั้นเงินเดือนแทนที่จะให้ปีละขั้นก็อาจเป็นปีละ 2 ขั้น มีค่าวิชาชีพเพิ่มอีกต่างหาก ต่างจากสาขาอื่น แรงจูงใจมันก็มีไม่กี่อย่าง มีตำแหน่งหน้าที่ มีค่าตอบแทน มีเงินเดือน มีสวัสดิการ สำคัญว่าเราจะไปอ้างเหตุผลกันคนที่ทำงานในสาขาอื่นอย่างไร ถ้ามาให้*

แรงจูงใจเฉพาะคนที่ทำงานสร้างเสริม นอกจากรัฐบาลฟันธงลงมา แล้วพวกนั้นเยี้ยวๆยังไงก็ไม่หวั่นไหวอะไร ก็ว่าไปอย่าง หรือไม่ก็โควต้าการเรียนเฉพาะทาง เดี๋ยวนี้ถามว่าสาขาไหนเยอะที่สุดก็ต้องมาดูอีก วางแผนยังไงว่าแพทย์สาขาไหนจะมีกี่เปอร์เซนต์ สัดส่วนหมออายุรกรรมจะมีกี่เปอร์เซนต์ หมอศัลยกรรมจะมีกี่เปอร์เซนต์ หมอสูติกรรมกี่เปอร์เซนต์ หมอเด็กกี่เปอร์เซนต์ พวกทำงานสร้างเสริมกี่เปอร์เซนต์ มันต้องนโยบายระดับชาติ มันไม่ใช่ว่าจะให้แค่สภามานั่งเถียงกันว่าแบ่งโควต้านั้นบ้าง นี่บ้างเป็นปีๆ มันก็ไปลงสาขารักษาทั้งปี" ส่วนแรงจูงใจอื่นๆนั้นน่าจะรวมถึงการได้รับโอกาสในการศึกษาดูงานในต่างประเทศ *"มันหลายเรื่อง ถ้าพูดถึงเรื่องแรงจูงใจ โดยเฉพาะเรื่องเงินเดือน สวัสดิการ ค่าตอบแทนที่ทำงานนอกพื้นที่ นอกเวลา ขั้นเงินเดือนรวมถึงโอกาสจะได้ไปเปิดหูเปิดตาในต่างบ้านต่างเมืองก็มีส่วน"*

<u>อายุรแพทย์</u> มองว่าแรงจูงใจจะเกิดจะต้องสร้างให้แพทย์มีความรักหรือความชอบในงานสร้างเสริมสุขภาพ *"หมอคิดว่าจะทำให้เขารักหรือชอบหน่วยนี้ มันขึ้นกับตอนเรียนมากกว่า คือตอนเรียนเขาไปเรียนมีความเห็นว่าจะต้องเอาไปใช้ในระดับยังงี้ แล้วมีความรักและมีความเห็นว่าหมอ GP (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) นี่ก็ดีมันเป็นการปลูกฝังในช่วงเรียนด้วย"* ดังนั้นโรงเรียนแพทย์น่าที่จะเข้ามามีส่วนในการสร้างความตระหนักและเป็นแรงจูงใจให้แพทย์ภายใต้การผลิตของโรงเรียน เช่น แพทย์GP(แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป)ได้รับการยกย่องชมเชยและมีคนต้นแบบในโรงเรียนแพทย์ด้วย เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในงาน *"โรงเรียนแพทย์ต้องทำให้เห็นถึงความสำคัญของหมอGP(แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) ว่ามีความสำคัญนะ อย่างน้อยก็ดูคนไข้ได้เยอะกว่า ด้าน Specialty (เฉพาะทาง) อีกนะ อย่างเช่นเขาสามารถที่จะดูแลคนไข้กลุ่มใหญ่ได้ แต่พอลดลงเหลืออีกสักส่วนหนึ่งของกลุ่มนี้ถึงจะเป็น Sub Specialty (เฉพาะทาง) ที่เขาดูแลอาจจะต้องประชาสัมพันธ์ให้เห็นบทบาท สื่ออะไรต่างๆ แล้วก็มองคนที่ทำงานในแง่เป็นหมอGP (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) ที่ดี ก็ยกย่องชมเชย คือทำให้เด่นขึ้นมา แล้วก็ทำให้คนอยากจะไปเรียนหรือชอบหรือมีความภูมิใจในวิชาที่เขาเรียนอยู่ตอนนี้"* แต่เนื่องจากคนต้นแบบในโรงเรียนแพทย์ยังมีอยู่น้อย และหลักสูตรในโรงเรียนแพทย์เองก็ไม่ได้ให้ความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ *"คนต้นแบบที่หมอคุ้นเคยก็มีอาจารย์ประเวศ วะสี อาจารย์เขาอยู่ศิริราช เคยสัมผัสอาจารย์ตอนเป็นนักศึกษาแพทย์บ้าง ตอนนั้น มีความรู้สึกว่า อาจารย์เป็นคนติดดิน แล้วก็มองปัญหาพื้นฐานมากๆ แล้วก็พยายามที่จะให้จุดยังงี้จุดที่ต้องไปดูคนไข้ในพื้นบ้าน การเป็นอยู่ของเขาวิธีดำเนินชีวิตของเขาเป็นอย่างไร ก็เห็นอาจารย์พูดแต่เรื่องอย่างนี้มาเรื่อยๆ พร้อมที่จะทำจริงจัง แต่ก็ยอมรับว่ายังไม่มีใครที่เด่นๆ และตอนเรียนหลักสูตรนี้มีน้อยมาก หมอเคยออกโรงพยาบาลชุมชน เคยมีคอร์ส(รายวิชา)หนึ่งที่ออกโรงพยาบาลชุมชน รู้สึกจะ 3 เดือน คือจะได้ช่วงนั้น รู้จักว่าหน่วยสร้างเสริมสุขภาพเขาทำอะไร มีการออกไปให้วัคซีนบ้างออกไปตามสถานีอนามัย มีการให้สุขศึกษา คือตอนได้ออกจริงๆ ก็ตอนได้ออกโรงพยาบาลชุมชน 3 เดือน ซึ่งก็ได้ความรู้เกี่ยวกับอันนี้พอสมควร บังเอิญหมอออกไปกาญจนบุรี รุ่นพี่มาตอนนั้นเขาก็กระตือรือร้น เป็นหมอที่นั่นเขาพาไปตามหมู่บ้าน เขาพาออกไปทำอะไรอย่างนี้ หมอก็รู้สึกว่าความ*

สำคัญของการออกไปยังงี้มันก็ดีเวลาเราออกไป เราออกไปคุยกับชาวบ้าน ไม่ได้คุยที่โรงพยาบาล ไปคุยกับเขาที่บ้าน คือเขาจะมีประชุมอะไรอย่างนี้คือบางทีเราเรียกขอความร่วมมือเขา เขาก็ออกกันมาตอนเย็นๆ ค่ำๆ ก็มานั่งล้อมวงมีอะไรก็คุยกันรู้สึกว่ามันก็ดีนะ"

ในขณะที่ค่าตอบแทนนั้นแพทย์ท่านนี้ไม่ได้รู้สึกว่าเป็นสิ่งจูงใจที่ทำให้ตนเองอยากทำงานด้านนี้ เช่น จากการออก PCU เป็นต้น แต่การให้ค่าตอบแทนก็น่าจะเหมาะสม *"อันนี้หมอก็ไม่อยากจะไปพูดว่าคนที่เขาทำเนี้ย เขาได้ค่าตอบแทนอะไร คือตามที่หมอได้ยินมานะ เราก็ตรวจคือพวกหมอนี่จะออก PCU กับโรงพยาบาลที่นั่น O.k เราก็ไม่ได้ค่าตอบแทนอะไรโดยมันก็เป็นงานในหน้าที่เรายอมรับ แต่เราก็รู้ว่ามีหมอบางคน Raise(ยกประเด็น) ขึ้นมาว่ามีกลุ่มหนึ่ง แพทย์กลุ่มหนึ่ง พยาบาลกลุ่มหนึ่ง เวลาเขาออกเยี่ยมบ้าน เขาก็มีค่าตอบแทน แต่อันนี้หมอก็เฉยๆ เพราะว่าการที่เขาออกไปยังงั้นก็เป็นการเสียสละส่วนหนึ่ง แล้วถ้าเกิดว่าจะให้เราไปออกในแบบนั้น เราจะออกไหม แต่บางคนเขาก็ออกนะถ้าเขามีเวลาถ้าเขาไม่มีงานประจำอยู่ในนี้เขาก็ออก แต่วันนี้หมอเฉยๆ นะ บอกว่าคนที่เขามาทำงานในจุดนี้เขาต้องออกไปตามพบปะคนเยี่ยมบ้าน หมอเยี่ยมบ้าน มันก็เหมือนกันนะมันต้องไปพูดต้องไปนั่นอะไร บางทีมันต้องเสียสละเหมือนกัน O.k เงินตอบแทนส่วน นี้ก็คงจะเหมาะสมที่จะให้เขา"*

ศัลยแพทย์ มองว่าแพทย์ไม่มีความจำเป็นต้องทำงานด้านการสร้างเสริม แต่ถ้าจำเป็นก็ต้องให้เหตุผลว่าเพราะอะไร และต้องผลิตแพทย์เฉพาะขึ้นมาและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานอาจจะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการทำให้คนสนใจงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากในปัจจุบันไม่มีแพทย์ที่อยากจะทำงานตรงนี้ *"ทุกวันนี้ก็ไม่มีใครยอมไปอยู่ เพราะอย่างผมเรียนศัลย์(ศัลยกรรม) มาให้ผมไปนั่งอยู่ทำอะไร มันใช้ผมไม่คุ้มนะใช่ไหมฮะ ตอนนี้หาGP(แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป)ไม่ได้ใช่ไหม การเอาแพทย์จบใหม่ไปอยู่เดี๋ยวเขาก็ไปเรียนแล้ว เขาอยู่ไม่นานหรอก แล้วเราก็ต้องคิดว่าเอ๊ะ..มีหลักสูตรอะไรที่จะทำให้ผลิตแล้วเขาไปอยู่ตรงนั้น แล้วเขาก็อยู่เขาต้องมีความก้าวหน้า ขอซี ขออะไรได้นะใช่ไหม"*

รังสีแพทย์ การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องเกิดจากแนวคิดและเห็นความสำคัญ เนื่องจากตนเองแม้ไม่ได้มีความรับผิดชอบในด้านตรวจรักษาโดยตรงแต่ก็อาสาเข้ามาทำ *"อันนี้เป็นลักษณะงานอาสา เพราะว่าเริ่มต้นเป็นงานอาสา ด้วยความที่ว่าเราไม่เคยตั้งโจทย์เอาไว้ก่อนว่าจะมีค่าตอบแทนเท่าไร มันตอบไม่ได้"* ดังนั้นแรงจูงใจอย่างอื่นนั้นแพทย์ท่านนี้บอกว่าไม่ทราบแต่ว่าถ้างานที่ทำแล้วมีคุณค่าก็น่าจะมีแพทย์สนใจทำ *"ในเรื่องค่าตอบแทนหรือแรงจูงใจ หมอไม่ทราบจริงๆ เพราะตัวเองไม่ได้คิดอย่างนั้น คิดว่าภาระไม่หนักหนาจนเอาแรงเราไปหมด ก็อยากจะทำบางอย่างให้งานมีคุณค่ามากขึ้น ได้หรือไม่ได้ค่าตอบแทนตรงนั้นไม่ใช่เป็นประเด็น เป็นการตระหนักว่าสิ่งที่ทำมีคุณค่าหรือเปล่า ถ้าทำให้เห็นเป็นรูปธรรมในวงกว้างว่าถ้าทำอย่างนี้แล้วประชาชนดีขึ้น ภาพพจน์ของโรงพยาบาลดีขึ้นหรือความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ไม่ป่วย ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการดีขึ้น ก็คงมีคนอยากที่จะทำตรงนั้นเยอะ"* นอกจากนั้นการสร้างแนวคิดเพื่อ

การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมันควรจะมาจากการหล่อหลอมจากโรงเรียนแพทย์ และมีตำแหน่งหน้าที่การงานรองรับ*"ประเด็นที่สำคัญก็คือเรื่องของการสร้างแนวคิด คือมองว่าจะมาใส่ความคิดสำหรับแพทย์ที่เรียนจบแล้วไม่ได้ เราจะไม่เจอแพทย์ที่คิดแบบนี้ใน 5-10 ปีแรกที่ทำงาน หมอทำงานมาเกือบ 20 ปี เรานั่งเผชิญกับปัญหาที่เกิดซ้ำๆเนี่ย คิดขึ้นมาได้เองว่า เฮ้ย อย่างนี้ไม่ใช่ โดยการสื่อสารเรื่องนี้หมอคิดเรื่องนี้มาตั้งนานแล้ว หมอถามรุ่นน้องที่จบใน 5 ปีแรก เขาไม่คิดแบบนี้ แล้วถามว่าไปบอกคนกลุ่มนี้ ตอนนั้นเขารับไม่ได้ เช่น บอกว่าไปเรียนเวชปฏิบัติครอบครัว เขาจะมองว่าแล้วจะมีช่องทางทำมาหากินไหม เขาจะตกงาน เขาจะอยู่ตรงไหน เขาจะเลือกสถานที่ได้ไหม ตรงนี้มันกลายเป็นระบบการบริหารจัดการ"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

จากการสนทนากลุ่มพยาบาลมองว่า แรงจูงใจที่จะให้แพทย์มาสนใจงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้นั้นต้องเกิดจากแนวคิดของแพทย์ *"จริงๆแล้วหมอที่ลงชุมชนนี้จะหายาก แต่ก็ยังมีหมอที่มีใจลงชุมชน ไปเยี่ยมคนไข้ตามบ้าน เวลาคนไข้มาหาก็พูดคุยน่าจะอยู่ที่ Concept มากกว่า"* นอกจากนั้นการมีตัวอย่างที่ดีก็น่าจะเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้แพทย์รุ่นใหม่หันมาสนในงานด้านนี้ *"ก็จะมาจากแม่แบบอย่างที่บอกว่า อย่าง Staff (อาจารย์แพทย์) คนไหนที่ชอบสอนก็จะสอน ถ้า Staff (อาจารย์แพทย์) ไม่สอนลูกศิษย์ก็ไม่สอน พอเปลี่ยนอาจารย์ก็จะเปลี่ยนพฤติกรรม"* ส่วนหลักสูตรในโรงเรียนแพทย์ก็น่าจะเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ทำให้แพทย์หันมาสนใจงานด้านนี้ เพราะโรงเรียนแพทย์จะต้องเป็นสถานที่ๆจะสร้างแนวคิดเหล่านี้ให้กับนักศึกษา *"ถ้าเขาทำในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพต้องเปลี่ยน Concept(แนวคิด) ตั้งแต่โรงเรียนแพทย์ และก็หลักสูตรของเวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องให้แพทย์ได้มีโอกาสทำอย่างนี้มากขึ้น เพราะว่าถ้ามีโอกาสได้เรียนความเข้าอกเข้าใจเขาจะมีมากขึ้น ตราบใดที่ยังเรียนเฉพาะทางความเข้าใจเขาก็จะไม่มีมากขึ้น ซึ่งในขณะเรียนเขาจะได้ปฏิบัติสัมผัสกับชาวบ้าน เขาจะได้ความรู้สึกอีกแบบหนึ่ง ถ้าเรียนเฉพาะทางจะไม่มีโอกาสได้ทราบถึงความรู้สึกที่จะจูงใจโดยไม่มีเงินมาเกี่ยวข้อง"* ส่วนค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินอาจจะไม่ใช่ทั้งหมด ทั้งนี้แพทย์ที่จะมาทำงานด้านนี้จะต้องรู้ถึงคุณค่าของงานสร้างเสริมสุขภาพด้วย *"แรงจูงใจด้วยเงินคงไม่ใช่นะคะ ถ้าแรงจูงใจที่เขาทำแล้วคนไข้ดีขึ้นและลดงานเขาในโรคพื้นฐานเนี้ย ถ้าลดงานตรงนี้เขาลง เวลาเขาจะเหลือเขาจะพอใจ"*

โรงพยาบาลทั่วไป(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง</u> มองว่า การทำให้แพทย์หันมาสนใจงานสร้างเสริมสุขภาพนั้นค่าตอบแทนที่ให้นั้นจะต้องมีความเหมาะสม ต้องมีการผลิตแพทย์ให้ตรงกับความต้องการและแพทย์เวชปฏิบัติก็ควรที่จะมีรายได้สูง นอกจากนั้นแล้วต้องเพิ่มโอกาสให้เท่าเทียมกัน เพิ่มโอกาส

ในการเรียนต่อ และโรงเรียนแพทย์ต้องมีการเรียนการสอนในหลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง

แพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง มองว่า นโยบายและการกระตุ้นจากผู้บริหารจะเป็นสิ่งที่ทำให้แพทย์หันมาสนใจงานสร้างเสริมสุขภาพได้

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไป(GP) มองว่าการสร้างแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้นน่าจะเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้แพทย์หันมาสนใจงานสร้างเสริมสุขภาพ อย่างเช่น การสัมภาษณ์แพทย์ท่านหนึ่ง ให้ความเห็นว่า เมื่อมีคนไข้มากขึ้นงานสร้างเสริมสุขภาพจะลดลง ถ้าคนไข้อยู่ ICU (ผู้ป่วยหนัก) งานสร้างเสริมสุขภาพไม่เกิดขึ้นเลย แต่ถ้าหากว่ามีคนไข้จำนวนน้อยลง ก็จะทำให้การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพเกิดขึ้น ส่วนการให้ค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินนั้น แพทย์ท่านนี้ไม่เห็นด้วยควรจะให้ในรูปแบบอื่น *"มีโบนัสให้ก็เป็นดาบสองคม ให้เป็นเกียรติบัตรหรือรางวัลอย่างอื่น เช่น ให้ทุนไปดูงาน หรือให้ทุนไปพักผ่อน ให้โอกาสหรืออะไรอย่างนี้ น่าจะดีกว่าเป็นการให้เงิน"* และที่สำคัญการกำหนดนโยบายจะต้องเป็นนโยบายที่ทำให้แพทย์อยากมีส่วนร่วม มิใช่การสั่งการ *"ไม่มีใครสนใจ มีหนังสือสั่งการมาอย่างเดียว ทำไปก็ไม่เกิดประโยชน์ เพราะอารมณ์ไม่มี"* ส่วนโรงเรียนแพทย์นั้นแพทย์ท่านนี้มองว่าไม่ได้สอนในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพมากนัก และแนวคิดจะเกิดได้ต้องเริ่มมาจากโรงเรียนมัธยมและโรงเรียนแพทย์ *"รุ่นผมก็มีอาจารย์บางท่านเท่านั้น แล้วแต่สถาบัน แต่ไม่ได้สอนมาก ไปเรียนรู้กันเอง ผมคิดว่ามันเป็นธรรมชาติที่ Select (คัดสรร) คนมาแล้วแพทย์จะมีคนสนใจอยู่กลุ่มๆ แต่ถ้าจะเป็นกระบวนการจริงๆ ก็มีจากโรงเรียนแพทย์ ถ้าให้จริงๆ ก็ต้องมาจากโรงเรียนมัธยมไปโรงเรียนแพทย์"*

สูติแพทย์ มองว่า แรงจูงใจนั้นน่าจะเป็นสิ่งที่เกิดจากตัวแพทย์เองว่ามีความสนใจในงานด้านนี้มากน้อยแค่ไหน โดยที่ค่าตอบแทนคงไม่ใช่เรื่องใหญ่ *"เท่าที่คุยกับแพทย์ในกลุ่มแพทย์เฉพาะที่นี่นะที่อื่นไม่รู้ คือถ้ามีเวลาให้เราไปทำอย่างอื่นที่เราอยากทำ อย่างบางคนก็อยากไปเล่นวิชาการ บางคนก็อยากไปโน่นไปนี่ บางคนก็อยากลงไปออกพื้นที่ ไม่ได้มีคนพูดว่าอยากได้เงินเลย เพราะจริงๆรายได้เราเข้าใจอยู่ว่าเงินโรงพยาบาลก็ไม่ค่อยจะมีเท่าไหร่ ยิ่ง 30 บาทออกมาขาดทุนย่อยยับไม่ค่อยมีเงินไม่อยากได้หรอกค่ะ คือเราก็ไม่ได้ O.k พอช่วยได้ก็ช่วย ก็ไม่ได้ว่าแร้นแค้นหรือว่ายากจนมาก เพียงแต่ว่าเวลาออกไปบางทียังไม่ทันถึงไหนเลยก็โดนตามซะแล้ว อ้าวก็ต้องเข้ามาอะไรอย่างเนี้ยนะค่ะ ถ้าได้ออกไปอย่างสบายใจไม่ต้องโดนตามนี้ชอบอยู่ค่ะ ไม่ต้องให้หรอกค่ะค่าตอบแทนไม่อยากได้ คือถ้าคิดว่าเป็นงานตัวเองทำถนัดแล้วก็ทำได้ดี เราก็อยากทำไม่ต้องให้ค่าตอบแทนเลยค่ะ เราก็ไปทำให้"* แต่ที่สำคัญคือจากความสนใจส่วนบุคคลว่างานนี้เป็นสิ่งที่ท้าทายมากกว่า *"เงินนี้มันคงไม่น่าใช่ มันต้องเป็นความชอบของแต่ละคน คืออะไรก็ตามที่เราทำซ้ำซากจำเจซักวันมันก็จะเบื่อ เราก็อาจจะอยากทำอย่างอื่นซึ่งมันท้าทายมากขึ้น เพราะฉะนั้นมันต้องเป็นความชอบ*

ต้องมีเวลาอะไรอย่างนี้นะค่ะ ค่าตอบแทนนี้คิดไม่ออก แต่เงินคงไม่ใช่หรอกค่ะที่ไปทำๆกันทุกคนก็ไม่ได้อะไรหรอก แต่ก็ไปกันคือชอบซะมากกว่าก็พากันไป"

<u>แพทย์ศัลยกรรมกระดูก</u> มองว่าการสนใจทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นความสนใจส่วนบุคคล ส่วนค่าตอบแทนไม่ว่าจะเป็นตัวเงินหรือตำแหน่งนั้นก็อาจจะมีบ้างพอสมควร แต่ที่สำคัญคือการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และผลที่ออกมาทำให้เกิดความพึงพอใจ *"ก็ไม่ถึงกับมากมายอะไรนะ ก็คือคนที่ทำงานสร้างเสริมนี้ ส่วนหนึ่งก็คือเขาอยากจะทำนะ เขาอยากจะทำเขาถึงมาขอทำงานพวกนี้ การมาให้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นหรือมีสิทธิพิเศษหรือได้เลื่อนขั้นอะไรเป็นพิเศษเนี้ย ผมว่าเป็นแค่กำลังใจแค่นั้นแหละ ผมว่าแค่ผู้บริหารมองเห็นนะ แล้วผลตอบแทนจากชาวบ้านออกมาเป็นรูปธรรม ผมว่าแค่นี้สำหรับการค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินก็ให้บ้างไม่ต้องมากนะ แค่นี้น่าจะพอนะ เพราะเชื่อว่าคนที่เขารักไปในทางงานเชิงรุก เขาเป็นคนที่อยากจะทำจริงๆ นะ น้อยที่จะทำเพื่อหวังค่าตอบแทนเป็นเงิน ไอ้โครงการแบบนี้หรือไปเป็นอะไร เป็นตำแหน่งอะไรคงเป็นส่วนน้อย"*

สำหรับการมีบุคคลที่เป็นตัวอย่างนั้นแพทย์ท่านนี้มองว่า ยังมีอยู่น้อย ส่วนใหญ่แพทย์ที่มีชื่อเสียงก็จะเป็นแพทย์เฉพาะทาง *"น้อยครับ ไม่มีคนต้นแบบ คนต้นแบบมักจะเป็นวิชาการ อาจารย์ดังๆ ใช่ไหมครับ อาจารย์ท่านนั้นท่านนี้ดังๆ โอ้โห้! ฝีมือรักษาผ่าตัดแบบใหม่อะไรอย่างนี้ใช่ไหม คนดังแบบอย่างนั้นน่ะเยอะ แต่คนต้นแบบทำชุมชนแล้วดังจริงๆ น้อยมาก แทบไม่มีเลย ลองนึกชื่อดูซิ หมอชนบทที่ดังๆ ในอดีต มันก็ไม่มีต้นแบบ น้อยครับ"* และแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่มีใครที่ได้รับรางวัลที่ทำให้เห็นคุณค่ามากพอที่จะทำให้เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติตาม *"หมอรุ่นหลังนี้มองไปอย่างนั้นมากกว่านะ โอ้โห้ทำเป็นงานชุมชนต้องได้รางวัลโนเบล พอให้เราเป็นแบบอย่างหรือมีใครทำงานป้องกันดังๆ นึกชื่อไม่ออกเหมือนกัน ไม่มีรางวัลการแพทย์ด้านการสร้างเสริม เขาก็เป็นรางวัลคิดค้นวิธีรักษาใหม่ๆ คิดค้นสารเคมีใหม่ๆ จะเป็นอย่างนั้น"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>จากการสนทนากลุ่มพยาบาล</u> พยาบาลมองว่าค่าตอบแทนเป็นเรื่องสำคัญสำหรับเป็นแรงจูงใจให้กับแพทย์เพื่อทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ *"เท่าที่คลุกคลีมาคิดว่าแผนงานที่จะออกมาเยี่ยมบ้าน จากการหยั่งเสียงมา แพทย์ไม่ออก เพราะคิดว่าตนเองมีคุณค่ามากกว่าออกไปเดินเสียเวลาในชุมชน เขาอาจจะเอาเวลา 1 ชั่วโมงที่เดินในชุมชน ผ่าตัดได้ช่วยชีวิตคนที่วิกฤติได้ คิดว่าแพทย์ในโรงพยาบาลเขาไม่ได้เข้าใจในการออกชุมชน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจคนไข้ใน PCU หรือมีงานสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มไปให้เขา ไม่ได้ทำให้เขามีรายได้เพิ่มขึ้น อันนี้ต้องยอมรับว่าธรรมชาติของแพทย์ก็เหมือนมนุษย์ทุกคน ถ้ามีช่องทางได้เงินก็เอา เผอิญว่าช่องทางของเขาเยอะมากกว่า เขาต้องยอมรับ พอดีว่างานสร้างเสริมสุขภาพยังไม่มีให้เขา ถ้าบอกว่าหมอสร้างเสริมสุขภาพให้ค่าตอบแทนเท่านั้นเท่านี้ ก็ว่าไปอีกอย่าง ค่าตอบแทนจะเป็นเรื่องใหญ่ที่สุด*

ของแพทย์ที่นี่ดูจากพฤติกรรมปัจจุบัน ออกคลินิก 09.00 น. นั้นก็คือผลประโยชน์ของชาวพี่น้องจะได้ในส่วนนั้น ถ้ามองในภาพรวมต่อไปก็คือ ผลประโยชน์น่าจะเป็นเรื่องใหญ่ที่สุด"

โรงพยาบาลชุมชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง มองว่า แรงจูงใจในการให้แพทย์หันมาสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพนั้น น่าจะเป็นค่าตอบแทน *"อันนี้ก็พูดยาก แต่ถ้ามีก็คงจะดี เรื่องแรงจูงใจ อาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เขาหันมาสนใจด้วย อย่างค่าตอบแทนให้กับแพทย์ที่ลงชุมชนไปเยี่ยมบ้านสร้างเสริมสุขภาพ"* นอกจากนั้นก็ควรมีการพัฒนาเรื่องค่าตอบแทน *"แต่ในอนาคตไม่แน่ถ้าเราพัฒนา PCU ดีๆ เขาอาจจะสนใจมากขึ้น อาจอาศัยค่าตอบแทนมาเป็นแรงจูงใจมากขึ้นหน่อย คิดว่าน่าจะเพิ่มสมาชิกในกลุ่มนี้มากขึ้น"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไป(GP) มองว่าขึ้นอยู่กับความสนใจและโอกาส ส่วนค่าตอบแทนนั้นเห็นว่าถ้าเป็นงานประจำก็ไม่น่าจะมีค่าตอบแทน แต่ถ้าเป็นนอกเวลาก็ควรจะมี *"อันนี้ต้องถามว่ามันนอกเหนือจากงานที่ประจำไหม อย่างเช่นถ้าต้องใช้เวลาส่วนอื่นๆ ไปทำก็คงต้องมีค่าตอบแทน ไม่ต้องตรวจแล้วออกไปทำงานนั้นอันนี้ไม่จำเป็น เพราะว่าเราถือว่าเราทำงานในอีกรูปแบบลักษณะหนึ่ง"* ส่วนโอกาสในการศึกษาต่อก็เป็นอีกอย่างหนึ่งที่จะให้แพทย์สนใจ แต่ทั้งนี้ก็ต้องขึ้นอยู่กับความสนใจของแพทย์เองด้วยเช่นกัน *"น่าจะมีครับ เพราะว่าถ้าเขาทำแล้วสนใจ น่าจะให้โอกาสเขาไปเรียนต่อ"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

จากการสนทนากลุ่มพยาบาล พยาบาลมองว่าค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่เรื่องใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์มีทางเลือกอื่นมากมายในการหารายได้ *"ทำตรงนั้น เขาก็มีเงิน ถ้าสมมติว่าเขาไปทำ PCU ได้เงิน 60,000 หรือ 100,000 นะ ที่เขาประกาศกันนะ เขาก็ยังไม่สนใจไป คือเขาบอกว่าเขาทำตรงนั้น เขาก็ยังมีเงิน เขาทำคลินิกก็ได้เงิน ไปอยู่ชายแดนเขาก็ได้เงิน มากกว่าคนอื่น เขาเปิดผ่าตัวตอนกลางคืนเขาก็ได้เงิน เขาอยู่เวรเขาก็ได้เงินทั้งนั้น เขาจึงเลือกว่าอยู่ตรงไหนแล้วสบาย แล้วได้เงิน ในภาวะที่ได้เงินเท่ากันจะเลือกที่สบาย"* ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีคิดของแพทย์แต่ละคนว่าจะให้ความสนใจมากน้อยแค่ไหน และถ้าจะให้แนวคิดนี้เกิดขึ้นก็น่าจะเริ่มตั้งแต่โรงเรียนแพทย์ *"น่าจะปลูกจิตสำนึกตั้งแต่สมัยโรงเรียนแพทย์ ตั้งแต่แรกเลยว่าคุณทำอย่างนั้น อย่างนี้"*

โรงพยาบาลเอกชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล มองว่า แรงจูงใจในด้านค่าตอบแทนนั้นน่าจะปรับค่าตอบแทนให้กับแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้สูงขึ้น *"เพราะถ้าหากว่าเรามามองมุมใหม่แล้ว ปรับค่าตอบแทนแพทย์ใหม่อะไรต่างๆ มันอาจจะทำให้ดีขึ้นหรือเปล่า หรือว่าอาจจะปรับในส่วนของด้าน Health Promotion (การสร้างเสริมสุขภาพ) ด้าน Prevention (การป้องกันโรค) ปรับให้เขามีค่าตอบแทนที่สูงขึ้น เพื่อดึงให้บุคลากรทางด้านการแพทย์ ตั้งแต่ต้นที่เริ่มแตกหน่อขึ้นมานี่สนใจด้านนี้เลย แทนที่เขาจะไป O.k ผมมีแนวโน้มชอบอยู่แล้ว แต่ว่ามันจะเลี้ยงลูกไม่โต ผมไม่เอา แต่ถ้าบอกว่า เออ! มันพอไหวนะเลี้ยงลูกโตแน่ รายได้ขนาดนี้ก็ถือว่าดีแล้ว พอใจเขาอาจจะมีคนหันเหสนใจมาทางด้านนี้มากขึ้นได้"*

นอกจากนั้นควรจะผลิตแพทย์เพื่อการนี้โดยเฉพาะ เพราะจะได้สร้างแนวคิดการสร้างเสริมให้แก่แพทย์ตั้งแต่ต้น *"ผมคิดว่าถ้าเราอยากจะผลิตให้มีบุคลากรทางด้านนี้ ที่เป็นแพทย์แต่ว่าเน้นทางด้านนี้ ผมว่าเอามาแต่ต้นทางเลยดีกว่า จับมาเรียนทางด้านนี้และก็พยายามที่จะ Input(ใส่) ความคิดทัศนคติต่างๆ ทางด้าน Health Promotion(การสร้างเสริมสุขภาพ) ด้าน Prevention(การป้องกันโรค) เข้าไป แล้วผลิตออกมาก็เข้าไปในกรอบงานของอันนี้ แล้วก็เข้าไปทำงานด้านนี้เลย แล้วเขาจะรู้สึกว่าเขาไม่ได้เรียนมาทางด้านที่จะรักษาคน เขาเรียนมาทางด้านที่ป้องกันไม่ให้คนป่วย เขาอาจจะมีระดับเงินเดือนที่ไปจูงใจตั้งแต่ต้นเลย ถ้ามาสายนี้แล้วคุณสตาร์ทเงินเดือน อาจจะเหนือกว่า หรือทำอะไรก็ได้ ให้รู้สึกว่า เออ! ตอนแรกมันมีอาชีพที่มีความมั่นคงพอสมควร มีรายได้ดี โอกาสที่จะ Practice(ฝึกปฏิบัติ) ไม่ต้องพูดถึงแล้ว ไปด้านนี้แน่ๆ อาจเป็นไปได้"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

อายุรแพทย์ เห็นว่าการสร้างแรงจูงใจให้กับแพทย์เพื่อหันมาสนใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพนั้น จะต้องสร้างแนวคิดให้เกิด *"ผมก็ว่ามันก็ต้องตั้งแต่เรียนแพทย์เลยนะ อาจารย์ต้องเพิ่มหลักสูตรสร้างเสริมสุขภาพเข้าไป ต้องอัดเรื่องนี้เข้าไปเยอะๆหน่อย คือไม่มุ่งให้เขาไปเน้นรักษาอย่างเดียว ที่ผมดูมาอาจารย์ก็มีชั่วโมงเรียน Community Medicine(เวชศาสตร์ชุมชน) พวกนี้ แต่มันก็มีน้อยไม่เยอะหน่วยกิตเดียว หมอก็เลยคิดว่ามันไกลตัวไปนิดหนึ่ง คือไม่ต้องเปลี่ยนหลักสูตร แต่เสริมมีการดูเรื่องนี้ให้มันเด่นชัดมากกว่าเดิม"* และมีค่าตอบแทนที่สูง *"แรงจูงใจมันก็คือแน่นอนว่าถ้ามันมีค่าตอบแทนที่สูงพอก็อาจจะทำให้รู้สึกสนใจมากกว่าว่าเดิม คืออย่าให้เขาคิดว่ามันเป็นภาระหรือมันเป็นงานหนักมากสำหรับเขา ส่วนใหญ่หมอก็จะ Fix Idea (ยึดติด)นิดหน่อยเท่าที่ผมเห็นคือเวลาเขาจะมีอะไรเปลี่ยนแปลง มีการต่อต้านเกิดขึ้นต้องอาศัยวิธีที่มันค่อนข้างที่จะละมุนละม่อม ค่าตอบแทนก็เป็นส่วนหนึ่ง ผมคิดว่าอาจทำให้เขาสนใจในงานป้องกันสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิมหรือเปล่า แต่ผมก็ว่าจริงแล้วมันอยู่ที่ Concept (แนวคิด) ตอนที่เขาเรียนว่ามันอย่างไร เพราะถ้าเปลี่ยน Concept (แนวคิด) เขาได้ เราก็รู้ว่าถ้ามันต้องใช้ Prevention Promotion(การป้องกัน การส่งสริม)ล่ะ*

มันก็สูญเสียทรัพยากรน้อยลงไปเยอะ สุดท้ายรัฐบาล ก็รวยขึ้น คนก็รวยขึ้น ทั้งคนไข้ก็เสียเงินน้อยลง สุดท้ายมันก็ตกแก่เรา สวัสดิการดีขึ้น อย่างที่ว่างานพวกนี้มันไม่ได้เท่ห์เท่าไหร่ อย่างอาจารย์แพทย์ที่โรงเรียนแพทย์ เขาไม่มีอาจารย์ที่ดังๆ พวกหัวใจมันยาก พวกประสาทดัง ดูมันสมาร์ท ส่วนอาจารย์ทาง Prevention Promotion(การป้องกัน การส่งสริม) ก็จะเงียบไปเลยภาพพจน์มันไม่ค่อยเด่นเท่าไหร่"

<u>วิสัญญีแพทย์</u> มองว่าแรงจูงใจที่จะทำให้แพทย์เข้ามาทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น ต้องเกิดจากการยอมรับของแพทย์ด้วยกันเองว่าแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมได้รับการยอมรับเช่นเดียวกับแพทย์เฉพาะทางอื่นๆ และในขณะเดียวกันผู้รับบริการก็ต้องให้ความนับถือ แต่เนื่องจากผู้รับบริการมักจะให้การยอมรับแพทย์ผู้ที่ทำหน้าที่ในการรักษามากกว่า ดังนั้นจึงเห็นว่าแพทย์เฉพาะทางนั่นแหละที่จะต้องทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่กันไปด้วย *"**หนึ่ง**การยอมรับของแพทย์ด้วยกัน เพราะว่าอย่างที่บอกนะคะ เหมือนกับแพทย์ชั้นสอง ศักดิ์ศรีของความเป็นแพทย์จะน้อยกว่าถ้าเทียบกับแพทย์ที่รักษา อันนี้ก็ไม่มีใครที่จบพ.บ.(แพทย์ศาสตรบัณฑิต) ด้วยความยากลำบากเหมือนกัน แล้วมาเป็นแพทย์ชั้นสอง อันนี้คือความรู้สึกประสบมา **สอง**คนไข้เองก็นับถือแพทย์ที่รักษาย่อมมีมากกว่า เหมือนกับเขาช่วยให้เราหายจากทุกข์ทรมาน ในการที่จะพูดในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ความเชื่อถือ ความยอมรับ มันก็คงน้อยกว่า ถ้าเป็นไปได้แพทย์ที่รักษา ลองไปทำตัวสร้างเสริมสุขภาพด้วย เพื่อจะเป็นการดีในลักษณะนี้ ทุกคนได้มีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันทั้งรักษาและสร้างเสริมป้องกัน ในความรู้สึกของคนไข้ก็จะเชื่อถือมากขึ้นว่าหมอคนนี้เก่ง เคยรักษาแล้วก็หาย การที่จะพูดให้เขาป้องกันโรคต่อไป เขาก็จะเชื่อถือยิ่งขึ้น ในเรื่องของแพทย์ด้วยกันเองเขาก็ยอมรับว่ามีความสามารถในการรักษา ในขณะเดียวกันการลงมาทำงานนี้ก็ไม่ใช่หมอชั้น 2 เหมือนกับแยกไปเป็น Tranning หรือกิจกรรมสังคม อย่างหมอไม่รู้เรื่องการรักษาแล้วมาพูดๆ อย่างนี้ค่ะ"*

ส่วนการได้รับรางวัลต่างๆนั้นเห็นว่าไม่อาจเป็นแรงจูงใจได้มากพอ *"เรื่องของรางวัลตัวเองไม่เคยมองตรงจุดนี้เลย แต่ว่าถ้าเขาได้รับรางวัลก็ดี อย่างรางวัลต่างๆ ที่ให้แพทย์ชนบท ได้รับรางวัลก็ดี แต่ถ้าจะถามว่าเป็นแรงจูงใจให้แพทย์หันมาทำด้านนี้โดยตรงหรือเปล่า ในความเห็นส่วนตัวคงไม่นะคะ เพราะว่ามันก็ไม่ใช่รางวัลอะไรมากมาย หรือมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตมากพอที่จะเบนเข็มมาทำตรงนี้"*

<u>กุมารแพทย์</u> มองว่าค่าตอบแทนเป็นเรื่องสำคัญในการสร้างแรงจูงใจ ทั้งนี้แพทย์ส่วนใหญ่เปิดคลินิกทำให้เหนื่อยเกินไปที่จะรับภาระงานอย่างอื่นเพิ่ม *"อีกอย่างผมว่าเงินเดือนแพทย์ต่ำทำให้แพทย์ต้องออกไปทำคลินิก เมื่อแพทย์ออกไปทำคลินิก มันจะเหนื่อย แล้วมันจะไม่มีเวลาซึ่งเท่าที่ผมมอง ถ้าเขามีการปรับเงินเดือนแพทย์ ส่วนหนึ่งเลยผมว่าเยอะ เขาจะหยุดคลินิกเพราะหมอเปิดคลินิกก็ไม่ดีอะไร เขาจะหยุดคลินิกเพื่อมารับเงินเดือนที่เพิ่ม ถ้าเขาหยุดปุ๊บ เขาจะมีเวลาพอหมอว่างจะอ่านหนังสือ เพราะเป็นนิสัยติดตัวมา ก็อยากคุยกับคนไข้ให้ฟัง หมอจะมีนิสัยสอน*

จะดูนิสัยเขาจะดีตรงนี้" ดังนั้นแพทย์จึงต้องการมีรายได้ที่มากพอ *"ค่าตอบแทนเป็นส่วนหนึ่ง เพราะหมอแต่ละคนมีครอบครัว เพราะส่วนใหญ่ภรรยาหมอไม่ได้ทำงาน เป็นแม่บ้าน เพราะฉะนั้น หมอจะต้องหารายได้ทางนี้"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

จากการสนทนากลุ่มพยาบาล พยาบาลเห็นว่าแพทย์ที่ทำงานด้านนี้คือแพทย์ที่ทำด้วยใจ ดังนั้นแรงจูงใจสำหรับแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพก็น่าจะเป็นค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน *"เงิน เพราะว่าเขาไปคลินิก เขาได้เยอะกว่าเนอะ เพราะเงินคลินิกเขาได้เยอะ หาคนเสียสละยากตรงนั้น นอกจากจะเป็นแพทย์เพื่อชุมชนจริงๆ ประเภทชอบไปเปิดคลินิกไง และชอบทำงานลงชุมชนยังงี้ ประเภทแพทย์ดีเด่นชนบทอย่างงั้นจะได้อยู่ แต่หายาก"* ส่วนเรื่องของชื่อเสียงนั้นคงไม่อาจที่จะเป็นแรงจูงใจให้กับแพทย์ได้ *"เพราะฉะนั้นเขาไม่สนใจชื่อเสียงซักเท่าไหร่ ก็หมอผ่าตัด ผ่าอย่างนี้แล้วประสบความสำเร็จดังไปทั่วโลกแล้ว เขาก็ได้เงินผ่าที่นึง คนนั้นตรวจ GP(ตรวจผู้ป่วยทั่วไป)ทีละ 100, 200 ผ่าทีคุณได้ 5,000, 10,000 บาท อะไรอย่างนี้ ใช้เวลานิดเดียวไม่ต้องไปตากหน้าตากแดด ไม่ต้องไปนั่งลุย ผ่าตัดที 10,000 กว่าบาท ผ่าอยู่ชั่วโมง ครึ่งชั่วโมง ไปนั่งทำ GP(ตรวจผู้ป่วยทั่วไปตรวจทีละ 100 กี่ Care(ราย) กว่าจะได้ 10,000 มันยากน่ะพี่ว่ายาก"*

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าถึงแม้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ แต่กลับมีแพทย์ที่ทำงานด้านนี้น้อย การเรียนต่อเฉพาะทางก็ยังสนใจในสาขาอื่นๆ มากกว่าสาขาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง แต่หากให้แพทย์หันมาสนใจและทำงานด้านการสร้างเสริมอย่างจริงจังก็ควรจะต้องมีการปรับแนวคิดตั้งแต่ในโรงเรียนแพทย์ มีอาจารย์แพทย์ที่เป็นคนต้นแบบและได้รับการยอมรับในทุกระดับ มีค่าตอบแทนหรือโอกาสในการหารายได้โดยรวมไม่น้อยกว่าแพทย์สาขาอื่น มีเวทีสำหรับแพทย์ที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยเป็นที่ยอมรับของแพทย์ทุกสาขา การกำหนดนโยบายอย่างชัดเจนในการให้แพทย์ทุกสาขาเข้ามาทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญเฉพาะทางนั้นๆ

ดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อมาตรการและแรงจูงใจในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์อาจแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในได้แก่แนวคิดและทัศนคติของแพทย์ต่อการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยภายนอกได้แก่ ระบบการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ โครงสร้างของระบบ นโยบาย และผลตอบแทนที่ควรจะได้รับจากการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

(4) สภาพ/เงื่อนไขการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

โรงพยาบาลศูนย์(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง</u> มองว่า เนื่องจากผู้อำนวยการให้ความสำคัญต่องานสร้างเสริมสุขภาพมาก ดังนั้นจึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งการกิน การอยู่เพื่อเป็นตัวอย่างแก่บุคลากรในหน่วยงาน นอกจากนั้นผู้อำนวยการเห็นว่าแพทย์จะต้องมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยเช่นกัน ถึงแม้ว่าภาระงานของแพทย์ค่อนข้างมากในเรื่องของการตรวจรักษา แต่ไม่ใช่เหตุผลทั้งหมดของการไม่ทำกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเอง ทั้งนี้ภาระงานเป็นเพียงข้อจำกัดหนึ่งเท่านั้น *"ภาระงานเป็นส่วนหนึ่ง ผมเคยรับงานมากกว่านี้ก็ยังมีความสุข เพราะฉะนั้นไม่ใช่ทั้งหมดๆ เป็นแค่ปัจจัยหนึ่ง แต่ไม่ใช่ตัวปัญหา มันเป็นแค่ตัวข้อจำกัดซึ่งเขาสามารถเอาชนะได้ใน Limitation (ข้อจำกัด) เหล่านั้น ไม่ใช่ว่าเป็นอุปสรรคจนทำอะไรไม่ได้ ไม่ใช่เพราะผมก็เคยทำงานประเภทหามรุ่งหามค่ำมาก่อน เคยตรวจคนไข้วันละ 500-600 ก็เคยมาแล้วทั้งสิ้น ก็ยังทำได้ ฉะนั้นเขาใช้เวลานิดเดียว ถ้าถามว่าวันหนึ่งเขาดูทีวีไหม เขาใช้เวลาตอนนั้นออกกำลังกายก็ได้ ไม่จำเป็นต้องไปออกสุดโต่ง ผมไม่เห็นด้วยกับการสุดโต่ง ต้องไปวิ่งจนหัวใจต้องเต้นเท่านั้นๆ มันสุดเกินไป ฉะนั้นด้านสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นมาก ที่พูดแต่กายนะ ใจยิ่งใช่เลย เขาจะต้องหัดฟังเพลง หัดคบค้าสมาคม มีจิตใจที่ดีมี มีกิจกรรมกลุ่มร่วมกับเพื่อนฝูง ซึ่งทางหมอนี่จะแย่ คบแต่หมอด้วยกันเอง"* เมื่อกล่าวถึงนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน ได้มีการเปิดศูนย์สร้างเสริมสุขภาพขึ้นในโรงพยาบาล นอกจากนั้นการดำเนินงานเพื่อให้มีความสอดคล้องกับโครง-การหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงได้มีการปรับนโยบายให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลตติยภูมิ อย่างไรก็ตามแพทย์ ส่วนใหญ่ยังไม่สนใจในงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลเป็นแพทย์เฉพาะทาง และติดอยู่กับความเป็นเฉพาะทางของตนเอง ทำให้มองว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่เห็นผลช้า *"ประมาณ 10 คน นอกนั้นคือหมอ Technocrat (หมอที่พึ่งเทคโนโลยี)เป็นคนที่ติดอยู่ใน Specialist(ความเป็นเฉพาะทาง) เขาก็คิดว่าต้องทำหน้าที่ตนเอง เขาจะไม่มองด้านอื่น มองด้านอื่นนี่ยากมาก ฉะนั้นเราต้องสร้างศูนย์ที่ใหญ่กว่านี้ แล้วก็ให้มันเกิด Impact (ผล)เพราะการสร้างเสริมสุขภาพมันไม่ใช่เงิน ไม่เหมือนกับหมอผ่าตัดทีหนึ่งอย่างผู้เชี่ยวชาญในกรุงเทพฯ ได้ 40,000 ต่อครั้ง ในการผ่าตัดของเขา ผ่าตัดก็เห็นผลไปเลย คือลักษณะของหมอมันจะเป็นอย่างนั้น เพราะฉะนั้นงานสร้างเสริมสุขภาพมันถึงไม่รุ่ง เพราะงานสร้างเสริมสุขภาพมันอยู่ข้างหลังฉากมันเห็นผลช้า แต่ว่าพอถึงจุดหนึ่งทุกคนที่มีความทุกข์เข้าไปประดังเขาจะเริ่มเห็น จะเกิดการเปรียบเทียบ ผมต้องแข็งมาก ต้องดูแลสุขภาพอยู่ตลอดให้เห็นว่าต้องทำยังอย่างนี้ Productivity (ผลิตผล)ของการทำงานมันเกิดจากสุขภาพที่ดี เกิด Soul Mind Soul Body(จิตใจที่ดีอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์) ทั้งสองอย่างคู่กันเลย ฉะนั้นเขาสุขภาพไม่ดี ใจก็ไม่ดีไปด้วย ก็จะมีกิริยา*

มารยาทไปในทางที่อารมณ์ฉุนเฉียว ผมว่าเขาทนสภาวะต่างๆไม่ได้ดี ร่างกายก็จะกะปลกกะเปลี้ย ผมเคยมาแล้ว พอคนไข้เยอะก็โมโห โดนถามก็โมโหอะไรอย่างเนี้ย มันจะเป็นอย่างนั้น" ในขณะที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกลับถูกมองว่าเป็นแพทย์ชั้นสอง เพราะแพทย์ส่วนใหญ่จะมองว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำอะไรได้ไม่มากในแง่ของการรักษา เพราะไม่มีความถนัดหรือเชี่ยวชาญอย่างใดอย่างหนึ่ง *"แบบว่าคือเขาออกไปเขาทำอะไรได้ ไม่ใช่เขาไปจับฉ่าย Family Medicine (แพทย์ศาสตร์ครอบครัว) ฟังดูมันเหมือนแพทย์จับฉ่าย เป็นแพทย์ชั้น 2"*

ที่ผ่านมาแม้ว่างานสร้างเสริมสุขภาพจะมีมานานแล้ว แต่ลักษณะงานยังไม่มีความเด่นชัดมากนัก ในปัจจุบันได้มีการให้ความสำคัญมากขึ้น โดยการกำหนดนโยบายเพื่อผลักดันให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพจึงทำให้ดูเหมือนว่าการสร้างเสริมสุขภาพกำลังเริ่มต้น ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีแพทย์ที่ประสบความสำเร็จในด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง *"เพราะว่ามันเพิ่งเริ่มต้น ไม่มีแบบอย่างของคนที่ Success ที่ประสบผลสำเร็จในเรื่องนี้ แต่ขณะที่เขามีหมอสูติกรรม ศัลยกรรม หมออายุรกรรม หมอเด็ก ก็มีตัวอย่าง แต่ต่อไปมันจะดีเอง"* ในขณะที่แพทย์ที่พอจะมีชื่อเสียงอยู่บ้างกลับเป็นแพทย์ที่จบเฉพาะทางด้านอื่นมาก่อน *"ไม่มีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ เพราะคนที่เป็นตัวอย่างมันไปจบด้านอื่นมาแล้ว แต่ตอนหลังนี่หมอที่เป็นประธาน Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) ชื่ออะไรนะจำไม่ได้ แต่เขาจบทางอื่นมาแล้วจบ Endocrine(ต่อมไร้ท่อ) จบอะไรยังงี้มาแล้ว ไม่จบ Family Medicine (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) โดยตรง"*

บทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพนั้นต้องขึ้นอยู่กับบุคคลจากหลายๆส่วนเข้ามาร่วมมือกัน *" ผมถึงบอกว่าทั้ง อบต. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน องค์กร อาสาสมัครในหมู่บ้าน ครู พระ ก็ใช่"* มิใช่เป็นงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรชุมชน หรือองค์กรภาครัฐ แต่บทบาทของแพทย์นั้นจะต้องเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์เป็นบุคลากรที่คนโดยทั่วไปให้ความเชื่อถือ

ในส่วนงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ในการจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ยังเป็นงบประมาณเพื่อการป้องกันเสียเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของวัคซีน นอกจากนั้นงบประมาณในส่วนนี้นั้นยังต้องตัดส่วนหนึ่งเพื่อเป็นเงินเดือนของบุคลากรด้วย ส่วนความพอเพียงของงบประมาณนั้นยังไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่ามีปัญหาหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีการประเมินผล ดังคำให้สัมภาษณ์ที่กล่าวว่า*"มันไม่ชัดเจน คล้ายๆว่าใช้ฉีดวัคซีน ไปใช้ทำอะไรต่างๆ สารพัด ซึ่งเหลือไว้ใช้ทำกิจกรรมเท่าไร ยังไม่มีใครคำนวณ ซึ่งเราก็ต้องมาคำนวณ แล้วงบนี้ก็ผูกเป็นเงินเดือนและอะไรต่างๆ ไปหมด ฉะนั้นที่พูดมามันไม่ใช่แม้แต่บอกว่า OPD เท่าไหร่ นั่นเท่าไหร่ มันก็ผูกเป็นเงินเดือน มันต้องมาตัดออกจากเงินเดือน มันไม่ใช่และแต่ละแห่งมันไม่เท่ากันเลย แล้วมันต้องมาศึกษามาคำนวณว่าจริงแล้ว 175 บาท มันเหลือเท่าไหร่ ตอนนี้ยังไม่ได้คำนวณ ปีนี้เราต้องเริ่มคำนวณแล้วที่ถูกตัดไปเป็นเงินเดือนเราเอง"*

<u>แพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง</u> มองว่า นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกระทรวงนั้นยังคงเป็นการรณรงค์มากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพจริงๆ เนื่องจากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพจริงยังไม่เกิดทั้งหมดจึงเปรียบเสมือนการเดินเพียงครึ่งก้าวเท่านั้น *"ที่ผ่านมาจึงถือว่าประเทศไทยยังไม่มีการสร้างเสริมสุขภาพที่แท้จริง มีแค่การรณรงค์ให้คนมาสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนอันเดียวเท่านั้นก็คือการตั้งสสส.ขึ้นมา เพราะฉะนั้นจากแนวความคิดที่ว่าสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความตื่นตัวเรื่องการรณรงค์ใช่ แต่สุดท้ายมันต้องมีการ Maintenance(การดำรงไว้) คือเขาทำแบบต่อเนื่อง ที่เราทำก็คือจับที่จุดนี้ ไม่ใช่ว่าจับแล้วก็เลิก"*

ส่วนโรงพยาบาลนั้นผู้อำนวยการให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยการทำพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นตัวอย่างและการตั้งศูนย์สร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลตติยภูมิอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนั้นยังเป็นผู้ให้คำปรึกษาและคอยแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ *"แต่อย่างน้อยมีเสาหลักคือผู้อำนวยการท่านเป็นตัวพิงให้ว่าคุณเอาภารกิจนี้ไปทำเหอะ คือทำภารกิจที่นี้ท่านผู้อำนวยการท่านมั่นคง ท่านไม่โอนไม่เอนไม่อะไรอย่างนี้ มันก็เลยเกิดเป็นงานขึ้นมา พอเกิดปัญหาปุ๊ปท่านผู้อำนวยการท่านก็ให้กำลังใจ แล้วก็ให้คำยืนยัน เราก็กล้าทำ"*

ถึงแม้ว่าผู้อำนวยการจะให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ แต่เนื่องจากภาระงานด้านการรักษาของแพทย์ที่มาก *"คนไข้บางทีวันละ 100 คน ไม่มีเวลาแล้ว อย่างต่ำวันละ 100 คนต่อวัน แค่ตรวจให้มันเสร็จก็ไม่มีเวลาคุยแล้ว ไม่ต้องทำอย่างอื่นแล้ว ไม่มีเวลา ทุกคนได้ใบสั่งยานี้ไปรับยามันก็แทบไม่ทันแล้ว คือทุกคนต้องได้รับใบสั่งยาก่อน นี่มันเป็น Requirement(ความต้องการ) ที่เขาต้องการในการมาตรวจ"* ทำให้แพทย์ไม่มีเวลาที่จะมาทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ *"เพราะแค่รับงานประจำวันมันก็หมดแรงไปแล้ว"* แต่แพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพท่านนี้มองว่าภาระงานเป็นเพียงข้อจำกัดอย่างหนึ่งเท่านั้นแต่ไม่ใช่ทั้งหมด *"คิดว่าภาระงานการรักษาไม่ใช่ทั้งหมด เพราะว่าคนว่างงานเขาก็ไม่ทำอยู่ดี คนบางแผนกเขาก็ว่างๆ ก็ไม่เห็นเขาทำอะไร เขาก็ไม่ทำ"* เพราะถ้ามีความสนใจและตั้งใจที่จะทำจริงทางแผนกก็ให้โอกาสในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ *"ผมก็เป็นจักษุแพทย์ ผมก็ไปตรวจ OPD แล้วผมก็มาผ่าตัดตามันก็ปกติ เพียงแต่ว่าทางแผนกก็จะเข้าใจผม ก็จะ Leave(ยกเว้น) งานให้ผมบ้าง เช่น ผมออก OPD น้อยกว่าคนอื่น ผ่าตัดน้อยกว่าคนอื่น เพื่อให้ผมได้มีโอกาสมาทำงานในด้านนี้"* และเงื่อนไขสำคัญในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์คือแนวคิดของแพทย์ในการทำงานด้านนี้ *"คือเขามองว่าแพทย์ต้องรักษาผู้ป่วย งานพวกนี้จะไปให้อนามัยทำเขาจะคิดอย่างนี้ครับ ซึ่งมันเป็นแนวคิดเราบอกว่าไม่ใช่ เพราะสุขภาพมันหลายมิติเหลือเกินใช่ไหมฮะ บางเรื่องอาจต้องเอาแพทย์เข้าไปทำ บางเรื่องต้องเอาคนอื่นไปทำใช่ไหมฮะ"* ดังนั้นแพทย์เองต้องมีความเข้าใจในเรื่องของการสร้าง-เสริมสุขภาพด้วย ซึ่งถ้ามองถึงการดูแลสุขภาพครบทุกมิติแล้วแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะสามารถทำงานได้ดีกว่าแพทย์เฉพาะทาง *"คือถ้าหมอเขาประจักษ์ว่าหน้าที่เราคือการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ถ้าเข้าใจตรงนี้ Family Medicine (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)จะทำงานได้ดีกว่า แต่ถ้าบอกว่า 1 คน ต้อง*

ผ่าตัดสมองได้ ผ่าตัดตาได้ ผ่าตัดตับมันก็ต้องเป็น Specialist (แพทย์เฉพาะทาง) มันวัดด้วยคนละมิติ แต่ถ้าเขาเข้าใจว่าสุขภาพมีแต่กายอย่างเดียว หน้าที่คือต้องตัดให้มันเหี้ยนลงตัดลง ตัดลง ส่วนคนไข้จะทุกข์ทรมานแค่ไหนเป็นเรื่องของคนไข้ เขาก็เป็นSpecialist (แพทย์เฉพาะทาง)ไป มันก็มองคนละอัน มันมองคนละจุด"

ดังนั้นบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องให้การสนับสนุนบทบาทตามศักยภาพในบทบาทไหนใครสามารถทำได้ดีก็ให้การสนับสนุน *"เตรียมงบประมาณเพื่อสนับสนุนคนที่มีศักยภาพให้งบประมาณ คนที่มีศักยภาพอย่าไปมองว่าสุขภาพมันอยู่ที่โรงพยาบาล ถ้าสุขภาพสังคม จิตวิญญาณ วัดเขาทำได้ดีกว่าให้วัดทำ ให้เงินวัดไปทำ ถ้าหากออกกำลังกายครูเขาเก่งกว่าเรา ให้ครูเขาไปจัดกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน คือเรากลับไปคิดว่าพอออกกำลังกายปุ๊ป ลงสู่ชุมชนปุ๊ป เงินต้องไปที่ อบต. อบต. อาจจะไม่มีคนรู้เรื่องเลยก็ได้ ศักยภาพมันอาจเป็นครู โรงเรียนบ้าง เป็นแม่ค้าขายส้มตำบ้าง"*

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>แพทย์ทั่วไป</u> เนื่องจากอัตรากำลังของแพทย์มีไม่มากพอ ดังนั้นแพทย์จึงมีบทบาทค่อนข้างจำกัด คือ ทำได้แค่การให้ความรู้ที่ถูกต้อง และการเป็นตัวอย่างเท่านั้น *"ตัวแพทย์เองทำได้จำกัด มันทำได้ 2 อย่างเท่านั้น คือ **หนึ่ง**ให้ความรู้ที่ถูกต้อง **สอง**เราทำเป็นตัวอย่าง ทำได้แค่นี้แหละ อย่างอื่นทำไม่ได้หรอก เราไม่มี Power(พลัง) จะไปทำอะไรมากมาย นอกจากเราจะมีความพร้อมจริงๆ ในด้านเงินทุน ในด้านทีมงาน ในด้านอำนาจอะไรหลายอย่างที่จะไปผลักดันสังคมได้อย่าง ในแง่ส่วนตัวมันก็ได้แค่นี้แหละ"* จำนวนผู้รับบริการมากทำให้แพทย์ไม่สามารถที่จะให้คำแนะนำได้มาก แต่สามารถให้สั้นๆในประเด็นที่สำคัญเท่านั้น นอกจากนั้นการที่ไม่ได้ดูแลคนไข้อย่างต่อเนื่องทำให้การดูแลอย่างองค์รวมเป็นไปได้ยาก เหตุผลอย่างหนึ่งคือจากธรรมเนียมปฏิบัติในการตรวจคนไข้ *"จำนวนผู้ให้บริการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่มันไม่สอดคล้องกับผู้มารับบริการ งานเยอะมาก เราแค่ตรวจให้หมด เอาแค่รักษาอย่างเดียวนะ OPD Med(ห้องตรวจอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก) นี่แหละเอาแค่รักษาอย่างเดียว ตรวจให้หมดๆ ก่อน 4 โมงเย็น บางวันยังไม่หมดเลย ไม่ต้องทำเรื่องสร้างเสริม ไม่ต้องทำเรื่องฟื้นฟู แค่รักษาอย่างเดียวก็ทำไม่ทัน อันที่สองธรรมเนียมในการทำงานของเรามันไม่มี Holistic(องค์รวม) แต่แรก ถ้าสมมติว่าธรรมเนียมการทำงานมันเป็น Holistic (องค์รวม) แต่แรก คนๆ หนึ่งเข้ามาควรดูคนนั้นๆ นอกจากปัญหาเขาป่วย ปัญหาอื่นของเขาในวัยขนาดนี้เขาควรได้รับการบริการยังไงที่มันเป็น Package(ชุด) มาตรฐาน มาหาปัญหาอะไรก็แก้ยังงั้น เช่น มาเรื่องไข้หวัดเราก็แก้ปัญหาไข้หวัดเราก็รักษาไข้หวัดส่วนเรื่อง EPI เราไม่สน เรื่อง Nutrition เราไม่สน เรื่อง Development เราไม่สน วิธีการทำงานเป็นแบบนี้"*

นอกจากนั้นแพทย์ทั่วไปท่านนี้มองว่าแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ได้รับการยอมรับและมีศักดิ์ศรีน้อยกว่าแพทย์สาขาอื่น *"อาจจะมองว่า**ศักดิ์ศรี**ในวงการอาจจะด้อย เพราะ*

ว่าไม่ได้เรียนเฉพาะทาง เมื่อเวลาไปประชุมไปอบรม เจอกัน หรือแม้กระทั่งกินข้าวเจอกันก็มีคนถามหมอเป็นหมออะไร ถ้าบอกเป็นหมอผ่าตัดเขาก็รู้ ถ้าเราบอกว่าเป็นหมอครอบครัวเขาก็ตีสีหน้ายุ่งๆ อะไรหมอครอบครัว มันเป็นค่านิยมของสังคมแล้วก็มาเป็นค่านิยมของวงการเราเองว่าเป็นหมอศัลยกรรม หมออายุรกรรม หมอเด็กก็เดินอย่างสง่าผ่าเผยได้ เวลาไปประชุมไปอบรม ผู้แทนยามันเห็นเป็นหมอ Specialist(แพทย์เฉพาะทาง) ก็ให้ความเอาใจใส่ Respect(ยอมรับนับถือ) ดีมาก แต่ถ้าบอกว่าเป็น GP(แพทย์เวชปฏิบัติ) ก็ยืนเฉยๆ แล้วเวลาประชุมสมาคมอะไรต่างๆ อย่างของศัลยกรรม บางทีกำลังประชุมอยู่ พวกบริษัทผลิตเครื่องมือผ่าตัดทุกอย่างนี่มาเยอะแยะมาดูแลอย่างดี เอาใจใส่ มาเสนอนั่นเสนอนี่ แต่ถ้าเป็นประชุมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเหรอ มีโปสเตอร์มาตั้งให้ดู 2-3 โปสเตอร์ ผู้แทนยังนั่งคุยกันเลย นี่คือศักดิ์ศรีในสังคม อันนี้คือเรื่องศักดิ์ศรี อันที่ 2 ก็คือเรื่อง ***โอกาสของการหารายได้*** *พูดตรงๆเลยถ้าคนมองว่าเป็นแพทย์ปั๊บเนี่ยมันต้องทำร้าน ต้องทำเอกชน ต้องมีรายได้เยอะ ต้องรวย ถ้าคุณไม่ได้เป็นหมอเฉพาะทางอยู่ในเมืองคุณก็ทำมาหากินไม่ได้ ที่นี้ถามว่าคุณจะไปหาเงินจากไหนล่ะถ้าคุณอยากรวยในเมื่อ Field(สาขา) ของคุณมันไม่เปิดทำมาหากิน นอกจากหลวงจ้างก็อย่างที่บอกว่าถ้าเป็น Family Medicine (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) แล้วเงินเดือน 50,000 ถ้าเป็นหมอศัลยกรรม ได้เงินเดือน 20,000.- O.k คนอาจจะเรียนตรงนี้ แต่นี่เงินเดือนเท่ากัน คนเป็นหมอศัลยกรรม หมออายุรกรรม เขาได้ไปเปิดร้านคิดค่าบริการที 200-300 เขามีรายได้เข้ากระเป๋าวันหนึ่งห้าพันเป็นหมื่น เดือนหนึ่งเขารับเป็นแสนสองแสน กลับมาทำงานด้านรักษาสุขภาพ ป้องกันโรค เป็นแพทย์ครอบครัวเนี่ยไม่มีโอกาสไปทำมาหากินพิเศษอะไรเลยมันก็ชั้น 2 ทุกอย่าง ศักดิ์ศรีก็ชั้น 2 รายได้ก็ชั้น 2"*

และเมื่อพิจารณาในเรื่องของงบประมาณเองแพทย์ท่านนี้มองว่ามิได้เอื้อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง *"แม้กระทั่งการจัดงบประมาณก็ยังเห็นชัดเลยว่า เขาไม่ได้เน้นงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค 175 บาท ตัดโน่นตัดนี่แล้วเหลือมาที่โรงพยาบาลประมาณ 500-600 เสร็จแล้วมาให้สร้างเสริมสุขภาพ 175 แล้วยังโดนตัดไว้ที่ส่วนกลางประมาณอีกนะไม่ใช่มา 175 กระทรวงก็ตัด มาที่จังหวัดที่จังหวัดก็ตัดอีก เพราะนั้นที่มันเหลือๆ จริงๆ เพราะฉะนั้นส่วนเหลือในการสร้างเสริมสุขภาพจริงๆ มันเหลือเท่าไหร่ แต่ว่าอย่างมากก็หนึ่งร้อยเศษนิดๆ ขณะที่สัดส่วนในการรักษา 300-400 บาท ดูก็รู้เทน้ำหนักที่รักษาอยู่ดี ไม่ได้เทน้ำหนักที่ป้องกัน สร้างเสริม แล้วยังบอกอีกว่าโรคนี้ไม่แยกจากโรคอื่นนะ หมายถึงว่ารวมๆ กันนั่นแหละเพียงแต่ว่าให้แบ่ง สมมติได้ 300 ไม่ต้องบอกว่ากัน 100 มาเป็นงานสร้างเสริมรักษา ก็ไม่ต้องก็รวมๆกัน ถ้าอยากใช้ก็ไปขอใช้ในกองกลางส่วนใหญ่จะเป็นอย่างนี้ แล้วถามว่าถ้าได้ 100 บาท ต่อหัว เอาไปทำอะไรได้ไหม มันก็ทำอะไรไม่ได้มากมาย มันจ่ายบังคับนะ ไม่ใช่เฉพาะโรงพยาบาล เป็น PP*.มันก็ต้องจ่ายให้ สอ. ให้ลูกข่ายต่างๆ อีก เสร็จแล้วโรงพยาบาลจะเหลือเท่าไหร่ก็ไม่รู้ ทางกระทรวงที่จัดสัดส่วนเองก็รู้ๆ อยู่ จัด*

---

*PP. = *Promotion Prevention* = งานสร้างเสริม ป้องกันโรค

แค่นี้ ไหนบอกว่าเน้นถ้าเน้นก็บอกมาซิ เอาสร้างเสริมสุขภาพเอาไป 200 อย่างนี้ ถึงค่อยน่าเชื่อถือหน่อย เออคุณเห็นความสำคัญ แล้วก็ใช้งานตัวนี้"

<u>อายุรแพทย์</u> แพทย์ท่านนี้มองว่าภาระงานของแพทย์ที่มากทั้งการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทำให้แพทย์ไม่มีเวลาที่จะทำงานอย่างอื่น *"ถ้าออก OPD(แผนกผู้ป่วยนอก) คือปกติเวลาหมอตรวจคนไข้เราจะลงหอผู้ป่วยก่อน เพราะว่าเราจะไม่มีแยกชัดเจนว่าดูคนไข้ในก็คนไข้ในเราไม่สามารถแบ่งอย่างนั้นได้เพราะว่าคนเราน้อย ก็คือหมอจะตรวจคนไข้ในก่อนประมาณ 10.00 น. ถึง 10.30 น. ตอนเช้าก็จะมาออกตรวจคนไข้นอกถึงเที่ยง ชั่วโมงครึ่งตอนที่ตรวจคนไข้นอกก็จะเฉลี่ย 20-40 คน ถือว่าเยอะ"* เวลาที่ให้กับคนไข้นั้นน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เป็นคนไข้เก่าแทบจะไม่ได้พูดคุยแนะนำอะไรเลย แต่คนไข้รายใหม่อาจใช้เวลาเพิ่มอีกเล็กน้อยแต่อย่างไรก็ตามเวลาที่ใช้ก็ไม่เกิน 5 นาที *"แต่มันทำไม่ได้จริง เพราะว่าคนไข้เยอะมาก มันล้นมาก แต่ว่าส่วนหนึ่งเป็นคนไข้เก่าอาจจะใช้เวลาค่อนข้างที่จะเร็วหน่อย บางคนก็อาจจะซักประมาณ 2 นาทีเอง แต่ว่าคนไข้ใหม่เราจะใช้เวลาเพิ่มขึ้นนิดหนึ่ง"* แต่ถ้าจะให้ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้นจะต้องมีการจัดระบบที่เอื้อต่อการทำ *"อาจจะเป็นไปได้แต่ว่าจะต้องจัดระบบการทำงานของเราให้มากกว่านี้ หมายถึงว่าแพทย์ที่ทำงานที่นี่งานแพทย์ส่วนใหญ่คืองานบริการ ฉะนั้นงานบริการของเรามันคงจะต้องไม่บกพร่องด้วยแล้วก็มีเวลาที่จะไปทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ คิดว่าอย่างงั้นนะ เพราะว่าตราบใดที่ทำงานอย่างนี้ ในงานด้านสร้างเสริมเราก็ทำได้ไม่เต็มที่ แต่ถ้าจะให้ไปทำแบบเต็มรูปแบบหรือว่าใช้เวลาที่จะออกไปครึ่งวันหรือว่าออกไปนั่นอะไรอย่างนี้ โอกาสที่จะไปทำอย่างงั้นก็อาจจะน้อยกว่า ยกเว้นว่าเรามีงานประจำที่น้อยลงกว่านี้ ยังงี้มันก็อาจจะมีเวลามากขึ้น"*

แพทย์ท่านนี้มองว่าถ้าหากแพทย์ลงไปทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพก็จะเป็นการดีทั้งนี้เนื่องจากเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ประชาชนให้ความเชื่อมั่นมาก และหน่วยปฐมภูมิ(PCU) อาจจะเป็นจุดหนึ่งที่มีโอกาสเกิดการสร้างเสริมสุขภาพได้ *"แต่จริงๆ ยอมรับว่าคนไข้เขาเชื่อแพทย์มากกว่าเจ้าหน้าที่อื่นๆ แต่ว่าเวลาที่เราจะไปทำจุดนี้มันมีไหมแค่นั้นเอง เวลาที่จะทำอย่างเช่น ตอนนี้มี PCU เราก็เวียนกันไปออก PCU ตรงนั้นแหละที่เรามีเวลาเยอะหน่อยนั่งคุยนั่งอะไรกับคนไข้ เพราะว่าคนไข้ไม่เยอะเป็นจุดหนึ่งที่เราจะให้การสร้างเสริมสุขภาพได้เต็มที่ แต่ว่าถ้าสมมติหมอได้พูดเองอย่างเช่น เวลาอยู่กับคนไข้หรือเวลาคุยกับญาติหรือเราบอกกับเขาเองว่า เขาจะต้องทำตัวยังงี้หรือว่าติดตามการรักษาอย่างไรเขาจะเชื่อเรา เพราะฉะนั้นบทบาทของเราก็ค่อนข้างจะสูง แต่ว่าความเป็นจริงที่เราจะไปทำยังงั้นมันค่อนข้างที่จะลำบากเหมือนกัน"* แต่ทั้งนี้ต้องให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวลงไปทำเพื่อคัดกรองคนไข้ เพราะแพทย์กลุ่มนี้น่าจะทำการสร้างเสริมสุขภาพได้ดี อย่างไรก็ตามแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวยังมีค่อนข้างน้อยเพราะถูกมองว่ามีสถานภาพด้อยกว่าแพทย์ในสาขาอื่นๆ *"ภาพส่วนใหญ่มอง Family Medicine (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) คล้ายๆ กับลูกเมียน้อย"* ทั้งนี้อาจเพราะแนวคิดและค่านิยมของแพทย์ด้วยกันเองรวมทั้งของประชาชนบางส่วน *"มันอาจจะเป็นในแง่ค่านิยม เช่น คุณหมอจบทางไหน ชำนาญทางไหน หรือไม่คนไข้ถามว่าหมอ*

เรียนอะไรมาเก่งโรคอะไร เขาจะบอกว่าหมอเรียนได้ทุกโรคเลยนะ หมอดูได้ คนไข้ก็ว่าเป็นไปได้ หรือเปล่าคือมันอาจจะเป็นยังงี้หรือเปล่า แต่อันนี้เราก็ค่อยๆ แก้ความคิดของคนไข้อะไรพวกนี้"

นอกจากนั้นแล้วแพทย์ท่านนี้มองว่าความสนใจของแพทย์เองก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้แพทย์ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ *"คือต้องยอมรับว่าแพทย์หรือหมอหลายๆ คนยังชอบเกี่ยวกับวิชาการ ถ้าสมมติว่าให้มาอ่านเกี่ยวกับว่าศึกษาต่ออันนี้ จะทำงานสร้างเสริมสุขภาพอะไรจะทำยังไงกับการที่จะศึกษาโรคอะไรพวกนี้ เราจะชอบมาอ่านที่เกี่ยวกับโรคมากกว่า ค้นคว้าเกี่ยวกับว่าคนไข้ของเราเป็นโรคอะไร Investigation(การค้นหาโรค) จะทำอะไร จะรักษายังไง คือความสนใจที่จะมองทางด้านนี่ มันจะมากกว่า อันนี้ไม่รู้เหมือนกันว่าคนอื่นจะคิดยังไง"* รวมถึงบุคลิกภาพของแพทย์ด้วย *"คืออันนี้มันแล้วแต่คนนะ หมอก็มองดูว่าเพื่อนหมอบางคน เขาก็ชอบที่จะทำงานเกี่ยวกับชุมชนไปทำเกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพ ออกไปคุยกับคนไข้คนนั้น คนนี้ แต่บางคนนี่จะเป็นแบบว่าไม่ชอบพูด คือถ้าไม่ชอบพูดแล้วการที่จะไปสร้างเสริมสุขภาพไปแนะนำอะไรก็จะเป็นไปแบบ Social ถ้าเป็นคนที่ชอบพูดชอบแสดงออกนิดหน่อยก็จะไปในแง่นั้นได้ดีขึ้น คือถ้าบางคนจะเป็นคนเฉยๆ เงียบๆ อะไรยังงี้ไม่ชอบที่จะพบปะผู้คนมากนักเขาก็ชอบจะวิชาการมากกว่า ขึ้นอยู่กับบุคลิก"*

ส่วนงบประมาณนั้นยังไม่แน่ใจว่าเพียงพอหรือไม่มองคงต้องมีการประเมิน *"บอกตรงๆ ว่าไม่ทราบเลยคือเรามองอย่างเดียวว่าเงินส่วนนี้ เอามาสร้างเสริมสุขภาพ แต่อาจจะเป็นเพราะว่ามันเพิ่งจะมียังไม่มีการประเมินเท่าที่ดูตอนนี้ยังไม่มีที่ไหนประเมินออกมาว่ามันคุ้มไหม หรือมันใช้พอไหม"*

<u>ศัลยแพทย์</u> ภาระงานของแพทย์ยังค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก *"ผมต้องออกตั้งแต่ 08.30 ถึง 4 โมงเย็น ผมออกวันจันทร์ คนไข้จะเยอะหน่อย ตกแล้วแต่ละวันนะครับ เป็นช่วงๆอาจจะซัก 60-80 คน แล้วแต่ช่วงนะ ถ้าช่วงไหนเขาทำนาคนไข้ก็อาจจะลดลง อาจจะวันนึง 40-50 คน แล้วแต่ช่วง ประมาณ 60 คนได้"* และแพทย์ก็ถูกผลิตมาเพื่อการรักษา *"จำเป็นต้องเป็นหมอไหม ถ้าบอกจำเป็น เราต้องอธิบายได้ว่าจำเป็นเพราะอะไร ถ้าหมอไปอยู่ตรงนั้น เหมือนกับย้อนกลับมาว่าเราผลิตหมอมา เราเน้นเรื่องการรักษาใช่ไหม"* แต่ถ้าจำเป็นที่หมอจะต้องมาทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพแล้วนั้นแพทย์ท่านนี้มองว่าจะต้องผลิตแพทย์กลุ่มหนึ่งขึ้นมารองรับ และมีหน่วยงานที่รองรับแพทย์กลุ่มนี้ด้วยเช่นกัน แต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องของหน้าที่บทบาทที่ถูกมองว่าด้อยกว่าแพทย์สาขาอื่น *"ต้องมีหมอประเภทนี้อยู่ ก็คือต้องเป็นอะไรล่ะเป็นเฉพาะทางขึ้นมาสำหรับตรงนี้ อย่างเช่น เขามี Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) เป็นหลักสูตรเฉพาะขึ้นมาตรงนี้ ซึ่งเมื่อขึ้นมาตรงนี้ปุ๊ปเนี่ย เขาก็จะรับผิดชอบได้ แต่ไม่ใช่ว่าให้หมอไปเวียนออกเหมือนอย่างทุกวันนี้ แต่ถามว่าเรามี GP(แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) ตั้งนานแล้วแต่ว่าก็ไม่เวิร์ค(ไม่ได้ผล) เพราะว่าแต่เดิมเนี้ย GP(แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) เนี้ย เมื่อผลิตแล้วไปอยู่ไหนก็มาอยู่โรงพยาบาลนี้ พอมาอยู่โรงพยาบาลที่นี่ปุ๊ปเนี่ย เขาก็ไม่มีวอร์ด(หอผู้ป่วยใน)ของเขาเองบทบาทเขาก็กลายเป็นว่าเขาตรวจแค่คนไข้ OPD(แผนกผู้ป่วยนอก) เขาก็เหมือนว่าเขาด้อยกว่าคน*

อื่นใช่ไหม เขาไม่มีทางไปรักษาคนไข้ใน ผ่าตัดอะไรก็ไม่ได้ซักอย่างหนึ่ง อยู่ตรงนี้ไม่เหมือนกับ GP (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) ที่ไปอยู่โรงพยาบาลชุมชน ถ้า GP(แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) อยู่โรงพยาบาลชุมชนให้ทำหมดเลยทุกอย่าง เพราะมันเป็นอาณาจักรเล็กๆ ได้ เพราะฉะนั้น GP(แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) ก็เลยไม่รุ่งในเมืองไทย"

ส่วนบทบาทของแพทย์นั้นคือการสอน *"ผมว่าบทบาทของแพทย์ก็คงต้องสอน ผมว่าอันที่หนึ่งคือสอน"* ในขณะที่บทบาทหลักก็ยังคือการรักษา ดังนั้นการใช้แพทย์จะต้องให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการผลิต และมองว่าในการสร้างเสริมสุขภาพนั้นใครจะมีบทบาทก็ได้เพียงแต่มีความรู้เท่านั้น *" อาจจะเป็นแพทย์ก็ได้หรือพยาบาลก็ได้ หรือเจ้าหน้าที่ที่ฝึกมาโดยเฉพาะก็ได้ โดยที่ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ เพราะว่าแพทย์เราเน้นโดยหลักสูตรทั่วไปแล้วเรื่องการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพถามว่าจำเป็นต้องใช้แพทย์ไหม ผมว่าอาจจะไม่จำเป็น เพราะมันจะไม่ตรงกับสิ่งที่เรียนมา แต่ O.k ถ้าต่อไปเรามีหลักสูตรใหม่ หลักสูตรเกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แพทย์ O.k นั้นคืออีกเรื่องหนึ่ง แต่ทุกวันนี้แพทย์ที่เราผลิตมา เราไม่ได้ผลิตมาเพื่อเน้นสร้างเสริมสุขภาพ เราผลิตมาเพื่อเน้นการรักษา การใช้ทรัพยากรตรงนี้ ก็น่าจะใช้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ผลิตนะครับ ส่วนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นพยาบาลก็ได้ เป็น NGO(องค์กรพัฒนาเอกชน) ก็ได้ เป็นสื่อมวลชนก็ได้ จริงๆ ถ้าเราสามารถให้สื่อมวลชนมาช่วยตรงนี้ได้มันยังดีใหญ่"* นอกจากนั้นลักษณะของโรงพยาบาลแต่ละขนาดจะต้องมีกำหนดความชัดเจนในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยเช่นกัน ไม่เช่นนั้นแล้วอาจเกิดปัญหาในเรื่องของการรับผิดชอบงานหลักจะทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร *" O.k บทบาทในด้านรักษาคุณหนัก บทบาทในด้านสร้างเสริมป้องกันลดลงมาหน่อย อยู่ในกรอบแค่ไหน ปรากฏว่าตอนหลังๆ นี้ผมว่ากระทรวงไม่ได้มองตรงนั้นเลย มีแต่ว่าถ้าจะสร้างเสริมสุขภาพก็สั่งทุกแห่งสร้างเสริมสุขภาพซึ่งผมไม่ค่อยเห็นด้วยกับวิธีนี้ เพราะว่ามันจะทำให้ได้ประโยชน์ไม่เยอะ ถ้าเราสามารถแบ่งออกมาได้ชัดเจนว่าโรงพยาบาลชุมชนใกล้ชิดชุมชนมากกว่า แล้วโดยระบบของชุมชนเนี้ยมีการออกไปออกหน่วยอะไรต่างๆ เยอะ บทบาทภาระตรงนี้น่าจะเยอะก็ต้องกำหนดตรงนี้ให้เยอะนะ ส่วนโรงพยาบาล Tertiary ก็ต้องมาดูว่าลักษณะงานเขาเนี้ยมากน้อยแค่ไหน เขาพอที่จะมีหน่วยที่จะออกไปได้ไหมในใกล้ๆ ถ้าไม่ได้ก็ควรจะบอกไม่ได้ คุณไม่ควรจะทำ แต่ในเขตเมืองอาจจะเทศบาล แล้วส่วนอื่นมารับผิดชอบตรงนั้นไป ทุกวันนี้มันกลายเป็นว่าโรงพยาบาลศูนย์ทำหมดเลยทุกอย่าง เมื่อทำหมดทุกอย่างปุ๊ปเนี้ย งานหลักก็จะไม่ได้ดีเท่าที่ควรนะครับ ผมว่าอย่างนั้น"*

<u>รังสีแพทย์</u> บทบาทแบ่งเป็นสองส่วนคือคัดกรองและการรักษา *"ก็ไปอยู่บทบาทการคัดกรองตรวจสุขภาพอย่างถูกต้อง ในส่วนของการรักษาก็คือรักษาเท่าที่จำเป็นในเรื่องโรคที่เป็น แนะนำวิธีการปฏิบัติ นอกจากว่าเรื่องการจ่ายยา การสื่อสารแบบปฏิสัมพันธ์กับปัญหาเฉพาะหน้า ให้เวลาการวางแผน Prognosis(พยากรณ์) การคุยถึงการดูแลล่วงหน้าในตัวคนไข้และครอบครัวในเรื่องบทบาทผู้รักษา บทบาทสุดท้ายกรณีเป็นผู้เยียวยา ผู้ดูแลกรณีรักษาไม่ได้ ไม่มีความเครียดทั้ง*

ผู้ให้รักษาและผู้รักษา ให้ตระหนักรู้พร้อมกันว่าอันนี้รักษาไม่ได้ แต่เราให้คิดทางเลือกทางนี้ได้เราประนีประนอมกับคุณให้คุณเลือกทางนี้ได้ ว่าทำอะไรได้" แต่ที่ผ่านมาโรงพยาบาลถูกปิดประตูด้านอื่นหมดเปิดแต่การรักษาเพียงอย่างเดียว *"คือวิถีสุขภาพแบบใหม่ เราคิดว่าถ้าเอาไปทำมันไม่ใช่เรื่องยาก เพราะไม่ได้ใช้เงิน เพียงแต่ว่าเราเปลี่ยนวิธีคิด แล้วพยายามตอบสนองความต้องการของคนอื่น เขาคงอยากให้โรงพยาบาลเป็นอย่างนี้มานาน แต่เราปิดประตูว่าโรงพยาบาลมีหน้าที่รักษาคนป่วย"* ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาผู้อำนวยการจะให้ความสำคัญกับงานที่มีความเชื่อมโยงกับงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมาก *"คือที่นี่ท่านผู้อำนวยการเป็นคนที่คิดใหม่ทำใหม่ มีวิสัยทัศน์ที่อยากจะทำท่านก็กระโดดไปทำแพทย์ทางเลือก แพทย์ทางเลือกมันไม่ชัดเจนเรื่องสร้างเสริมสุขภาพ โดยเนื้อหามันคือ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง"* แต่บทบาทของแพทย์ยังค่อนข้างน้อยในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากมีจำนวนผู้รับบริการมาก *"ถามว่าบทบาทของแพทย์ต่อผู้ป่วยจะสามารถเพิ่มประเด็นความรู้ และจะสามารถสร้างความตระหนักตรงนี้ได้ไหม มันยังน้อย เนื่องจากแหล่งบริการที่มีคนไข้เยอะ เช่น ที่นี้เราไม่มีเวลาพูดเรื่องนี้ เรามีเวลาน้อยมากที่จะติดต่อคนไข้ ก็คือถามเรื่องปฏิสัมพันธ์ที่คนไข้มาเรื่องนี้ เราก็ตอบเรื่องนี้ หรือบางครั้งยังตอบไม่เบ็ดเสร็จก็ผ่านช่วงเวลานั้นไป เราไม่มีเวลาที่จะไปถามถึงเบื้องหลังของการเจ็บป่วย หรือวิถีชีวิตอะไรที่ทำให้คุณเป็นอย่างนี้ ควรจะแก้ไขประเด็นไหน"* นอกจากนั้นการสร้างแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพให้กับแพทย์มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้งานสร้างเสริมสุขภาพนั้นขึ้นกับประสบการณ์ของแพทย์แต่ละคนโดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาแพทย์ *"ในบทบาทที่ชัดเจนมากเลยก็คือ เราต้องสร้างแนวคิด เราไม่รู้ว่าแพทย์ทุกคนคิดยังไงถ้าเราไม่ได้ไปสัมภาษณ์เอง แต่เท่าที่เห็นพฤติกรรมไม่ได้สื่อสารกับประชาชนว่าอย่างนี้ถึงจะมีสุขภาพดี การสร้างแนวคิดมันคงไม่ได้มาหลังจากที่เราต้องเผชิญกับปัญหาซ้ำๆซากๆ บางคนกว่าจะรู้เรื่องนี้ก็ต้องทำงานหลายปีมาก ความคิดนี้มันจะต้องมาตั้งแต่เป็นนศพ.(นักศึกษาแพทย์)นะ"* เพราะการสร้างแนวคิดทีหลังนั้นแพทย์ท่านนี้มองว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ยากเนื่องจากมีข้อจำกัดหลายอย่าง *"คือว่าต้องใส่แนวคิดลงไปตั้งแต่เด็กยังไม่ได้เป็นหมอ ก่อนจบเป็นหมอเพราะตอนที่เขาแบกภาระในความเป็นหมอในปีสุดท้าย หรือตอนที่เขาต้องไปเผชิญปัญหาในโรงพยาบาลอำเภอ หรือว่าการต้องมานั่งเลือกอนาคต หรือต้องเผชิญปัญหาในแง่บริหาร ซึ่งตอนนั้นเขามีอายุยังไม่ถึง 30 เนี่ย เขามีเรื่องที่ต้องคิดมากแล้วเขาก็ไม่มีเวลาที่จะไปคิดถึงคนอื่นแม้แต่นาทีเดียว เป็นการพิสูจน์ตัวเองว่าความสามารถใน 5 ปีแรกของการทำงานมันเป็นภาระที่หนัก การที่เขาจะไปทำเพื่อประชาชนหรือทำเพื่ออะไรบ้าง มันก็ไม่พอ เวลาช่วงนั้นเป็นเวลาที่ไม่เหมาะ ยกเว้นว่าเราให้บทบาทนี้เขาตั้งแต่เป็นนักเรียน อาจจะเป็นรูปแบบของหลักสูตรที่เปลี่ยนไป ชั่วโมงของการพบปะประชาชนหรือองค์กรท้องถิ่นมากขึ้น โอกาสที่จะให้เขาทำวิจัยเกี่ยวกับวิถีสุขภาพ แนวคิดแบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดยบทบาทของนักเรียนแพทย์เขาไม่มีส่วนร่วม อาจจะมารับรู้ทีหลังแต่เขาไม่สามารถเอาเข้าไปเป็นวิถีชีวิตได้ว่าเขาต้องทำตรงนี้"*

ส่วนในด้านของงบประมาณนั้นว่าเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ แพทย์ท่านนี้มองว่าตนเองตอบไม่ได้เพราะเป็นเพียงผู้ปฏิบัติ

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> แพทย์ยังมีบทบาทน้อยในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์บางคนไม่ได้ลงมาทำแต่ก็ไม่คัดค้าน *"ไม่ชัดเจนนะคะ คือเขาก็ไม่ได้คัดค้านแต่ก็ไม่ได้ลงมือทำเอง"* หรือแม้แต่แพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมเองก็ยังทำไม่ได้มากเท่าที่ควร *"แม้แต่หมอที่อยู่ Field(สาขา) สร้างเสริมเนี่ยก็ยังไม่ยังไม่ได้ลงมามาก แต่หมอที่ใน Field (สาขา) ของสร้างเสริมที่ทำที่เห็นชัดก็คือ เขาจะมีเวลามาบรรยายแต่อย่างอื่นไม่มีเวลา แต่เวลาที่บรรยายต้องฟีกเวลามาก เขาจะมาทุกวันพุธถึง 10 โมง ก็คือ 10 โมงถึงเที่ยง หรือถ้ามีเชิญเป็นวิทยากรก็ต้องฟีกเวลาจะลงรายละเอียดมาก"* เนื่องจากว่าไม่มีเวลา *"หมอจะไม่มีเวลา"* ดังนั้นงานสร้างเสริมสุขภาพพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทเสียส่วนมาก ทั้งนี้เพราะพยาบาลมีเวลาที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากกว่า *"อาจจะเป็นเพราะว่าลักษณะงานของเขาด้วย เพราะพยาบาลจะได้ใกล้ชิดกับคนไข้มากกว่า งานของเราก็เอื้อที่เราจะมา Take Action (ลงมือปฏิบัติ)ในเรื่องนี้ให้มากขึ้น หรืออีกอย่างก็นโยบายของโรงพยาบาลก็ค่อนข้างชัดที่ว่าพยาบาลควรทำเรื่องนี้"*

แต่แพทย์เองก็ต้องเข้ามามีบทบาทให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการสอน อบรม หรือการเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ *"บทบาทหมอก็คงมีอีกอย่างหนึ่งนะคะ ก็คือเรื่องของการเป็นตัวอย่าง ที่ชัดเจนตรงนี้ก็คือตัวอย่างที่ถูกต้อง"* เนื่องจากแพทย์เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับความเชื่อถือสูงจากบุคคลโดยทั่วไป

โรงพยาบาลทั่วไป(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง</u> มองว่า แพทย์มีภาระงานมากทำให้ภาระงานเป็นอุปสรรคในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ นอกจากนั้นแล้วกระบวนการ ระบบการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ไม่ได้สอนหรือเน้นงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ยิ่งไปกว่านั้นแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่ได้จบเฉพาะทางด้านอื่นมาก่อนถูกมองว่ามีศักดิ์ศรีด้อยกว่าแพทย์สาขาอื่นๆ นั่นเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าระบบและวิธีคิดเองก็ไม่เอื้อต่อการผลิตแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือดึงดูดให้แพทย์สนใจเรียนในด้านนี้โดยเฉพาะ

<u>แพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง</u> มองว่า แพทย์ควรจะมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่านี้ แต่เนื่องจากอัตรากำลังไม่พอ ทำให้ภาระงานในการรักษาเป็นอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้โรงเรียนแพทย์ยังสอนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพน้อยมาก ในความเห็นคิดว่า

แนวคิดเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์จะต้องเกิดตั้งแต่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนแพทย์ต้องสอนให้ครบวงจร

แพทย์ส่วนใหญ่ยังมองว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานของฝ่ายเวชกรรมสังคม แต่อย่างไรก็ตามแพทย์ท่านนี้ก็มองว่างานสร้างเสริมสุขภาพนั้นอยู่ในงานของแพทย์ทั่วไปก็น่าจะเพียงพอ

เมื่อพิจารณาถึงงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพนั้น แพทย์ท่านนี้ยังไม่แน่ใจว่าเพียงพอหรือไม่ เพราะที่ผ่านมายังไม่มีการประเมินการใช้จ่ายงบประมาณส่วนนี้

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>แพทย์ทั่วไป</u> แพทย์ท่านนี้มองว่าแพทย์จะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ผู้นำจะต้องเห็นความสำคัญก่อนเป็นอันอับแรก *"ถ้าหัวประสาน ล่างก็เริ่ม ถ้าหัวไม่คุย ล่างก็จะไปคุยทำไม ในโรงพยาบาล ง่ายไม่ยาก แพทย์ระหว่างแผนก เขามีองค์กรคุยกัน แพทย์เอาการสร้างเสริมเข้าไป"* ส่วนบทบาทของแพทย์นั้นแพทย์จะต้องมีบทบาทในการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้แพทย์เป็นบุคลากรที่ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนส่วนใหญ่ *"ถ้าเป็น Personal Health(สุขภาพส่วนบุคคล) เขาจะฟังแพทย์ เพราะแพทย์กำลังชี้ทางสุขภาพดีให้กับเขาเป็นการส่วนตัว แต่ถ้าเป็นCommunity Health(เวชศาสตร์ชุมชน) เขาเรียกร้องให้แพทย์ทางนี้ลงมา ผมก็พยายามจะลงบทบาทที่มีหมอเฉพาะทางลงมาทางชุมชน ไปยืนหน้าเวที แล้วพูดต่อหน้าสาธารณะต่อกลุ่มเจ้าหน้าที่อนามัย บทความอาจจะต้องเขียน เพื่อกระตุ้นให้คนคิด"* การกระตุ้นสามารถทำได้โดยการพูดในสาธารณะและการเขียนบทความ เป็นต้น นอกจากนั้นจะต้องมีบทบาทของการเป็นที่ปรึกษา *"งานสร้างเสริมสุขภาพบางอย่างเราขอคำปรึกษาจากเขาๆ ก็จะมีบทบาท เช่น เลปโตสไป-โรสซิส(โรคไข้ฉี่หนู) เราก็ปรึกษาแพทย์"*

ภาระงานของแพทย์เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้แพทย์ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้น้อย *"ถ้าเป็น OPD (แผนกผู้ป่วยนอก) เคยทำสถิติ 1 คน : คนไข้ 50 คน ตั้งแต่ 8 โมงถึง 12.00 น. ช่วงบ่าย 15-20 คน ตกต่อวัน 70 คน ถ้าออกเวรไปแล้วทำต่ออีก ต้องบวกไปอีก 20-40 คน วันนั้นเขาอาจจะตรวจ 100 คน น้ำลายแห้งเลย"* เงื่อนไขในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้นแพทย์จะต้องถูกหล่อหลอมมาตั้งแต่ในโรงเรียนแพทย์ *"แต่ถ้าจะเป็นกระบวนการจริงๆ ก็มีจากโรงเรียนแพทย์"* และจะต้องมีความต่อเนื่องเพื่อจะให้เกิดความคิดในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ *"เราต้องคิดใหม่เป็นกระบวนการเรียนรู้แต่ไปต่อยอดจากความรู้เดิม แล้วต้องคิดให้เป็นระบบ"* การสร้างเสริมสุขภาพนั้นจะต้องเป็นไปในลักษณะที่ทำให้ทุกคนอยากเข้ามามีส่วนร่วม *"ขบวนการที่จะทำให้คนมีทัศนคติมิใช่คำสั่ง มันต้องออกมาด้วยอารมณ์ มีหนังสือสั่งการมาอย่างเดียว ทำไปก็ไม่เกิดประโยชน์ เพราะอารมณ์ไม่มี ส่งวิดีโอมาให้ผมดูแล้ว ผ่านกระบวนการเขาจะมีการสร้างกระบวนการพอประชาชนเห็นเหตุการณ์นี้ เขาจะเลือกทำอย่างนี้ เรายังอ่อนหัดกันอยู่ในการชักชวนให้เจ้าหน้าที่ ทำในเรื่องสร้างเสริมสุขภาพ ใช้วิธีการสั่งอย่างเดียวมันไม่ได้ประโยชน์*

ต้องใช้วิธีการกระบวนการเรียนรู้" นอกจากนั้นยังขึ้นกับประสบการณ์ของแพทย์แต่ละคน *"เราอย่าไปเรียกร้องให้แพทย์คนนี้ต้องออกไปเรียนรู้เหมือนแพทย์อีกคน เพราะชีวิตความคิดเขาผ่านมาคนละแบบ อย่างผมกับชาวนาชีวิตความผูกพันมันมี ขับรถไปก็อยากไปคุยกับชาวนา ก็เพราะเราเป็นอย่างนี้ เราอย่าไปเรียกร้องให้คนนี้ไปทำอย่างนี้ก็เพราะเราเป็นอย่างนี้ ก็เพราะประสบการณ์ที่มันต่างกัน"*

<u>สูติแพทย์</u> การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้นแม้ว่าตนเองอยากจะทำแต่ก็มีภาระงานมากทั้งการตรวจรักษา *"อย่างที่นี้เราต้องไปตรวจทั่วไป ไม่ใช่ตรวจเฉพาะ Field(สาขา) ตัวเองตรวจคือตอนบ่ายเราต้องมีเวรไปตรวจ OPD(ผู้ป่วยนอก) บ่ายตรวจคนไข้หมดเลย คนไข้ทั่วไปไม่ใช่คนไข้สูติ(สูติกรรม)"* ซึ่งตรวจผู้ป่วยนอกอย่างเดียวก็ประมาณวันละ 50-60 คน นอกจากนั้นยังมีงานอื่นๆอีก เช่น งานสอนนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล เป็นต้น *"แต่ว่าจริงๆตอนนี้มันจำกัดทางด้านบุคลากร เพราะฉะนั้นไม่ใช่ไม่อยากทำ ก็อยากทำแต่ว่าบางทีอยู่ที่ว่ามันไม่มีเวลาจะลงไปตรงนั้น เพราะว่าที่นี่ก็ค่อนข้างตึงอยู่แล้ว เรามีโครงการฝึก Intern(แพทย์ฝึกหัด) มีนักเรียนพยาบาลมา Turn(เวียนมา) ซึ่งต้องสอนหมด แพทย์เป็นคนสอนหมด มีConference(การประชุม)นักเรียนพยาบาล มี Conference Intern(การประชุมแพทย์ฝึกหัด) มีประชุมวิชาการ แล้วก็ต้องมีงานออกไปสอนโรงพยาบาลชุมชนในบางที่เข้ามา"*

ในส่วนบทบาทของแพทย์นั้นควรจะเป็นผู้นำในเรื่องของแนวคิดและแนวปฏิบัติเนื่องจากเป็นบุคลากรที่ทีมให้ความเชื่อมั่น และลงปฏิบัติบ้างในบางครั้ง *"น่าจะเป็นผู้นำคล้ายๆกับเป็นผู้นำทั้งด้านความคิดและหลักการปฏิบัติ แต่ในแง่ปฏิบัตินี้คงจะไม่ต้องให้แพทย์ถึงกับลงไป เราอาจจะให้บุคลากรอื่นที่เขามีความสามารถมีทักษะลงไปแทน หมายถึงว่า การกำหนดแนวทางหรือว่าคือน่าจะเป็นในเรื่อง แนวทางปฏิบัติ การกำหนดแนวทาง คือเป็นผู้นำ ต้นคิดว่าน่าจะไปทางนั้นทางนี้มากกว่า แล้วก็ค่อยมาประเมินเกี่ยวกับการรวบรวมมาประเมินอะไรอย่างนี้ คือน่าจะเป็นผู้นำ แต่อาจจะไม่ต้องลงไปปฏิบัติทุกครั้งไม่ใช่ไม่ไปเลย อาจจะไปบ้างแต่ว่าไม่ต้องร้อยเปอร์เซ็นต์ คิดว่าคือในความรู้สึกของตัวแพทย์เองก็น่าจะเป็นคนที่มีบทบาทในเรื่องนี้ด้วย เพราะถ้าไม่ใช่แพทย์เป็นเจ้าหน้าที่อื่นๆ เขาก็จะไม่ค่อยไม่ค่อยมั่นใจ ดูซิหมอยังไม่สนใจเลย ทุกที่จะเป็นลักษณะอย่างนี้ คือ แพทย์ควรจะมีส่วนลงไปตรงนั้นด้วยนะ มีส่วนร่วมคิดมีแนวเสนอว่าควรจะไปอย่างนั้น อย่างนี้แล้วก็ในเรื่องปฏิบัติก็อาจจะให้เจ้าหน้าที่ บุคลากรฝ่ายอื่นๆ ส่วนอื่นๆก็ได้ ไม่จำเป็นต้องลงไปถ้าเกิดเราไม่มีเวลา หรืออาจจะไปบ้าง ไปร่วมบ้างในบางครั้งที่เราพอไปได้ น่าจะเป็นแนวทางนั้นมากกว่า"*

การที่แพทย์ต้องการมีประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิมก็เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้แพทย์หันมาทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ *"เพราะฉะนั้น เราก็มีไฟมีความคิด อยากจะผลิตงานใหม่ขึ้นมา จริงๆ มันก็เป็นการเพิ่มประสบการณ์ชีวิต เปลี่ยนแปลง ความซ้ำซากจำเจ เป็นหมอแล้วจะจำเจซ้ำซากมาก ตื่นมาก็มาตรวจคนไข้ ตรวจเสร็จก็ผ่า ผ่าเสร็จก็เดี๋ยวก็นั้นก็นี่ เสร็จเย็นก็กลับบ้าน*

เดี๋ยวก็มาอีกแล้วตอนเช้า มันจำเจ แล้วเราได้ทำอย่างเช่นเวลาไปออกพื้นที่ไปอะไรเนี้ย จะรู้สึกมันสนุก มันสนุกดีไม่เหมือนกับงานตั้งรับอยู่ข้างใน เพราะฉะนั้นเพียงแต่ว่าไม่มีเวลา ไม่มีโอกาสให้เราแค่นั้นเอง บางอย่างนะค่ะ"

แม้ว่าแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจะเป็นคำตอบของแพทย์ในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่บทบาทของแพทย์กลุ่มนี้กลับไม่มีความชัดเจน *"จบมาไม่รู้จะไปทำอะไร จริงๆแพทย์แต่ละแผนก หมอสูติจบมาก็ไปดูเกี่ยวกับField(สาขา)สูติ(สูติกรรม) หมอศัลยกรรมก็ไปดูผ่าตัด Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)นั้นไปดูอะไร ถ้าแปลตามตัวก็คือเวชศาสตร์ครอบครัวใช่ไหมค่ะ ถ้าเป็นฝรั่งนี่เมืองนอกเมืองนามันก็ยังพอทำเนา บ้านเราคืออย่างตัวเองก็ยังไม่รู้เลยว่าไอ้เวชศาสตร์ครอบครัวFamily Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)มันลงลึกขนาดไหน Field (สาขา)ของมันเนี่ย Scope(ขอบเขต)ของการเรียนจำกัดอยู่ตรงไหน เคยอ่านแต่ว่าในของเมืองนอกจะมีแพทย์ประจำครอบครัวใช่ไหมค่ะ ซึ่งจริงๆ แล้วมันไม่ได้ เพราะว่าสถานภาพของเขากับของเรามันต่างกัน ของบ้านเรานี้ให้เอาแพทย์ประจำครอบครัวเลยเหรอ* ***หนึ่ง****คนไข้ยอมรับไหม มันไม่เหมือนกัน* ***สอง****ความรู้เราก็ยังไม่ดีพอว่ามันเรียนออกมาแล้วมาทำอะไร อันที่****สาม****มันได้ประโยชน์อะไร อันที่****สี่****จบมาแล้วมันจะไปอยู่ตรงไหนก็ไม่รู้ ไม่รู้ว่ามาอยู่โรงพยาบาลแล้วจะอยู่ตรงไหน มีหน้าที่อะไรมันก็ยังไม่ชัดเจน"* นอกจากนั้นยังไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์สาขาอื่น *"คือเขาทำได้ไม่เท่าคนอื่น อย่างเช่นสมมุติถามเขาว่าสูติก็ทำคลอดได้ ซีซ่า(ผ่าตัดคลอด)ได้ ตัดจมูกได้ เขาก็ไม่กล้าตัด มันไม่แน่ใจอะไรอย่างนี้ ตัวเขาก็พูดเองให้หมอสูติตัดไม่ดีเหรอ ทำไมต้องให้เขามาทำอะไรอย่างนี้ เพราะว่าเขาก็ไม่ได้อยู่Field(สาขา)นี้ แต่นี่เป็นศัลย์(ศัลยกรรม) สมมุติเป็นนิ่วให้เขาตัดนิ่วก็ให้หมอศัลย์(ศัลยกรรม)ทำซิ เขาจะไปทำเป็นเหรอ เขาก็ทำไม่เก่ง สรุปคือจบมาแล้วเขาก็ไม่รู้เป็นหมออะไร จะทำก็สู้หมอเจ้าของ Field(สาขา)ไม่ได้"*

<u>แพทย์ศัลยกรรมกระดูก</u> งานรักษายังเป็นสิ่งที่ประชาชนคาดหวังจากแพทย์ ในขณะที่แพทย์เองยังมีจำนวนน้อย *"ลงไปในชุมชนจริงๆ เนี้ย ถึงอยากทำก็ไม่มี ไม่สามารถจะไปได้นะครับ เนื่องจากว่าจำนวนหมอที่นี่มันน้อยนะครับ งานรักษามันยังเป็นสิ่งที่ต้องทำ เป็นหน้าเป็นตา เป็นสิ่งที่ชาวบ้านเขาคิดว่าลงมามันต้องมีอย่างนี้ ถ้าบอกว่าลงมามีหน้าที่ออกไปสอนไปป้องกัน มันผิดประเภทไม่เชื่อเราหรอกครับ"* จากการที่มีผู้รับบริการมากทำให้แพทย์มีเวลาที่จะพูดคุยหรือให้คำแนะนำกับผู้รับบริการได้น้อยลง*"หน้าที่โดยอ้อมก็คือก็พูดที่ผู้ป่วยนอกนั้นแหละหรือพูดกับคนไข้ผู้ป่วยในที่เราผ่าตัด ก็พยายามพูดเท่าที่เวลาจะมีให้ ในผู้ป่วยในนี้จะพอมีเวลาหน่อย ก็นั่งอธิบายถึงการป้องกัน การป้องกันอุบัติเหตุอะไร แต่เราก็พูดกับคนที่มันเกิดขึ้นมาแล้วนะ เขาก็ฟังเรา เพราะว่ามันเจอมาแล้ว แล้วก็ที่ OPD(แผนกผู้ป่วยนอก) OPD มีข้อจำกัดในเรื่องเวลา พูดได้ไม่มาก พูดได้ในรายที่มันเด่นชัดจริงๆ ว่าโรคอย่างนี้ที่เราตรวจนี้มันเกิดจากการขาดการป้องกัน อย่างนี้มันเด่นชัดจริงๆ"* จำนวนผู้มารับบริการแต่ละวันมีจำนวนมาก และไม่ได้ตรวจเฉพาะทางอย่างเดียวต้องตรวจผู้ป่วยทั่วไปด้วย *"ภาระงานประจำ งานรักษาพยาบาลมันมาก อย่างที่นี่มีหมอกระดูก 2 คน คนไข้*

ประมาณ 30 กว่าเตียง แล้วก็ต้องช่วยตรวจผู้ป่วยทั่วไป ที่นี่แล้วแต่ฤดูกาลนะครับ สูงสุดก็วันละ 1,000 ก็มีนะครับ อย่างน้อยนี่ อย่างฤดูกาลที่ชาวบ้านเขาเกี่ยวข้าวไม่ว่างนี่ 3-4 ร้อย เพราะฉะนั้นกำลังมันจะใช้ไปในเรื่องแบบนี้เยอะ" ทำให้ต้องเร่งรีบในการตรวจ เพราะปัจจัยจากตัวผู้รับบริการที่ต้องรีบกลับให้ทันรถเข้าหมู่บ้าน *"ถ้าตรวจให้เขาช้าหลังเที่ยงรถก็ไม่มีกลับบ้าน ส่วนใหญ่ก็จะมาจากชนบทไม่มีรถโดยสาร ก็ต้องพยายามเคลียร์ให้หมดก่อนเที่ยง หลังเที่ยงช่วงบ่ายมันก็จะว่างหน่อย แต่พอว่างปุ๊ปคนไข้มันก็ไม่มีแล้วละ พวกเขาก็กลับก็คือเป็นปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจสังคมมาโยงใยเรื่องรักษาพยาบาล ก็กลับไปสู่ประเด็นที่ว่า เวลามองคนไข้ก็ต้องมองแบบองค์รวมไง ว่าทำไมหมอถึงรีบตรวจคนไข้จังเลย เอาไปรอบ่ายไม่ได้เหรอ รอบ่ายแล้วไม่มีรถกลับเนี้ย ทำไมต้องใช้เวลา 3 นาที 10 นาทีได้ไหม อยากทำอย่างนั้นเหมือนกัน แต่มันทำไม่ได้"*

ถึงแม้จะคิดว่าแพทย์จะต้องทำให้ได้หลายๆอย่าง แต่เนื่องจากข้อจำกัดข้างต้นทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพที่อยู่ภายนอกโรงพยาบาลตกอยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายเวชกรรมสังคม *"มันก็จะมีทั้งส่วนข้างนอกและข้างในโรงพยาบาลนะครับ ไอ้ส่วนข้างนอกนี่หน้าที่หลักๆ ก็อยู่ที่เวช-กรรมสังคม อันนี้ก็คือทุกงานทุกอย่างที่กระทรวงเขากำหนดมานะครับ"*

งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็นงานที่ผลช้า ไม่ชัดเจน และต้องใช้เวลานาน และมีค่าตอบแทนที่ต่ำ *"ผมว่ามันไม่เห็นผลชัดเจน มันเหนื่อยพูดมากกว่ามานั่งตรวจ มันไม่เห็นผลขึ้นมาแบบปุ๊ปปั๊บทันทีไงพวกนี้ มันต้องอาศัยกำลังใจ ความตั้งใจเยอะน ะไปพูดปั๊ปชาวบ้านเขาไม่สนใจฟัง ไปนั่งพูด สอน ยกตัวอย่างมีหมอคนหนึ่งไปยืนพูดเรื่องเบาหวานก่อนที่จะตรวจที่ OPD(แผนกผู้ป่วยนอก) เมื่อสอนไปนานๆ เขาก็ถามชาวบ้านว่า อยากจะถามอะไรหมอ ชาวบ้านเขาถามว่า เมื่อไหร่หมอจะตรวจซะที อย่างนี้มันฟังเสร็จมันก็ท้อแล้วใช่ไหมครับ นี่คือปัจจัยว่ามันไม่เห็นผล มันเหมือนไม่เห็นผล มันไม่ได้ตังส์ พูดตรงๆ เลย มันไม่ได้เงิน เหนื่อย เงินเดือนเท่าเดิมไม่ได้อะไร นั่งตรวจคนไข้เนี่ยไปตรวจคลินิก โอโห้! ได้เงินเยอะกว่า แทนที่จะเอาเวลามาออกไปสอนชาวบ้านอย่างนี้นะมาคิดงานในเชิงรุก คือปัจจัยต่างๆ และแรงจูงใจไม่ได้มากพอ ออกชุมชนไม่มีพิเศษ ไปนั่งสอนหนังสือหรือว่าออกหน่วยไปเยี่ยมบ้านไปแบบเชิงรุก ออกไปPromote(ประชาสัมพันธ์)เรื่องสุขภาพต่างๆ ไม่มี มันจะมีเป็นลักษณะงานบริการ มาขึ้นเวร มาตรวจ OPD(แผนกผู้ป่วยนอก) นอกเวลาอย่างนี้จะมีให้ค่าตอบแทนแผนมันชัดเจนอยู่ที่งานบริการ ส่วนการป้องกันไม่มี มีแต่คำชมเชยหรือไปดูงานต่างประเทศ หรือโครงการได้รางวัลมีงานเด่นๆ นานแบบนานมาก 3 ปี 4 ปี มีได้ไปทีหนึ่ง แต่ชัดเจนมานั่งตรวจ OPD ได้เงินได้แน่นอน DF (Doctor Fee=ค่าธรรมเนียมแพทย์) คิด 30 บาท ตรวจ 100 หนึ่งก็ได้ 3,000 ชัดเจน"*

หลักสูตรในโรงเรียนแพทย์เองเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้แพทย์หันมาสนใจงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ แต่ที่ผ่านมาหลักสูตรในโรงเรียนแพทย์ไม่ได้เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ *"เรียนวิชาการเป็นหลัก หลักสูตรที่เกี่ยวกับวิชาการพวกนี้ ทางเวชศาสตร์ชุมชน พวกที่ให้เรามองเรื่องข้างนอกแทบไม่มีอะไรเลย ที่ไปกระตุ้นให้เราอยากออกไปชนบทหรืออยากออกมา*

ทำงานป้องกัน เน้นเป็นเชิงรักษามากกว่า" และคนต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพเองก็มีอยู่น้อย *"น้อยครับ ไม่มีคนต้นแบบ คนต้นแบบมันจะเป็นวิชาการ อาจารย์ดังๆ ใช่ไหมครับ อาจารย์ท่านนั้น ท่านนี้ดังๆ โอ้โห้! ฝีมือรักษาผ่าตัดแบบใหม่ คนดังแบบอย่างนั้นนะเยอะแต่คนต้นแบบทำชุมชนแล้วดังจริงๆ น้อยมาก แทบไม่มีเลย ลองนึกชื่อดูซิ หมอชนบทที่ดังๆ ในอดีต ตอนนี้ก็เข้าไปสู่การเมือง อะไรก็เปลี่ยนไปหมดแล้ว เข้าไปมุ่งหาอำนาจมันก็ไม่มีต้นแบบ น้อยครับ"*

ในขณะเดียวกันแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่น่าจะเป็นความหวังในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยแพทย์ก็ไม่สามารถตอบสนองได้อย่างจริงจัง ทั้งนี้ด้วยความสนใจของแพทย์ที่ไปเรียนบางคนไม่ได้เกิดจากความสนใจอย่างจริงจังแต่ด้วยเหตุผลอื่นๆ *"ก็คือเหตุผลส่วนใหญ่จัดไปเรียนเพราะว่าหนึ่งมันไม่ต้องใช้ทุน จบแล้วเรียนเลย ไม่ต้องออกมาบ้านนอก บ้านอยู่กรุงเทพฯ พ่อแม่อยากให้อยู่ บ้านมีเงินแล้วไม่ต้องรีบไปหาเงินอะไร เรียนก็จะได้อยู่กรุงเทพฯ เพราะว่าการเรียนFamily Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)สามารถเลือกต้นสังกัดในกรุงเทพฯได้ เช่น คุณอยากอยู่โรงพยาบาลนนทบุรี โรงพยาบาลอะไรอย่างนี้ได้หมดนะเขาก็ไปไม่อยากใช้ทุน แล้วก็ไม่ต้องออกบ้านนอกได้อยู่ในกรุงเทพฯ เท่าที่ผมคิดนะไม่รู้คิดตรงกับคนอื่นรึเปล่า ผมว่าที่เขาไปเรียนกันหลักๆ มันเป็นอย่างเนี้ย เรียนเพราะว่าอยากเป็นFamily Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) จริงๆ ไหม ผมไม่แน่ใจว่าจะมีเยอะไหม คิดว่าน้อยครับ"* โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุผลที่ไม่ต้องใช้ทุนและอยู่ในเมืองใหญ่ *"ถามเลย Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) มีใครเอาทุนโรงพยาบาลที่นี่ไหม ไม่มีหรอกครับFamily Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) เขาเอาทุนอะไรโรงพยาบาลวิชระ โรงพยาบาลราชวิถีอะไรอย่างเนี้ย คือสังเกตได้เลยในช่วงแรกๆ มันจะเป็นทุนในโรงพยาบาลกรุงเทพฯ ไม่มีหรอกครับทุนโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปเรียน Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)"* ถึงแม้ว่าแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจะมีโอกาสทางราชการที่ดีกว่าแต่โอกาสในการทำงานส่วนตัวค่อนข้างน้อย *"หน่วยงานราชการเขาก็พยายามPromote (ประชาสัมพันธ์)นะหมอ Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) เช่น ไปเรียนให้ไม่ตั้งเงินเดือนอะไรอย่างเนี้ย รู้สึกเขาจะมีเงื่อนไขเยอะแยะเลยที่เอื้อนะ ก็ Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) ในแง่ทางราชการก็ให้โอกาสเยอะกว่าเทียบกับหมอที่เรียนเฉพาะทางสาขาอื่น แต่ในแง่ผมว่าหมอส่วนใหญ่ก็คงไม่ได้มองเรื่องราชการมั้ง เพราะมันมีรายได้ทางอื่นนะ เปิดคลินิกหรือทำอะไร ทำอย่างนั้น Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) มันสู้ไม่ได้ แต่ทางราชการ O.k ดีกว่า"* นอกจากนั้นแล้วศักดิ์ศรีของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกลับถูกมองว่าด้อยกว่าแพทย์ในสาขาอื่นๆ *"ความมีศักดิ์ศรีในเรื่องการ Discuss(อภิปราย) ในวงวิชาการอย่างเนี้ยไปคุยเรื่องโอโหเนี่ย คนไข้เนี้ย Complicate (ซับซ้อน)เราจบก่อนมานั่ง Discuss) Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) ไปนั่งมองๆ อะไรอย่างเนี้ย คือในแง่ในวงของศักดิ์ศรีของอาชีพนะ คงจะมองในแง่นั้นถึงไม่นิยมเรียนกัน"* และที่สำคัญการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์เกิดจากความสนใจส่วนบุคคลเป็นหลัก *"ผมสนใจแน่นอน ผมจบมาผมไปอยู่โรงพยาบาลชุมชน สมัยผมอยู่โรงพยาบาลชุมชนสนใจแล้ว*

ผมสนใจงานป้องกัน งานรักษาพยาบาล แต่ติดที่เราอยู่ในประเทศไทยมันทำไม่ได้ ก็ทำได้แค่ช่วงหนึ่งของชีวิต ช่วงทำงานจบมาใช้ทุน ผมไปอยู่โรงพยาบาลอำเภอ..... ห่างจากที่นี่ 40 กิโล ผมออกหน่วย ผมทำงานเชิงป้องกันมาเยอะ แต่พอมันเจอสิ่งแวดล้อม ความจำเป็นในทางอาชีพหลายๆอย่าง มันทำให้เราต้องมาเรียนทางนี้อยู่ดีนะครับ พอจบมาทำงานด้านกระดูกแล้ว สนใจไหมก็ยังสนใจอยู่ แต่ผมก็พยายามทำในขอบเขตที่ผมทำได้ แต่ให้ผมนั่งตรวจคนไข้อย่างเดียวผมก็คงไม่ทำ"

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นความสนใจส่วนตัวของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ *"มันขึ้นอยู่กับความสนใจของแพทย์ด้านไหน บางคนสนในวิชาการ สนใจในวิจัย ก็จะคิดหารูปแบบการวิจัย ผลงานวิจัยนี้คนอื่นเคยศึกษามาพูดในที่ประชุมให้ทราบ มีแรงจูงใจว่าตัวเราจะทำ จะคิดอะไรขึ้นมาก็จะถ้าคิดว่าจะทำแบบนี้แล้วลูกน้องทำด้วยก็จะไปได้ดีเฉพาะแผนก แผนกไหนแพทย์ไม่เอาด้วยก็ไม่ทำ ถ้าแผนกไหนแพทย์บอกว่าสร้างเสริมก็จะสร้างเสริมทั้งแผนก แผนกไหนแพทย์บอกว่าเฉยๆ ก็เฉยกันทั้งแผนก"* ดังนั้นโรงเรียนแพทย์ต้องมีบทบาทมากขึ้นในการสร้างความตระหนักในด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ที่จะจบออกมาเป็นแพทย์ *"ตรงนี้จะต้องออกมาตั้งแต่โรงเรียนแพทย์แล้วว่า มีแพทย์เฉพาะทางเวชปฏิบัติโดยตรงแพทย์ประจำครอบครัวโดยตรงที่ออกมา แต่ถามว่าศักดิ์ศรีของแพทย์เขาจะเริ่มแบ่งเกรดกันว่าต่อศัลย์(ศัลยกรรม)ต่อออร์โธ(Ortropedic) ต่ออายุรกรรมเกรดไหน ทุกคนใฝ่ฝันที่จะไปต่อศัลย์ยูโรเฉพาะทางมากกว่าจะเลือกออกไปชุมชน เป็นความรู้สึกว่าสิ่งไหนที่คนยังทำไม่ได้จะต้องรีบทำ ฉันจะได้เป็นเทวดาองค์เดียว เรื่องของงานสร้างเสริมใครก็ทำได้ ใช้ใจแค่นั้น แต่ว่าผ่าตัดหัวใจถ้าไม่มีฉันใครก็ทำไม่ได้ มันจะต่างกัน"* และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวต้องได้รับการยอมรับและมีศักดิ์ศรีเท่ากับแพทย์สาขาอื่น

ส่วนบทบาทของแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพนั้นพยาบาลมองว่ามีความสำคัญเพราะแพทย์เป็นบุคลากรที่ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความเชื่อมั่น ถ้าแพทย์อธิบายหรือให้ความรู้แก่ประชาชนได้มากขึ้นก็จะเป็นสิ่งดี *"ความเชื่อถือจะอยู่ที่ตัวแพทย์มากกว่า คงเปลี่ยนทัศนคติของคนไข้ได้ยาก ถ้าหากแพทย์เข้ามาร่วมในส่วนนี้ มาให้ความรู้ในบางส่วนที่เราอาจจะรู้ไม่มากเท่าแพทย์ก็จะเป็นการดี"* แต่ก็เป็นไปได้น้อยเนื่องจากภาระงานในการรักษาของแพทย์ยังมีมาก *"คือหมอทำงานหนัก ซ่อมหนักไม่มีเวลาสนใจจุดอื่น ฉันทำของฉันก็เต็มที่อยู่แล้ว ถ้าหมอเราเยอะขึ้น มาใหม่แผนกนี้ก็เต็ม แผนกนั้นก็เต็ม ถ้าเข้าไปแล้วก็ไปเป็นลูกน้อง ฉันก็เลยต้องหาที่ให้ตัวเองใหม่ ก็อาจจะไปอยู่ที่นั่น (งานสร้างเสริมสุขภาพ) ถ้าหมอเยอะขึ้นก็อาจจะเป็นไปได้ ปัจจุบันเดี๋ยวนี้คิดว่ายาก"*

โรงพยาบาลชุมชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหาร</u> มองว่า การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์แม้จะเป็นโรงพยาบาลชุมชนก็ถูกจำกัดด้วยภาระงานด้านการรักษาที่มีมาก *"แต่ก่อนก็จะมีข้อจำกัดหลายๆ อย่าง แต่ก่อนเรื่องในชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ บางครั้งภาระงานภารกิจต่างๆ ในโรงพยาบาลค่อนข้างที่จะตึงมือ ทางโรงพยาบาลก็จะมีหมอ ไม่เยอะน่ะครับ อย่างประมาณผมก็มีประมาณ 4-5 คน ในตอนนี้เราต้องดูแลคนไข้ในด้านการรักษาพยาบาล วันหนึ่งๆ ประมาณ 400 ราย ในแต่ละวันพูดง่ายๆ คือแทบไม่มีเวลาที่จะไปคิดอย่างอื่น เราแค่ตรวจเท่านั้นก็หมดเวลาแล้ว"* ทำให้แพทย์ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้น้อยมาก แม้ว่าประชาชนจะให้ความเชื่อมั่นในแพทย์มากกว่าบุคลากรสาธารณสุขอื่นก็ตาม

นอกจากนั้นโรงพยาบาลชุมชนยังมีการโอนย้ายแพทย์บ่อยมาก *"ก็มีแพทย์ที่ย้ายบ่อย แพทย์นี่เป็นกลุ่มที่เขาต้องไปไว บางทีก็มาอยู่แค่ปี 2 ปี อยู่นานก็เป็นผู้อำนวยการนะครับ"* และแพทย์ที่ต้องไปอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนต้องทำหน้าที่หลายอย่างทั้งงานด้านการรักษาและรวมถึงงานด้านบริหารอีกด้วย *"การปฏิบัติงานในระบบชุมชน ซึ่งจะไม่เหมือนกับโรงพยาบาลใหญ่ๆ ซึ่งจะแบ่งเป็นแผนกชัดเจน บางทีอยู่ชุมชนต้องทำงานหลายด้าน สร้างเสริมงานรักษา งานบางครั้งต้องทำงานบริหารไปในตัว"*

เมื่อพูดถึงบทบาทของแพทย์ในงานด้านการสร้างเสริมในภาวะดังกล่าวข้างต้นแล้ว แพทย์ท่านนี้มองว่าแพทย์ควรมีบทบาทในการเป็นผู้นำ หรือแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพ *"โดยศักยภาพของแพทย์ ผมคิดว่ามีบทบาทค่อนข้างเยอะ ในการเป็นผู้นำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะในชุมชน บทบาทของแพทย์จะเป็นบทบาทที่ประชาชนให้ความเชื่อถือค่อนข้างมากอยู่ ถ้าเรามาเน้นบทบาทนี้ให้ชัดเจนมากขึ้น ผมคิดว่าน่าจะเป็นผู้นำในชุมชนได้เลย ในการเป็นแกนนำสร้างเสริมสุขภาพอย่างดี"*

สำหรับงบประมาณนั้นต้องมีการเพิ่มงบสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพให้มากกว่านี้ เพราะเท่าที่มีในปัจจุบัน 175 บาทนั้นยังเป็นการเน้นไปที่วัคซีนในการป้องกันโรคเสียเป็นส่วนมากที่เหลือสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพยังมีไม่มากพอ

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>แพทย์ทั่วไป</u> ภาระงานของแพทย์ในปัจจุบันทั้งการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแต่ละวันต้องตรวจผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ย 70-80 คนต่อวัน *"ก็ตอนนี้ตรวจวันหนึ่งก็เป็นร้อย ขนาดช่วงนี้ไม่ค่อยมีคนไข้ก็ยังเยอะอยู่ 60-70 คนเนี่ย หมายถึง Rate(อัตรา) ในโรงพยาบาลชุมชนนะครับ ก็คือถ้าจะให้ดีก็คงประมาณ 50 คนนะ แต่หมายถึงว่าหมอต้องเยอะนะถึงจะทำได้"* ทำให้ไม่สามารถที่

จะพูดคุยให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่ *"หมายถึงว่าถ้าหมอจะตรวจเยอะ กับปริมาณผู้รับบริการ ไม่ใช่พูดละเอียดหมด แต่ว่าทำได้ในข้อจำกัดนั้นๆ"*

ในโรงเรียนแพทย์เองก็ยังคงเน้นในเรื่องการรักษามากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้บุคลากรที่ผลิตออกมาสนใจในงานรักษามากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ *"ส่วนใหญ่ตอนที่เรียนตามโรงเรียนแพทย์ เขามักจะสอนเรื่องการรักษามากกว่าการป้องกัน เพราะฉะนั้นความสนใจหลังจากที่ผลิตบุคลากรออกมาแล้ว บุคลากรส่วนใหญ่มักจะสนใจในเรื่องการรักษามาก โรงเรียนแพทย์ การประชุมวิชาการหรือตำแหน่งตามวิชาการต่างๆ เขาจะให้ความสนใจรักษามากกว่าการป้องกัน คำว่าการป้องกันมันก็เลยไม่บูมเท่าไร"* นอกจากนั้นแล้ว การทำงานด้านการรักษายังได้รับการยกย่องและมีชื่อเสียงมากกว่า *"มันไม่ดังเท่ากับการรักษามั้งครับ ถ้ารักษาโรคยากๆ หายอย่างผ่าตัดอะไรอย่างนี้ คนจะให้ความสำคัญมากกว่า ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพก็เลยไม่ค่อยบูม"*

ส่วนการเป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวนั้นกลับถูกมองว่ามีหน้าที่ที่ไม่ชัดเจน *"อย่างถ้าเราไปเรียนด้านสร้างเสริมสุขภาพมันก็ยังไม่ออกมาชัดเจนว่า จบมาแล้วทำอะไร จะไปอยู่ตรงไหน งานจะเป็นยังไง แต่ถ้าเทียบกับงานแพทย์เฉพาะทาง เช่น หมอศัลย์(ศัลยกรรม) จบมาแล้วก็รู้ว่าเราอยู่จุดนี้หน่วยนี้ แผนกนี้ จะมีรูปแบบชัดเจนเป็นรูปธรรมมากกว่า และค่าตอบแทนชัดเจนมากกว่า"* และไม่ได้รับการยอมรับเท่ากับแพทย์สาขาอื่น *"ถ้าเราเรียน Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)มา แล้วมาอยู่ชุมชนมันก็ได้ไม่เกินแพทย์ GP เท่าไร พอลงมาก็ทำได้แค่นี้ ถ้าไปเรียนเพิ่มเติมเป็น Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)มาก็จะมีความรู้มากกว่า แต่ว่าพอมาอยู่อย่างนี้ถามว่าความรู้เยอะกว่า GP(แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) ไหม เวลา Deep(ลึก)ลงไปในแต่ละโรคๆ ไม่ค่อยได้ต่างกันเท่าไรเลย ถามว่าแนวกว้างทำได้เยอะไหม ก็โรงพยาบาลมันทำได้แค่นี้มันก็เท่ากันเออ..อย่างนี้แล้วจะไปเรียนทำไม เพราะข้อจำกัดของโรงพยาบาลทำได้แค่นี้ ถ้าถามว่าจะไปอยู่ตามโรงพยาบาลที่มีอำนาจมากกว่าไหม เช่น ตามโรงพยาบาลศูนย์ ตามโรงพยาบาลจังหวัดที่มันทำอะไรได้มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน ก็เขาก็มี Specialist(แพทย์เฉพาะทาง) ของเขาอยู่แล้ว ตามแต่ละสาขา เราไปอยู่เนี่ย เราจะไปอยู่ไหน สาขา Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) จะไปช่วยศัลยกรรมตรวจเขาก็ไม่เชื่อ เราจะไปช่วยอายุรกรรมตรวจเหรอ มันก็ไม่ได้จริงไหมครับ เขาจะมองว่าอย่างนั้น"*

สำหรับงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้นไม่ได้ใช้งบประมาณมากเท่ากับการรักษา แต่เท่าที่ให้ในปัจจุบัน 175 บาทนั้นก็น่าจะเพียงพอ แต่ว่าจะต้องมีการประเมินว่ามีความเหมาะสมหรือไม่

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> แพทย์ยังเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการรักษาเป็นหลัก เพราะเรียนมาเพื่อการรักษา ดังนั้นบทบาทที่คาดหวังในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจากแพทย์

คือ การมาเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ *"เพราะว่าแพทย์เขาเรียนมาเพื่อรักษา ไม่ได้มาสร้างเสริม ไม่รู้หรอกเป็นอย่างไร กินอย่างไร อาจจะมีบ้าง รู้อยู่ แต่เขาไม่ได้เน้นนะ ถ้าเราให้เขามาเป็นแกนนำของเราได้ก็ดี"* เพราะแพทย์เป็นบุคลากรที่ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนมากกว่าบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ *"ถ้าเป็นแพทย์ มันจะมีพลังมากกว่า มีศักยภาพที่ดีกว่าตามความรู้สึกของคนไข้ของประชาชนทั่วไป จะมาเป็นหัวหน้าทีมนำพวกเราก็ได้ อาจจะเอาแพทย์มาเป็นทีมนำพวกเราแต่ในระดับปฏิบัติเป็นพวกเรา"* และนอกจากนั้นยังมีความรู้ทางวิชาการในเชิงลึกมากกว่าบุคลากรอื่นๆ *"ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์มาเป็นผู้นำในด้านวิชาการเชิงลึก"* ส่วนในระดับปฏิบัตินั้นบุคลากรอื่นสามารถที่จะเข้ามามีส่วนร่วมได้ *"ถ้าสร้างเสริม อสม. ก็น่าจะทำได้ เจ้าหน้าที่ สอ. ก็ทำได้ พยาบาลก็ทำได้ จริงๆ ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ แต่สร้างเสริมครูก็ได้ ผู้นำชุมชนก็ได้"*

แต่ปัจจุบันบทบาทของแพทย์กลับถูกกำหนดด้วยเงื่อนไขหลายอย่างไม่ว่าจะเป็นนโยบาย *"นโยบายไม่ชัดเจนของผู้นำ ถ้าผู้นำมีนโยบายชัดเจนแล้ว คนระดับรองมาก็ต้องทำตามนโยบายอยู่แล้ว เขาต้องแบ่งกัน เขาต้องแบ่งกันอยู่แล้ว เขาจัดเวลาเขาอยู่แล้ว"* การไม่ใช่บุคคลในพื้นที่และต้องย้ายบ่อยๆ *"แพทย์ที่มาส่วนใหญ่ก็เป็นแพทย์ที่มาจากที่อื่น ส่วนใหญ่เป็นมาจากภาคกลาง เขาก็ไม่เข้าใจวัฒนธรรมอะไรของที่นี่ ไม่รู้จักต้นข้าว ไม่รู้จักชาวบ้าน ไม่รู้จักควาย"* นอกจากนั้นงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นงานที่เห็นผลช้าไม่เหมือนกับงานรักษา *"เขาอาจจะมองดูว่ามันยาก ไม่เห็นผลง่าย มองแล้วไม่คุ้ม เสียเวลาไม่คุ้ม เขาต้องพูดอย่างนี้แน่นอน ไม่ค่อยเห็นผลไม่เหมือนไปผ่าตัดนะ ส่วนใหญ่ว่าไม่ใช่หน้าที่มันน่าจะตรงนั้นมากกว่า"* ขาดการยอมรับจากแพทย์สาขาอื่น และโอกาสในการหารายได้น้อยกว่า *"มันอาจเป็นเรื่องของหนทาง การทำมาหากิน ถ้าเขาเป็นแพทย์เฉพาะทาง เขามีโอกาสที่ทำมาหากินมากกว่า ถ้าสมมติเขาเป็นเฉพาะทางด้านสร้างเสริม Family Medicine(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) เปิดคลินิกก็ไม่รู้ว่าจะขึ้นป้ายว่าหมออะไร มันไม่เหมือนว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคกระดูกและข้อ"*

โรงพยาบาลเอกชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหาร</u> มองว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยังเน้นที่งานรักษา *"อุปสรรคก็คือเมื่อหมอส่วนใหญ่คิดว่าการรักษาเป็นงานหลักที่เขาควรจะทำ เมื่อเขาสนใจอย่างนี้แล้ว งานด้านสร้างเสริมเขาก็ให้คนอื่นทำ ไม่รู้ใคร ก็เป็นอย่างนี้อุปสรรคขั้นต้นคือความรู้สึกของหมอส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าอยากจะรักษาคน แต่ว่าเขาก็รู้ว่า ถ้าป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยมันก็ดีต่อโดยภาพรวม ประเทศของเราก็จะมีคนที่มีสุขภาพดีเป็นส่วนใหญ่ อย่างงานของหมอที่รักษาก็น้อยลง ก็สามารถจะเน้นให้รายละเอียดลงไปได้ดีขึ้น ทุกคนก็เข้าใจ แต่เขาจะรู้สึกว่างานนี้ใครอยากทำดี สาธุ! ถ้ามีคนทำ เขาจะสนับสนุนมาก แต่ถ้าให้เขาทำ หาคนที่ทำเรื่องนี้น้อย"* โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่ต้องการศึกษาในเชิงลึกมากกว่า *"อย่างผมเป็นหมอ Orthopedic(ศัลยกรรมกระดูก) หรือหมอศัลยกรรมอะไรอย่างนี้ เขาก็จะ*

เน้นเรื่องของความลึก ในด้านลึกของงานเขา ซึ่งยิ่งลึกก็ยิ่งมีอะไรใหม่ๆ แปลกๆ เข้ามาเรื่อยๆ เขาสนใจ มันชวนติดตามด้านนั้นมาก เพราะฉะนั้นเขาเหมือนรู้สึกว่าการทำ Health Promotion(สร้างเสริมสุขภาพ Prevention(การป้องกันโรค)ต่างๆ มันก็เป็นเรื่องของหมอคนอื่น เขาไม่รู้ว่าใคร หมอคนอื่น" เพราะการทำกิจกรรมที่นอกเหนือจากการทำงานเฉพาะทางถูกมองว่าเป็นการเสียเวลา *"กรณีถ้าเผื่อจะต้องมีกิจกรรมใดที่ต้องออกนอก โรงพยาบาลไปทำอะไร ที่มันไม่เกี่ยวกับ Specialty (ความเป็นเฉพาะทาง)ของเขาแล้ว ก็รู้สึกว่าเป็นการเสียเวลาและเขาจะรู้สึกไม่ค่อย Respond(ตอบสนอง)ในหน้าที่ ผมถึงบอกว่าถ้าเราคิดว่าจะให้Specialist(แพทย์เฉพาะทาง)มาทำงานด้านสร้างเสริมมันค้านกันในความรู้สึก แต่เขาก็รู้ว่ามันดีแต่หน้าที่เขาหลักๆ จะต้องไปด้านลึกๆ ด้านนี้ ด้านที่จะทำอย่างไรให้สมรรถนะหรือประสิทธิภาพในการรักษาโรคเฉพาะทางให้มันดียิ่งขึ้น เพื่อที่จะให้มันมีคุณภาพสูงยิ่งขึ้น ทันสมัยยิ่งขึ้น อันนี้ผมว่ามันเหมือนกับว่า น่าจะเป็นงานคนละส่วนในความคิด หมอคนละด้านที่จะทำ"*

ในขณะเดียวกันแพทย์ที่ทำงานด้านเวชกรรมสังคมกลับถูกมองว่าเป็นงานที่ไม่ได้ใกล้ชิดกับการรักษาคนไข้ *"แต่ผมคิดว่างานอย่างนั้นมันเป็นงานด้านที่ไม่ได้เข้าไปสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง มันจะเป็นงานด้านนโยบาย ทางด้านการจัดการ การบริหาร ในการเข้าไปทำที่มันอยู่ห่างไกลคนไข้ O.k ! อยู่ในมวลชน แต่มันอยู่ห่างจากคนไข้ ซึ่งหมอโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ จะเป็นหมอที่สนใจคนไข้ อยากอยู่ใกล้ชิด อยากรักษาโรค อยากผ่าตัด อยากทำอะไรที่มันแก้ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนไข้"* และเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติได้ไม่ดีทำให้เรียนเฉพาะทางอื่นไม่ได้ และมีโอกาสในการหารายได้น้อย *"อาจจะเป็นได้ว่าหมอเวชกรรมสังคมโดยมากPractice(ปฏิบัติ)ได้ไม่ค่อยดี อันนี้อาจจะเป็นโบราณหน่อยก็ได้คือเปิดร้านไม่ได้ เปิดร้านมันก็ไม่มีชื่อเสียง เพราะอยู่โรงพยาบาลไม่เจอคนไข้ เวลาเจอคนไข้ที่ร้านสมมุติว่าเปิดคลินิกมีคนไข้ที่ร้านมีปัญหาเขาก็ส่งเข้าโรงพยาบาลและเขาก็ไม่ได้ดูต่อ หรือเข้ามาดูต่อเขาก็ไม่กล้าดูเพราะมันไม่ใช่Field(สาขา)ที่เขาจะต้องดูแล อย่างนี้เขาก็คงจะมีความรู้สึกว่าแล้วมาอยู่ในจังหวัดนี้ มาก็กินแต่เงินเดือน ซึ่งมันก็อาจจะไม่เพียงพอ อาจจะมีส่วน"* ไม่เป็นที่น่าภาคภูมิใจ *"สมัยผมเรียนก็รู้สึกว่ามันก็มีอยู่เรื่องเรียนของทางด้านคะแนนมันก็ไม่เยอะเท่าไร มันเหมือนเป็นไมเนอร์(Minor) ส่วนใหญ่นักศึกษาแพทย์ก็จะเน้นในเรื่องของเมเนอร์(Manor)ทั้งหลาย ก็เป็นเรื่องตื่นเต้น คนจะเป็นหมอก็สนใจในด้านนี้ นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่จะมุ่งมั่นเพราะนั่นเป็นลักษณะของหมอ เป็นภาพพจน์ของเรา ใครมีลูกหลานเป็นหมอก็อยากจะให้เก่งทางนี้มากกว่า แทนที่จะบอกว่าไปเป็นหมอสร้างเสริมสุขภาพ ผมว่าคุณพ่อ คุณแม่ ก็อาจจะไม่ค่อยรู้สึก ผมไม่แน่นะ ผมคิดว่าส่วนใหญ่จะไม่ค่อยชื่นชมเท่าไร ว่า เออ! ลูกเราเป็นหมอด้านสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน แต่ถ้าบอกว่าลูกเขาเป็นหมอศัลย์(ศัลยกรรม)นะ ลูกเขาเป็นหมอเด็ก หมอโรคหัวใจอย่างนี้นะ เป็นหมอโรคไตอย่างนี้ รู้สึกว่าภูมิใจอันนี้เป็นค่านิยมด้วยหรือเปล่าไม่รู้"*

ในขณะเดียวกันโรงเรียนแพทย์ก็ไม่ได้เน้นในเรื่องของงานสร้างเสริมสุขภาพแต่ยังเน้นในเรื่องของการรักษา และถ้าต้องการให้แพทย์ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องมีการผลิต

แพทย์เฉพาะกลุ่มออกมา *"ผมคิดว่าถ้าเราอยากจะผลิตให้มีบุคลากรทางด้านนี้ ที่เป็นแพทย์แต่ว่าเน้นทางด้านนี้ ผมว่าเอามาแต่ต้นทางเลยดีกว่า จับมาเรียนทางด้านนี้และก็พยายามที่จะInput(ใส่)ความคิดทัศนคติต่างๆ ทางด้านHealth Promotion Prevention(การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค) เข้าไป แล้วผลิตออกมาก็เข้าไปในกรอบงานของอันนี้ แล้วก็เข้าไปทำงานด้านนี้เลย แล้วเขาจะรู้สึกว่าเขาไม่ได้เรียนมาทางด้านที่จะรักษาคน เขาเรียนมาทางด้านที่ป้องกันไม่ให้คนป่วย เขาอาจจะมีระดับเงินเดือนที่ไปจูงใจตั้งแต่ต้นเลย ถ้ามาสายนี้แล้วคุณสตาร์ทเงินเดือน อาจจะเหนือกว่าหรือทำอะไรก็ได้ให้รู้สึกว่า เออ! ตอนแรกมันมีอาชีพที่มีความมั่นคงพอสมควร มีรายได้ดี โอกาสที่จะ Practice ไม่ต้องพูดถึงแล้ว ไปด้านนี้แน่ๆ อาจเป็นไปได้"*

ในส่วนบทบาทของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมในปัจจุบันนั้นสิ่งที่แพทย์น่าจะทำได้คือการให้ความรู้ *"เรื่องของความรู้ พูดถึงว่าเราจะให้เข้ามามีส่วน ก็จะเป็นส่วนที่องค์ความรู้ทางการแพทย์หรือให้เป็นการสังเคราะห์ความรู้ออกมาให้ได้อะไรที่มันเป็นแบบชัดเจนและก็สั้นๆ เพื่อที่จะให้ประชาชนเข้าใจอะไรๆ ได้ง่ายหรือทำอะไรได้ง่าย*

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>อายุรแพทย์</u> แพทย์ถูกสอนมาในเรื่องของการรักษา ส่วนการสร้างเสริมนั้นมีในหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์เพียงเล็กน้อย *"อาจารย์ก็สอนเรื่องการรักษาเป็นส่วนใหญ่ มันก็มีบ้างเป็น Community Medicine(เวชศาสตร์ชุมชน) ซึ่งเป็นพวกป้องกันมีหน่วยกิตนิดเดียว เขาไม่เน้นเรื่องพวกนี้ นักเรียนแพทย์จะมีเรื่องการสอน การรักษา ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วิเคราะห์ ประเมินผล ดูจากLab(ผลตรวจทางห้องทดลอง) จากอะไรแล้วก็วางแผนการรักษา ประเมินการรักษา ดีไม่ดีก็แก้ไข เราก็รักษาพยาบาล แต่ว่าต่อจากรักษาหายแล้วไม่มีใครมาพูดว่า อย่างนี้ๆคุณจะทำอะไรได้บ้าง เฉพาะนอกโรคอาจารย์ก็ไม่ได้สอนละเอียด ที่สอนไม่ได้เน้นมาก มันทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ลืมเรื่องพวกนี้ไป"* แต่การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น บางครั้งประสบการณ์จะสอนให้รู้ว่าการรักษาเพียงอย่างเดียวไม่ใช่การแก้ไขปัญหาทั้งหมด *"จริงๆ ผมก็เพิ่งมาสนใจ เพราะว่ามันบังคับตั้งแต่รับ UC [6]เข้ามานี่ ก็เห็นรัฐบาลนี้แหละที่เขาเน้นกันมาชัดเจนว่าการสร้างสุขภาพดีกว่าซ่อม เขาจะพูดอยู่บ่อยๆ ที่ผ่านมาก็ประปรายลมเพลมพัดก็เป็นพักๆ นะ ตัวผมเองเพิ่งจะรับ UC มาปีกว่าๆ ก็มายึดเรื่องพวกนี้เยอะ แต่ก่อนผมไม่สนใจ รักษาไปวันๆ เพราะแค่เรารักษาเรายังรู้สึกเหนื่อยมาก เราก็มาดูว่าเราเหนื่อยมากเพราะอะไร เพราะเราไม่ได้ Prevention(ทำงานด้านการป้องกัน) หรือเปล่า ถ้าเรา Prevention(ทำงานด้านการป้องกัน) ดี มันจะเหนื่อยน้อยลงหรือเปล่า เพราะฉะนั้นโรคที่มันควบคุมได้โรคติดเชื้อธรรมดา ถ้าเราควบคุมดีๆ งานโรงพยาบาลเราก็น้อยลงไป"*

ในส่วนบทบาทของแพทย์นั้น แพทย์ควรจะเป็นผู้นำ *"ผมว่าจริงๆ แล้ว แพทย์ควรจะเป็นคนนำน่ะ เพราะว่าอาชีพ วิชาชีพ การรักษาพยาบาล ควรจะเป็นแพทย์เป็นคนนำ แต่ที่ผ่านมาแพทย์*

---

[6] Universal Coverage = หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อาจจะไม่มีเวลาหรืออาจจะคิดว่ามันไม่ใช่งานของเรา จริงๆ แล้วมันงานของแพทย์น่ะ แพทย์จะต้องคิดว่าจะสร้างเสริมยังไง ต้องวางแผน ต้องวางแผนยุทธศาสตร์" และวางแผนกลยุทธในการทำงาน เนื่องจากแพทย์เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีศักยภาพมากกว่า และเรียนมามากกว่าบุคลากรอื่น *"ผมว่าสำคัญๆ เพราะว่าจริงๆ แล้วแพทย์เป็นคนคุมเขา วางนโยบายมอบงานคิดวางแผนให้เขา ว่าจะเอาอย่างไร วิธีการประเมิน วิธีการทำงาน วิธีการประเมินผล และก็หมอไม่จำเป็นต้องออกไปทุกครั้ง หรือบางครั้งที่มี Session ใหญ่ๆ หรือว่าสำคัญและมอบลูกทีมไปทำ แต่ว่าจริงๆ แล้วผมว่าน่าจะเป็นแพทย์เป็นตัวนำในการทำงาน คือว่าเราไม่ได้บอกว่าคนอื่นเขาทำไม่ได้นะ แต่จริงๆ แล้วถ้าหมอจะมาเล่นเต็มตัวมันจะดี อย่างน้อยศักยภาพเราก็มากกว่าคนอื่นเขา เราเรียนมามากกว่าเขา เราอาจจะไม่รู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ มันก็จะสามารถรู้ได้ง่ายและก็การทำงานค่อนข้างจะเรียบร้อย ถ้าเรามีหัวเป็นขั้วมันก็เกิดการรวมตัวได้ดีกว่า มันน่าจะดีกว่า คือในแง่นโยบายในแง่การทำงาน แพทย์อาจไม่ต้องไม่ลงแรงมาก แต่ว่านโยบายในเรื่องการวางแผนแพทย์ต้องทำ"*

<u>วิสัญญีแพทย์</u> แพทย์ยังทำหน้าที่ในการรักษามากกว่า และผู้รับบริการเองก็สนใจในเรื่องของการรักษาเช่นเดียวกัน *"คนไข้ไม่ค่อยสนใจในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากว่าพอรู้ว่าเป็นโรค บางคนก็อาจจะถามว่าจะต้องงดของแสลงอะไร แค่นั้นเอง ซึ่งเราก็จะอธิบายกันอยู่แล้วแล้วก็ส่วนใหญ่จะถามในเรื่องของการรักษาและโรคที่เขาเป็นอยู่ในช่วงนั้นมากกว่า"* แพทย์เองมองว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่เห็นผลช้า *"แต่เรื่องนี้มันเป็นเรื่องที่เหมือนปิดทองหลังพระ คนจะไม่เห็นความสำคัญ เพราะเขายังไม่เจอปัญหา ยังไม่สนใจ เขาไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เราป้องกันให้เขา เขายังไม่เห็นความสำคัญ แต่ว่าโดยทั่วไปคนเขาก็เข้าใจว่าทุกวันนี้โรคต่างๆ เราป้องกันได้มากกว่าสมัยก่อน เขาก็พอเข้าใจตรงจุดนี้ แต่ว่าในเรื่องที่ปุ๊ปปั๊ปเลยมันจะเห็นผลช้า"* และงานรักษาเพียงอย่างเดียวก็เป็นภาระงานที่หนักมากสำหรับแพทย์ *"แพทย์ยังต้องรักษาผู้ป่วย ซึ่งงานจะล้นมือจะไม่มีเวลาลงไปด้านการสร้างเสริมโดยตรง"* ดังนั้นงานสร้างเสริมสุขภาพควรจะเป็นงานของเวชกรรมสังคม

อย่างไรก็ตามบทบาทของแพทย์จะต้องทำการรักษาควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะจะได้รับความเชื่อถือมากกว่า *"ถ้าเป็นไปได้แพทย์ที่รักษา ลองไปทำตัวสร้างเสริมสุขภาพด้วย เพื่อจะเป็นการดีในลักษณะนี้ ทุกคนได้มีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกัน ทั้งรักษาและสร้างเสริมป้องกัน ในความรู้สึกของคนไข้ก็จะเชื่อถือมากขึ้นว่าหมอคนนี้เก่งเคยรักษาแล้วก็หาย การที่จะพูดให้เขาป้องกันโรคต่อไปเขาก็จะเชื่อถือยิ่งขึ้น ในเรื่องของแพทย์ด้วยกันเองเขาก็ยอมรับว่ามีความสามารถในการรักษา ในขณะเดียวกันการลงมาทำงานนี้ ก็ไม่ใช่หมอชั้น 2 เหมือนกับแยกไปเป็นเทรนนิ่งหรือกิจกรรมสังคมอย่างหมอไม่รู้เรื่องการรักษาแล้วมาพูดๆ อย่างนี้ค่ะ"* และแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องได้รับการยอมรับ *"การยอมรับของเพื่อนแพทย์ด้วยกันและผู้ป่วยเป็นปัจจัยหลัก คิดว่าเป็นอุปสรรคที่คนจะสนใจอย่างการเป็นหมอศัลย์ หมอเด็ก การยอมรับของแพทย์ว่าเป็นเฉพาะทางในด้านคลินิก ดีกว่าการที่จะเป็นหมอเวชปฏิบัติครอบครัว"*

<u>กุมารแพทย์</u> บทบาทของแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพคือการสอน การให้ความรู้คำแนะนำแต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องเวลา เนื่องจำนวนผู้รับบริการมีจำนวนมาก *"เขาทำแล้วแต่ไม่มีเวลา"* และค่าตอบแทนที่ต่ำ *"อีกอย่างผมว่าเงินเดือนแพทย์ต่ำ ทำให้แพทย์ต้องออกไปทำคลินิก เมื่อแพทย์ออกไปทำคลินิก มันจะเหนื่อย แล้วมันจะไม่มีเวลา ซึ่งที่ผมมองถ้าเขามีการปรับเงินเดือนแพทย์ส่วนหนึ่งเลยผมว่าเยอะเขาจะหยุดคลินิก"* นอกจากนั้นแล้วหลักสูตรการสอนในโรงเรียนแพทย์ยังไม่ได้เน้นในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ *"เขาพูดไม่เน้น เขาพูดตรงๆ ตอนผมเรียนที่ศิริราชเขาพูดวิธีป้องกัน แต่ข้อสอบไม่เคยออกวิธีป้องกัน ออกข้อสอบออกโรคนี้เกิดจากเชื้ออะไร เชื้ออะไรต่ออะไร ไม่เคยออกหรอกวิธีสร้างเสริมสุขภาพ"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> ปัจจุบันแพทย์ยังไม่มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่สิ่งที่แพทย์ทำคือการให้คำปรึกษา *"ถ้าพูดจริงๆ ไม่ค่อยมีบทบาทเท่าไร ส่วนมากเราจะเสนอมาเพราะเราจะได้ข้อมูลมา หมอนี้จะเป็น Consultant(ที่ปรึกษา) ให้พวกเรา เราคิดขึ้นมาก็จะปรึกษาคุณหมอตลอดเวลาว่าดีหรือไม่และก็มาช่วยกันคิดทำสรุปยังไงก็ต้องเรียนคุณหมอ"* และคอยสนับสนุน *"เมื่อก่อนจะไปเน้นให้ความสำคัญกับหมอให้หมอนำร่องก่อน เดี๋ยวนี้หมอเป็นฝ่ายสนับสนุน แชร์ Idea(แลกเปลี่ยนความคิดเห็น) เดิมพอหมอไปต้องลุย ประชาชนลุยเอง ช่วยกันลุยทุกส่วนไม่มีใครสำคัญกว่าใคร"*

แพทย์ยังไม่ได้ให้ความสนใจงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจมีเงื่อนไขของค่าตอบแทนเข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากค่าตอบแทนที่ได้รับไม่มากพอเหมือนกับแพทย์สาขาอื่น นอกจากนั้นแพทย์ที่นี่ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทางดังนั้นจึงเน้นไปในวิชาการเชิงลึกมากกว่า*"ที่นี่หมอเขาเป็นด้านวิชาการ คือเขาคิดว่าเรียนสูง เรียนมาเยอะ เพราะฉะนั้นจะบ้าวิชาการหน่อยคืออันไหนที่โรคคนเขาไม่รู้ ลึกๆที่ฉันอยากจะรู้ เขาจะมุ่งที่จะเจาะลึกไม่เป็นภาพกว้าง เพราะฉะนั้นพวกนี้ประเภทให้มานั่งทำงานกระจอกกระแจกอย่างนี้มีความรู้สึกว่าไม่ค่อยสมศักดิ์ศรีเท่าไหร่เลย ไม่รู้ว่าตามความคิดนะเป็นยังงั้น เพราะหมอนี่ชอบหนักทางด้านวิชาการและก็เป็น Specialist(แพทย์เฉพาะทาง) ไปเรียนบอร์ด(เฉพาะทาง)เรียนอะไรเพิ่มกันแล้วจะให้ทำอะไรอย่างงี้ จะมาให้นั่งตรวจจ๊อกๆแจ๊กๆ อย่างนี้มันจะยาก"*

สรุป การสร้างเสริมสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพที่กำลังดำเนินการอยู่ ความรับผิดชอบส่วนใหญ่ยังถูกมองว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของฝ่ายเวชกรรมสังคม ในขณะที่ผู้บริหารโรงพยาบาลเองยังไม่ได้กำหนดให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระงานหลักอย่างหนึ่งในทุกหน่วยของโรงพยาบาล และยังไม่มีความชัดเจนมากพอในการนำไปปฏิบัติ การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์นั้นขึ้นอยู่กับทัศนคติของแพทย์ และประสบการณ์ตรงของแพทย์ที่จะทำให้แพทย์เกิดความตระหนัก เห็นความจำเป็นและความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพมาก

พอที่จะลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ แต่ก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการโดยแพทย์ เพราะแพทย์ถูกสอนมาให้มีหน้าที่หลักคือการรักษา และหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ก็ไม่ได้เน้นในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นบุคคลต้นแบบในด้านนี้ยังมีปรากฏให้เห็นน้อยมาก และงานสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นงานที่วัดประเมินผลยาก เห็นผลได้ช้า ไม่เหมือนกับงานรักษา

จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์ต้องให้การดูแลและตรวจรักษาในแต่ละวันก็มีจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลของรัฐ การเร่งรีบรีบตรวจรักษาของแพทย์ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งก็ยังคงมีอยู่ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเดินทางของผู้มารับบริการ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาระงานในการรักษาของแพทย์ที่มากทำให้แพทย์มีเวลาในการทำงานด้านอื่นๆ น้อยลง

ถึงแม้ว่างบประมาณที่จัดสรรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่รัฐจัดให้จะมีจำนวนไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ให้เพื่อใช้ในการดูแลรักษา อย่างไรก็ตามแพทย์ส่วนใหญ่มองว่าการสร้างเสริมสุขภาพไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณมาก แต่ทั้งนี้ต้องมีการติดตามประเมินผลจากโครงการที่ดำเนินการไปแล้วนำมาประกอบในการพิจารณาร่วมด้วย

(5) แนวทางการพัฒนาระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจ

โรงพยาบาลศูนย์(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหาร</u> มองว่า การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องมีผู้นำที่มุ่งมั่นในการทำงานและในระดับชาติจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจน สามารถกระตุ้นประชาชนในระดับล่างได้ และต้องมีหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

<u>แพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง</u> มองว่า เนื่องจากการเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ การสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบที่จะเกิดขึ้นจากหน่วยบริการปฐมภูมินั้น จะต้องมีการสร้างบริการที่ประทับใจให้กับผู้รับบริการและไม่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าด้อยกว่าการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้รับบริการจะต้องได้รับบริการที่ดีและสถานที่มีความพร้อม *"PCU(หน่วยปฐมภูมิ)ต้องสวยงาม มีทีมงานพร้อม มีความอบอุ่นใจ ไม่ใช่มาแบบบริการชั้น 2 นะ คุณมา PCU คุณแบบคุณบริการดีเลยอย่างนี้ PCU อาจจะสวยกว่าที่นี่ก็ได้ ห้องตรวจอาจจะสวยกว่านี่ มีม้าหินอ่อนมีปลูกต้นไม้ ให้มันดูดี มีอบสมุนไพร มีนวด มีอะไรอย่างนี้ คนอาจจะใช้บริการที่โน่นมากกว่าที่นี่ด้วยความสุข ตอนเย็นๆ ถ้าเป็นครูอยากใช้บริการนะเรื่องเวลาไม่ต้องมารอ เราอาจจะเปิดถึง 2 ทุ่ม 5 ทุ่มก็ยังได้ เราจะเปิดไปถึง 5 ทุ่มเลย ถ้ามีแรงทำ ก็ทำไป การตอบแทนบุคลากรเราก็จะปรับใหม่ คือปรับตามWork Load (ภาระงาน) ตกแต่งให้มันสวยงาม เพราะฉะนั้นคนเข้ามาปุ๊ป! เขาบอกอู้หู้! เครื่องไม้เครื่องมือมันอาจไม่เท่าโรงพยาบาลศูนย์ แต่บริการมันเยี่ยมกว่า "*

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>แพทย์ทั่วไป</u> ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้นจะต้องเป็นการดำเนินการเพื่อให้การสร้างเสริมกลายเป็นวิถีชีวิตของประชาชน *"ทำอย่างไรถึงจะไปทำให้เขามีความรู้และวิถีชีวิตที่ถูกต้อง ตั้งแต่เกิดในครอบครัวรู้ว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ แล้วก็สิ่งที่ควรรู้สุดคือต้องมีพฤติกรรมที่ถูกต้องมาตั้งแต่เกิด แล้วก็เป็นมาทุก Generation(รุ่น) ทำอย่างไรมันถึงจะเริ่มต้นตรงนั้นได้"* โดยการแบ่งแยกความรับผิดชอบในการดำเนินการ *"ผมมองว่าคนของรัฐมันไปแย่งหน้าที่ชาวบ้านมาทำหมด คิดว่าจะทำให้เขาได้ทุกอย่าง จริงๆ มันไม่ใช่ มันต้องให้ประชาชนรู้แล้วทำในสิ่งที่ถูกต้อง โดยเรามีมาตรการเสริม ไม่ใช่ว่าเราอยากให้ประชาชนหมู่บ้านนี้ดี เราส่งหมอเข้าไป ส่งพยาบาลเข้าไปทุ่มงบประมาณเข้าไป มันไม่ได้ มันต้องอยู่ที่ว่าชาวบ้านว่าเขารู้อะไร เขาทำอะไรแล้วที่เขารู้ที่เขาทำนั้นมันถูกต้องไหม แล้วเราจะเปลี่ยนแปลงยังไงว่ามันถูกต้องทุกด้านเลย ทั้งด้านความรู้ ทั้งด้านความคิด ด้านพฤติกรรมสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตมันต้องเป็นอย่างนั้น นี่เราจะใส่อะไรตูมๆ ลงไปเพื่อเปลี่ยนจากสภาพที่เขาสุขภาพไม่แข็งแรงเปลี่ยนเป็นแข็งแรง ผมว่ายาก แต่เราคิดแบบนี้ ราชการคิดแบบนี้ มันต้องไปสร้างองค์ความรู้ สร้างวิถีชีวิตที่ดีที่ถูกต้องในกลุ่มประชาชนตรงนั้น ซึ่งรัฐกล้าทุ่มไหม ทุ่มก็คือว่าเงินเนี่ยมันไม่ใช่เอามาใช้เป็นด้านๆ มันไม่ใช่ให้สาธารณสุขก้อนหนึ่ง ศึกษาก้อนหนึ่ง พัฒนาชุมชนก้อนหนึ่ง จริงๆแล้วคนที่รับมันคนๆเดียวกัน หน่วยงานของรัฐที่ไปทำงานก็ไม่ได้Integrated(ผสมผสาน)กัน ต่างคนต่างไปทำ เพราะฉะนั้นมันก็เลยไม่ได้ผลจริงๆ แล้ว มันต้องมองทุกด้าน"*

<u>อายุรแพทย์</u> การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องประสานงานกันทำงานร่วมกัน *"ถ้าเขาได้มาร่วมมือหรือว่ามีนั่นกันก็จะช่วยได้เยอะ แล้วก็เกี่ยวกับทางด้านอำเภอ กระทรวงมหาดไทย เพราะว่าอำเภอเขาจะประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้านทุกเดือน บางช่วงถ้าเรามีอะไรที่จะไปแล้วหรือว่าสถานการณ์โรค เราก็ไปแอบเขาขอเขาพูดหน่อย 5 นาที 10 นาที อันนี้ก็จะค่อนข้างมีส่วนเยอะเลย"*

<u>ศัลยแพทย์</u> การสร้างเสริมสุขภาพควรมุ่งไปยังกลุ่มที่ด้อยโอกาสเป็นหลัก ในภาวะที่งบประมาณมีค่อนข้างจำกัด *"ก็ต้องมองว่ากลุ่มเป้าหมายอยู่ตรงไหนบ้างใช่ไหมคะ แล้วก็ในขณะที่เงินทองเราน้อย ผมว่าเราน่าจะเล็งไปที่กลุ่มเป้าหมายที่เขาด้อยโอกาสเป็นหลัก"* และจะต้องพัฒนาเรื่องเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของประชาชนไปพร้อมๆกัน *"แต่ว่าในส่วนผมเอง ผมว่าการที่ลงไปให้เขาสร้างเสริมสุขภาพตรงนั้นอย่างเดียวเนี่ยมันไม่พอหรอก แล้วมันก็จะทำไม่สำเร็จ เพราะว่าการที่คนเราจะมามองสุขภาพตัวเองก็ต่อเมื่อมีกินแล้ว ปากท้องอิ่มแล้ว ถ้าเขายังต้องไปเดินคุ้ยขยะ เก็บเศษขยะไปขายอย่างเนี้ย การจะลงไปทำอย่างนั้น มันแยกเป็นเฉพาะงานอย่างนี้มันไม่ได้ มันต้องลงไปเป็นหลายกิจกรรมลงไป ทั้งการศึกษา ทั้งด้านเศรษฐกิจ แล้วก็ไอ้นี่ไปด้วย คุณแยกอย่างเดียวไม่ได้หรอก"*

<u>รังสีแพทย์</u> อยากเห็นคนทุกคนมีความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ *"ภาพก็คือทุกคนทุกวัยมีความตระหนักว่าตัวเองมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ทุกคนรู้โดยลึกซึ้งว่าการหายหรือการเกิดโรคตัวเองมีส่วนเยอะมาก ของที่กินเข้าไป พฤติกรรมที่มีส่วนทำให้ป่วย แล้วการเยียวยาภายในด้วยตัวเอง เช่น การคลายเครียด ให้เน้นการออกกำลังกายถูกวิธี กินอาหารที่ถูก คือวิธีรักษาโรค ซึ่งตัวเองเท่านั้นที่ทำได้ ถ้าเขาคิดอย่างนี้ได้ เขาจะลุกขึ้นมาเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต"*

ส่วนนโยบายในการประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่สามารถนำไปสู่กิจกรรมได้ บางครั้งจะต้องมีการชี้นำในกิจกรรมบ้าง *"เท่าที่ดูรูปแบบหรือความคิด มันก็เบ็ดเสร็จ เพียงแต่ความคิดเหล่านั้นมันเป็นของดีที่ไม่สามารถสื่อมาเป็นกิจกรรม ยกตัวอย่างว่ารูปแบบที่เราทำที่นี้ ไม่ได้เป็นรูปแบบที่ทางโน้นนำเสนอ เป็นวิธีคิดซึ่งคิดว่ามันออกมาเองแล้วปรับเปลี่ยนไปตามทรัพยากรที่มีอยู่ ก็เลยคิดว่าแนวคิดคงไม่มีอะไรใหม่ เพียงแต่การนำเสนอกิจกรรมนั้น บางครั้งอาจจะต้องการชี้นำ เนื่องจากหลายๆที่ไม่สามารถจะสร้างสรรค์ตรงนี้ได้ อุปสรรคอาจจะอยู่ที่รูปแบบองค์กรไม่อำนวย ผู้บริหารไม่เปิดช่องทางให้ บางครั้งอาจจะต้องมีรูปกิจกรรมว่าต้องทำอย่างนี้ลงไป เพื่อจะได้มีกิจกรรมเหล่านี้อยู่ทุกๆ จุด ซึ่งเราเห็นจากตุ๊กตาคร่าวๆ ว่า เราใช้ทุกวิชาชีพได้ แพทย์ไม่ได้เป็นหลัก เรารู้ว่าพยาบาลทำได้ หมอฟัน เภสัช หรือเราใช้คนงานหรือใช้ลูกจ้างให้มาช่วยทำ เขาจะสื่อสารกับคนไข้ในรูปแบบของวิถีชีวิต เขาฟังเราทุกวัน จะรู้ทำอย่างนี้ดี สื่อสารกับคนไข้ในทำอย่างนี้ไม่ดีต่อสุขภาพ ในที่สุดเรารู้ว่าบุคลากรระดับไหนก็ใช้ได้ ขอให้เสนอแนวคิดที่ถูกพยายามบอกกับที่อื่นว่าทำแบบนี้ได้"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> ประชาชนควรมีความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา นอกจากนั้นการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นความร่วมมือจากหลายฝ่าย หลายกระทรวง *"นโยบายสร้างสุขภาพประกันสุขภาพไม่น่าจะมาอยู่แค่กระทรวงสาธารณสุขที่เดียว อาจจะกระจายไปที่อื่นอย่างกระทรวงพัฒนาสังคมอย่างนี้ใช่ไหมคะ ส่วนอื่นๆน่าจะกระจายให้รับคอนเซบนี้ด้วย มันจึงจะเป็นองค์รวมอย่างที่ว่า"* นอกจากนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องมีมาตรการทางกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเช่นกัน *"นโยบายของรัฐ มีก็นำในเรื่องสร้างเสริมกีฬา มีสวนสาธารณะ อะไรพวกนี้หรือจะมีนโยบายลดมลพิษต่างๆ อย่างในเมืองน่าอยู่ เรื่องสูบบุหรี่โดนปรับก็ช่วยได้เยอะ กฎหมายในเรื่องของการบังคับใช้ สุดท้ายก็ตัวเจ้าของสุขภาพ"*

ส่วนนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบันพยาบาลยังมองว่าเป็นการเน้นการรักษามากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ *"คือจริงๆแล้วนี้นโยบายบอกว่าสร้างสุขภาพ แต่ในรูปธรรมจริงๆ ไม่ใช่สร้างสุขภาพ ดูง่ายๆที่ว่างบที่จัดมาให้ไปลงที่งบรักษา สร้างเสริมสุขภาพแค่ 175 บาทมาจริง ๆ ไม่รู้ 175 จริงหรือเปล่า ทุกสิ่งทุกอย่างที่ออกมาเนี่ยส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การรักษา มันมีน้อย*

มากที่เป็นเนื้อหาการรักษาสุขภาพจริงๆ เนื้อหาที่เป็นการสร้างสุขภาพหรือเรื่องPCU(หน่วยปฐมภูมิ) เองก็ไม่ชัดว่าเป็นการสร้างสุขภาพอยากให้มันเป็นรูปธรรมมากกว่านี้ ว่าสร้างสุขภาพคืออะไรบ้าง อย่างน้อยนี้เน้นขั้นต่ำให้PCUทำ อย่างของเรานี้PCUออกไปหมอก็ไปนั่งตรวจ ก็ไม่ใช่ PCU ถึงตอนนี้ค่อนข้างเป็นนามธรรมสูง แล้วแต่ว่าใครจะมีความสามารถทำเป็นรูปธรรมได้ ถ้าใครสามารถจัดรูปธรรมได้ คนนั้นก็จะไปได้ดี แต่ถ้าใครไม่สามารถจับได้ คนนั้นเคว้งอยากให้จัดรูปธรรมมากขึ้น"

โรงพยาบาลทั่วไป(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหาร</u> มองว่า โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรจะมีแนวทางหรือบอกขั้นตอน วิธีการบ้าง เพื่อดำเนินนโยบายไปในทิศทางที่ถูกต้อง

<u>แพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง</u> มองว่า แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเกิดกับคนทุกคน การเข้าใจเรื่องการมีสุขภาพที่ดีนั้นจะต้องเข้าไปอยู่ในวิถีชีวิตของคน ดังนั้นแนวคิดในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเกิดตั้งแต่ยังเด็ก

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>แพทย์ทั่วไป</u> กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องดึงแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมและผู้บริหารจะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อที่จะให้แพทย์คิดได้กว้างมากขึ้น และที่สำคัญที่สุดการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเข้าไปอยู่ในวิถีชีวิตของคน *"การสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ควรจะเน้นไปที่ OPD มากนัก ควรจะเป็นลักษณะที่ใช้จังหวะอื่น ใช้ไลฟ์สไตล์(วิถีชีวิต)ของเขาว่าเขาเป็นอย่างไร แล้วลงไปในจุดที่เหมาะให้เหมาะ ไม่ว่าอยู่ที่ OPD(แผนกผู้ป่วยนอก) แล้วทำสร้างเสริมสุขภาพให้ดี ผมไม่เชื่อเพราะเขาเคยทำวิจัยว่าคนที่ทำ OPD อย่างไรแล้ว โดยทั่วไปเมื่อก่อนไม่สนใจ ผมเคยทำการทดลองจัดนิทรรศการ ทำรูปอย่างดีอย่างสวย ทำอะไรทุกอย่างหมดเงินหลายพัน ผมกะว่าคนไข้จะดูที่ OPD มีรูปมีคำอธิบาย คนไข้ไม่ดูสักคน ไม่ดูเลย สนใจแต่จะเข้าตรวจ จะหาแต่หมอ"*

นอกจากนั้นแล้วงานสร้างเสริมสุขภาพจะต้องออกมาว่าแต่ละส่วนควรเป็นบทบาทของใคร *"งานสร้างเสริมสุขภาพต้องตีแผ่ออกมาก่อนว่าจะทำอะไร แล้วสาขาไหนเป็นสาขาของเขามอบให้เขาไป สาขานี้ประชาชนดูแลเอง เช่น ผักปลอดสารพิษ การออกกำลังกาย"*

<u>สูติแพทย์</u> การสร้างเสริมสุขภาพนั้นประชาชนจะต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองเบื้องต้นเพราะความรู้จะทำให้คนมีเหตุผลมากขึ้น *"หมอก็ว่ามีความรู้นี่แหละ ต้องไปเริ่มจากGenesation (รุ่น)ใหม่ที่จะเกิดขึ้นมาต้องให้เขามีความรู้มากๆ เวลาเราใส่อะไรเข้าไป เขาจะเกิดอะไรได้ง่ายขึ้น มีเหตุผลมากขึ้น"*

แพทย์ศัลยกรรมกระดูก การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นความร่วมมือของหลายฝ่าย *"ผมว่าก็คือทั้งหมด ระบบภาพรวมของโรงพยาบาลก็คือ ทำไงก็ได้ให้บุกไปเชิงรุกมากขึ้น ทั้งกายภาพบำบัด หมดทุกกลุ่มงานต้องลงไปช่วยกัน ไปบ่อยๆ สอนบ่อยๆ มีเวลาคนไข้มาตรวจพูดเยอะๆ แต่คนไข้เขาจะเชื่อหมออยู่นะ เวลามาตรวจ ทุกคนต้องช่วยกันทำ คนเดียวไม่ไหว ทั้งหมดทุกหน่วยงานผมว่าต้องร่วมมือกันไม่งั้นมันก็ไม่เกิด ทำอยู่สาธารณสุขหน่วยเดียวไม่สำเร็จหรอก สำเร็จอยู่แต่ว่าไม่ดี ได้ไม่มากเท่าไหร่"*

ในส่วนของนโยบายนั้นจะต้องมีความชัดเจน *"แนวคิดที่เขาให้มานะที่เขาคิดมา ผมว่ามันก็ดีอยู่แล้วนะ ก็คือใช้งบประมาณเป็นตัวตั้ง เพื่อเชิงทำนองว่าบีบบังคับให้โรงพยาบาลเนี้ยทำไปในเชิงรุกมากขึ้น มันมีอยู่แล้วละ แต่ว่าขออยากจะได้ความชัดเจนหน่อยให้ทำอะไร หรือให้คิดเองคิดเองได้ไหม อันนี้มันก็ยังไม่ชัดเจนนะ"* มีแนวทางในการปฏิบัติและมีอิสระพอสมควร *"มีคู่มือปฏิบัติงานส่วนหนึ่ง อิสระด้วยใช่ครับทั้งสองส่วน"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

การสนทนากลุ่มพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพนั้นประชาชนจะต้องพึ่งตนเองได้ในด้านการดูแลสุขภาพ และมีทรัพยากรที่เป็นที่พึ่งในชุมชน *"พึ่งพาตนเองได้ภายในชุมชน ก่อนที่จะถึงมือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การพึ่งพาตนเองได้ด้านสุขภาพ ก็จะออกมาในรูปของดูแลตนเองเบื้องต้นเวลาเจ็บป่วย ออกกำลังกาย รู้ว่าเมื่อเจ็บป่วยแล้วอันดับแรกต้องพึ่งพาใครในชุมชน"*

โรงพยาบาลชุมชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

แพทย์ผู้บริหาร มองว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจเห็นว่าเป็นทิศทางที่ถูกต้อง แต่จะต้องมีการกระจายทรัพยากรบุคคลทางสาธารณสุขให้มากขึ้นและมีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้มากขึ้นและในขณะเดียวกันประชาชนจะต้องตระหนักและมีความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้กับตนเองและชุมชน

แพทย์ผู้ให้บริการ

แพทย์ทั่วไป การให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ ในปัจจุบันยังไม่ทราบว่าแค่ไหน อย่างไรคือการสร้างเสริมสุขภาพ *"หนึ่งยังไม่เข้าใจว่าคำว่าสร้างเสริมสุขภาพมันมีความหมายกว้างมากๆ เลย สร้างเสริมอะไร สุขภาพด้านไหน ยังไง ต้องจำกัดความตรงนี้ก่อนถึงจะรู้ว่าอุปสรรคคืออะไร และก็แต่ละพื้นที่ก็ไม่เหมือนกัน ทัศนคติ ความเชื่อ ตัวโรค ไม่เหมือน Educationของประชาชนในแต่ละพื้นที่ก็ต่างกัน เราจะใช้คำพูดยังไงให้ลึกแค่ไหน มันก็ต้องดูเป็นกรณีๆ ไป"* กระบวนการสร้างเสริมจะเกิดขึ้นได้ต้องขึ้นอยู่กับหลายหน่วยงาน ดังนั้นจะต้องมีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงาน *"กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ มันขึ้นอยู่กับหลายจุดนะครับ*

ไม่ได้อยู่กับว่าทางด้านโรงพยาบาลส่วนหนึ่ง บางทีต้องออกไปให้ความรู้ บางทีต้องขอความร่วมมือจากทางโรงเรียนให้มาช่วย จริงๆ แล้วอยากเห็นทีมงานเฉพาะประสานงานกันระหว่างโรงเรียน อำเภอ หรือหน่วยราชการอื่นๆ ที่ออกไปให้พร้อมกัน ไม่ใช่ว่าหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งโยนให้กับโรงพยาบาล เพราะงานพวกนี้มันเกี่ยวโยงกันหลายๆ หน่วยงาน ไม่ใช่เฉพาะโรงพยาบาล จริงอยู่เราอาจจะเป็นแกนหลัก แต่คนอื่นน่าจะมาประสานไม่ใช่โยนให้เราอย่างเดียว อันนี้ผมมองนะครับ" นอกจากนั้นประชาชนจะต้องมีความรู้มากขึ้น เพราะความรู้จะทำให้คนหันมาสนใจสุขภาพ

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังเป็นการให้ความสำคัญของการรักษา ซึ่งควรจะเปลี่ยนเป็นการสร้างเสริม 30 บาทมากกว่า *"จริงว่าแนวคิดในหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า คืออะไร ถ้าเขามีความรู้ ความเข้าใจปุ๊ป ตอนนี้เขามีความคิด แต่ว่า 30 บาท เขาคิดแต่ว่าถ้าเป็นโรคก็รักษาได้ 30 บาทแต่กิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ ที่เห็นว่ามันเป็นรูปธรรม มันมองไม่ค่อยออก ตอนนี้ 30 บาท ไม่ใช่ 30 บาทคือการสร้างเสริมสุขภาพ เป็น 30 บาท มารักษาโรค นี่คือความเข้าใจของทุกคนที่มองแบบนี้ นโยบายมันบอกว่า 30 บาท รักษาทุกโรค มันบอกอยู่แล้วว่ารักษาทุกโรค ไม่ได้สร้างเสริม แล้วในทางปฏิบัติก็ไม่ต้องมี"*

โรงพยาบาลเอกชน(2)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล

<u>แพทย์ผู้บริหาร</u> มองว่า รัฐควรจะมีแนวทางสำหรับการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนยังไม่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านนี้ *"มันต้องมีคนที่มาคอยดูข้างบนอยู่ คอยมาควบคุมกำกับฝ่ายปฏิบัติอยู่และคอยแนะนำว่า เราอยากไปทางนี้ เราอยากได้อย่างนี้ช่วยทำให้หน่อย คือต้องร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน ไม่ใช่ว่าเอางบให้คุณแล้วคุณก็ทำไป แล้วสิ้นปีคุณรายงานมาว่ามีอะไรบ้าง ทำแค่นี้มันก็ O.k แต่ว่ามันอาจจะไม่ได้ไม่ดีเท่ากับที่ว่าเราช่วยกัน เพราะว่าภาครัฐก็ไม่ควรจะปล่อยแบบปล่อยวัดเลย ควรจะดูอีก หรือให้ Guideline(แนวทางการปฏิบัติ) ก็ต้องยอมรับอย่างหนึ่งว่าภาคเอกชนจะยังอ่อนด้อยประสบการณ์ด้านนี้ อย่างภาครัฐโดยเฉพาะด้านสาธารณสุข เขาจะมีประสบการณ์ด้านนี้สูงมาก เขาควรจะเป็นที่ปรึกษาอยู่ นอกจากจะเป็นที่ปรึกษาแล้ว ยังเป็นคนที่คอยประเมินผลด้วย"* และจะต้องมีการตรวจสอบ กำกับ *"มีนโยบายมีมาโดยเฉพาะก็ดี และก็ควรจะมีการตรวจสอบกำกับ การปฏิบัติงานของแต่ละสถานบริการที่รับผิดชอบ คือ ถ้าไม่มีการควบคุมกำกับ ไม่มีการตรวจสอบ ผมว่างานมันก็อาจจะเข้าเป้า อย่างนี้ถ้ามีการตรวจสอบควบคุมกำกับที่เข้มงวด และมันก็มีงบประมาณล่ออยู่แล้ว ผมว่ามันน่าจะทำให้มันไปได้ดีขึ้น แล้วคล้ายกับว่า เราต้องการอะไรทางภาครัฐ เราต้องการอะไร เราก็พยายามเน้นตรวจสอบในจุดนั้นๆ จึงทำให้ฝ่ายที่ตอบสนอง ฝ่ายปฏิบัตินี่ เขาก็รู้ ก็ O.k เป้ามันน่าจะไปทางนี้นะ มันชัดเขาก็เน้นไปทางนั้น คิดว่ามันน่าจะทำให้ได้ผลงานที่คุ้มกับจำนวนเงินที่ลงไป*

มากกว่าที่ว่าจะให้ทำไปเรื่อยๆ โดยไม่มีเป้าที่ชัดเจน คือภายใต้งบประมาณที่มีอยู่ ถ้าเราต้องการอะไรที่ให้ได้ประสิทธิภาพ เราอาจจะต้องเน้นนิดหนึ่ง ขมวดนิดหนึ่ง"

แพทย์ผู้ให้บริการ

<u>อายุรแพทย์</u> งานสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมาถูกละเลย ดังนั้นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข และจะต้องมีผู้รับผิดชอบหลักโดยตรง *"ผมว่ามันอยู่ที่แนวคิด และที่ผ่านมาเราละเลยมานาน ส่วนมากที่ทำอยู่ คือ สสจ. ก็ทำไปอย่างเดียว โรงพยาบาลอื่นก็รักษาอย่างเดียว ไม่มีใครคิดเรื่อง Promotion(การสร้างเสริม) อาจจะมีฝ่ายเวชกรรมสังคม อะไรอยู่บ้าง แต่ก็เป็นส่วนน้อย มันต้องเปลี่ยนในระดับแผนของโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข เราต้องเน้นอันนี้เป็นหลัก ต้องบังคับโรงพยาบาลต้องมีส่วนนี้นะ ต้องมีใครรับผิดชอบโดยตรง มีเจ้าภาพชัดเจน ถ้าคุณจะเอาอย่างนี้คุณต้องให้ไปเลยว่าคุณต้องการอะไรล่ะ วางแผนจะได้ซักกี่เปอร์เซนต์ วางต่อไปเลยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง วางกรอบไปเลยให้มันชัดเจนไปเลยว่าโรงพยาบาลต้องมี ถ้าไม่มีก็ไม่ผ่าน และก็ประเมินผลแต่ละปี ประเมินมาดูว่า O.k ถ้าทำเพิ่มต้องดีแน่"*

<u>วิสัญญีแพทย์</u> การสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนจะต้องมีความรู้ "ตอนนี้ก็ขึ้นอยู่กับพื้นฐานการศึกษาของประชากรบ้านเรา ถ้าประชากรบ้านเรามีการศึกษาที่ดีขึ้น" และเกิดความต่อเนื่องของการให้ความรู้แก่ประชาชน *"พยายามให้เกิดความต่อเนื่องกันว่า ให้เขาสอดแทรกการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันมาเรื่อยๆ ให้วิธีการช่วยเหลือตัวเองเบื้องต้น การปฐมพยาบาล การเรียนรู้ป้องกันเหตุที่จะเกิดขึ้น สังเกตดูว่าประชากรของต่างประเทศเขาจะรู้วิธีการปฏิบัติตัวขั้นแรก การป้องกันที่จะไม่ให้เกิดอุบัติเหตุมากขึ้น หลังจากได้รับอุบัติเหตุ เขาจะมีการป้องกันมากกว่าคนไทยที่ว่า คนไทยเป็นอะไรเขาจะหาหมอเลย คือหน้าที่ของหมอพยาบาลที่จะเป็นจัดการ แต่ว่าการปฐมพยาบาลเบื้องต้นหรือการป้องกันอะไรต่างๆ นานา การช่วยเหลือตนเอง ความช่วยเหลือยังไม่ค่อยดีพอ"*

<u>กุมารแพทย์</u> การสร้างเสริมสุขภาพจะต้องร่วมกันสร้าง ต้องเป็นความร่วมมือของทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง *"มันต้องรวมทุกแผนกเป็นกลุ่มสร้างเสริมสุขภาพ และควรจัดทุกหน่วยและก็มาคุยกับท่านนายกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ผมว่าดีและใช้ได้ คือเวลาอย่างเราเรียกประชุมคุยเรื่องนี้สัก 5 นาที คือต้องมีตัวแทนแต่ละฝ่ายรวมกัน และประชุมกัน มีนโยบายที่จะสร้างเสริมสุขภาพ และปรับจากขั้นตอนและก็ส่งการคุยผมว่ามันยืด เรียกคนที่เกี่ยวข้องมานั่งคุยกันทำเลย คุยกันทีเดียว มันคุยกันทีเดียวก็จบ ผมว่าง่ายกว่า"*

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

<u>การสนทนากลุ่มพยาบาล</u> งานสร้างเสริมสุขภาพนั้นต้องเข้าไปอยู่ในวิถีชีวิตของประชาชน ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นการร่วมมือกับหลายฝ่าย *"นี่เป็นหลักการ กลายเป็นวิถีชีวิตของชุมชน เพราะฉะนั้นจะให้ดำเนินวิถีชีวิตของชุมชนได้จุดศูนย์รวมก็คือโรงเรียน ที่งานสร้างเสริม*

สุขภาพโรงเรียนเนี่ย เขาบอกว่ามันจะแทรกอยู่ในวิถีชีวิตหรือในวัฒนธรรมการเป็นอยู่ของชุมชน เพราะฉะนั้นที่เราจะใส่ให้ตรงนี้เป็นอะไรไปสร้างที่นักเรียน" และต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้มาก *"ถ้ารัฐบาลจะทำน่าจะสร้างเสริมพวกสุขภาพให้มากกว่านี้ โฆษณาเยอะไป ไม่รู้จะเอาช่องใด จะมีสารคดีเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ จัดทางแพทย์แผนไทย อยากให้มีรายการที่มันดูแล้วมันไม่เบื่อ มันมีรายการช่อง 9 ที่ให้โทรไปถาม อยากให้เด็กมาตื่นตัวอยากให้เขามีการจัดรูปแบบที่มันจูงใจเด็กเกี่ยวกับด้านสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ใช่โฆษณาแต่นมอย่างเดียว เราอยากให้ดูด้านอื่นด้วย ไม่ซ้ำซากให้ความรู้เจาะในกลุ่มเป้าหมาย ดูแล้วกระชากความรู้สึกอยากเข้ามามีส่วนร่วม ทำยังไงให้คนมี Creative (ความคิดสร้างสรรค์) อยากแก้ที่ต้นเหตุ เป้าหมายคือเด็กทำยังไงถึงจะดึงกลุ่มวัยรุ่นให้สนใจ รัฐบาลต้องดึงโฆษณาเข้ามาช่วย เรื่องประชาสัมพันธ์ เพราะเด็กตอนนี้ทำตามโฆษณามันเห็นออกมายังไงมันก็เป็นอย่างนั้น ถ้าจะดึงให้ได้ส่วนร่วมมากที่สุด คือสื่อสำคัญที่สุดเลย เพราะทีวีมันเห็นภาพมีเห็นสีมาร่วม แต่วิทยุมันมีแต่เสียง เดี๋ยวนี้ทีวีมันมีทุกที่อยู่แล้ว ถ้าเอาตรงนี้ได้จะเป็นจุดที่แจ๋วเลย"*

สรุป แพทย์ส่วนใหญ่อยากเห็นประชาชนทุกคนมีความรู้ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตไม่ใช่กระแส การสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่หน้าที่ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว การประสานงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการทำให้คนมีสุขภาพดีจำเป็นต้องทำให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ถึงแม้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหน้าที่ของทุกคน แต่ความคาดหวังจากบุคลากรสาธารณสุขยังมีค่อนข้างมาก เพราะฉะนั้นการเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขจึงมีความจำเป็น จะเห็นได้จากแทบทุกโรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาได้มีความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรภายในโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก ไม่ว่าจะเป็นการห้ามสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ ซึ่งเคยเป็นสวัสดิการให้แก่บุคลากรมาเป็นเครื่องดื่มสมุนไพรหรือน้ำผลไม้แทน ก่อนที่จะขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพลงสู่ชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ

บทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในระดับต่างๆจะต้องมีบทบาทที่เหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ ส่วนแพทย์นั้นเนื่องจากเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ประชาชนโดยทั่วไปให้ความเชื่อถือและศรัทธามากที่สุด หากแพทย์เข้ามาทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเต็มที่ น่าจะเป็นการกระตุ้นให้การสร้างเสริมในกลุ่มของประชาชนได้เร็วมากขึ้น โดยในขณะที่จำนวนแพทย์ยังมีไม่เพียงพอ แพทย์อาจเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้นำ เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านวิชาการ

3.1.3 จังหวัดสงขลา

(1) พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ก. ความรู้และความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาความรู้และความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนมีประเด็นที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

- **การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี ทำอยู่ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นการลดจำนวน ผู้ป่วยที่จะมาโรงพยาบาลลงได้**

กลุ่มผู้บริหารของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน มีความเห็นร่วมกันว่า เป็นสิ่งที่ดีที่ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นรูปธรรมมากขึ้น ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์เห็นว่า โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคจำนวน 175 บาท ซึ่งแต่เดิมงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพจะถูกจัดสรรไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ก็จะทำเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม แต่เมื่อโครงการฯ นี้ลงมาทำให้โรงพยาบาลต้องทำงานให้ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ของอำเภอที่รับผิดชอบจำนวน 30,000 คน แต่ผลของโครงการฯ จะช้าไม่เหมือนกับการรักษาพยาบาล ยังไงก็ตามทางโรงพยาบาลศูนย์ก็เห็นด้วยกับโครงการฯ นี้ เราเชื่อว่าถ้าสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคได้ดี คนก็จะมาโรงพยาบาลน้อยลง ก็เป็นเหมือนตำราในหมู่บ้านที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมไปทำงานโรงพยาบาลพบว่าคนไข้มาหาแพทย์ที่โรงพยาบาลน้อยลง ขณะเดียวกันประชาชนก็คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมากขึ้นมีความใกล้ชิด และการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านสุขภาพของประชาชนดีขึ้น สรุปก็คือคุณภาพชีวิตของหมู่บ้านนั้นจะดีขึ้นถ้าเกิดโรงพยาบาลทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ

- **การสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะของ Corpackage กับงานเดิมที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมทำอยู่แล้ว**

ผลการศึกษาของกลุ่มผู้บริหารโดยเฉพาะหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลทั่วไปของภาคใต้พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพในระบบโรงพยาบาลที่มีอยู่เดิมเป็นการทำตามนโยบายแบบบนสู่ล่าง(Vertical Policy) แต่เมื่อโครงการ 30 บาททุกโรค เกิดขึ้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในรูปของ Corpackage ให้กับ

ประชาชนได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันเด็ก การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การตรวจสุขภาพ งานสุขาภิบาลอาหาร การเยี่ยมบ้าน จากบริการของCorpackage ส่วนหนึ่งจะเป็นงานที่เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคมทำอยู่ก่อนแล้ว แต่เราต้องมาจัดปรับขบวนการทำงานใหม่ ในวิธีเดิมเป็นการจัดสรรงบประมาณมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด งานก็จะทำตามส่วนกลางกำหนดลงมา แต่ในงบประมาณของหลักประกันสุขภาพในเรื่องบริการปฐมภูมิ(Primary Care Unit:PCU) งบประมาณงานสร้างเสริมสุขภาพจะถูกแยกออกมาเป็น 175 บาทต่อหัว ซึ่งตรงนี้จะขึ้นอยู่กับเราว่าจะสามารถที่จะบริหารจัดการให้หน่วยบริการแต่ละหน่วยPCU ต้องทำให้มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและครอบคลุมชีวิตของประชาชนได้มากน้อยแค่ไหน จากวิธีเดิมซึ่งทำอยู่แล้วเป็นปกติในระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป

งบประมาณที่ได้มาจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะมีการจัดสรรออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนหนึ่งจัดสรรตามบริการ(Service-Based) และจัดสรรตามหัวของประชากรในพื้นที่ (People-Based) การจัดสรรตามบริการก็คือ ใครทำบริการมากก็มีการจัดสรรงบประมาณไปมาก ใครทำน้อยก็จัดสรรงบประมาณไปให้น้อย แต่การจัดสรรตามหัวของประชากรของพื้นที่จะให้ประชาชนคิดว่า เขาจะมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างไร ประชาชนจะคิดกี่กระบวนการก็ได้ เริ่มจากคิดที่จะไปคุยกับชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วม ให้ชุมชนปรับเปลี่ยนการทำงานให้ประชาชนคิด โรงพยาบาลก็จะจัดสรรงบประมาณลงไปให้ชุมชนทำ มันจะทำให้เกิดความเป็นอิสระ(Autonomy) เราจะเห็นภาพกิจกรรม งานสร้างเสริมสุขภาพใหม่ๆ บางแห่งก็จะมีชมรมดูแลสุขภาพ ชมรมรักสุขภาพ จากเมื่อก่อนถ้ากระทรวงฯ สั่งลงมาก็จะเป็นชมรมผู้สูงอายุมันอาจจะไม่ใช่แบบนั้น เพราะชาวบ้านเขาก็ทำแบบอื่นได้ เขาคิดแล้วก็มีเงินลงทุนอยู่ในกระเป๋านิดหน่อย ฉะนั้นงบประมาณ 50% ที่โรงพยาบาลจัดสรรให้เขาไปก็จะเป็นเรื่องของในพื้นที่ของเขาเอง แต่งบประมาณอีก 50% ก็เป็นเหมือนแขวนไว้ที่กองกลางเป็นเรื่องบริการ เช่น การฉีควัคซีนเขาอาจจะสะดวกไปใช้บริการอีกพื้นที่ที่ใกล้กว่าที่โรงพยาบาลกำหนด กองกลางก็จะทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณส่วนนี้ไปให้แทนงบประมาณที่จัดสรรตามหัวของประชากรในพื้นที่

ขณะที่ทัศนะของแพทย์ผู้บริหารงานฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลทั่วไป มองว่า *"การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการป้องกันโรคคือ ให้ประชาชนดูแลตนเอง รักษาร่างกายให้ปราศจากโรค ให้มีภูมิต้านทานโรค การสร้างเสริมสุขภาพมันก็มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุข เพราะเรารักษาอยู่อย่างเดียวไม่พอเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ แต่ว่าในทางปฏิบัติมันยากโดยเฉพาะคนไทยยังพึ่งพาตนเองน้อยอยู่ เจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก็ยังวิ่งมาหาหมอ เช่น ช่วงไข้เลือดออกระบาด เขาเป็นไข้นิดๆ หน่อยๆ เขาก็กลัวว่าจะเป็นไข้เลือดออก ผมคิดว่าประชาชนยังมีความรู้น้อยและไม่ค่อยเชื่อตนเอง ต้องให้หมอบอกก่อนว่าไม่ใช่ไข้เลือดออก เขาจึงจะสบายใจ ดังนั้นถ้าถามว่าจะลดจำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลหรือเปล่า ผมไม่ค่อยเชื่อเท่าไหร่ สำหรับผมเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานปกติที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมทำอยู่แล้ว"* ซึ่งสอดคล้องกับการทำสนทนากลุ่ม(Focus Group)

ของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่เห็นว่า *"คนไข้เขามีความเชื่อเรื่องแพทย์ เจ็บนิดหน่อยก็ต้องมาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ ซึ่งอาจจะเป็นความเชื่อ ความเคยชินของประชาชน ระบบสุขภาพของเรายังไม่ได้เปลี่ยนทัศนคติให้ประชาชนเห็นว่า สุขภาพเป็นเรื่องของประชาชน"*

- **แพทย์ยังเน้นการรักษาโรคมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ**

ผลการสนทนากลุ่มของทีมงานสาธารณสุขของ 3 โรงพยาบาลพบว่า ไม่แตกต่างกันคือ ถ้าพูดถึงแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ทั่วไป ยังไม่เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะแพทย์ไม่ถนัด โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป แพทย์ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ที่เน้นการรักษา เพราะโรงพยาบาลเน้นความเป็นแพทย์เฉพาะทางเป็นหน่วยตติยภูมิ(Tertiary Care Unit) แพทย์ที่จะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นแพทย์ฝ่ายเวชกรรมสังคม ซึ่งแพทย์กลุ่มนี้จะมีจำนวนไม่มาก แพทย์ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลจะมองการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องไกลตัว ไม่ใช่เรื่องของตนเอง แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าน่าจะเป็นเรื่องของสถานีอนามัย เป็นเรื่องของคนอื่นทำ เช่น พยาบาลหน้าห้องตรวจ พยาบาลในตึกผู้ป่วยใน พยาบาลฝ่ายเวชกรรมสังคมทำ โดยแพทย์คิดว่าตนเองไม่ต้องยุ่งเกี่ยว แต่แพทย์อาจจะพูดว่ามันสำคัญแต่ในความเป็นจริงเขาไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติกันน้อยและให้ความสำคัญด้านนี้น้อยกว่าการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแพทย์บางท่านในกลุ่มแพทย์ผู้ให้บริการเห็นว่า ภารกิจหลักของแพทย์โรงพยาบาลคือ การรักษาพยาบาลเป็นหลัก เนื่องจากแพทย์ถูกสอนมาให้การรักษาพยาบาลมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ ลำพังการตรวจรักษา แพทย์ส่วนใหญ่จะมีเวลาตรวจอยู่ที่ประมาณ 5 นาที แพทย์ส่วนใหญ่ที่ให้การรักษาเห็นว่า จะเลือกทำเฉพาะรายที่จำเป็น รายที่มีความเสี่ยงต่อการตายก่อน ขณะที่แพทย์โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นหน้าที่ของพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าจำนวนแพทย์ที่มีอยู่น้อยอยู่แล้ว เฉพาะการตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในก็ถูกจำกัดเวลาอยู่แล้ว แต่แพทย์ส่วนใหญ่ก็มิได้ละเลยต่อการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยที่ตรวจมีมากน้อย เวลาตรวจ เป็นต้น

ข้อสังเกตของการศึกษาพบว่า แพทย์ บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของพยาบาลอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้บริหารมักจะให้ความสำคัญกับงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณมากกว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้บริหารยังเน้นการตอบสนองนโยบายของรัฐบาล ขณะที่กลุ่มแพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับงบประมาณ 175 บาทต่อหัวที่จัดสรรลงมาให้เป็นงานสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนทีมงานเวชกรรมสังคมจะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคกับการสร้างเสริมสุขภาพได้ชัดเจน เนื่องจากเป็นงานเดิมที่ทำอยู่แล้ว และมีปรับเปลี่ยนขบวนการทำงานใหม่บ้าง

ข. การปฏิบัติงานของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาการปฏิบัติงานของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลต่าง ๆ มีดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์(3)

◆ ขายไอเดีย ให้ความรู้กับแพทย์ เพื่อสร้างให้แพทย์ตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ

<u>กลุ่มแพทย์ผู้บริหาร</u>โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์เห็นว่า *"การที่จะให้แพทย์ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผมต้องพยายามขายไอเดีย พยายามประชุมบอกแพทย์ให้รู้ว่าต้องทำด้านสร้างเสริมสุขภาพด้วย เพราะถ้าทำด้านรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว โรงพยาบาลคงอยู่ไม่รอด เพราะโรงพยาบาลต้องคอยตั้งรับอย่างเดียว กลุ่มงานแพทย์บางกลุ่มก็เห็นชอบด้วย เช่น กลุ่มกุมารเวชเห็นด้วยในโครงการไข้เลือดออก เขาก็นำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพไปทำ ตอนนี้กำลังเริ่มในเรื่องหลอดเลือดหัวใจ แพทย์กลุ่มอายุรกรรมกำลังจะทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ขณะนี้ทุกกลุ่มงานก็ได้พยายามเข้ามาร่วมในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ ถ้าโรงพยาบาลทำแต่เรื่องการรักษาพยาบาลด้านเดียวคงไม่ไหว อันนี้โรงพยาบาลต้องทำเพื่อการอยู่รอดขององค์กรโรงพยาบาลเช่นกัน"* แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์บอกว่า *"ผมต้องอธิบายให้แพทย์ฟังว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญยังไง เป็นการให้ความรู้กับแพทย์เรื่อยๆ พูดจากับแพทย์เรื่อย ๆ เพื่อให้แพทย์ตระหนักว่า อย่าทำเฉพาะการรักษาโรคอย่างเดียวให้บูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพเวลารักษาด้วย"*

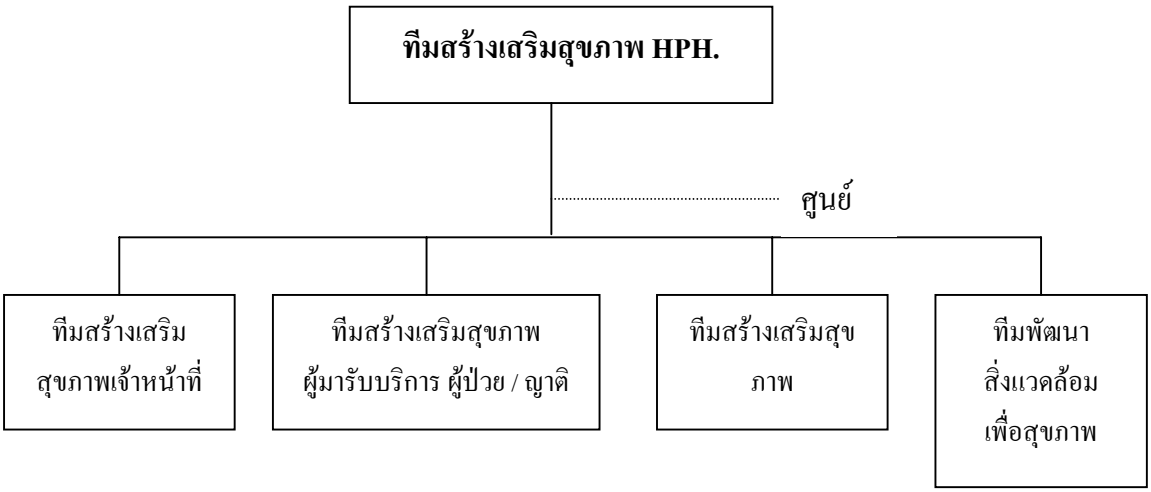
โรงพยาบาลทั่วไป(3)

ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปได้กำหนดให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลจึงกำหนดทีมสร้างเสริมสุขภาพเป็น 4 ทีม ได้แก่

1. ทีมสร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่
2. ทีมสร้างเสริมสุขภาพผู้มารับบริการ ผู้ป่วย / ญาติ
3. ทีมสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
4. ทีมพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

ศูนย์สุขภาพจะทำหน้าที่ดูแลทีมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ดังโครงสร้างของทีมสร้างเสริมสุขภาพ(HPI.) แผนภูมิที่ 3.1

แผนภูมิที่ 3.1 โครงสร้างของทีมสร้างเสริมสุขภาพ HPH.
โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์(3)



ที่มา: โรงพยาบาลทั่วไป, 2545.

ผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการดำเนินงานปี 2544-2545 ของโรงพยาบาลทั่วไปพบว่า เป็นการให้ความรู้กับทีมสร้างเสริมสุขภาพก่อน แล้วจึงให้ทีมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 4 ทีมไปดำเนินการต่อในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ผลงานที่น่าสนใจได้แก่

1. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ HPH เพื่อช่วยกันพัฒนา ให้เกิดเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ

2. จัดอบรมเรื่องกลุ่มเป้าหมาย–คณะกรรมการ HPH และเจ้าพนักงานการสร้างเสริมสุขภาพแบบใหม่ เพื่อให้ทางกิจกรรมสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา ในการสร้างเสริมสุขภาพ

3. จัดอบรมเรื่องโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมายเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาลและตัวแทนจากชุมชน โรงเรียน เพื่อให้เข้าใจถึงยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่ใช่มุ่งเน้นการรักษาอย่างเดียว

4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การสร้างพลัง (Empowerment) เทคนิคสำคัญในการพัฒนาสู่โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย

5. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work Shop) การจัดทำแผนปฏิบัติงานทั้ง 4 กลุ่ม กลุ่มเป้าหมาย คือ

- การสร้างเสริมสุขภาพผู้มารับบริการ
- การสร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่
- การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

- การพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

6. ประกาศให้ทราบ โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพมี 10 ข้อ

7. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ HPH

8. จัดประชุมทีมเลขาคณะกรรมการ HPH ทั้ง 4 คณะทำงานอย่างต่อเนื่อง

9. จัดทำจดหมาย – ข่าว โรงพยาบาลสุขภาพ เพื่อให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และให้ทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงาน โดยออกเดือนละ 1 ครั้ง

โรงพยาบาลชุมชน(3)

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนที่มีลักษณะเด่นมาก แต่เป็นโครงการที่จัดขึ้นตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การดำเนินงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน(อสม.) เป็นหลักและให้อสม.ดูแลชักชวนชาวบ้านในหมู่บ้านที่เป็นจุดรับผิดชอบ ประมาณ 10 คนเป็นหลักร่วมออกกำลังกายในแต่ละวัน อาทิตย์หนึ่ง 3 วัน พื้นที่จัด เช่น เขตเทศบาลตอนเย็นๆ ก็จะมีกลุ่มแอโรบิก เช้าก็มีกิจกรรมรำไทเก็ก ถ้าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุก็จะออกกำลังกายโดยการเดิน

กิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ

แพทย์ทั่วไปเห็นว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ในรายผู้ป่วยนั้น ๆ แพทย์จะไม่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับความรู้ทุกๆ ด้าน เพราะว่าช่วงที่โครงการ 30 บาทเข้ามา คนไข้มักจะมาโรงพยาบาลอัตราคนไข้ที่เข้ามาค่อนข้างเพิ่มขึ้น แพทย์อาจจะไม่ได้ลงรายละเอียดทุกๆ เรื่อง แต่แพทย์จะเลือกเฉพาะเจาะจงไปในผู้ป่วยบางรายมากกว่า สำหรับโรงพยาบาลศูนย์จะมีฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวที่ทำหน้าที่โดยตรงเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ มีการดูแลต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ การติดตามผลลงไปในชุมชน เช่น

ถ้ามีไข้เลือดออกระบาด หมอพบคนไข้เด็ก 1 ราย หมอก็จะแนะนำ อธิบายว่าโรคนี้เป็นยังไง ให้แผ่นพับไปหรือว่าหมอจะติดตามผลการรักษาคนไข้ อย่างเช่น อาการไม่หนักเราก็นัดและก็ติดตามการรักษา ส่วนใหญ่หมอจะทำงานร่วมกับฝ่ายเวชกรรมสังคมโดยส่งเรื่องไปให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ลงไปในชุมชนลงไปดูแลรวมทั้งฉีดยาป้องกันยุงในชุมชน

การให้คำปรึกษาแนะนำโดยทั่วไปแพทย์ทุกคนเห็นว่า เป็นหน้าที่ที่ต้องทำให้ผู้ป่วย เพราะแพทย์ทุกคนก็ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรค มีสุขภาพที่ดี

- **แพทย์เฉพาะทางไม่ค่อยเป็นการป้องกัน ก็ยังต้องให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยแต่เป็นสิ่งที่แพทย์ไม่ชำนาญ**

แพทย์ที่ต้องทำหน้าเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เช่น สูติแพทย์ต้องให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่การฝากครรภ์ การให้

ภูมิคุ้มกันโรคบาดทะยักระหว่างตั้งครรภ์ การวางแผนครอบครัว การปฏิบัติตัวของหญิงวัยหมดประจำเดือน คลินิกวัยทอง คลินิกมีบุตรยาก การให้คำปรึกษาก่อน-หลังสมรส การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจมะเร็งเต้านม สำหรับกลุ่มงานสูติแพทย์ไม่ค่อยร่วมออกหน่วยPCU แต่การให้คำปรึกษาในคลินิกต่างๆ หมอก็ถือว่าได้ทำในการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ก็เป็นการตั้งรับอยู่ในโรงพยาบาล

ศัลยแพทย์ท่านหนึ่งของโรงพยาบาลทั่วไป เห็นว่า *"การป้องการโรคไม่ค่อยจะเน้นยกตัวอย่างเช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดจากคนที่กินอาหารที่มีกากอาหารน้อย กินอาหารพวกโปรตีนเนื้อสัตว์มาก จึงทำให้ท้องผูก ไม่ออกกำลังกายเป็นต้นเหตุให้เกิดมะเร็ง แต่การให้ความรู้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ ศัลยแพทย์ไม่ค่อยได้พูดถึงกัน แต่มักจะเน้นว่าเป็นมะเร็งในระยะที่ 1,2,3 ระยะที่ 1 จะรักษาผู้ป่วยอย่างไร ยามีอะไรบ้าง ผ่าตัดยังไง ปัญหาใหญ่ที่สุดในทัศนะผมคือแพทย์ Staff เกือบทุกคนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันโรค หรือการพูดแนะนำเป็นต้น เช่น ถ้าผมเจอผู้ป่วยตับแข็ง แทนที่จะให้ยาแก้ตับแข็งอย่างเดียว ผมก็จะแนะนำไปด้วยว่าอย่าดื่มเหล้า หรือสมมติว่าเจอคนสูบบุหรี่ เริ่มเป็นหวัด ไอ หลอดลมอักเสบ ผมก็จะเริ่มแนะนำให้ผู้ป่วยป้องกันตนเองมากขึ้น แต่ก่อนจะบอกว่าอย่าสูบบุหรี่นะ แต่เดี๋ยวนี้จะบอกโทษของบุหรี่พูดรายละเอียดมากขึ้น ตรงนี้ผมคิดว่าผมได้ทำด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ข้อด้อยก็คือ เหมือนกับเราไปเน้นด้านการรักษาพยาบาล ไปอบรมก็เน้นด้านการรักษาพยาบาล ส่วนที่ป้องกันโรคเหมือนกับเราไม่ชำนาญ เหมือนกับเราฝึกเล่นปิงปองแต่ว่าเราก็ว่ายน้ำเป็น แล้วให้เราไปลงแข่งว่ายน้ำ ก็คือตอนที่เราอบรมเราไปเน้นอีกทักษะให้เรามีความชำนาญเฉพาะด้านมากขึ้น แต่การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่ถนัด เวลาให้ความรู้เนื้อหามันก็อาจจะหลุดไปบ้าง นอกจากนี้ผมว่ามันขึ้นกับความชอบ ความสนใจของแพทย์แต่ละคนเช่นกัน เช่น ถ้าโรงพยาบาลมีนโยบายให้แพทย์ไปออก PCU แพทย์บางท่านก็จะบอกว่าไม่ถนัด แพทย์บางท่านไม่ชอบ เพราะแพทย์แต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน"*

- **แพทย์ให้คำแนะนำกับผู้ป่วย แต่การปฏิบัติขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ**

แพทย์ผู้ให้บริการโรงพยาบาลชุมชนบอกว่า *"การให้คำปรึกษาแนะนำกับผู้ป่วยก็จะทำเช่น ผู้ป่วยบางรายมาด้วยปวดเอวมาก หมอก็จะพิจารณาถึงอาชีพ นั่งบ่อย หมอให้คำแนะนำว่ารูปร่างเขาใหญ่ น้ำหนักตัวมาก เขาก็ควรจะลดน้ำหนักเพราะว่าน้ำหนักลงไปอยู่ที่เอวมาก หรือนั่งนานๆ ก็ทำให้ปวดเอวได้ รวมทั้งผู้สูงอายุที่ปวดเข่า หมอก็จะให้คำแนะนำให้เขานั่งเก้าอี้ที่สูงหน่อย ออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรงสามารถรองรับข้อเข่าที่เสื่อมตามอายุ รวมทั้งแนะนำให้ผู้สูงอายุทำกายภาพบำบัดบางท่าไปด้วย แต่เขาจะปฏิบัติตามการให้คำแนะนำหรือไม่หมอก็ไม่แน่ใจ หรือในแง่ของการป้องกันโรค ถ้าเป็นช่วงไข้เลือดออกระบาดในชุมชน หมอก็จะแนะนำให้ผู้ป่วยพยายามทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ปิดอ่างน้ำ ไปรับทรายมาป้องกันยุงที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน ถ้าเป็นช่วงฤดูร้อนเป็นช่วงการระบาดของโรคท้องร่วง หมอก็ต้องให้ความรู้ให้คำ*

แนะนำเกี่ยวกับอาหารการกิน อย่างเช่น น้ำ รวมทั้งแนะนำให้มีการออกกำลังกายบ้าง แต่ที่ผมเจอบ่อย ๆ เช่น ผู้ป่วยมักเข้าใจผิดว่า กินยาที่หมอให้ไปก็จะหายจากโรคที่ป่วย ซึ่งหมอต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจตามวัยของเขา โดยเฉพาะความเสื่อมของร่างกายแต่ละคน ยาก็เป็นการรักษาตามอาการ โรคความเสื่อมไม่มีวันรักษาหาย หมอต้องอธิบายให้เขาเข้าใจตรงจุดนี้ด้วย ยาที่ให้ผู้ป่วยหมอก็ต้องเลือกด้วยเดี๋ยวไปกัดกระเพาะอาหาร ส่งผลต่อไตวาย แต่เขาจะพึงรู้เรื่องหรือเปล่าก็ไม่รู้"

- **การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ**

บทบาทของแพทย์ต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับที่แตกต่างกัน เช่น การเป็นสถานที่ดูงาน ถ่ายทอดความรู้ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับภาค

<u>แพทย์ผู้บริหารฝ่ายเวชกรรมสังคม</u>ของโรงพยาบาลศูนย์กล่าวว่า *"โรงพยาบาลศูนย์ที่นี่จะเป็นจุดที่มีหน่วยงานต่างๆ เข้ามาดูงาน ก่อนการดูงาน ผมก็จะมีการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานของทีมสาธารณสุขในเรื่องต่างๆ มีการสอดแทรกเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้โรงพยาบาลศูนย์ยังมีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ โดยทำร่วมกับเทศบาล สถานีอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)"*

ผลการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ของโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า การที่แพทย์ของฝ่ายเวชกรรมสังคม 5-7 คนลงไปออกPCU โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่รับผิดชอบ 30 กว่าPCU แพทย์พอไหม ไม่พอ จริง ๆ แล้วหมอไม่ได้เป็นกลไกให้ PCU ประสบความสำเร็จแต่เพียงผู้เดียว **แต่การมีหมอจะสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาให้กับประชาชนในการเปลี่ยนทัศนคติในการใช้บริการว่า** *"จะต้องมาโรงพยาบาลนะ ไม่ไปหรอกสถานีอนามัยเพราะไม่เชื่อมั่นในความรู้ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย"* แต่ถ้ามีหมอจากโรงพยาบาลไปอยู่ในช่วงเช้า หมอก็สามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ เวลาที่หมอไม่อยู่ เจ้าหน้าที่สถานอนามัยก็จะสามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ ยกตัวอย่างเช่น มีแพทย์ท่านหนึ่งต้องไป PCU แรกๆ ลงไปคุณหมอไม่ค่อยชอบงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ฉะนั้นเขาจะบอกกับคนในชุมชนว่า เขาจะไปPCUอาทิตย์ละวันคือวันอังคาร ช่วงเช้าก็จะตรวจรักษาผู้ป่วยที่มาหาที่PCU แต่ช่วงบ่ายไม่ต้องไปหาหมอที่สถานีอนามัย หมอจะลงไปเยี่ยมคนในชุมชน ออกไปให้ความรู้กับประชาชน ไปแลกเปลี่ยน ไปรู้จักนิสัยของคนในชุมชน รู้จักชุมชน ซึ่งพอหมอทำอย่างนี้คนในชุมชนก็เริ่มให้ความสนใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ชุมชนมีการดึงผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ประธานอบต. เกิดการมานั่งคุยกัน กำหนดเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน มีการจัดหางบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ซื้อเครื่องพ่นหมอกควันสำหรับกำจัดยุงลาย มีค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าน้ำยา มีการสนับสนุนแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย เช่น การปลูกสมุนไพรในชุมชน เป็นต้น

◆ **การให้ความรู้การดูแลสุขภาพต้องใช้เวลาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับ จึงกระทบต่อเวลาการตรวจผู้ป่วยโดยรวม**

กุมารแพทย์ของโรงพยาบาลทั่วไป บอกว่า *"ปกติผมเป็นคนชอบให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพกับผู้ปกครองเด็ก ก่อนตรวจผมจะดูอาการของเด็กก่อนว่าอาการนี้เกิดจากการดูแลของผู้ปกครองเด็กหรือไม่ บ่อยครั้งที่ผมพบว่าเด็กไม่ควรจะมาพบหมอ เช่น มีผู้ปกครองคู่หนึ่งพาลูกมาหาผมด้วยอาการท้องอืด เด็กอายุ 3 เดือน ผมก็ถามว่าให้อาหารอะไรเด็ก แม่เด็กบอกว่า ให้ซีรีแล็คลูกไป ผมก็ถามว่า คุณแม่อ่านฉลากข้างกล่องไหมว่าคำแนะนำให้เด็กอายุเท่าไร แม่เด็กบอกว่าอ่านแต่ก็อยากให้ลูกเติบโต แข็งแรง ไม่คิดว่ามันจะมีอันตรายกับลูก ผมต้องนั่งอธิบายสอนว่าเด็กอายุเท่าไร ควรให้อาหารอะไร เป็นการให้ความรู้การดูแลลูกกับพ่อแม่เด็ก ผมว่าสนุกดี แต่ผมก็มักจะมีปัญหาว่าเวลาเราให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพต้องใช้เวลามากกว่าการตรวจรักษา ถ้าออกตรวจคลินิกเด็กแพทย์บางท่านก็มักจะไม่ชอบ เพราะเขาบอกว่าผมตรวจเด็กได้จำนวนน้อยและไปเพิ่มงานแพทย์คนอื่นเขา หลังๆ ผมก็ต้องเลือกให้ความรู้กับเด็กบางราย แต่ก็อดไม่ได้ถ้ามีเวลาก็จะทำ อันนี้ผมคิดว่าเป็นความชอบส่วนตัวของผมที่ทำจนเป็นนิสัย"*

◆ **การให้ความรู้เพียง 10 นาทีไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต้องเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย**

แพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชนท่านหนึ่ง ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการให้ความรู้การดูแลสุขภาพไว้น่าสนใจว่า *"การเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ตามที่ผมสังเกตผู้ป่วยและญาติจะให้ความสำคัญกับยามากเกินไป เช่น หมอขอยาแก้เพลีย เขาคิดว่าทุกโรคทุกอาการสามารถบำบัดรักษาได้ด้วยยา ผมจึงต้องพยายามเปลี่ยนทัศนคติในจุดนี้โดยการดูแล การให้เวลากับคนไข้โดยการอธิบาย เช่น ถ้าคนไข้กินยาลดไข้แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น ผมก็ต้องแนะนำให้เขากินอาหารที่เหมาะสม เขาก็จะขอยาที่กินข้าวได้ ยาที่ทำให้เด็กอ้วน ซึ่งเปลี่ยนทัศนคติได้ยากมาก แต่ก็สามารถเปลี่ยนได้เป็นรายบุคคล ผมอาจให้เวลาเขาซัก 10 นาที เพื่อให้เขาฉุกคิดขึ้นมานิดหนึ่งในคนเดียว ยกตัวอย่างเช่น เด็กๆ ชอบกินพวกสแนก กินทั้งวันแต่ไม่อ้วน ผมถามเด็กกินอะไรบ้างครับ เด็กก็กินขนมกรอบ ของทอด ข้าวเกรียบ ซึ่งก็กินแต่คาร์โบไฮเดรต เด็กแข็งแรงมาก ซน แต่ไม่มีกากอาหาร เด็กกินทั้งวันเลยแต่ไม่กินข้าว พ่อแม่เด็กเลี้ยงลูกมา 4-5 ปีแล้ว ผมจะไปเปลี่ยนแปลงเขาในเวลา 10 นาทีนี้ยากมาก เด็กกวนมากก็ซื้อขนมให้เด็กกิน พ่อแม่จะได้ทำงานต่างๆ ได้ คงจะเป็นส่วนปลีกย่อยของการสร้างเสริมสุขภาพ ผมพบว่าเด็กบางคน 2 ขวบยังน้ำหนัก 9 กิโลกรัมมาหาหมอยังถือซองขนมอยู่เลย โดยลักษณะนี้ผมถือว่าอาหารเป็นพื้นฐานอย่างหนึ่งของพัฒนาการด้านร่างกาย กับเด็กหิวเด็กต้องกิน กินเท่าที่ร่างกายต้องการ ร่างกายก็จะตอบสนองเองการเจริญเติบโตก็จะเป็นไปตามความเหมาะสมตามวัย แต่ก็เมื่อไหร่มีอะไรไปรบกวน เช่น ชนิดประเภทของอาหารที่ไม่สมควรมันก็จะมีผลกระทบต่อร่างกายเด็ก ไม่ใช่แค่เด็กตัวเล็กอย่างเดียว แต่*

เด็กจะมีปัญหาด้านโครงสร้างอื่นๆ ด้วย เช่น พัฒนาการด้านประสาทด้านสมอง ด้านความคิด ก็จะเป็นทุกคนอยู่ที่จะมากหรือน้อย ที่นี้อาจจะเป็นเพราะอยู่ไกลตลาดเด็กก็ถูกเลี้ยงตามที่มี แต่ถ้าเป็นชุมชนจะมีร้านโชว์ห่วยเยอะ เด็กก็เดินกินทั้งวัน เด็กก็จะเป็นโรคขาดอาหารโดยมีกินเยอะ"

- **การกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ**

แพทย์กับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมแพทย์ทั้งหมดของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับเห็นว่าแพทย์สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความศรัทธาเชื่อถือแพทย์อยู่แล้ว โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นกลุ่มข้าราชการ ชนชั้นกลางที่มีการศึกษา เวลาหมอแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ถ้าเขาไม่เข้าใจหรือมีความคิดแตกต่างๆ กับหมอ เขาก็จะซักถาม หมอก็จะอธิบายและยกตัวอย่างให้เขาเข้าใจ เช่น การรับวัคซีนเด็ก เขาจะพาลูกไปฉีควัคซีนที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนหรือคลินิกก็ได้ แต่ต้องกระตุ้นให้เขารู้ว่าวัคซีนแต่ละตัวจะมีผลต่อสุขภาพเด็กอย่างไร อย่างไรก็ตามแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่วัดได้ยาก จะวัดอย่างไรว่าการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่แพทย์บางส่วนเห็นว่า หมอก็จะนัดติดตามผลครั้งต่อไป เช่น เด็กขาดสารอาหาร หมอแนะนำการเลี้ยงดู การให้อาหาร ถ้าเขาทำตามที่หมอแนะนำเด็กก็จะมีน้ำหนักขึ้นมาบ้าง การเจ็บป่วยของเด็กลดลง แต่ถ้ากระตุ้นไปแม่เด็กไม่ทำตามเด็กก็จะกลับมาหาหมอด้วยโรคเดิมๆ อาการเดิม เป็นต้น

- **การติดตามผลการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย**

การติดตามผลการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าแพทย์มีการติดตามผล 2 ลักษณะ ได้แก่

1. แพทย์นัดติดตามผลที่ตึกผู้ป่วยนอกในคลินิกต่าง ๆ

2. กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด แพทย์ส่งต่อให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือพยาบาลฝ่ายเวชกรรมสังคมติดตามให้ที่โรงพยาบาลมีจุดPCU

การติดตามผลของแพทย์จะนัดเป็นระยะๆ เช่น การนัดตรวจหลังคลอด การฝากครรภ์ การตรวจมะเร็งปากมดลูก

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์ฯ เห็นว่า การติดตามผลยังทำไม่ได้เพราะแพทย์แต่ละท่านมีงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมาก ติดตามได้ยาก ถ้าจะให้ติดตามผลการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยต้องใช้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวทำ แม้ว่าโรงเรียนแพทย์สอนนักศึกษาแพทย์แบบองค์รวม ในความเห็นของผมงานสร้างเสริมสุขภาพกับงานรักษาพยาบาลไม่ไปด้วยกัน มันขึ้นกับความสนใจของแพทย์แต่ละท่านด้วย

แพทย์โรงพยาบาลทั่วไปท่านหนึ่งเห็นว่า การติดตามผลแพทย์ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ทุกราย มีประมาณ 30% เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มารักษาประจำ การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อใกล้

บ้าน เช่น สถานีอนามัย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังติดภาพอยู่กับการมารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลใหญ่ แม้สถานีอนามัยจะอยู่ใกล้บ้าน สะดวกแต่ผู้ป่วยก็ไม่อยากไปรักษาพยาบาล แม้แพทย์จะอธิบายแต่ไม่มีผลเป็นเรื่องทัศนคติของผู้รับบริการต่อระบบสาธารณสุข

- **การส่งต่อไปรับบริการที่สถานบริการสร้างเสริมสุขภาพใกล้บ้าน**

โครงการหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ได้กำหนดสถานบริการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ(Primary Care Unit : PCU) ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน กระจายตัวอยู่ในตำบล หมู่บ้าน ระดับทุติยภูมิ(Secondary Care Unit) ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิ (Tertiary Care Unit) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ ผลการศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่ทั้ง 3 ระดับมีความเห็นที่สอดคล้องกัน เช่นเดียวกับแพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่งของโรงพยาบาลทั่วไปที่ได้ให้ทัศนะว่า *"ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจเรื่องPCU ทุกวันนี้ประชาชนยังเลือกPCU ที่ขึ้นกับโรงพยาบาลใหญ่ ที่เป็นเช่นนี้เพราะประชาชนยังไม่เข้าใจว่า จริงๆ แล้วPCUมันเหมือนกันหมด ถ้าทุกPCUทำตามมาตรฐาน ทำให้ประชาชนที่มารักษาที่แต่ละPCU ทุกแห่งให้บริการประชาชนเหมือนกัน ถ้าเป็นลักษณะนี้ ถ้าแก่นความสามารถของPCUก็จะมีการใช้ระบบส่งต่อไปยังระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ประชาชนจะไปรับการรักษาพยาบาลที่ไหนก็ได้ โดยระบบส่งต่อของแพทย์ ถ้าแพทย์สามารถอธิบายตรงนี้ให้ประชาชนเข้าใจได้ ผู้ป่วยก็จะเลือกใช้บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจอยู่แล้ว แต่ขณะนี้ผู้ป่วยในชุมชนเข้าใจผิดคิดว่าPCUคือ โรงพยาบาล เขาเลือกโรงพยาบาลเขาไม่เลือกPCU เพราะเราไม่อธิบายให้เขาฟัง ทุกวันนี้เราไม่บังคับเขาใช่ไหม ถ้าเขาเลือกPCUโรงพยาบาลชุมชน พอเขาจะคลอดบุตรเขาก็ต้องไปคลอดโรงพยาบาลชุมชน ถ้าอีกโรงพยาบาลหนึ่งมีหมอสูติ อีกโรงพยาบาลไม่มี ผู้ป่วยก็อยากจะไปคลอดกับโรงพยาบาลที่มีหมอสูติมากกว่า การที่เราเอาPCU ไปผูกติดกับระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ดังนั้นก็เราอยากให้ประชาชนเลือกใกล้บ้าน ใกล้ใจ ต้องมีการแก้ไขตรงที่ให้ผู้ป่วยเลือกPCUไหนก็ได้ แต่ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิให้ประชาชนเขาเลือกเอาเลย ทุกวันนี้ประชาชนยังยึดติดอยู่กับสถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิที่ผูกกัน ประชาชนเขาก็ต้องเลือกระดับทุติยภูมิเขาไม่เลือกระดับปฐมภูมิ"*

แพทย์เฉพาะทางท่านหนึ่งของโรงพยาบาลทั่วไปเห็นว่า *"การส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลทั่วไปก็ไม่ได้มากไปกว่าเดิมหรือน้อยลง แต่ก็ไม่ได้จัดเป็นสถิติ หมอเห็นว่ายังอยู่ในระดับเดิม การส่งต่อไปยังหน่วย Tertiary Care ส่วนใหญ่ก็ส่งตามภาวะฉุกเฉิน (Emergency) ไม่ใช่ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพ 30 บาทไม่อยากส่ง ขึ้นอยู่กับคนใช้มากกว่า"*

สำหรับโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นจุดรับระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปนักวิจัยพบว่า **เป็นการยกระดับศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนให้ทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน**มากกว่าการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งจะเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลทั้งของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ และลดค่าใช้จ่ายด้าน

ค่าพาหนะของผู้ป่วยลง ผลการสนทนากลุ่ม(Focus Group) ของโรงพยาบาลชุมชนให้ข้อมูลว่า *"โรงพยาบาลชุมชนที่นี้มีแพทย์เฉพาะทาง 2 ท่านคือ ศัลยแพทย์และกุมารแพทย์ อย่างด้านศัลยกรรมนี้ โรงพยาบาลอื่นส่งต่อมาผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมชน เพราะการจ่ายค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายให้โรงพยาบาลชุมชนต่ำกว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลชุมชนที่นี่จะรับส่งต่อจากโรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลจะนะ แทนที่โรงพยาบาลดังกล่าวจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทุติยภูมิและโรงพยาบาลตติยภูมิตามระบบของเขาแต่เขาไม่เอาเขาเลือกส่งมาที่เราเพราะค่าใช้จ่ายถูกกว่า อีกอย่างเพราะถือเป็นโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน ทำงานช่วยเหลือ มีน้ำใจต่อกัน มีอะไรเล็กๆ น้อยๆ ก็คุยกันได้ คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลัก ฉะนั้นถ้าเป็นลักษณะนี้จะเห็นได้ว่าเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้เป็นอะไรที่ตายตัว อย่างโรงพยาบาลชุมชนที่นี้แทนที่จะต้องทำ Primary Care Unit แต่ศักยภาพของโรงพยาบาลทำได้ เราก็ต้องทำในเรื่องของTertiary Care ด้วยเป็นการยกระดับศักยภาพการทำงานของโรงพยาบาลชุมชนให้ดีขึ้น เหมือนเป็นบทบาทที่ขัดแย้งกัน มองรวม ๆ มันก็น่าจะดีแต่จริง ๆ แล้วไม่ใช่ ขณะนี้แต่ละโรงพยาบาลต้องมองในเรื่องของการลดต้นทุนด้วย เพราะว่าตอนนี้โครงการ 30 บาททุกโรงพยาบาลมีเงินของตนเองไปจ้างให้คนอื่นจ่ายโรงพยาบาลก็ต้องคิดว่าจ่ายอย่างไรให้น้อยที่สุด ฉะนั้นสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่นี้จึงเป็นทั้ง Primary Careและ Tertiary Care ตอนนี้โรงพยาบาลจึงเครียดเรื่องของการรักษาพยาบาลว่าทำไมตัวเลขต้องพุ่งสูงอย่างนี้ โรงพยาบาลจึงต้องดูแลให้การรักษาพยาบาลกับคนไข้ส่วนนี้ก่อน"*

ผลการศึกษาการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับพบว่า แม้ว่าโครงการ 30 บาทจะกำหนดภารกิจของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับเป็นระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ โดยทั่วไปแพทย์ของโรงพยาบาลยังเน้นอยู่ที่การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นหลัก แต่สามารถทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การให้คำปรึกษาแนะนำ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ ขณะที่การติดตามผลการรักษาพยาบาล หรือการติดตามผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยว่าได้ทำตามที่ได้รับความรู้การสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ได้ผลมากน้อยเพียงใด ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นบทบาทโดยตรงของแพทย์ แต่เป็นบทบาทของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายเวชกรรมสังคมที่ต้องติดตามผล แพทย์จะเลือกทำได้เฉพาะรายที่มีปัญหาการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องกับแพทย์เท่านั้น โดยแพทย์ส่วนหนึ่งเห็นว่า งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ได้เป็นงานหลักของแพทย์ เพราะแพทย์ส่วนใหญ่ยังทำงานด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นงานหลัก งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่ใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วย ญาติซึ่งแพทย์ก็อยากทำ แพทย์ทุกคนรู้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องขึ้นกับปริมาณของผู้ป่วยที่ตรวจแต่ละวัน เวลาที่มีอยู่ว่าจะทำได้มากน้อยแค่ไหน ส่วนใหญ่การทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพแพทย์จะเลือกในรายที่จำเป็นเท่านั้น ข้อสังเกตของนักวิจัยพบว่า แพทย์เฉพาะทางส่วนหนึ่งเห็นว่าตนเองไม่ถนัดที่จะทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ เพราะถูกฝึกมาให้เป็นแพทย์เฉพาะทางมากกว่า

◆ **งานสร้างเสริมสุขภาพถูกมองแยกส่วนในระบบสุขภาพ** แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไปยังเห็นว่า เป็นเรื่องของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและแพทย์เวชกรรมสังคมทำอยู่แล้ว ขณะที่การส่งต่อให้ผู้ป่วยไปรับบริการสร้างเสริมสุขภาพใกล้บ้านในโครงการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” โดยเฉพาะ PCU ที่มันนโยบายให้แพทย์ไปร่วมด้วยนั้นจะทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลที่มีจำนวนแพทย์มาก เช่น โรงพยาบาลศูนย์เท่านั้น ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนยังไม่สามารถทำตามนโยบายดังกล่าวได้ เนื่องจากแพทย์ยังต้องเป็นหลักในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมากกว่าโดยแพทย์ให้เหตุผลว่า โรงพยาบาลต้องป้องกันการถูกร้องเรียนจากผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทเช่นกัน

(2) การมีส่วนร่วมของแพทย์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของแพทย์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ผู้ศึกษาจะขอนำเสนอใน 2 ประเด็น ได้แก่

ก. แพทย์มีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการเสริมสร้างสุขภาพโรงพยาบาล

ข. แพทย์มีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็น / ร่วมกิจกรรมและโครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

ก. แพทย์มีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการเสริมสร้างสุขภาพโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลทั่วไปมีความชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นนี้ คือ แพทย์มีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลทั่วไปได้ประกาศเป็น **“โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ”** โรงพยาบาลจึงต้องแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ องค์ประกอบของคณะกรรมการจะเป็นการดึงให้แพทย์ในโรงพยาบาลตั้งแต่แพทย์ผู้บริหาร แพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลและบุคลากรฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมโดยมีการแบ่งทีมสร้างเสริมสุขภาพออกเป็น 4 ทีม ได้แก่

1. ทีมสร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่
2. ทีมสร้างเสริมสุขภาพผู้มารับบริการ ผู้ป่วย / ญาติ
3. ทีมสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
4. ทีมพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่งของโรงพยาบาลทั่วไป เห็นว่า *“นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลคือ มีทีมสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้วและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกคนก็*

ต้องทำ คือ มีคนรับผิดชอบคือ เราอยู่กระทรวงสาธารณสุข เราก็รู้อยู่แล้วว่าต้องทำงาน 4 ด้านได้แก่ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคและฟื้นฟูรักษาสุขภาพ ทั้ง 4 ด้านมันเป็นงานที่อยู่ในสายเลือดอยู่แล้ว เป็นหน้าที่หลัก เพียงแต่ว่าแพทย์ท่านใดจะรับผิดชอบโดยตรง ตามตึกผู้ป่วยในก็จะเน้นอยู่แล้วว่า ให้เจ้าหน้าที่ทำด้านการสร้าง/เสริมสุขภาพ แนะนำให้ความรู้คนไข้ไปพร้อมๆ กับการรักษา"

<u>แพทย์ผู้บริหารอีกท่านหนึ่ง</u>ของโรงพยาบาลศูนย์ กล่าวว่า *"โดยทั่วไปแพทย์ทุกคนทำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้วโดยที่แพทย์ไม่รู้ตัวที่นี้พอไปบอกเขาว่าให้แพทย์ที่สร้างเสริมสุขภาพแพทย์จะนึกว่าเป็นการเพิ่มงาน ทั้งๆ ที่เขาทำไปแล้วทุกกลุ่มงาน เพราะระบบมีบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปด้วย ดังจะเห็นได้จากมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในโรงพยาบาลที่จะสร้างเสริมงานด้านนี้ให้ชัดเจน สำหรับผมก็สนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านทางกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โดยกลุ่มงานนี้จะมาช่วยให้ความรู้กับแพทย์ หลักของโรงพยาบาลจริงๆ คือ ตรวจและรักษาโรคเป็นส่วนใหญ่ ในโรงพยาบาลก็เน้นการสนับสนุน ป้องกันโรคในโรงพยาบาลในลักษณะของการให้สุขศึกษา การให้ความรู้อนามัยแม่และเด็ก การให้ความรู้ในคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Baby Clinic) ในส่วนงานนอกโรงพยาบาลเราก็ต้องอาศัยPCU ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของโรงพยาบาล เราจะต้องติดอาวุธหรือให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ พนักงานอนามัย เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เช่น ออกไปหน่วยPCUที่ชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลกำลังทำอยู่"*

<u>แพทย์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมท่านหนึ่ง</u>ของโรงพยาบาลศูนย์ มีทัศนะที่แตกต่างจากผู้บริหาร 2 ท่านตรงที่ หมอเห็นว่าโรงพยาบาลต้องยืนอยู่ 2 สถานะ คือ

1. โรงพยาบาลรับนโยบายของกระทรวงโดยตรง(Vertical Programe) เข้าไปยังกลุ่มงานต่างๆ ตรงนี้คือการขึ้นตรงต่อนโยบายส่วนกลาง

2. โครงการ 30 บาทเป็นเรื่องของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นเรื่องของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลต้องทำงานร่วมกับทางเทศบาล สถานีอนามัยร่วมกันเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ฉะนั้นตัวนโยบายก็จะถูกกำหนดมาจากคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ซึ่งไม่ใช่ความเป็นโรงพยาบาลอย่างเดียว แต่เป็นคนที่ทำงานในชุมชน ฉะนั้นตรงนี้นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพมันจะมีความชัดเจนว่า ถ้าความเป็นโรงพยาบาลคิดบางเรื่องไม่ตกก็อาจจะเป็นอีกเรื่องหนึ่ง แม้ว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานเครือข่าย แต่ต้องไม่เอาความเป็นโรงพยาบาลกับความเป็นชุมชนมาผูกพันกัน เช่น โรงพยาบาลคิดไม่ตกแต่ถ้าจุดPCUทำได้ก็ให้จุดPCUทำงานไป เราจะต้องแยกส่วนกัน เป็นต้น

สำหรับโรงพยาบาลศูนย์มีพื้นที่กว้างมาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ให้พื้นที่กับฝ่ายเวชกรรมสังคมโดยให้ตึกด้านหลังของโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมทำงานประกอบกับทีมงานแพทย์ที่เข้มแข็ง คือ แพทย์ฝ่ายเวชกรรมสังคมจำนวน 7 ท่าน แพทย์ประจำบ้าน

จำนวน 10 ท่านและมีแพทย์นอกเวลาที่มาช่วยออกPCU อีกจำนวน 20 ท่าน ดังนั้นโรงพยาบาลศูนย์จึงมีแพทย์ออกไปร่วมในจุดPCU ได้แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีจำนวนคนไข้มากในแต่ละวันก็ตาม

แพทย์ผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชน เห็นว่า นโยบายของโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลคุณภาพที่ต้องผ่าน HA(Hospital Accreditation) โรงพยาบาลกำหนดเป้าหมาย *"พัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพให้ได้มาตรฐาน เน้นการปรับปรุงโรงพยาบาลให้ได้ตามที่โรงพยาบาลกำหนด สำหรับที่นี้ ไม่ได้ทำเฉพาะในโรงพยาบาลแต่ทำทั้งอำเภอนาทวี โรงพยาบาลได้ทำเรื่องขอ ISO 9001 โรงพยาบาลได้รับการรับรองไปแล้ว ตอนนี้อยู่ระหว่างปรับวิสัยทัศน์ให้เข้ากับHA ขณะเดียวกันโรงพยาบาลมีแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น แผนงานการออกกำลังกาย โดยตั้งชมรมออกกำลังกายทุกตำบล แผนงานป้องกันไข้เลือดออก เป็นต้น"*

- **การเสนอความคิดเห็นของแพทย์ผู้ให้บริการเสนอผ่านทางกลุ่มงานแพทย์**

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่สามารถมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในระดับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลโดยผ่านหัวหน้ากลุ่มงานแพทย์ไปยังคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ขณะเดียวกันก็มีแพทย์บางส่วนที่เห็นว่า ตนเองไม่ได้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในระดับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของการสนทนากลุ่ม(Focus-Group) ของโรงพยาบาลศูนย์ ที่กลุ่มให้เหตุผลว่าทำไมแพทย์จึงมีส่วนร่วมน้อย พยาบาลสร้างเสริมป้องกันโรคเห็นว่า *"แพทย์ทั่วไปยังไม่เห็นความสำคัญของงานสร้างเสริมสุขภาพ เพราะเป็นงานที่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ถนัด แพทย์ของโรงพยาบาลศูนย์เป็นSpecial Secondary Tertiary Care ซึ่งเน้นการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แพทย์ที่ทำด้านสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นแพทย์ฝ่ายเวชกรรมสังคมที่มีจำนวนไม่มาก ยกเว้นของโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ที่มีจำนวนมาก เพราะฉะนั้นแพทย์ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลจะมองการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องไกลตัว ไม่ใช่เรื่องของตนเอง น่าจะเป็นเรื่องของสถานีอนามัยทำเป็นเรื่องคนอื่นทำ แต่ว่าตัวเขาเองคิดว่าเขาไม่ต้องยุ่งเกี่ยว แต่เขาอาจจะพูดว่ามันสำคัญแต่ในความเป็นจริงเขาไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติกันน้อยและมองเห็นความสำคัญด้านนี้น้อยกว่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วย"*

ข. แพทย์มีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็น/ร่วมกิจกรรม และโครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

ผลการศึกษา แพทย์มีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นต่อกิจกรรมและโครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลอย่างไร พบว่า โดยภาพรวมแพทย์ทุกคนสามารถเสนอในรูปของกิจกรรมและโครงการผ่านทางกลุ่มงานแพทย์ของโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลให้อิสระทางความคิด และเปิดโอกาสให้แพทย์ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมหรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนทั้งหมดของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน พบว่าส่วนหนึ่งเป็นกิจกรรมที่ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในโครงการหลักประกัน

สุขภาพ เช่น โครงการออกกำลังกาย ชมรมออกกำลังกายในระยะแรก ๆ จะเป็นการดำเนินการในกลุ่มของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่สนใจโดยใช้เวลาช่วงเย็น ในพื้นที่ของโรงพยาบาล โดยกิจกรรม/โครงการของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจะมีมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน กิจกรรม/โครงการสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่ต้องทำร่วมกับองค์กรภายนอก เช่น เทศบาล องค์การบริการส่วนตำบล ฯลฯ

- **การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ประธานอบต.**

ผลการสนทนากลุ่ม(Focus-Group) ทั้ง 3 โรงพยาบาล พบว่า ทุกโรงพยาบาลได้ทำงานกิจกรรม/โครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน โรงเรียน เทศบาล สถานีอนามัย เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพลงมา ก็มีส่วนสนับสนุน/สร้างเสริมให้โครงการ/กิจกรรม ขณะเดียวกันแพทย์ทุกระดับต้องให้ความร่วมมือ เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของจังหวัดอยู่แล้ว โรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับมีความสัมพันธ์ที่ดีกับองค์กรภายนอก เวลาโรงพยาบาลขอความร่วมมือหรือองค์กรภายนอกขอความร่วมมือมา การทำงานจึงเป็นลักษณะหุ้นส่วนกัน เช่น <u>แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์</u> เห็นว่า *"โรงพยาบาลศูนย์มีความสัมพันธ์ค่อนข้างจะดีกับเทศบาล โดยเฉพาะงานสาธารณสุขในเขตเมืองถือเป็นตัวอย่างของที่อื่น เพราะว่าเทศบาลเอาด้วยกับโรงพยาบาล เนื่องจากเดิมโรงพยาบาลนี้เป็นของเทศบาล เป็นงานเก่าของเทศบาล และนายกเทศมนตรีมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเรา ไม่ว่าจะเป็นคนเก่าหรือคนใหม่ สาธารณสุขจังหวัดจะเห็นความสำคัญจึงได้มีการกำหนดเป็นศูนย์ฯ เรียกว่า**"ศูนย์อนามัย"** มีจำนวนทั้งหมด 14 ศูนย์ โรงพยาบาลทำมา 10 ปีแล้ว งานสาธารณสุขในเขตเมืองจึงไม่ค่อยมีปัญหา ส่วนงานนอกเขตเมืองก็ค่อนข้างดี เพราะว่ามีองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) จะมาทำร่วมกันกับโรงพยาบาล นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย เคยให้เราไปทำเรื่องส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคโดยเขามีงบประมาณให้โรงพยาบาลก็ไปทำให้ เช่น บ้านพรุถือเป็นพื้นที่ตัวอย่างที่ดีในการให้ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลของทบวงมหาวิทยาลัยกับองค์กรท้องถิ่น แม้ว่าจะเป็นบางองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ที่เข้ามามีส่วนร่วมกับโรงพยาบาล ขณะนี้คณะกรรมการสาธารณสุขพื้นที่ เขากำลังไปสมัครกับกรรมการกระจายอำนาจส่วนท้องถิ่น เพื่อจะให้จังหวัดเป็นโครงการทดลอง(Pilot Project) เพราะฉะนั้นผมเชื่อว่า ท้องถิ่นคงจะเข้ามามีส่วนร่วมค่อนข้างจะมากภายใน 1-2 ปีข้างหน้า ถ้ามีองค์กรส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมก็จะดี เพราะว่าทรัพยากรส่วนหนึ่งเราก็จะได้จากส่วนท้องถิ่นมาสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพได้ ซึ่งบางสถานีอนามัยที่อบต.เข้ามามีส่วนร่วม เขาก็จะจัดสรรงบประมาณในกิจกรรม / โครงการ เช่น โครงการกำจัดยุงลาย โครงการแพทย์แผนไทย"*

- **การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจะทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ**

โรงพยาบาลศูนย์(3)

ผลการสนทนากลุ่ม(Focus-Group) ของโรงพยาบาลศูนย์พบว่า นอกเหนือจากองค์กรภาครัฐแล้วกิจกรรม/โครงการส่วนหนึ่งยังไม่รับการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ของพื้นที่ เช่น องค์การพัฒนาเอกชน(NGO) ชื่อ**"กลุ่มมานี-มานะ"** เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรม/โครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนด้านเอดส์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย กิจกรรมที่น่าสนใจที่อยากเล่าให้ฟัง เช่น กิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลให้งบประมาณเขาทำ กลุ่มก็จะไปทำเป็นแผ่นโปสเตอร์ให้เราแล้วกลุ่มก็ไปสอนตามโรงเรียน ส่วนป้ายรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออกก็จะติดข้างรถตุ๊ก ๆ ทีมงานสุขภาพของฝ่ายเวชกรรมสังคมก็บอกว่า ถ้าประชาชนคนใดสนใจก็ขอรับทรายมีทั้งทรายอะเบค อุปกรณ์วางไว้ที่คนขับรถ ประชาชนสามารถขออาไปทำการป้องกันยุงลายที่บ้านได้ โดยเขาไม่ต้องมาหาเราที่โรงพยาบาล ตรงนี้รถตุ๊กๆ เขาประชาสัมพันธ์ให้เราฟรี คนขับรถตุ๊กๆ เขาสนใจ อยากมีส่วนร่วม เราไม่มีงบประมาณสนับสนุนให้คนขับรถตุ๊กๆ ตอนนี้เราติดประชาสัมพันธ์ตามรถตุ๊กๆ ได้ 12 คัน และกำลังขยายไปเรื่อย ๆ อันนี้เป็นความคิดของNGO เพราะทุกคนก็ได้ผลประโยชน์หมด เราป้องกันการระบาดไข้เลือดออกได้ เพราะคนในชุมชนเขาไม่อยากให้ลูกหลานเขาป่วยด้วยโรคนี้ ฉะนั้นเขาก็เข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมเสนอแนะ ร่วมทำกัน

นอกจากนี้กิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับความสนใจอยู่ในขณะนี้ ชมรมแอร์โรบิคของโลตัสขอให้ทีมงานสุขภาพของโรงพยาบาลเข้าไปร่วมกิจกรรมตัวนี้ ขณะนี้อยู่ระหว่างการทดลองทำอยู่ ยังวัดผลไม่ได้ คงต้องรอเวลาอีกประมาณ 4-5 เดือน อันนี้เราถือว่ากลุ่มประชาชนเริ่มสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ตั้งแต่มีนโยบายของรัฐบาลลงมา และก็อาจจะเปลี่ยนเทคนิคการประชาสัมพันธ์ทางส่วนกลางก็ช่วยโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลก็ทำงานเปิดตัวไปมากขึ้น โรงพยาบาลต้องพยายามไปพบปะกับเขา ใช้นอกเวลาราชการไปทำงานกับเขามากขึ้น

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพ-ป้องกัน ควบคุมโรคของโรงพยาบาลศูนย์มี 8 ด้าน ได้แก่

1. การตรวจและดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์
2. การดูแลสุขภาพเด็ก ตลอดจนการให้ภูมิคุ้มกันและโภชนาการ
3. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
4. การวางแผนครอบครัว
5. การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
6. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคลและครอบครัว
7. การให้คำปรึกษา สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ

9. การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคทางด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่

- การตรวจสุขภาพช่องปาก และแนะนำด้านทันตสุขภาพ
- การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศรีษะและลำคอ เป็นต้น
- เคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

กิจกรรมที่น่าสนใจของโรงพยาบาลศูนย์ฯ 3 กิจกรรม คือ

1. กิจกรรมการเยี่ยมบ้านและ Home Health Care

1.1 เยี่ยมเยียนทุกครอบครัวเพื่อประเมินสภาพพื้นฐานด้านสุขภาพของครอบครัว ปีละ 1 ครั้ง

1.2 ติดตามดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและกลุ่มเสี่ยง เช่น หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด โรคเรื้อรัง พิการ เป็นต้น

1.3 ติดตามดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการไม่ต่อเนื่อง

1.4 ติดตามดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาได้

2. กิจกรรมการให้ความรู้ดานสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัวเพื่อให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวเกี่ยวกับ

2.1 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย เช่น ไข้ ชัก เป็นต้น

2.2 โรคที่พบบ่อยและสำคัญ เช่นไข้เลือดออก เอดส์ เป็นต้น

2.3 การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น สัตว์กัด เป็นต้น

2.4 พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย สุขาภิบาลอาหาร เป็นต้น

3. กิจกรรมการให้คำปรึกษาสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ

3.1 เป็นที่ปรึกษาและช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ

3.2 มีระบบข้อมูลที่แสดงสภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ

3.3 ให้คำแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญของแต่ละบุคคล เช่น การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

3.4 สร้างเสริมการจัดกลุ่มกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น ชมรมออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

ขณะเดียวกันนโยบายของโรงพยาบาลจะต้อง “ปรับระบบของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ(PCU) ในเขตเมืองเพื่อรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

◆ **นโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจนจะช่วยกระตุ้น สร้างเสริมให้ทีมงานสุขภาพของโรงพยาบาลทำกิจกรรม / โครงการได้ง่ายขึ้น**

โรงพยาบาลทั่วไป(3)

ผลการสนทนากลุ่ม(Focus-Group) ของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ทีมงานสุขภาพของโรงพยาบาลเห็นว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นการบริการเชิงรุกให้กับประชาชน การมีกลยุทธ์กระบวนการที่จะพัฒนาทรัพยากรในด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อจะให้ประชาชนมีคุณภาพที่จะรู้จักการดูแลสุขภาพ ไม่เน้นในเรื่องการรักษาพยาบาลอย่างเดียว เมื่อไหร่ที่เขาเข้าใจถึงจุดนี้การดูแลสุขภาพก็จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ขณะเดียวกันแพทย์ส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลก็ได้ให้ความสำคัญและสนใจ เช่น แพทย์พบผู้ป่วยเด็กป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่คนไข้ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล คุณหมอจะให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมแจ้งไปตามพื้นที่เพื่ออย่างน้อยเป็นการกระตุ้น เร่งให้เกิดกระบวนการควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคในขณะนั้น และคุณหมอจะติดตามผลด้วยว่า แจ้งให้เจ้าของพื้นที่ทราบเกี่ยวกับการระบาดของโรคหรือยัง ซึ่งโดยปกติเราก็แจ้งให้พื้นที่ติดตามดำเนินการต่ออยู่แล้ว แต่ถ้าแพทย์เขาเห็นความสำคัญ เราก็มีกำลังใจ อยากทำกิจกรรมต่างๆ ด้วย นอกจากนี้ยังมีคุณหมอทิพเยาว์ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ มีการจัดประชุมระดับผู้อำนวยการโรงเรียนทั้งจงหวัดเกี่ยวกับเรื่องไข้เลือดออก ซึ่งเป็นการกระตุ้นในกลุ่มนักรเยนส่วนใหญ่ให้ได้รู้สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกและรู้จักการป้องกันโรคไข้เลือดออกบริเวณรอบบ้าน โดยเราเน้นการให้ความรู้แก่นักเรียนเพื่อควบคุมโรคโดยเฉพาะห้องน้ำ ห้องส้วมให้นักเรียนไปบอกผู้ปกครองที่บ้าน

แพทย์ที่สนใจทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เวลามีประชุมร่วมกันกับพยาบาลทีมงานแพทย์ก็จะพูดถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในทีม แต่ถ้าเป็นทีมสูตินรีเวชก็จะมีการสร้างเสริมสุขภาพตามโครงการ เช่น โครงการลูกรอด แม่ปลอดภัย โครงการนมแม่ก็จะเป็นการเน้นสร้างเสริมสุขภาพเป็นสาขา ๆ ไป

◆ **งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ทีมพยาบาลทำทุกวันในคลินิกต่าง ๆ**

โรงพยาบาลทั่วไป(3)

ผลการศึกษา พบว่า งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลซึ่งจะเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก ผลการสนทนากลุ่ม(Focus-Group)ให้ข้อคิดเห็นว่า *“ถ้าจะพูดถึงในภาพของการให้บริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก ถ้าทีมของพยาบาลผู้ป่วยนอกเราจะเน้นในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างมาก คือการที่กำหนดว่าทุกเช้าจะต้องมีการให้ความรู้ในเรื่องของสุขภาพ ทำเป็นคลินิกสร้างเสริมสุขภาพจะหมุนเวียนกัน ให้พยาบาลแต่ละคลินิกที่รับผิดชอบมาพูดคุยกับกลุ่มคนไข้ที่จะมาพูดคุยเกี่ยวกับ*

สร้างเสริมสุขภาพ แต่ทั้งหมดนี้ไม่ได้ประสานกับคุณหมอเลยนะคะ เราทำกันเอง ในทีมของพยาบาลอย่างเช่น ถ้าหากเป็นวันพุธก็จะมีนักศึกษาลงไปช่วยในการที่จะทีมพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยเบาหวานที่น้ำตาลมากกว่า 200 เอามาเข้ากลุ่มพูดคุยกัน พร้อมญาติอะไรอย่างนี้คะ วันอื่น ๆ เราก็จัดไปตามความเหมาะสม ถ้าคนที่รับผิดชอบมาที่คลินิกตรงนี้ก็คือมีความชำนาญด้านใด การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ต้องทำทุกวัน คือ วันจันทร์-วันพฤหัสบดี จะเป็นกิจกรรมสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยหรือพร้อมญาติ คือเราจะจัดกลุ่มผู้ป่วยเข้ามาและขึ้นป้ายอยู่หน้าห้องว่าวันจันทร์เราจะพูดคุยเรื่องใด และในวันศุกร์เป็นเรื่องของการทำกิจกรรมออกกำลังกาย เจ้าหน้าที่ของผู้ป่วยนอกจะแต่งชุดวอร์ม และเชิญคนไข้มาให้ความรู้ให้เขาตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของการออกกำลังกายและเราเปิดเทปวีดีโอของกรมอนามัยเรื่องสี่ภาคอะไรนั้นนะคะ และเต้นร่วมกับคนไข้"

ทีมงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลมีทั้งหมด 4 ทีม ได้แก่ ทีมสร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ ทีมสร้างเสริมสุขภาพผู้มารับบริการ ผู้ป่วย/ญาติ ทีมสร้างเสริมสุขภาพชุมชนและทีมพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลได้เน้นในทีมพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ข้อสังเกตของนักวิจัย พบว่า โรงพยาบาลได้จัดสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาลได้น่าอยู่ มีการจัดสวนสุขภาพ(โครงการสวนสุขภาพ)การพัฒนาภูมิทัศน์ของโรงพยาบาล การให้โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ การรักษาความสะอาดของโรงพยาบาลและห้องอาหารของโรงพยาบาล ซึ่งโครงการของ 4 ทีม ได้แก่

1. ทีมสร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่

กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย 7 โครงการ ดังนี้

1. โครงการตรวจสุขภาพประจำปีเจ้าหน้าที่
2. โครงการหาค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายเจ้าหน้าที่
3. โครงการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน
4. โครงการวัคซีนใจ
5. โครงการอบรมอาสาสมัครอาชีวอนามัย และความปลอดภัยในการทำงาน
6. โครงการเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ
7. โครงการออกกำลังกายแบบแอร์โรบิค

2. ทีมสร้างเสริมสุขภาพผู้มารับบริการ ผู้ป่วย / ญาติ

กลุ่มญาติและผู้ป่วย ประกอบด้วย 7 โครงการ ดังนี้

1. โครงการขยับกาย สบายชีวี
2. โครงการพระแม่มิ่งขวัญ ฝากครรภ์ครบทุกคน
3. โครงการคลินิกสร้างเสริมสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก

4. โครงการตรวจกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยและผู้ที่เป็นพาหนะของโรคเลือดจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

5. โครงการออกกำลังกายตามวัยทำให้สุขภาพดี

6. โครงการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยนอก โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

7. โครงการบริโภคผักปลอดสารพิษ

3. ทีมสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

กลุ่มชุมชน ประกอบด้วย 8 โครงการดังนี้

1. โครงการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเขตชุมชนเมืองและแกนนำครอบครัว

2. โครงการช่วยเหลือเยาวชนกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนและชุมชน

3. โครงการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี(ประกวดหนูน้อยสุขภาพดี)

4. โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการ

5. โครงการตลาดนัดสร้างเสริมสุขภาพ

6. สร้างเสริมด้านความรู้เรื่องยาเสพติดในชุมชน

7. การสร้างเสริมด้านความรู้เรื่องยาเสพติดในโรงเรียน

8. ชมรมการออกกำลังกายในชุมชน

4. ทีมพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

การพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย 11 โครงการ ดังนี้

1. โครงการ 5 ส.

2. โครงการสมุนไพร

3. โครงการ Healthy Work Place

- โครงการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
- โครงการจัดทางจราจร
- โครงการพัฒนาภูมิทัศน์ของโรงพยาบาล
- โครงการป้องกันอัคคีภัย

4. จัดระบบจราจร ทำเครื่องหมายจราจรจัดทางเท้า เพื่อความปลอดภัยของผู้มาติดต่อและเจ้าหน้าที่

5. ดูแลความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของเจ้าหน้าที่ โดยการจัดให้ รปภ.ดูแลความเรียบร้อย ตรวจสอบรถเข้า-ออก ตลอด 24 ชั่วโมง

6. โครงการอบรมให้ความรู้ การป้องกันและระงับอัคคีภัยแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับและจัดทำแผนระงับอัคคีภัยของแต่ละหน่วยงาน

7. การจัดการเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ น้ำปนเปื้อน น้ำทิ้ง มีการจัดแยกขยะ ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเรื่องการแยกขยะ รวมทั้งน้ำยาและสารเคมีต่าง ๆ ลงในระบบน้ำเสีย

8. โครงการวิเคราะห์น้ำเสีย

9. โครงการวัดแสง เสียง ฝุ่น ที่ได้มาตรฐาน

10. โครงการสวนสุขภาพ

11. สร้างเสริมการงดสูบบุหรี่ ภายในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลทั่วไปแห่งนี้ ได้สรุปกิจกรรมงานสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปีงบประมาณ 2545 ว่า ได้ดำเนินการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ 12 กิจกรรม ได้แก่

1. สำรวจข้อมูลครอบครัว
2. เยี่ยมครอบครัวรับผิดชอบในเขตบริการและให้ความรู้เรื่องสุขภาพ
3. ประเมินสภาวะสุขภาพของประชาชนที่หน่วยบริการรับผิดชอบเพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค
4. ดำเนินการแก้ไขตามสภาพปัญหา
5. ให้มีการดำเนินงานโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ
6. สนับสนุนองค์กรในชุมชนในการมีส่วนร่วมจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น
   - ชมรมการออกกำลังกาย, ชมรมผู้สูงอายุ
   - ชมรมผู้ติดเชื้อHIV
   - กลุ่มกิจกรรมเพื่อสุขภาพอื่น ๆ
   - ชมรมคุ้มครองผู้บริหาร
   - เมืองน่าอยู่, ชมรมอสม. โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ
7. เป็นเครือข่ายการเฝ้าระวังทางวิทยาของจังหวัด
8. เฝ้าระวังและป้องกันโรคในพื้นที่บริการ
9. สอบสวนและควบคุมโรคเมื่อมีโรคระบาดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
10. ตรวจแนะนำสุขาภิบาลอาหาร สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
11. ตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพและรายงานตามลำดับขั้นตอน (อาหาร, ยา, เครื่องสำอาง, เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย, วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท, สารเสพติด, สารระเหย) ในพื้นที่บริการ
12. อื่น ๆ ตามสภาพปัญหาของพื้นที่

- **กิจกรรม / โครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน แพทย์ต้องทำอยู่แล้ว**

โรงพยาบาลชุมชน(3)

ผลการศึกษากิจกรรม/โครงการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนพบว่า แพทย์ส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลเห็นว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญค่อนข้างมาก การที่หมอให้การสร้างเสริมสุขภาพไปในตัวนี้ประชาชนก็ป่วยน้อยลง ให้เขารู้จักโรคแทรกซ้อนมากขึ้น ถ้าเขามาหาเราตอนที่ป่วยไม่มาก ค่ายามันก็จะถูกลง ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่อหัวมันก็จะน้อยลง โรงพยาบาลก็มีรายได้มากขึ้น บริหารงานได้คล่องตัวมากขึ้น ขณะนี้โรงพยาบาลมี 4 PCU แต่ยังไม่มีแพทย์ลงไป ในจุดPCU จะมีการกลั่นกรองผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ทุกราย เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับยาประจำให้ผู้ป่วยไปที่ PCU แทนที่จะมาโรงพยาบาล ขณะนี้กำลังดำเนินการอยู่ กิจกรรม/โครงการของโรงพยาบาลจะต้องทำร่วมกับเทศบาล โรงพยาบาลอยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาล มีแพทย์ของเราบางท่านที่ไปทำงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับเทศบาล เช่น หมอกัมปนาทฯ จะไปร่วมกิจกรรม ได้แก่ วิ่งมาราธอน การร่วมเป็นวิทยากรบรรยายเรื่องการออกกำลังกาย นอกจากนี้ แพทย์ยังร่วมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่กับอำเภอ ทีมสาธารณสุขที่ไปประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล โรงพยาบาลจะออกตามจุดที่อำเภอนัดมาเดือนละ 1 ครั้ง เวลาไปร่วมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่พบว่า ผู้ป่วยก็ไม่ได้ป่วยจริง ส่วนมากจะเป็นการให้ยารักษาตามอาการ เช่น ยาแก้ปวดพาราเซตตามอล เป็นต้น

โครงการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กิจกรรมการตรวจวัดสมรรถภาพร่างกายปีละ 2 ครั้งจะมีการกีฬาแห่งประเทศไทยเข้ามา โดยนำอุปกรณ์ตรวจวัดความแข็งแกร่งของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่น ความจุของปอด กระดูกสันหลัง การเปลี่ยนแปลงของชีพจร เป็นต้น เพื่อจะได้ทราบว่าสมรรถภาพร่างกายของแต่ละคนอยู่ในจุดไหน แต่ก็พบว่าส่วนของเจ้าหน้าที่ไม่ผ่านเลย กิจกรรมการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับความชอบของแต่ละบุคคล ยังไม่มีรูปแบบหรือโครงการโดยตรงของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาแพทย์มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล พบว่านโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับเป็นการดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว ผู้บริหารทั้งหมดเข้าใจ ยอมรับนโยบายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้บริหารให้อิสระกับกลุ่มงานแพทย์ที่จะทำกิจกรรม / โครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้แพทย์เสนอผ่านไปตามกลุ่มงานแพทย์ ความคิดเห็นของแพทย์ต่อการมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นระดับนโยบาย กิจกรรม / โครงการ ส่วนใหญ่ขึ้นกับความสนใจเฉพาะตัวของแพทย์ แต่โดยกระบวนการทำงานของแพทย์ก็ต้องทำงานสร้างเสริมสุขภาพด้วย โดยการสอดแทรกการให้ความรู้ การให้คำแนะนำในคลินิกผู้ป่วยนอกต่าง ๆ

(3) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล นักวิจัยพบว่ากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลต้องดำเนินการครอบคลุมทุกกลุ่มอายุตามหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้กับประชาชนทุกคน 6 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด
2. กลุ่มเด็ก 0-1 ปี
3. กลุ่มเด็ก 1-5 ปี
4. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน 6-14 ปี
5. กลุ่มวัยทำงาน 15-59 ปี
6. กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

ผลการศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ มีประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่

- **การสร้างเสริมสุขภาพควรทำตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค สร้างเสริมสุขภาพทำให้ไม่เป็นโรค**

โรงพยาบาลศูนย์(3)

แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่ากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพควรจะทำก่อนเจ็บป่วยมากกว่าสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคก็คือ การทำให้ไม่เป็นโรค สร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง แพทย์ก็จะมีความรู้ในเรื่องนี้ที่จะสอนให้เขาได้ โดยเฉพาะด้านสุขศึกษา สอนให้กับคนที่จะออกไปที่ชุมชน แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่ายากที่จะให้แพทย์ลงไปที่ชุมชน เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่มีภารกิจงานประจำอยู่มาก โรงพยาบาลส่วนใหญ่เน้นหนักเรื่องการรักษาพยาบาลอย่างเดียว แม้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะ รู้ว่าหน้าที่ของแพทย์มี 4 งานได้แก่ งานสร้างเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาลและงานฟื้นฟูสภาพ แต่ในอดีต – ปัจจุบัน โรงพยาบาลและแพทย์ส่วนใหญ่ยังเน้นในการรักษาพยาบาลมากกว่า

กุมารแพทย์เห็นว่า กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพมี 2 ส่วนคือ

1. สร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค

วิธีนี้ต้องออกไปดูแลคนไข้ตั้งแต่อยู่ในชุมชน อันนี้ตอบตามทฤษฎี คือ แพทย์ต้องออกไปให้ความรู้ตั้งแต่คนไข้ยังไม่เกิดโรค แต่ว่าในความเป็นจริงแพทย์ทำได้น้อย เพราะแพทย์ยังไม่พอ แพทย์จึงเป็นเพียงฝ่ายตั้งรับเสียเป็นส่วนใหญ่

2. สร้างเสริมสุขภาพขณะผู้ป่วยมาตรวจ

โดยทั่วไปแพทย์ส่วนใหญ่มักจะทำตอนคนไข้มาตรวจที่โรงพยาบาล ถ้าแพทย์มีเวลาพอนอกจากแนะนำในเรื่องของโรคที่เขาป่วยมาแล้วก็อาจจะแนะนำอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น เด็กคนหนึ่ง

มาด้วยไข้หวัด แต่อาจจะมีปัญหาเรื่องโภชนาการที่ไม่เหมาะสม แพทย์ก็จะต้องแนะนำร่วมไปด้วยทุก ๆ ด้าน

ขณะเดียวกันแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์เห็นว่า เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพเข้ามา โครงการก็พยายามจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพให้อยู่ในโครงการต่าง ๆ ร่วมกับจุดPCU ที่แพทย์ไปออกตรวจ รวมทั้งมี Core Package ที่กำหนดไว้ว่าประชาชนควรได้รับบริการสุขภาพพื้นฐานอะไรบ้าง

การสร้างเสริมสุขภาพขณะเจ็บป่วย แพทย์ทุกคนเมื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเสร็จก็จะสอนหรือให้สุขศึกษากับผู้ป่วยไปในตัว เช่น ศัลยแพทย์ที่ผ่าตัดผู้ป่วยอุบัติเหตุก็จะพยายามคุยกับผู้ป่วยว่าคราวหน้าควรใส่หมวกกันน็อค แต่พบว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ง่าย ๆ ต้องใช้เวลา พูดได้ อธิบายได้ แต่ไม่ง่ายต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

โรงพยาบาลทั่วไป(3)

ในงานสูติ-นรีเวช พบว่า โรงพยาบาลมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่ค่อนข้างชัดเจน โดยเริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์ มีการให้คำปรึกษาก่อนแต่งงาน การตรวจร่างกาย เจาะเลือด เมื่อตั้งครรภ์ก็ให้บริการฝากครรภ์ การให้คำปรึกษาการดูแลขณะตั้งครรภ์ของสตรี บริการหลังคลอดบุตร งานสร้างเสริมสุขภาพก็จะให้การวางแผนครอบครัว รวมทั้งมีโครงการคลินิกสตรีวัยทองโครงการตรวจมะเร็งเต้านม จะเห็นได้ว่างานสูติ-นรีเวช แพทย์ต้องมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพทั้งก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์(ดูแลแม่และเด็ก) หลังคลอดบุตร(ดูแลแม่และเด็กให้มีชีวิตรอดปลอดภัย) เป็นต้น

โรงพยาบาลชุมชน(3)

แพทย์เห็นว่าไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนว่าก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วย หลังเจ็บป่วย งานสร้าง-เสริมสุขภาพผู้ป่วยทำอะไร แต่มันจะเป็นเรื่อยๆ ไปเฉพาะบางช่วง เช่น ช่วงฤดูร้อน ก็จะมีการเฝ้าระวังป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างรุนแรง ถ้ามีคนไข้มาก็จะมีการตรวจเพื่อหาว่ามีการติดเชื้ออหิวาตกโรคหรือไม่ ในส่วนของการป้องกัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องไปแนะนำเรื่องสุขาภิบาลอาหาร เป็นการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแต่ละช่วง แต่ยังไม่สามารถครอบคลุมทุกการเจ็บป่วย

แพทย์โรงพยาบาลชุมชนท่านหนึ่ง ได้อธิบายกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการเจ็บป่วยว่า *"การสร้างเสริมสุขภาพต้องทำควบคู่กับการป้องกันโรค เช่น ก่อนเจ็บป่วยมันก็มีทีมของเขาอยู่แล้ว เช่น ANC(งานฝากครรภ์) มันก็สร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้ว อย่างอื่นไม่ชัดเจน ก็จะมีออก OPD เวลาเจ็บป่วยโดยมากมีเป็นทั้ง DM(เบาหวาน) ความดันโลหิต เป็นในแง่ป้องกันมากกว่าสร้างเสริมสุขภาพนะ ผมว่าน่าจะรวมกันนะทั้งสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันด้วย หลังเจ็บป่วยก็คืออาจจะนัดเขามาอย่างเช่น ความดันโลหิตสูงเขาไม่ควรจะขาดยา เราก็จะให้คำแนะนำเขาอยู่*

แล้วว่าไม่ใช่งดอาหารเค็มอย่างเดียว อาหารมันด้วย เพราะว่าจะทำให้เกิดเส้นเลือดอุดตันได้ ถ้าเขาไม่แน่ใจก็จะแนะนำให้ไปเช็คไขมันในเลือด คนไข้ที่อายุน้อยเราก็จะแนะนำให้เขากินอาหารที่มีแคลเซียมตั้งแต่อายุ 10-20 ปี เพราะงานวิจัยเขาบอกว่าถ้าเราได้รับแคลเซียมตั้งแต่อายุยังน้อยป้องกันการเกิดพลาสเจอร์คลอซิล โพราซิล พลาสเจอร์ในคนที่เกิน 60 ปี ในอนาคตได้ 60 เท่า ผมจะแนะนำระยะยาวกับเขาเลย อาจจะเป็นกระดูกอ่อน ๆ กระดูกปลาให้เขาเคี้ยว นมที่หาง่ายกินวันละกล่องก็ยังดี แคลเซียมผมก็ให้ไปด้วย โดยมากจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารการกินที่เป็นประโยชน์โดยมากจะเป็นผู้หญิง บางทีเขาพาแม่ที่เป็นโรคกระดูดพรุน มาผมก็จะอธิบายให้ลูกหลานเขาฟังไม่ใช่แม่เขาอย่างเดียว ในแง่ของการออกกำลังกาย ถ้าโรคกระดูกพรุนต้องระวังการวิ่งเพราะจะเป็นการกระแทกของเข่า ก็จะแนะนำการออกกำลังกายอย่างอื่นเช่น ปั่นจักรยาน เป็นต้น ส่วนมากจะแนะนำการออกกำลังกายไปด้วยเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคต แนะนำว่าต้องทำกันตลอด เป็นการลดไขมันในเลือดและเป็นทางอ้อม ไม่ให้เกิดภาวะอุดตันในเส้นเลือดในอนาคตด้วย ทำที่นี่ในแง่ที่เรารู้จักคนไข้ได้ดีกว่าโดยส่วนตัวอยู่แล้ว ไม่ใช่คุยเฉพาะเวลารักษาคนไข้อย่างเดียว อย่างไปทานข้าวไปเจอข้าราชการมาถามเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผมก็ให้คำแนะนำไปเยอะ เดี๋ยวนี้มีคนปั่นจักรยานกันเยอะ คนแก่เวลาวิ่งมากๆ ปวดเข่า ต้องไปเรื่อยๆ แต่บางทีเราก็ลืมทำเพราะว่าคนไข้เยอะ ยิ่งคนรอเป็น 100 หมอคนเดียวก็ไม่ได้ ขอแต่ว่าถ้ามีโอกาสทำก็ทำ หลังเจ็บป่วยนี่ส่วนหนึ่งคนไข้เรื้อรังมารับยาต่อเนื่อง หลังเจ็บป่วยนี่คิดว่ามี PCU เราคงทำได้ดีมากขึ้น"

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอสรุปกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่แพทย์จะทำก่อนระหว่างและหลังการรักษาก็ได้ (ดังตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพก่อน / ระหว่าง / หลังการเจ็บป่วยของกลุ่มต่าง ๆ ในงานสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่ม / กระบวนการ	กระบวนการ / กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ		
	ก่อน	ระหว่าง	หลัง
1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด	1. ให้บริการดูแลหญิงมีครรภ์ครบถ้วนทุกกิจกรรม ได้แก่ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ สร้างเสริมทันตสุขภาพ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เฝ้าระวัง ภาวะโภชนาการ ควบคุมภาวะโลหิตจาง	2. ตรวจดูแลมารดาก่อนคลอด 4 ครั้ง - ตรวจครรภ์ - ให้คำปรึกษารายตรวจพบพาหะ / โรค - คัดกรองภาวะเสี่ยงหญิงมีครรภ์ - ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ - สงวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - ตรวจ 3. ป้องกันการแพร่เชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก - ให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์ในแม่และเด็ก	4. การดูแลหลังคลอด - ตรวจเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด 2 ครั้ง - ตรวจมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ - วางแผนครอบครัว
2. กลุ่มเด็ก 0-1 ปี	1. ตรวจภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานบกพร่องแต่กำเนิด 2. สร้างเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 4 เดือน	3. ตรวจสุขภาพเด็กดี - ซักประวัติ - ตรวจร่างกาย / ช่องปาก - ประเมินพัฒนาการ - ประเมินภาวะโภชนาการ 4. ให้ทันตสุขศึกษาผู้ปกครอง 5. ให้วัคซีน BCG,DTP,OPV, HBV, Measles)	6. เฝ้าระวังภาวะโภชนาการในชุมชน - ติดตามเด็กรับวัคซีน

ตารางที่ 3.1

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพก่อน / ระหว่าง / หลังการเจ็บป่วยของกลุ่มต่าง ๆ ในงานสร้างเสริมสุขภาพ (ต่อ)

กลุ่ม / กระบวนการ	กระบวนการ / กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ		
	ก่อน	ระหว่าง	หลัง
3. กลุ่มเด็ก 1-5 ปี	-เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ - สร้างเสริมสุขภาพในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ได้แก่ * ตรวจทันตสุขภาพ * แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน * ประเมินพัฒนาการเด็ก * ประเมินภาวะโภชนาการ	- บริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี เช่น - ให้ฟลูออไรด์เสริม - ประเมินพัฒนาการ - ประเมินภาวะโภชนาการ - ให้วัคซีน	- มีมุมเด็กโตเต็มวัย (NDC) ในสถานบริการ PCU
4. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน	- ให้บริการตรวจสุขภาพ - ป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจาง - ควบคุมและป้องกันโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย - เฝ้าระวังสร้างเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ	- ให้การรักษาและส่งต่อ - ติดตามการรักษา - ให้วัคซีนในนักเรียน	- เฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาภาวะการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ในนักเรียน - ป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจาง - ควบคุมและป้องกันโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย - เฝ้าระวังสร้างเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ
5. กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)	- ให้บริการวางแผนครอบครัว - ให้ความรู้ด้านสุขภาพ	-มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว - ตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป - ตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยง	- ป้องกันและสร้างเสริมทันตสุขภาพ - ให้ความรู้ด้านสุขภาพ
6. กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)		- ตรวจสุขภาพ - ตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยง	

ที่มา: โรงพยาบาลทั่วไป, 2545.

(4) มาตรการจูงใจของแพทย์ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษามาตรการจูงใจของแพทย์ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ คณะผู้วิจัยได้กำหนดไว้ 5 ประเด็น ได้แก่

ก. การเพิ่มพูนความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับแพทย์

ข. การสร้างความตระหนักของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ค. การให้รางวัลแก่แพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ง. การกำหนดสัดส่วนงานสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นภาระงานหลักของแพทย์

จ. การนำภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มาพิจารณาเป็นค่าตอบแทนของแพทย์

ก. การเพิ่มพูนความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับแพทย์

ผลการศึกษาในภาพรวม พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพก็คือ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งเป็นแพทย์ที่เรียนมาโดยตรงกับการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแพทย์ที่ต้องออกไปทำงานกับชุมชน *"โดยทั่วไปงานสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้ถือเป็นเรื่องหลักหรือเรื่องเร่งด่วน จึงไม่มีนวัตกรรม ไม่มีทิศทาง ไม่มีนโยบายชัดเจน งานสร้างเสริมสุขภาพก็เขียนแบบกว้างๆ ไม่สามารถนำมาสู่การจัดระบบงานให้ชัดเจนได้"* คำกล่าวของแพทย์ฝ่ายเวชกรรมสังคมท่านหนึ่งของ โรงพยาบาลศูนย์

สถานการณ์การทำงานของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับกับโครงการหลักประกันสุขภาพทำให้ทุกโรงพยาบาลต้องปรับวิธีคิด วิธีบริหาร วิธีการทำงานใหม่ เดิมโรงพยาบาลมีเฉพาะพื้นที่รับผิดชอบบางส่วนของโรงพยาบาล แต่เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพเกิดขึ้น โรงพยาบาลจะต้องรู้พื้นที่รู้ประชากร การคิดงบประมาณใหม่ก็คิดจากจำนวนหัวของประชากรในพื้นที่ ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับไม่มั่นใจในนโยบายโครงการฯ นี้ เพราะมีการปรับเปลี่ยนนโยบายบ่อยมาก เช่น ในปีที่แล้วให้มีการจัดสรรงบประมาณเป็นแบบ Inclusive โอนเงินมาที่เครือข่าย (Cup) ให้งบประมาณมาทั้งอำเภอ คณะกรรมการเครือข่ายมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน หัวหน้าสถานีอนามัย 13-14 คน แต่มาในปี 2546 มีการจัดสรรงบประมาณใหม่มาเป็นแบบ Exclusiveแทน ทำให้ระดับผู้ปฏิบัติงานกังวลอยู่กับการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานใหม่ รวมทั้งแพทย์ทุกระดับ แพทย์บางส่วนเห็นว่า ถ้าจะให้แพทย์ทำงานสร้างเสริมสุขภาพก็ต้องให้แพทย์ไปเพิ่มพูนความรู้ โดยเฉพาะทักษะการทำงานกับชุมชนแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่ยังเห็นว่า เป็นเรื่องของแพทย์เวชกรรมสังคม และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

◆ **ระบบการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์เน้นให้แพทย์เป็นแพทย์เฉพาะทาง**

แพทย์บางท่านเห็นว่า การที่จะให้แพทย์สอดแทรกการสร้างเสริมสุขภาพในขณะตรวจ แพทย์บางท่านบอกไม่ถนัด ตอนเรียนแพทย์ทั่วไปก็ยังทำได้อยู่ แต่พอถูกอบรมมาเป็นแพทย์เฉพาะทางก็จะเน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมากขึ้น จะให้ไปให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป คงทำไม่ได้ เพราะต้องศึกษา ค้นคว้า เพิ่มเติมใหม่ ลำพังปัจจุบันเวลาก็หมดไปกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ถ้าจะเพิ่มพูนความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ แพทย์ยังไม่เห็นว่าเป็นเรื่องเร่งด่วน ประกอบกับนโยบายของโรงพยาบาลก็ไม่ได้เน้นมาก ขึ้นกับความสนใจของแพทย์แต่ละท่านว่าสนใจจะทำหรือไม่

ข. การสร้างความตระหนักของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาภาพรวมของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักในบทบาทของการสร้างเสริมสุขภาพกับประชาชน โดยให้เหตุผลที่หลากหลายดังนี้

- งานสร้างเสริมสุขภาพไม่เห็นผลทันที ไม่มีตัวชี้วัดความสำเร็จเหมือนงานรักษาพยาบาล

- ต้องทำอย่างต่อเนื่อง จริงจัง งานสร้างเสริมสุขภาพจึงจะเห็นผล หากทำในระยะยาวก็จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลลง

- งบประมาณของงานสร้างเสริมสุขภาพ 175 บาทต่อคนไม่เพียงพอ ถ้าจะให้โรงพยาบาลอยู่รอดได้ โรงพยาบาลก็ต้องหันมาทำงานสร้างเสริมสุขภาพแทน เพราะงานสร้างเสริมสุขภาพลงทุนน้อยกว่างานรักษาพยาบาล เช่น วัคซีนป้องกันโรคสุนัขบ้า ถ้าป้องกันก่อนถูกสุนัขกัด ประชาชนก็ต้องไม่มาเสียค่าวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าซึ่งมีราคาแพง การควบคุมสุนัขกับแมวโดยการทำหมัน ก็ป้องกันโรคบาดทะยักที่จะเกิดขึ้นกับผู้เลี้ยง การป้องกันโรคอุจจาระร่วงโดยควบคุมด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นต้น ตรงนี้เป็นเรื่องใกล้ตัวประชาชนทำได้แต่ต้องมีแผนงาน / กิจกรรมรองรับ

- งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการควบคุมโรค นักสุขศึกษามากกว่าแพทย์ จากการสนทนากลุ่ม พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นว่า มีแพทย์ส่วนน้อยที่ตระหนักต่องานสร้างเสริมสุขภาพ เช่นเมื่อแพทย์ตรวจคนไข้นอกเสร็จ แพทย์นัดตรวจครั้งต่อไป พยาบาลที่นัดตรวจก็จะต้องให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพอยู่แล้ว เป็นต้น

- งานสร้างเสริมสุขภาพจะได้ผลต้องสร้างจิตสำนึกร่วมกันต่อชุมชน

<u>แพทย์โรงพยาบาลชุมชนท่านหนึ่ง</u> เห็นว่า การสร้างความตระหนักของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้ผล *“ถ้าจะหวังผลจริงๆ ว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นการรุก เป็นการสร้างสุขภาพ ต้องทำอย่างจริงจัง แต่เท่าที่พูดๆ กันอยู่ตอนนี้ผมฟังแล้วคิดว่ามันยาก แต่อาจจะมอง*

โลกในแง่ร้ายไปหน่อย แต่ถ้าจะเอาจริงไม่ใช่โรงพยาบาล โรงพยาบาลทำอะไรได้น้อย เราต้องเปลี่ยนทัศนคติ ต้องสร้างจิตสำนึกร่วม ต่อชุมชน ต่อสังคม ต่อคนอื่น แต่ถ้าคุณยังเปลี่ยนไม่ได้คุณต้องมีข้อกำหนด มีกฎบังคับ มีบทลงโทษหรือบทสนับสนุนให้เห็นออกมา ถ้าคุณล้างจานล้างอะไรเสร็จแล้วสาดโครมลงไปในท่อระบายน้ำ มันสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้หรอก แล้วก็แมลงวันก็บินกันยั่วเยี้ยไปหมด โรงพยาบาลจะไปทำอะไรครับ ส่วนใหญ่ข้อกำหนดมีอยู่แล้วแต่ไม่ค่อยจะถือปฏิบัติกัน และก็ไม่มีการควบคุม"

ค. การให้รางวัลแก่แพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาการให้รางวัลแก่แพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม พบว่า ไม่มีทั้งในรูปของการให้รางวัลในลักษณะของเกียรติบัตร การยกย่องชมเชยค่าตอบแทนกับแพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการให้ค่าตอบแทนในรูปตัวเงินไม่ใช่เรื่องสำคัญสำหรับแพทย์ มีหรือไม่มีแพทย์ก็ต้องทำงานสร้างเสริมสุขภาพ แต่ที่แพทย์ทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้มากหรือน้อย มันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เงื่อนไขกำหนดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น มีเพียงความคิดเห็นของแพทย์ท่านเดียวที่แตกต่างจากแพทย์ส่วนใหญ่ คือ

<u>แพทย์ฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลศูนย์</u>ให้ข้อเสนอที่น่าสนใจเกี่ยวกับการให้รางวัลแก่แพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพว่า *"งานสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลได้ผลน้อย ต้องทำเป็นรายกลุ่ม การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีต้องเริ่มจาก การให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพของตนเอง ภารกิจสำคัญของกระทรวงฯ คือ เสริมสร้างสุขภาพชุมชนทำอย่างไร ทำอย่างไรให้ชุมชนมีศักยภาพ การให้บุคลากรสาธารณสุขไปร่วมด้วยโดยมีการกำหนดเพดานขั้นต่ำ เช่น แพทย์พยาบาลใน PCU ทำงานน้อยกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่เกิน 4 ครั้ง ไปร่วมทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ค่าตอบแทนจ่ายไม่เกินเท่าไรกับจำนวนประชากร 1:20 คน ถ้ากลุ่มใหญ่ 1:60 คน ค่าตอบแทนจะเป็นค่าตอบแทน+ระยะทาง+เวลาทำงาน ถ้าให้สะดวกเจ้าหน้าที่สามารถใช้รถส่วนตัวในการทำงาน โรงพยาบาลสนับสนุนเป็นค่าน้ำมันรถแทน แต่เราต้องสร้างระบบตรวจสอบ กำกับดูแลจากประชาชน ให้คนในชุมชนรับรองว่าเจ้าหน้าที่มาลงพื้นที่ ปฏิบัติงานจริง ทีมสุขภาพก็จะถูกคาดหวังจากคนในชุมชน กติกาอาจกำหนดมาจากส่วนกลาง(กระทรวงฯ) แต่ควรเอื้อให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ บางแห่งอาจวัดผลงานเปรียบเทียบเป็นเปอร์เซนต์ค่าเบี้ยเลี้ยงที่เจ้าหน้าที่ควรจะได้รับ เช่น ค่าตอบแทน 3,000 บาท/เดือนมีผลงาน 90% ไม่ควรใช้ระบบการตรวจสอบในระบบรัฐที่ล่าช้า การแบ่งทีมงานในชุมชนให้ประชาชนเรียนรู้ตรวจสอบซึ่งกันและกันเอง เป็นต้น"*

ง. การกำหนดสัดส่วนงานสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นภาระงานหลักของแพทย์

การกำหนดสัดส่วนงานสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นภาระงานหลักของแพทย์ พบว่า มีการกำหนดสัดส่วนให้เป็นภาระหลักของแพทย์แตกต่างกัน

โรงพยาบาลศูนย์(3)

งานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์ ถูกกำหนดโดยนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ให้เป็นภาระงานหลักของฝ่ายเวชกรรมสังคม ซึ่งมีทีมงานของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โดยเป็นที่รับรู้ ยอมรับของทุกฝ่ายในโรงพยาบาลว่า สัดส่วนของงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานของฝ่ายเวชกรรมสังคม แพทย์จะประสานงานให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวทำหน้าที่ติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหา ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด ขณะเดียวกันแพทย์ที่สนใจงานด้านนี้ก็จะไปร่วมออก PCU เมื่อว่างโรงพยาบาลกำหนดให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่แพทย์สมัครใจมาเข้าร่วมเอง ไม่ได้มีการกำหนดบังคับแพทย์ เนื่องจากแพทย์แต่ละคนก็มีภาระงานของตนเองอยู่แล้ว งานของฝ่ายเวชกรรมสังคมส่วนหนึ่งแพทย์จะเน้นงานอบรมให้ความรู้กับกลุ่มต่างๆ เพื่อเป็นการขยายผลของงานสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบกับทีมงานสาธารณสุขของฝ่ายเวชกรรมสังคมก็มีบุคลากรที่จะทำงานด้านนี้อยู่จำนวนมาก จึงทำให้ภาระงานของงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานคู่ขนานไปกับงานรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลทั่วไป(3)

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลทั่วไปแห่งนี้เป็น **“โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ”(**Health Promoting Hospital) ที่มีลักษณะเด่นและเห็นภาพของงานสร้างเสริมสุขภาพ

- มีการจัดทีมสร้างเสริมสุขภาพในทุกระดับตั้งแต่ เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และสภาพแวดล้อม

- มีการจัดสภาพแวดล้อม สถานที่ทำงานของโรงพยาบาลให้ปลอดภัย เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

- สร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากร ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในโครงการสร้างเสริมสุขภาพดี โดยเฉพาะแพทย์ได้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ กิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพ

- มีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพดีของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อแตกต่างของโรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลศูนย์ คือ แพทย์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรม-สังคมเห็นว่า งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของฝ่ายเวชกรรมสังคมที่มีแพทย์เพียงคนเดียว ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือในกิจกรรม โครงการต่างๆ จากแพทย์อื่นๆ มากนัก แต่เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามา ทำให้งานของทีมสร้างเสริมสุขภาพต้องหยุดชั่วคราว เพราะทุกคนต้องมาทำโครงการนี้ก่อน แต่สิ่งที่ตรงกันคือ นโยบายของโรงพยาบาลก็มิได้กำหนดสัดส่วนงานสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นภาระงานหลักของแพทย์ แต่เป็นการขอความร่วมมือให้แพทย์ทำ ซึ่งแพทย์ก็ทำตามความสนใจเฉพาะตัวของแพทย์แต่ละท่าน โดยรวมเป็นเรื่องของแต่ละกลุ่มงานแพทย์

โรงพยาบาลชุมชน(3)

แพทย์แพทย์ทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน และแพทย์ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลชุมชนรู้ว่าโดยนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่การสร้างเสริมสุภาพมากกว่า ดังนี้ *"โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เน้นการป้องกันสร้างเสริมสุขภาพ 50% และเน้นการรักษา 50% โรงพยาบาลชุมชนจะเป็นอย่างนี้อยู่แล้ว เพราะว่าอยู่ใกล้ชุมชนมากกว่าโรงพยาบาลใหญ่ในแง่ของกลุ่มแพทย์ที่ได้สัมผัสจะสัมผัสในแง่ของการรักษามากกว่า ในแง่ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันจะมีเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขาภิบาลป้องกันโรคและเจ้าหน้าที่ฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้วที่เขาก็ทำงานด้านนี้ แต่ก่อนนี้จะไม่มีฝ่ายเวชกรรมจะมี 2 ฝ่ายคือ สร้างเสริมสุภาพและฝ่ายสุขาภิบาลป้องกันโรค เขาจะร่วมมือกับสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยต่างๆ ในแง่ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพด้วย เช่น ตรวจANC คลินิกทุกวันจันทร์ ตรวจคลินิกสุขภาพเด็กดีทุกวันพุธและฝ่ายทันต(ทันตกรรม)ก็จะมีออกตรวจสุขภาพฟัน ด้านอนามัยโรงเรียนและมีออกเยี่ยมบ้านทุกวันศุกร์สำหรับคนไข้ที่มารักษาพยาบาลไม่ได้ แต่ของแพทย์ไม่ได้ลงมาโดยตรงยังมีCareที่ต้องขอคำปรึกษาเข้ามาเพิ่มในแง่ของANC ถ้าเป็นANC ครั้งแรกก็ต้องผ่านแพทย์ตรวจก่อนและอาจจะมีCareที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องพบแพทย์ ผิดปกติในแง่ANC ก็เป็นการสร้างเสริมสุขภาพเหมือนกัน ส่วนคลินิกสุขภาพเด็กดีมีตรวจวันพุธถ้าคนไข้เด็กผิดปกติก็ต้องส่งต่อแพทย์อยู่แล้ว ถ้าให้หมอเด็กลงไปตรวจคงทำไม่ทัน เพราะต้องตรวจคนไข้ข้างนอกด้วย ข้างในด้วย นี่คือเกี่ยวกับแพทย์โดยตรง แต่ในแง่ของการออกกำลังกายยังไม่ได้ทำเลย อาจจะมีคลินิกคลายเครียดแต่อาจไม่ใช่หมอทำเป็นพยาบาลทำมากกว่า"*

จ. การนำภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มาพิจารณาเป็นค่าตอบแทนของแพทย์

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ทั้งหมดของโรงพยาบาลทุก 3 ระดับ เห็นว่ายังไม่มีการนำภาระงานด้านสร้างเสริมสุขภาพมาพิจารณาเป็นค่าตอบแทนของแพทย์แต่อย่างใด ซึ่งแพทย์ส่วนหนึ่งเห็นว่าถ้าจะมีก็ดี เป็นเหมือนการให้รางวัลกับแพทย์ที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ แต่ต้องเป็นเงินนอกกระทรวงสาธารณสุข ไม่ควรไปเบียดบังเอางบประมาณผู้ป่วยให้มาเป็นค่าตอบแทนให้แพทย์อีก

(5) สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

ผลการศึกษาสภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์มีประเด็นที่สำคัญดังนี้

ก. การตอบสนองนโยบายหลักประกันสุขภาพต่องานสร้างเสริมสุขภาพ

ข. ภาระงานของแพทย์เป็นอุปสรรคต่องานสร้างเสริมสุขภาพ

ค. ความเชื่อของประชาชนต่อด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

ง. การจัดสรรงบประมาณภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพต่องานสร้างเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม

ก. การตอบสนองนโยบายหลักประกันสุขภาพต่องานสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) ต้องตอบสนองต่อนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากเป็นนโยบายจากบนลงล่าง (Top-Down) ที่แพทย์มีความคิดเห็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แต่แพทย์ไม่มีช่องทางที่จะนำเสนอความคิดเห็นต่อโครงการฯ นี้

โรงพยาบาลศูนย์(3)

- **คุณภาพบริการไม่ใช่เรื่องง่าย งานบริการขึ้นกับคนเป็นสำคัญ**

ผลการศึกษา พบว่า ระยะแรกของการเก็บข้อมูล ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์เห็นว่าโรงพยาบาลสามารถตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างดี เนื่องจากโรงพยาบาลมีงบประมาณเงินบำรุงของโรงพยาบาลที่สะสมไว้จำนวนมาก ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นว่า *"มันจะกระทบกับสถานะการเงินโดยรวมของโรงพยาบาลในระยะยาว เนื่องจากรายได้ของโรงพยาบาลจะลดลง โรงพยาบาลจึงพยายามลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง แพทย์พยายามใช้ยาให้มีเหตุผลมากขึ้น โรงพยาบาลต้องทำเรื่องAnti-Basic โรงพยาบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการคอยดูแลการใช้ยาแพงๆ โรงพยาบาลมีกระบวนการพิจารณา กลั่นกรอง กำกับดูแลการใช้ยา คณะกรรมการก็จะพิจารณาว่าเหมาะสมที่จะใช้หรือไม่ กระบวนการตรงนี้มีส่วนทำให้ลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลลงมา อย่างไรก็ตามในเบื้องต้นกระทรวงสาธารณสุขต้องลงทุนในเรื่องคุณภาพบริการ คุณภาพบริการเป็นเรื่องที่ต้องลงทุนและหวังผลในระยะยาว ถ้าไม่ลงทุนเลยต่อไปจะแย่ สุขภาพจะแย่ ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพบริการ (HA) ไม่ถึง 30 โรงพยาบาล ทุกคนกำลังอยู่ในกระบวนการของการพัฒนาคุณภาพทั้งนั้น รัฐต้องมีการลงทุนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่สักแต่ว่าจะทำ ต้องทำบริการให้ดี มีคุณภาพ คุณภาพของงานบริการไม่ใช่ง่ายมันยากกว่าเรื่องของการผลิต งานผลิตมันง่ายทำISOก็จบแล้ว แต่งานบริการมันขึ้นกับคน คนถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุด เช่น ปี1975 ผมไปเรียนที่สิงคโปร์ สมัยนั้นเขาถือว่าคนคือทรัพยากรที่สำคัญที่สุด เวลาคนเขาเจ็บป่วยเขาสอนเลยว่าต้องดูแลตนเองอย่างไรไม่ให้ป่วย แต่ของเราเมื่อเจ็บป่วยให้หมอดูแลเป็นหลัก สุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์มากกว่าของประชาชน ประตูโรงพยาบาลไม่เคยปิด จริงๆ โรงพยาบาลไม่ต้องทำประตู ห้องผ่าตัดก็ไม่เคยปิด มีผู้ป่วยผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมง"*

◆ **โครงการหลักประกันสุขภาพไม่ได้กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพนำการรักษาโรค**

แพทย์ฝ่ายเวชกรรมสังคม 2 ท่านของโรงพยาบาลศูนย์เห็นว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายหลักการประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน แต่ในการประชาสัมพันธ์รณรงค์และทำจริง โครงการนี้ชูประเด็น 30 บาทรักษาทุกโรค แม้ในบริการสุขภาพ(Corepackage) จะมีเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพก็ตาม แต่การชูประเด็นการรักษาโรค คนก็ต้องป่วย เพราะว่าเน้นรักษาทุกโรค ประชาชนก็ต้องเข้าใจว่า ป่วยก็มารักษาได้ทุกโรค ประชาชนจึงแห่กันมาใช้บริการโรงพยาบาลในช่วงแรกๆ และค่อยๆ ลดลงมา

◆ **นโยบายใหม่ของโรงพยาบาล คือ "อะไรก็ได้ให้โรงพยาบาลอยู่รอด"**

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ เห็นว่า *"รัฐต้องเติมทรัพยากร (งบประมาณ) ลงมาให้โรงพยาบาลมาก ปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่เอาตัวไม่รอด แพทย์ไม่มีสมอง ไม่มีกำลังใจทำงาน เพราะเงินไม่มี แต่แพทย์จำเป็นต้องใช้เวชภัณฑ์ ยาที่รักษาให้ผู้ป่วยหาย เดิมแพทย์ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่ต้องมากังวลกับการใช้ยา เงินที่โรงพยาบาลได้รับมาน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการจริงของโรงพยาบาล เดิมโรงพยาบาลเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลโดยเอาเงินของคนรวยมาช่วยคนจน แต่ปัจจุบันคนรวยก็ไม่ต้องจ่าย โรงพยาบาลต้องรัดเข็มขัดทางการเงิน ขณะที่โรงพยาบาลเปิดบริการเต็มที่ โรงพยาบาลจึงไม่มีทางเลือก โรงพยาบาลต้องขอความร่วมมือแพทย์ให้ใช้บัญชียาหลักแห่งชาติก่อน เงื่อนไขการอยู่รอดของโรงพยาบาลจึงเป็นเรื่องที่ผู้บริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลต้องตระหนักมากในสถานการณ์ปัจจุบัน"*

ข้อสังเกตของนักวิจัยพบว่า เมื่อปลายปี 2545 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยังเห็นว่าแม้โรงพยาบาลศูนย์จะถูกกระทบจากโครงการฯ นี้มาก แต่โรงพยาบาลก็ยังสามารถบริหารจัดการได้ แต่เมื่อเข้าปีพ.ศ.2546 พบว่า สถานะการเงินของโรงพยาบาลศูนย์เริ่มถูกกระทบ เงินบำรุงถูกนำออกมาใช้จ่ายมากขึ้น *"สิ่งที่ผมเป็นห่วงมากที่สุดในฐานะแพทย์คือ ระบบสุขภาพกำลังใช้เรื่องเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขนำหน้าจริยธรรมแพทย์ เราพยายามทำให้แพทย์ทุกคนคิดถึงเงินค่ารักษาพยาบาล การคุ้มค่าเป็นหลัก"*

ข. ภาระงานของแพทย์เป็นอุปสรรคต่องานสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลทั่วไป(3)

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลท่านหนึ่ง เห็นว่า ปัจจุบันแพทย์มีภาระงานมากทั้งงานตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก งานรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน งานผ่าตัด งานผู้ป่วยฉุกเฉิน แพทย์ส่วนใหญ่จึงใช้เวลากับการรักษาพยาบาลมากกว่างานสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ *"ส่วนหนึ่งก็คือว่าเรามีคนไข้จำนวนมาก มีงานด้านรักษามาก เมื่อไหร่ทำให้หมอว่าง งานในโรงพยาบาลผมเคยมีคนไข้ 100*

คนลดเหลือซัก 50 คน ผมก็จะมีกำลัง คนเราไม่ใช่เครื่องจักรนี่ ถ้าเกิดทำให้ปริมาณงานด้านรักษาพยาบาลลดลง ซึ่งมันก็จะเป็นเหตุเป็นผลกันอยู่ ทางทีมก็จะบอกว่าทำไมคุณหมอไม่ไปป้องกันเยอะก่อนแล้วจึงจะมีผล คือตรงนี้มันอ้างกันไปอ้างกันมา ซึ่งตรงนี้ชุมชนก็จะช่วยได้มากที่มาออก TV คุณเบนซ์มาเต้น มาเต้นแล้วคนไข้ลดน้อยลงหมอก็จะมีเวลา คนไข้ลดน้อยลงอาจจะไปพบชาวบ้านไหม ที่ต่างประเทศทำได้เยอะ เพราะว่าหมอเขามีเยอะ ของเรานี่ลักษณะว่าเวลาอยู่เวรได้นอน 1-2 ชั่วโมงต่อคืน บางทีมีคนไข้ฉุกเฉิน ลำไส้อุดตัน กระเพาะทะลุบ้าง นอนคืนหนึ่ง 2 ชั่วโมงต่อคืน ตอนเช้าทำงานต่อถ้ายังคงสภาพนี้ผมคิดว่าลำบาก รุ่งเช้ามานั่งบอกว่าอย่าสูบบุหรี่นะ สงสัยหมอคงเมาตายก่อนพอดี คือมันยังงง ๆ อยู่เลยนะ เป็นไหม? สมมุติว่าอยู่เวร 10 ครั้งจะเจอหนักๆ 3 ครั้ง อีกอย่างก็คือน่าจะจัดคอร์ส ถ้าเตรียมความพร้อมว่าแพทย์ควรจะมาทำด้านสร้างเสริม ถ้าแพทย์เวชกรรมไม่พอ อาจจะต้องจัดให้ทุกคนไปอบรม ให้ความรู้ ความเข้าใจ การที่จะบอกว่าให้คุณหมอมาช่วยทำอะไรแล้วบอกว่าให้ไปศึกษาเองนั้น มันคนใจรักจริง ๆ "

โรงพยาบาลชุมชน(3)

- **สร้างนำซ่อม สร้างดีกว่าซ่อม แต่ปัจจัยแวดล้อมของสังคมไม่เอื้อต่องานสร้างเสริมสุขภาพ**

แพทย์โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นแพทย์ทั่วไปและกุมารเวชได้ให้ทัศนะของโครงการหลักประกันสุขภาพว่า พูดอย่าง ทำอย่าง ไม่ได้ไปด้วยกัน โดยกล่าวว่า *"โครงการ 30 บาทผมได้ข้อสรุปนิดหนึ่งนะครับ เวลาเราฟังผู้บริหารระดับสูงเป็นลักษณะพูดอย่าง ทำอย่าง จะมีการกล่าวว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่จำเป็น เป็นงานที่ต้องทำเป็นอันดับแรก เพราะว่าสร้างดีกว่าซ่อม แต่พอลงมาในรูปแบบหนึ่ง มันก็ต้องมีรูปแบบด้านการรักษาเป็นหลัก คือมันเป็นลักษณะพูดอย่างหนึ่ง ทำอีกอย่างหนึ่ง คุณจะไปเน้นตรงไหนละว่าจะทำด้านสร้างเสริมสุขภาพ มันเป็นงานที่ไม่เห็นจับต้องไม่ได้ การพูดจะพูดว่าสร้างดีกว่าซ่อม แต่มลพิษเต็มไปหมดเลยในชุมชน ถนนหนทางต่างๆ การจราจรก็แย่มาก เด็กนักเรียนกลับบ้านรถสองแถว 30 คนยัดกันไป หรือว่ามลพิษในอากาศเต็มไปหมดเลยคุณจะไปแก้ตรงไหนละครับ ถ้าคุณไม่ทุ่มเทจริงๆ ไม่เคร่งครัดกวดขันระเบียบวินัยของชุมชน ปล่อยน้ำทิ้งปล่อยนำเสียเลียราดลงข้างถนน แพทย์ที่นั่งตรวจคนไข้อยู่กับแพทย์ที่ทำงานด้านสร้างเสริมป้องกัน แพทย์นั่งตรวจคนไข้ดูดีกว่า ทำงานเห็นชัด จับต้องได้และก็ไม่ต้องอาศัยไหว้วานแผนกอื่นหรือบุคลากรอื่น แม้กระทั่งการสอนหรือการให้ความรู้กับพนักงาน กับนักเรียนหรือกับนักศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บางทีเรากำลังสอนเขาอยู่ 1 ชั่วโมง เขาก็จะถามว่าหมอไม่อยู่ หมอไปไหน จะเห็นได้ว่างานตรงนี้มันส่งผลกระทบถึงงานรักษา ซึ่งจะเป็นงานประจำของแพทย์ไปแล้ว เราไปทำอย่างอื่นมันจะมองว่างานหรือเปล่า เป็นงานหรือเปล่า ถ้าเรา Set (จัด)ไว้ว่า 1 ชั่วโมงเราก็ต้องทำให้เสร็จ 1 ชั่วโมง เพื่อที่จะได้รีบไปตรวจคนไข้ แต่ผมคิดว่างานสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลจะไป Take Action มากไม่ได้ ต้องให้ชุมชนเข้าใจ ต้องให้องค์กรอื่นที่มีอำนาจ*

เพราะว่ามันเป็นเรื่องของการใช้ข้อปฏิบัติและก็กฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง ถ้าคุณพูดว่าออกกำลังกายนะครับ ดูแลสุขภาพนะครับ ไม่มีกระทบอะไรเลยไม่เป็น Breakout คือทัศนคติในชุมชนก็ยังเหมือนเดิม แต่ถ้าบอกว่าอย่าทิ้งขยะ คุณต้องกำจัดแหล่งพาหะของโรค แหล่งเพาะพันธ์โรค ตามความสามารถหรือข้อควรที่คุณจะต้องรับผิดชอบร่วมกันในชุมชน จะให้โรงพยาบาลไปรณรงค์ยกตัวอย่าง ในอเมริกาเขาจะมีCenter Control เขาจะมีทั้งทีมงานสาธารณสุข ทีมงานกฎหมายยกตัวอย่างเมื่อคุณไปเจอโรคอะไรซักโรคหนึ่ง คุณจะมีข้อมูลทุกอย่างเลย แต่ลักษณะองค์กรอย่างนี้ของเราไม่มี สมมติว่าชุมชนของนาทวีจะให้โรงพยาบาลสมเด็จนาทวีเข้าไปทำงานเชิงรุก จะเข้าไปตรงไหนละครับ ทำไม่ได้หรอกครับ ผมมองว่าอย่างนั้นนะ เราได้แต่บอกว่าคุณต้องออกกำลังกายนะ คุณพาลูกมาฉีดวัคซีน คุณต้องดูแลสุขาภิบาลสถานที่อยู่อาศัยนะ เขาก็ดูแลได้แค่นั้นละครับ เขาทำอยู่แล้วมาหลาย 10 ปี"

ผลการศึกษาภาพรวมของภาระงานของแพทย์ต่องานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า แพทย์ทั้ง 3 ระดับมีความเห็นตรงกันว่า ปัจจุบันภาระงานของแพทย์เน้นหนักอยู่ที่งานรักษาพยาบาลเป็นหลัก งานรักษาพยาบาลเป็นงานรูปธรรม วัดผลได้จากการที่ผู้ป่วยหายจากโรค เป็นที่ยอมรับ คนไข้จะบอกปากต่อปากว่าหมอคนนี้รักษาเด็กดี ทำคลอดเก่งมีชื่อเสียงดี แต่งานสร้างเสริมสุขภาพ แนะนำให้ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติทำ เขาจะทำหรือไม่ ไม่รู้ วัดเป็นผลสำเร็จของแพทย์ไม่ได้ แพทย์ก็ไม่มีเวลาติดตามผล งานสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องเฉพาะตัวของแพทย์แต่ละท่านที่สนใจทำมากกว่าจะใช้การบังคับในภาพรวมให้ทำเหมือนๆ กันได้

ค. ความเชื่อของประชาชนต่อด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

โรงพยาบาลศูนย์(3)

<u>แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลท่านหนึ่ง</u> เห็นว่า *"เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ส่วนหนึ่งขึ้นกับประชาชนว่า เขาสามารถรับความรู้ จำและนำไปปฏิบัติได้หรือไม่ เช่น การให้ความรู้กับสตรีกระดูกพรุน กระดูกพรุนเป็นโรคที่เป็นไปตามวัยของผู้หญิง ปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของสตรีวัยทอง เช่น เรื่องฮอร์โมนก็เป็นตัวแปรหนึ่ง การออกกำลังกาย การใช้ยาเสริมช่วยการสร้างเสริมสุขภาพต้องลงทุนเหมือนกัน บางอย่างก็ช่วยได้ เช่น ผู้ป่วยกระดูกพรุน ถ้าเขาออกกำลังกายประจำ ก็จะช่วยให้สุขภาพดีขึ้นได้บ้าง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องของรสนิยม โอกาส อาชีพ การให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชน อย่าทำเป็นเรื่องโฆษณาชวนเชื่อ ทำให้ประชาชนสับสน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง"*

- **พฤติกรรมสุขภาพไม่สามารถสร้างได้ง่าย**

"สังคมปัจจุบันพยายามใช้กฎหมายมาแก้ไขปัญหา เช่น คนขับรถฝ่าไฟแดง ตรงนี้เป็นพฤติกรรมสามัญของคนขับรถบนถนน คนไม่รักษากติกาของสังคม การแก้ไขต้องมีทั้งเชิงบวก

และเชิงลบ แต่เรามักจะแก้ไขโดยใช้กฎหมายนำ หรือแม้แต่เรื่องโรคเอดส์ ถามว่าประชาชนรู้ไหมว่าถ้ามีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ใช่ภรรยาให้ใช้ถุงยางอนามัย ชายไทยรู้ทุกคน ถามว่าแล้วเขาทำไหม มันก็มีปัจจัยเรื่องความตระหนักรู้ของแต่ละบุคคล การสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องทำให้เป็นเรื่องเป็นราว ทำต่อเนื่อง ทำอย่างจริงจัง อย่าสร้างภาพให้เกินความเป็นจริง ตรงนี้ทำให้แพทย์ยอมรับไม่ได้กับการสร้างเสริมสุขภาพ"

โรงพยาบาลชุมชน(3)

- **ความเชื่อของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพตนเอง**

<u>แพทย์ผู้ให้บริการโรงพยาบาลชุมชน</u> เห็นว่า *"ความเชื่อของผู้ป่วยสำคัญสำหรับแพทย์ที่จะทำเรื่องนี้ได้ต้องทุ่มเทมาก ผมยกตัวอย่างแล้วกันนะครับ มีเด็กที่มีสร้อยคอ สายคอผูกเต็มไปหมดเลย แล้วก็มาหาเราด้วยเรื่องมีผื่นคัน แดงไปหมดเลย เราบอกให้เขาถอดสร้อยคอนะ แล้วจะให้ยาไปทานแล้วก็แนะนำเรื่องความสะอาด อาบน้ำบ่อยๆ กับมาก็ยังไม่ถอด ถอดแล้วเด็กมีปัญหาแน่จะร้องมั้ง เด็กอาจจะป่วยบ่อย จะเห็นได้ว่าเขาเห็นผลของการใส่สร้อยคอต่างๆ เห็นชัดอยู่แล้วแต่เขาก็ยังไม่ยอมรับ เขาก็คิดว่าอันนี้ยังต้องใส่เอาไว้นะ ถ้าหมอจะรักษาหรือแนะนำอย่างอื่นก็ได้แต่จะให้ลูกฉันถอดไม่ได้ ไม่ทราบว่าเกี่ยวหรือเปล่านะ แต่ผมจะชี้ให้เห็นว่างานสร้างเสริมสุขภาพมันเห็นผลไม่ชัดเจน ไม่ใช่เหมือนกับกระดูกหักมา ใส่เฝือกกลับบ้านแล้วหาย เห็นผลชัดเจน งานสร้างเสริมสุขภาพต้องทุ่มเทและผู้ที่ทำจะต้องไม่หวังผลจะดัง หรือคนไข้เด็กที่มาด้วยโรคอื่นถ้าถามว่าทำความสะอาดขวดนมอย่างไรที่ปลอดเชื้อจริงๆ ทำถูกต้องจริงๆ ผมว่าน้อยนะ ผมไม่ทราบเปอร์เซ็นนะเพราะไม่เคยเก็บข้อมูล แต่น้อยครับ ส่วนใหญ่มีขวดนมขวดหนึ่ง สองขวดนะครับและก็ไม่ค่อยจะใช้วิธีการปลอดเชื้ออย่างถูกต้อง พอเขามารักษาเราก็ให้การรักษาและให้คำแนะนำด้วยจะเจอลักษณะว่ากินยาอะไรก็ไม่หายซักที แล้วก็จะไปเปลี่ยนนม นมนี้ไม่ดีกินแล้วท้องเสียเปลี่ยนเป็นนมใหม่ ถ้าแนะนำว่าทำความสะอาดนมให้ถูกต้อง เขาก็ทำไม่ได้อาจจะมีข้อจำกัดอะไรหลายๆอย่าง อันนี้เป็นตัวอย่างนะครับ ก็รวมเรื่องอื่นไปด้วย เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจแนะนำให้เขาเฝ้าระวัง การติดเชื้อ ป้องกันการติดเชื้อ ป้องกันมลภาวะ มันเห็นผลไม่ชัดเจนนะครับ สิ่งที่เขาต้องการก็คือยาอะไรที่กินแล้วหาย แล้วไม่เป็นอีก ซึ่งมันเหนื่อยนะครับ"*

ง. การจัดสรรงบประมาณภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพต่องานสร้างเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม

การจัดสรรงบประมาณภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพต่อระบบสาธารณสุข พบว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้จัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพ 175 บาทต่อคน เป็นการจัดสรรตามทะเบียนบ้านของประชาชนในแต่ละพื้นที่ เช่น

โรงพยาบาลศูนย์(3)

ประชากรอำเภอที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์ มีทะเบียนบ้าน 320,000 คน แยกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

- ข้าราชการ / ประกันสังคม 70,000 คน
- สปร. / ประกันสุขภาพ 130,000 คน
- ไม่มีหลักประกัน 120,000 คน
- ไม่มีทะเบียนบ้าน 60,000 - 100,000 คน
- ไม่มีหลักประกันสุขภาพ 40,000 - 60,000 คน

◆ **175 บาทไม่ทราบว่ามาได้อย่างไร แต่โรงพยาบาลศูนย์ยังต้องรักษาคุณภาพบริการ (HA)**

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ผู้บริหาร แพทย์ผู้ให้บริการ แพทย์เฉพาะทางไม่สามารถให้ข้อมูลและวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นค่าCorepackage เท่าไร แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์ให้สัมภาษณ์ว่า *"ปีที่แล้วมันฝืดๆ อยู่นะ เพราะไม่รู้ว่าตัวเลข 175 บาทไปเอามาจากไหน ผมเคยถามนายแพทย์วิโรจน์ท่านก็ตอบไม่ได้ เท่าที่ใช้ดูปีที่แล้วมันเครือ ๆ นะผมว่าพูดว่าไม่พอมันก็จะมีเงินอื่นเข้าไปเสริม แต่ผมที่ได้รับมันยังประเมินไม่ชัดเจนเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพในปีที่ผ่านมา ไม่มีการประเมินที่ชัดเจน เพราะว่าไม่มีคนประเมินในเรื่องนี้ จริงๆ แล้วมันน่าจะมีการประเมินว่าใช้เงินจำนวนนี้ไปคุ้มหรือเปล่า ต้องมีตัวชี้วัด เขาไม่มีตัว Indicator ไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนว่าได้ทำเรื่องนี้ น่าจะต้องสร้างตัวชี้วัดที่ดีขึ้นมา โดยเฉพาะของเอกชนไม่เคยไปประเมินเลย พื้นที่ที่เขารับผิดชอบ เขาทำด้านป้องกันโรคไปเท่าไหร่ ก็ไม่ชัดเจน จริง ๆ แล้วมันมีตั้งหลายเรื่องใน Corepackage ที่เขาทำไว้ ปีนี้ออกเยอะนะเอกชน เพราะว่าเขาดีขึ้นคนไข้ไปหาเขาเยอะขึ้น เนื่องจากคนไข้ไม่ค่อยเชื่อในคุณภาพของ 30 บาท ทีนี้รัฐบาลต้องพยายามประชาสัมพันธ์ให้ดีว่าคุณภาพเหมือนเดิม เราพยายามทำอย่างนี้กับโรงพยาบาลของเรา ยาของเราทุกวันนี้เชื่อไหมว่าที่มอ. ยังต้องมาเอายาของเราเลย แต่คนไข้ที่มาเราให้ยาเหมือนเดิมผมบอกหมอทุกคนว่าเราต้องรักษามาตรฐานบริการ เพราะเราเพิ่งได้มาด้วย จริงๆ แล้วมันเกินงบประมาณ 175 บาท โรงพยาบาลศูนย์ของเรามีการเรียนการสอนด้วย เช่น คลินิกANC หมอจะต้องทำอุลตราซาวด์กับสตรีมีครรภ์ทุกราย แต่ในCorepackage ไม่มี ผู้ป่วยถามว่าเก็บเงินไหม โรงพยาบาลก็ไม่ได้เก็บเงิน มันมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ต้นทุนสูงกว่าธรรมดา โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่คำนึงถึงมาตรฐานบริการ ผมเชื่อว่าใน 4 จังหวัดภาคใต้ โรงพยาบาลศูนย์ของเราบริการคนไข้ได้ดีที่สุด"*

◆ **เดิมเด็กทุกคนได้รับวัคซีนครบ แต่ปัจจุบันโครงการฯ นี้ทำให้เด็กไม่ได้รับวัคซีนครบ**

กุมารแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ เห็นว่า *"งบประมาณ 175 บาทส่งผลกระทบต่อเด็ก ไม่ดี*

สำหรับโรงพยาบาล ไม่ได้รองรับผู้ป่วยเด็ก เช่น ในคลินิกสุขภาพเด็กดี เดิมเด็กจะได้รับวัคซีนทุกตัวจากโรงพยาบาลครบ แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลศูนย์ไม่สามารถให้ MMR กับเด็ก โรงพยาบาลให้วัคซีนหัดธรรมดา หมอต้องอธิบายให้ผู้ปกครองเด็กเข้าใจ วัคซีนMMR ประมาณ 200 บาท แต่ในความเป็นจริงผู้ปกครองเด็กจ่ายได้ ซึ่งตรงนี้ทำให้หมอที่ออกตรวจเด็กคลินิกสุขภาพเด็กดีไม่สบายใจกัน หมอก็ต้องแนะนำให้ผู้ปกครองนำเด็กไปฉีดวัคซีนที่คลินิกเอกชนแทน ทั้งๆ ที่นโยบายพูดถึงการสร้างเสริมสุขภาพ ตรงนี้หมอคิดว่า ***ไม่ยุติธรรม เด็กทุกคนควรได้รับวัคซีนพื้นฐานที่ควรจะได้*** *ปัจจุบันกลายเป็นโรงพยาบาลรัฐไปช่วยทำรายได้ให้โรงพยาบาลเอกชน เพราะวัคซีนพื้นฐานที่ผู้ปกครองเด็กคิดว่า โรงพยาบาลรัฐสามารถให้ได้ครบ แต่เด็กไม่ได้ ฉะนั้นเขาก็ต้องเลือกไปคลินิกโรงพยาบาลเอกชนแทน* ***ไม่ถูกต้อง*** *หมอคิดว่า* ***เราไม่ควรลดมาตรฐานที่ดีในเรื่องภูมิคุ้มกันโรคของเด็กลง”***

- **แพทย์กลัวถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วย**

กลุ่มกุมารแพทย์เห็นว่าโครงการ 30 บาทติดขัดสำหรับการให้บริการเด็ก ทำให้เกิดปัญหาภายในโรงพยาบาลเองระหว่าง แพทย์ ห้องยา เจ้าหน้าที่ คนไข้ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่กล้าคุยกับคนไข้ กลัวคนไข้สับสน กลัวถูกฟ้องร้องว่าเจ้าหน้าที่บริการผู้ป่วยไม่ดี ไปเก็บเงิน เจ้าหน้าที่การเงินเจ้าหน้าที่คนไข้ไม่อยากทะเลาะกับคนไข้ โดยเฉพาะวัคซีนที่จะให้ผู้ป่วยจ่ายเงินเอง บางทีคุยกับหมอว่าจ่ายได้ แต่เมื่อไปถึงจุดจ่าย ผู้ป่วยก็อ้างสิทธิ 30 บาทไม่จ่าย

โรงพยาบาลทั่วไป(3)

- **ปริมาณงานและงบประมาณสนับสนุนส่งผลต่องานสร้างเสริมสุขภาพ**

<u>กุมารแพทย์</u> ได้กล่าวถึงเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ว่า *“พฤติกรรมมี 2 แบบคือ พฤติกรรมที่สร้างเสริมให้แพทย์ทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพได้ดีกับพฤติกรรมที่ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพให้ไม่ได้ผลดี ก็ตกอยู่ในเรื่องของปริมาณงานและงบประมาณที่ Subport งบประมาณที่สนับสนุนและบุคลากร งบประมาณไม่ดี พฤติกรรมเราก็ลด ไม่ใช่เงินเดือนน้อยนะ เป็นงบประมาณในการได้เครื่องไม้เครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาพมันน้อย หรือว่าบุคลากรเราน้อยทำให้งานเราหนักขึ้นหรือว่าปริมาณงานมันเยอะกว่ากำลังคน เราเป็นคนกลางที่เหมือนกับบริหาร 3 อย่างนี้และมันมีผลต่อพฤติกรรมของเรา"*

- **แพทย์ต้องบริหารเวลา ถ้าบริหารไม่ได้งานสร้างเสริมก็ถูกตัดทอนไปอยู่ที่การรักษา**

“ตามหลักจริง ๆ คือ เราจะต้องบอกโรคที่เขามาหาเราและวิธีป้องกัน ในความเป็นจริงแล้วเวลารวมเบ็ดเสร็จโดยเฉลี่ย 3 นาที เพราะฉะนั้นตามหลักถ้าอยากให้กระชับและความเป็นไปได้ เช่น ถ้าเราเตรียมความพร้อม ถ้าโรคหวัดให้แนะนำอย่างนี้ ถ้าโรคท้องร่วงให้แนะนำอย่างนี้ แต่ว่าสิ่งเหล่านี้มันมีหลายโรค ถ้าจะทำกลวิธีเป็นมาตรฐานในการตรวจสุขภาพทำได้ยาก เพราะโรคมัน

มากมาย ยกเว้นโรคที่มาบ่อย ๆ เราก็จะมีแนวทางสร้างเสริมสุขภาพโดยให้คำแนะนำได้ แต่ว่ามันแปรผันขึ้นอยู่กับปริมาณผู้มารับบริการ แพทย์เป็นเสมือนผู้บริหารเวลา ถ้ามีผู้มารับบริการมาก การให้ความรู้ทางด้านสร้างเสริมสุขภาพก็จะถูกตัดทอนลง เพื่อไม่ให้กินเวลาตรวจร่างกายและซักประวัติ ***ทำได้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ทำ*** *3 นาทีต่อ 1ราย ถ้าพูดไปแล้วมันน้อยมาก เพราะฉะนั้นการสร้างเสริมจึงถูกตัดทอนลง เพราะแพทย์ทุกคนต้องเน้นไปที่การรักษาพยาบาลแทน"*

(6) ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

ผลการศึกษาภาพรวมของปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์มีดังนี้

- **แพทย์เกือบทั้งหมดไม่เห็นด้วยกับนโยบายสั่งการ (Top-Down) ของกระทรวงสาธารณสุข แพทย์รู้สึกอึดอัด ขาดอิสระการพัฒนางานของโรงพยาบาล**

แพทย์ทั้งหมดเห็นด้วยว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิ่งที่ดีกับประชาชน ทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพของโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น แต่วิธีการทำงานของรัฐใช้นโยบายสั่งการ (Top-Down) เป็นหลัก แพทย์ทุกระดับรู้สึกอึดอัด ขัดแย้งในกลไกการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข แพทย์ส่วนหนึ่งเห็นว่าโครงการฯ นี้เป็นโครงการที่รัฐบาลใช้หาเสียงกับประชาชนเพื่อให้ได้คะแนนเสียงของพรรคไทยรักไทย เช่น ทุกโรงพยาบาลถูกสั่งลงมาให้เร่งทำบัตรทอง 30 บาท เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกระดับต้องหยุดงานประจำของตนเอง เพื่อตอบสนองนโยบายบัตรทอง เร่งทำบัตรเพื่อรายงานว่ามีประชาชนมาทำบัตรเท่าไร หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ โครงการฯ ที่เสนอไว้ในแต่ละทีมต้องหยุดชะงักเพราะเจ้าหน้าที่ต้องทำงานตามนโยบายนี้เป็นหลัก **แม้แต่ระดับผู้บริหารและระดับแพทย์ผู้ให้บริการจะถามนักวิจัยว่า จะให้ตอบข้อมูลแบบใด แบบเอาใจรัฐบาลหรือแบบสถานการณ์จริง ที่โรงพยาบาลประสบอยู่** ซึ่งนักวิจัยต้องอธิบายให้แพทย์ให้ข้อมูลที่เป็นจริงที่จะมีผลต่อการนำผลการศึกษาไปใช้ต่อไป

- **ปัจจุบันเป็นงานซ่อมนำสร้างมากกว่างานสร้างนำซ่อมสุขภาพ**

แพทย์ทุกระดับของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีทัศนะที่สอดคล้องกันว่า งานสร้างเสริมสุขภาพต้องเริ่มตั้งแต่โรงเรียนแพทย์ แพทย์ทุกคนรู้ทฤษฎี รู้ว่างานสร้างเสริมสุขภาพดี ตอนเรียนเป็นแพทย์ทั่วไป(GP) ก็ต้องทำงานสร้างเสริมสุขภาพ แต่เมื่อต้องเป็นแพทย์เฉพาะทาง ความสนใจเฉพาะเรื่อง แพทย์ส่วนใหญ่ก็จะลืมไป เวลาแพทย์หมดไปกับงานรักษาพยาบาล แค่ตรวจรักษาก็เหนื่อยแล้ว แพทย์จึงเร่งตรวจคนไข้ให้หมด ยิ่งถ้ามีแพทย์น้อย แพทย์จะไม่ค่อยพูดมาก พูดสั้นๆ เท่าที่จำเป็น แม้ว่าคนไข้จะไม่ค่อยพอใจ แพทย์ก็จะให้พยาบาลทำหน้าที่ของการสร้างเสริมสุขภาพแทน แพทย์เห็นว่าพยาบาลจะมีความถนัดในการให้คำ

แนะนำ การสอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง **แพทย์ทุกคนให้ความสำคัญกับงานรักษาพยาบาลเป็นอันดับแรก งานสร้างเสริมเป็นความสนใจเฉพาะตัวของแพทย์ที่จะทำ** เช่น แพทย์โรงพยาบาลชุมชนรู้ว่า 50% แพทย์ต้องทำงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 50% แพทย์ต้องทำงานรักษาพยาบาล ประกอบกับนโยบาย 30 บาท รัฐมีการสั่งการให้ดูแลประชาชนทุกคนที่ไปขอรับบริการโรงพยาบาลจึงต้องตั้งรับเป็นหลัก โดยเฉพาะทุกโรงพยาบาล นโยบายภายในของผู้อำนวยการโรงพยาบาล คือ อย่าให้มีเรื่องร้องเรียนว่าโรงพยาบาลไม่บริการประชาชนที่มาใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แพทย์จะไปออกตรวจPCUก็จะต้องมีแพทย์ตรวจในโรงพยาบาลก่อน ถ้าแพทย์ไม่พอโรงพยาบาลก็จะถูกคนไข้ต่อว่า ว่าแพทย์ไม่มี รอนาน เสียเวลา แพทย์จึงต้องรักษาภาพพจน์ของโรงพยาบาล ทำงานแยกส่วน เน้นการรักษาพยาบาลมากกว่ามององค์รวมสุขภาพของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่ม(Focus Group) ที่เห็นว่า ปกติโรงพยาบาลก็ทำงานแยกส่วนมาทุกอย่าง งานรักษาพยาบาล งานสร้างเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค ถ้าจะเอางานสร้างเสริมสุขภาพมาผสมให้เป็นเนื้อเดียวกัน คงต้องใช้เวลาหลายปี น่าจะเป็นเรื่องที่ดีถ้าทำได้

- **แพทย์ขาดทักษะการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ**

แพทย์ส่วนหนึ่งเห็นว่า เมื่อเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางแล้ว จะให้ไปทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบแพทย์ทั่วไป(GP) แพทย์เห็นว่า ตนเองไม่ถนัด ถ้าไม่ถนัดก็จะไม่ทำเพราะ ทำให้คนไข้ขาดความเชื่อถือ ความศรัทธาต่อแพทย์ลง แต่ถ้ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายออกมาว่า เป็นงานสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขก็ควรฝึกอบรมให้แพทย์มีทักษะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเช่นกัน เพื่อสร้างให้แพทย์มีความมั่นใจในการทำงานอย่างถูกต้อง เช่น แพทย์ขาดทักษะการทำงานกับคนในชุมชน ขาดทักษะการทำงานเชิงรุก เป็นต้น

- **แพทย์ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน**

<u>แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง</u>ของโรงพยาบาลทั่วไป เห็นว่า *"การที่จะให้แพทย์ทำอะไร ต้องจูงใจ ให้กำลังใจกับแพทย์ก่อน คือ ต้องให้เขามีความมั่นคง ไม่ใช่ว่าไม่รู้ว่าเงินเดือนจะได้ ไม่ได้เงินเวรจะลดหรือเปล่า เกียรติภูมิ ศักดิ์ศรีของแพทย์อยู่ตรงไหน ปัจจุบันแพทย์เคียดกับเรื่องนี้มาก โดยเฉพาะมาตรา 44, 45 ของพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่ออกมาให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย กรณีที่แพทย์ให้การรักษาบกพร่อง แพทย์จะถูกฟ้องร้อง ถูกเรียกค่าเสียหาย แพทย์ด้วยกันจะพูดว่าแพทย์กำลังถูกทำลาย แพทย์รู้สึกเคียดมากจนคิดอะไรไม่ออก ขณะเดียวกันมันก็ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของแพทย์เช่นกัน แพทย์ทำกันเองบ้าง การเปลี่ยนแปลงต้องมีการขัดแย้ง ต้องมีการปรับตัว การปรับตัวของแพทย์ก็ขึ้นกับบุคลิกของเขาเอง แพทย์ที่เรียนเก่งมาก คิดมาก ไม่ค่อยยอม ถ้าจะฝากก็คือ ทำขวัญและกำลังใจของแพทย์ให้ดีหน่อย หมอเองก็แย่เหมือนกันเรื่องสุขภาพจิต เห็นด้วยกับนโยบาย คิดว่านโยบายที่ดี แต่ว่าต้องคิดถึงคนที่ทำงานไป*

ด้วย ถ้าเราอยากจะทำอะไรขึ้นมา เราได้สร้างสิ่งนั้นพร้อมขึ้นมาหรือยัง ถ้าเราตั้งบริษัทใหม่คนที่เข้ามาก็ยอมรับกฎบริษัทได้ เปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรนะเปลี่ยนยาก ขวัญและกำลังใจของบุคลากรแย่ ประสิทธิภาพการทำงานก็ลดลง ควรจะดูขวัญกำลังใจบ้าง ควรจะหาเครื่องมือให้เขาถ้าจะปรับทางด้านคนที่ไม่ชำนาญ ชำนาญทางด้านรักษาให้ไปสร้างเสริมป้องกัน ไปบอกเขาเฉย ๆ มันไปได้ ควรจะจัดคอร์สอบรมให้ความรู้ คงจะผิดตั้งแต่ต้นแล้วมั้งประเทศไทย ที่ว่าสาธารณสุขไปเน้นด้านเฉพาะทางเยอะ ๆ เราไม่ได้เตรียมความพร้อม"

ขณะเดียวกันแพทย์โรงพยาบาลชุมชนก็สะท้อนว่า เมื่อปีปัจจุบันงบประมาณของโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขก็มอบให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บริหารจัดการให้โรงพยาบาลอยู่ได้ ทางออกอันหนึ่งคือ ขอลดค่าเวรของแพทย์ลงมา แพทย์ก็พูดไม่ออก ถ้าไม่ยอมก็ทำให้ถูกมองไปว่า ไม่เห็นแก่ส่วนรวม ยิ่งโรงพยาบาลชุมชนแพทย์ก็มีจำนวนน้อยมีเพียง 5 คน แพทย์ก็ต้องยอม เพราะรายได้ที่เรียกเก็บมาไม่พอ เงินบำรุงของโรงพยาบาลก็ลดลง

- **ทัศนคติของประชาชนและเจ้าหน้าที่ก็ยังเน้นอยู่ที่งานรักษาพยาบาล**

ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ทัศนคติของประชาชนและเจ้าหน้าที่ก็ยังเน้นงานรักษาพยาบาล การเลือก PCU ประชาชนก็เลือกสถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้ เขาไม่ได้เน้นที่สถานพยาบาลที่มีงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก ฉะนั้นเมื่อความเข้าใจของประชาชนยังเชื่ออยู่ที่การรักษาพยาบาล ประกอบกับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค จึงทำให้ประชาชนขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น <u>แพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่ง</u> เห็นว่า *"เมื่อมีโครงการ 30 บาท ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีมากขึ้น มีผู้ป่วยจำนวนมากที่มาด้วยเรื่องนี้ ซึ่งหมอเห็นว่าเป็นโรคที่ผู้ป่วยป้องกันได้โดยรู้จักการป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่ใช่โรคที่ผู้ป่วยหามาเอง ซึ่งไม่คุ้มกับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการทำแท้งมา เป็นเรื่องที่ต้องป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา สอนให้รู้จักป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ ช่วงปิดเทอมจะมีนักเรียนมาพบหมอจำนวนมาก มาปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หมอเห็นว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ควรยกเว้นบางโรค ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหามาเอง"*

ข้อสังเกตของนักวิจัยคือ ประชาชนยังขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง สุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์และโรงพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยก็มาให้แพทย์รักษา ขณะเดียวกันแพทย์ส่วนหนึ่งเชื่อว่า ต้องให้การศึกษากับประชาชนมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะให้ความสนใจเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าประชาชนทั่วไป เช่น ให้ความสำคัญกับเรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย ขณะที่ผู้ป่วยส่วนมากยังพึ่งพาการใช้ยาเป็นหลัก เช่น เวลาแพทย์ไปออกตรวจที่PCU คนในชุมชนก็จะมาขอยา เป็นต้น ฉะนั้นแพทย์ที่จะไปให้ความรู้งานสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นงานที่ต้องใช้เวลามาก ทำบ่อยๆ ทำต่อเนื่อง ทำจนกว่าคนในชุมชนจะยอมรับ เข้าใจ และนำ

ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ รู้จักดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและครอบครัว ไม่มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของคนอื่น

- **การบริหารจัดการงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพเน้นที่บริหารเงินมากกว่าสร้างเสริมสุขภาพประชาชน**

ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ทุกระดับ โรงพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญกับเงินงบประมาณของโรงพยาบาล แพทย์ผู้บริหารก็พยายามที่จะให้คณะกรรมการบริหารใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลเท่าที่จำเป็น แพทย์ผู้บริหารเห็นว่า โครงการหลักประกันสุขภาพจะไปไม่รอด ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่รัฐบาลต้องการ ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ แพทย์โรงพยาบาลชุมชนเชื่อว่าค่ารักษาพยาบาลที่ให้PCU จ่ายให้กับโรงพยาบาลที่ส่งต่อไปรักษาพยาบาล แพทย์พบว่า ในทางปฏิบัติเรียกเก็บเงินไม่ได้ โรงพยาบาลแต่ละแห่งก็ต้องการให้โรงพยาบาลมีเงินสำรองที่โรงพยาบาล มีแต่ตัวเลขของผู้ป่วยและตัวเลขค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลจะได้รับมาจากโรงพยาบาลอื่น แต่ในทางปฏิบัติมีการโอนเงินมาให้โรงพยาบาลน้อยมาก โรงพยาบาลต่างก็เป็นหนี้ซึ่งกันและกัน โรงพยาบาลต้องรัดเข้มขัด ประหยัดเรื่องเวชภัณฑ์มากขึ้น เมื่อก่อนรักษาผู้ป่วยแพทย์ยังสามารถใช้ยานอกได้ แต่ปัจจุบันถูกจำกัดให้ใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น โรงพยาบาลศูนย์การใช้ยานอกบัญชียาหลักต้องผ่านคณะกรรมการพิจารณาการใช้ยาของโรงพยาบาลว่ามีความจำเป็น เหมาะสมหรือไม่

- **แพทย์ลาออกเป็นจำนวนมาก**

สถานการณ์แพทย์ลาออกพบว่า เป็นปัญหาที่โรงพยาบาลต้องเผชิญ เช่น โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ แพทย์เฉพาะทางลาออกไป 14 คน โดยลาออกไปทำงานกับโรงพยาบาลเอกชนที่ให้เงินเดือนสูงกว่าหลายเท่าตัว ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปก็มีแพทย์ขอลาออกเช่นกัน โดยแพทย์เห็นว่าทำงานลำบากมากขึ้น แพทย์เคยทำงานอย่างมีความสุข ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเต็มที่ ปัจจุบันไม่ใช่สถานการณ์ตึงเครียด โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่เป็นห่วงเรื่องโรงพยาบาลไม่มีเงิน เพราะต้องดึงเงินโรงพยาบาลมาใช้กับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

- **แพทย์ไม่มีเวลาที่จะทำงานสร้างเสริมสุขภาพ**

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่แพทย์เห็นว่า ปัญหาสำคัญที่ทำให้แพทย์ไม่สามารถทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้ เพราะแพทย์ไม่มีเวลา ปริมาณผู้ป่วยนอกต่อวันมาก แพทย์ทำงานตรวจรักษาพยาบาลก็ไม่ทัน

- **งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่ไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน**

แพทย์ส่วนใหญ่ทั้ง 3 ระดับ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่ไม่มีตัวชี้วัดชัดเจน วัดไม่ได้เหมือนงานรักษาผู้ป่วย งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่ค่อยทำค่อย

ไป แต่งานรักษาผู้ป่วยถ้าแพทย์ไม่ทำการรักษาทันที ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ขณะที่งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่รอได้ แพทย์ทำหรือไม่ทำก็ได้

- **ศักยภาพและทีมงานสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันมีผลต่องานสร้างเสริมสุขภาพ**

ผลการศึกษาพบว่า ศักยภาพของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับมีความแตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนบุคลากรมาก หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นหลักในงานสร้างเสริมสุขภาพ ทีมแพทย์ และทีมพยาบาล งานส่วนใหญ่เป็นการรุกออกไปทำงานกับคนในชุมชน โรงพยาบาลได้รับความร่วมมือจากเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปแม้จะมีนโยบาย **"โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ"** มีคณะกรรมการทีมงานสร้างเสริมสุขภาพ แต่หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมเห็นว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่า งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานของฝ่ายเวชกรรมสังคมซึ่งก็คือ แพทย์ หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมเพียงคนเดียว ซึ่งแพทย์เห็นว่าไม่สามารถทำอะไรได้มากนัก แม้จะมีทีมงานต่าง ๆ ช่วยทำงานสร้างเสริมสุขภาพก็ตาม งานสร้างเสริมสุขภาพต้องทำทั้งระบบ จะทำเฉพาะเรื่องที่แพทย์แต่ละท่านสนใจคงไม่ได้ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเพราะ จำนวนบุคลากรน้อย จำนวนแพทย์น้อย แพทย์ทำงานตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในเป็นหลัก จำนวนผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาที่จะทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้

ข้อสังเกตที่สำคัญคือ แต่ละโรงพยาบาลมีจุดแข็ง จุดอ่อน ศักยภาพในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน งานสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องเริ่มจากคนในชุมชนคิด และทำต้องตอบสนองกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่มากกว่าการใช้นโยบายสั่งการลงมาที่ทำให้แพทย์รู้สึกขัดแย้งมาก ๆ

(7) แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจ

ผลการศึกษา แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีดังนี้

ก. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพต้องทำควบคู่ไปกับการศึกษาของแพทย์

งานสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่เดิมของโรงพยาบาลดีอยู่แล้ว แต่รัฐต้องทำควบคู่กับการศึกษาของแพทย์ เจ้าหน้าที่และประชาชน กระบวนการสำคัญที่สุดต่องานสร้างเสริมสุขภาพน่าจะมีพื้นฐานตามความเข้าใจของประชาชนเป็นสำคัญ เช่น สถานีอนามัยบอกว่างานที่ทำอยู่ของสถานีอนามัยเป็นงานสร้างเสริมสุขภาพ 70% แต่ประชาชนเข้าใจได้ว่างานของสถานีอนามัยเป็นการรักษาพยาบาลทั้งหมด

ข. สร้างวัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพของทุกคนในสังคม

งานสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องทำทั้งหมด แต่กระทรวงสาธารณสุขต้องไปประสานงานขอความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการให้ฝังเข้าไปอยู่ในสายเลือด พอคนอายุมากขึ้นแล้วพูดยากแก้ไขพฤติกรรมไม่ได้ง่าย เช่น คนที่ติดเหล้าแล้วจะให้เขาเลิกมันก็ยากหรือผู้ป่วยบางรายเป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์(CVA) ก่อนหน้านั้นพฤติกรรมสุขภาพเขาไม่เคยออกกำลังกาย รอเป็นโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์(CVA) ก่อน แล้วค่อยมาหัดเดิน หัดออกกำลังกาย ซึ่งควรจะดูแลสุขภาพก่อน เหมือนประเทศญี่ปุ่น เยอรมัน โรงพยาบาลเขาไม่มีการทำระบบ HA แต่เขาทำเรื่องงานสร้างเสริมสุขภาพจนอยู่ในตัวของคนทุกคน ถือว่าอยู่ในสายเลือด ระบบสาธารณสุขของประเทศก็ไม่ต้องมาทำเรื่อง HA[7] หรือที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในศูนย์การค้ามียาลดน้ำมูก ยาลดกรด ยาพาราเซ-ตามอล ยาพ่นจมูกแก้หวัด ขายในศูนย์การค้า เขาถือว่าประชาชนมีความรู้คนรู้จักดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้นได้ คนไม่เห็นเอาไปก่อนเป็นยาบ้า เขาให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้ถูกต้อง

<u>แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง</u>ของโรงพยาบาลทั่วไป ได้ให้ข้อเสนอแนะที่น่าสนใจว่า *"เงินที่ได้กระทรวงสาธารณสุขต้องไปประสานกับกระทรวงศึกษาธิการมีงบทำแผ่นพับไปแจกเขาและให้เขาไปสอนต่อ สนับสนุนวีดีโอ สื่อ นำงบส่วนหนึ่งไปสนับสนุนกระทรวงศึกษา ถ้าให้จังหวัดทำเองมันลงทะเบียนแต่ละที่งบประมาณต่อหัว แต่เวลาทำเป็นภาพรวม พูดง่าย ๆ คือทำทั้งประเทศ ไม่ใช่ทำจังหวัดใดจังหวัดหนึ่งให้วัฒนธรรมความรู้เรื่องนี้มันซึมเข้าหัวคนทั้งประเทศ ต้องตอกย้ำกระทรวงศึกษา จัดกิจกรรมเดินวิ่งในครั้งเดียวเลยมันก็ไม่ได้เรื่อง มันต้องให้ฝังเข้าไปในสายเลือด แจกโบชัวว์ แจกวีดีโอ แจกเทปให้เขารู้ว่าอยากเป็นพลเมืองที่ดีมีความสุข คุณภาพชีวิตที่ดี เน้นเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย พอเขารู้แล้วต่อไปนโยบายก็ตัดออกไปได้เลย ยุโรป อเมริกา ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปอธิบายเลย คนเขารู้หมดแล้วจนมันเป็นสายเลือด ไม่ต้องมาเสียตังค์มากเหมือนเราทุกวันนี้ประชาชนยังไม่เข้าใจPCU ทุกวันนี้ประชาชนยังแห่มาเลือกPCU ที่ขึ้นกับโรงพยาบาลใหญ่เพราะประชาชนเขายังไม่เข้าใจว่าจริงๆ แล้วPCU มันเหมือนกันหมด ถ้าเราทำตามมาตรฐานที่ไหนๆ ก็เหมือนกัน"*

[7] HA = Hospital Accreditation

3.1.4 จังหวัดราชบุรี

(1) พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ก. ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ การให้บริการของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ การให้บริการของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

◆ **นโยบาย หลักการ แนวคิด การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี**

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการของโรงพยาบาลทุกระดับมีความเห็นสอดคล้องกันว่านโยบาย หลักการและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่ดี ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นรูปธรรมมากขึ้น ถ้างานด้านสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีไม่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยที่มาขอรับบริการ ณ. โรงพยาบาล งานของแพทย์ก็จะลดลง อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้

<u>แพทย์หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม</u> โรงพยาบาลศูนย์(4)ได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นนี้ว่า *"คิดว่าเป็นสิ่งที่ดี มองในภาพรวมของนโยบายและหลักการแล้ว มันทำให้งานดีขึ้น เมื่อก่อนงานสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นงานเวชกรรมสังคม งานตรวจรักษาจะเป็นของกลุ่มงานการแพทย์ มันแยกส่วน ซึ่งจริง ๆ คนไข้แยกส่วนไม่ได้ ปัจจุบันมีการจัดระบบการส่งต่อและการติดตามผลที่เป็นรูปธรรมขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมากกว่าเมื่อก่อน"*

<u>แพทย์ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ</u> โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ กล่าวว่า *"การที่จะให้คนไข้สุขภาพดีไม่ว่าจะเป็นระดับบุคคลหรือครอบครัว ชุมชนจนถึงระดับประเทศ จะเน้นการรักษาไม่ได้ ต้องมีทั้งป้องกัน รักษา สร้างเสริม ฟื้นฟู เพราะฉะนั้นการสร้างเสริมสุขภาพก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้เขามีสุขภาพที่ดีขึ้น เป็นเหมือนการป้องกันไม่ให้เขาเจ็บป่วยตั้งแต่แรก หรือเจ็บป่วยแต่ก็ดีขึ้นและไม่เจ็บป่วยซ้ำ"*

◆ **แพทย์ยังเน้นการรักษาโรคมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ**

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชนในภาคกลาง ส่วนใหญ่เห็นว่างานด้านสร้างเสริมสุขภาพเป็นหน้าที่ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและกลุ่มงานพยาบาลมากกว่า นอกจากนี้ยังมองว่าการที่เอาแพทย์ที่เรียนจบเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาไปทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพนั้นทำให้ไม่คุ้มค่า การ

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขายังมีความน่าสนใจมากกว่าการเป็นแพทย์ทางเวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice) และมีโอกาสก้าวหน้าในสายงานมากกว่า และงานด้านการรักษาก็สามารถเห็นผลเป็นรูปธรรมมากกว่างานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานเชิงกว้าง แต่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจะให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในสาขาที่ตนเองถนัดหรือผู้ป่วยในความดูแลของตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การปฏิบัติตัวหรือการป้องกันมิให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาภายหลัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่ม(Focus Group) ของทีมงานสาธารณสุขทั้ง 4 โรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างพบว่า แพทย์ยังเห็นความสำคัญของงานรักษามากกว่างานสร้างเสริม เพราะแพทย์ไม่ถนัดงานสร้างเสริม แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่งของโรงพยาบาลศูนย์ (4) ซึ่งรับผิดชอบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวว่า ทัศนคติของหมอยังไม่รู้เรื่อง PCUคืออะไร โรงเรียนแพทย์ไม่เคยสอนPCU ส่วนใหญ่โรงเรียนแพทย์แต่ละแห่งแข่งขันด้านเทคโนโลยี แข่งขันความเป็นเลิศทางวิชาการกันเสียส่วนใหญ่ อีกทั้งภาระกิจหลักของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปคือการรักษาพยาบาลเป็นหลักโดยเฉพาะโรคที่ซับซ้อน ดังนั้นแพทย์จึงถูกสอนมาให้การรักษาพยาบาลมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับแพทย์โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพทำหน้าที่ได้ดีอยู่แล้วและแพทย์โรงพยาบาลชุมชนก็มีจำนวนน้อย มีอัตราการหมุนเวียนของแพทย์สูง แต่ถึงอย่างไรแพทย์ส่วนใหญ่ก็ยังเห็นว่าแพทย์ควรมีบทบาทโดยเป็นหัวหน้าทีมในด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล โดยมีหน้าที่ในการวางแผน ควบคุมนโยบายและแก้ไขสถานการณ์ จะเหมาะสมกว่าการลงไปเป็นผู้ปฏิบัติ

(2) การปฏิบัติงานของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาการปฏิบัติงานของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลต่าง ๆ มีดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์(4)

การสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคกลาง จะมีการดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการซึ่งเรียกว่าคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีหน้าที่บริหารดูแลนโยบายและพัฒนาPCU มีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นประธานและกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจะรับผิดชอบในเชิงนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรแพทย์ได้จัดให้แพทย์รับผิดชอบPCUโดยเฉพาะ เช่น PCUหน้าเมืองมีกลุ่มแพทย์งานผู้ป่วยนอกรับผิดชอบ PCUคลองบางขวางกลุ่มงานกุมารเวชกรรมรับผิดชอบ PCUภูบัวกลุ่มงานเวช-กรรมสังคมรับผิดชอบ ปีต่อไปPCU เจดีย์หักกลุ่มงานสูติกรรมรับผิดชอบ ซึ่งกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ

ของโรงพยาบาล เช่น โครงการรณรงค์ให้วัคซีนแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในกลุ่ม ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เบาหวานและความดัน เป็นต้น

โรงพยาบาลทั่วไป(4)

การสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไป ก็จะคล้ายกับโรงพยาบาลศูนย์ คือ มีการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการคือ คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและองค์กรแพทย์ของโรงพยาบาลมีการจัดแพทย์หมุนเวียนออกไปปฏิบัติงาน ณ PCU ต่างๆ โดยมีกลุ่มงานต่างๆ รับผิดชอบ PCU เช่น ทีมหมอเด็กจะออกไป PCU ที่เขาขลุง ทีมหมอตาจะออก PCU ที่กรับใหญ่และทีมหมอสูติกรรมจะออก PCU หนองกบ

โรงพยาบาลชุมชน(4)

การปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลจะเป็นในลักษณะที่ทีมงานไปร่วมกับทีมงานของสถานีอนามัย ไปให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษา การป้องกัน ฟื้นฟู รวมทั้งสำรวจชุมชน เพื่อจะได้ดูสังคม เศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ วัฒนธรรมและประเพณี เพื่อนำมาประกอบกันเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลเอกชน(4)

การปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล จะเป็นในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน ทีมแพทย์ลงไปด้วยอาทิตย์หนึ่งประมาณ 3 วัน ได้มีการประสานงานกับผู้นำชุมชนในเรื่องการออกกำลังกาย ในลักษณะช่วยเสริมในส่วนที่เขาต้องการหรือขาดไป เช่น อุปกรณ์การกีฬา เป็นต้น สำหรับโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ได้กำหนดให้แพทย์ทั่วไปหนึ่งท่าน รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะ

ข้อสังเกตของการศึกษา พบว่า แพทย์ บุคลากรสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ในระดับที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้บริหารมีความรู้ เห็นด้วยกับหลักการ ปรัชญา แนวคิด แต่ยังมีปัญหาในเชิงปฏิบัติต้องมีการปรับระบบให้สอดคล้องทั้งด้านงบประมาณและความพร้อมของบุคลากร และให้ความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรภายในโรงพยาบาลก่อน คือ ถ้าบุคลากรมีความตระหนัก เข้าใจ สนใจ การสร้างเสริมสุขภาพกับตนเองดีแล้วก็จะสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนได้ ขณะที่กลุ่มแพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังไม่ทราบรายละเอียดของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแผนงาน/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ และตนเองจะเข้ามามีบทบาทอย่างไร ยังคิดว่าเป็นงานของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมอยู่

(3) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของแพทย์ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

ก. กระบวนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

มิติของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ศึกษาจะหมายถึง การสร้างเสริมสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ซึ่งกระบวนการนี้จะต้องเป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการให้ครอบครัวหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และการดำเนินการครอบคลุมทุกกลุ่มอายุตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้กับประชาชนทุกคน 6 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด
2. กลุ่มเด็ก 0 – 1 ปี
3. กลุ่มเด็ก 1 – 5 ปี
4. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน 6 – 14 ปี
5. กลุ่มวัยทำงาน 15 – 59 ปี
6. กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

ผลการศึกษาพบว่า ในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและครอบคลุมกลุ่มประชากรทั้ง 6 กลุ่ม แต่กระบวนการยังคงเป็นไปในลักษณะการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบโดยการป้องกันการเจ็บป่วย การติดตามหลังการเจ็บป่วยจะเป็นหน้าที่ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม การดูแลขณะเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนยังมีแผนงานที่ไม่ชัดเจนที่จะสามารถบอกได้ถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพได้ แต่จากการสนทนากลุ่ม(Focus Group) พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนได้เริ่มมานานแล้ว โดยแบ่งว่าเป็นสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกับของเจ้าหน้าที่ การสร้างเสริมสุขภาพของทางเจ้าหน้าที่คือ ทางโรงพยาบาล.จะเป็นผู้ให้บริการต้องมีสุขภาพดีก่อน โดยมีโครงการขึ้นมา เช่น โครงการออกกำลังกาย การขี่จักรยานมินิมาราธอน พยาบาลผู้เกี่ยวข้องท่านหนึ่ง กล่าวว่า กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายหลักก็คือ ต้องการให้ประชาชนและเจ้าหน้าที่ทุกคนมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ มันเกิดปัญหาหลายอย่างเพราะว่าเราไม่ได้หันหน้ามาร่วมมือดูปัญหาสุขภาพ ก็คิดว่าถ้าเรามีการประสานงานกันที่ดีน่าจะเน้นกระบวนการทางด้านนี้ให้เป็นไปในทางที่ดี

แพทย์ผู้ให้บริการท่านหนึ่งของโรงพยาบาลชุมชน(4) ได้กล่าวถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมของโรงพยาบาลชุมชนว่า *"มีกระบวนการแต่มันไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน บางอย่างเกิดจากเศรษฐกิจ สถาบันครอบครัวคือ คน ๆ หนึ่งมีปัญหามาใช่มันเป็นภาวะจิตใจ*

เรื่องที่เกิดขึ้นมันมาจากอะไร เลี้ยงดูลูกไม่ได้ดีดั่งใจ สามีไม่ได้ดั่งใจคือจะรวมทั้งหมด คืออะไรก็ตามพื้นฐานการเลี้ยงดูของเขา การศึกษาของเขาดึงมาได้ทั้งหมดเลย ประวัติครอบครัว ประวัติการเลี้ยงดู มันดึงมาได้หมดเลยที่เป็นสาเหตุให้คนเครียด อยู่ที่ว่าเราจะหยิบจับจากตรงไหนมา ถามว่าเราจะไปแก้ไขเขาได้ไหม บางคนเครียดบอกว่าไม่มีเงิน ปวดหัวนะคุณหมอช่วยหน่อย คุณหมอช่วยไม่ได้เหมือนกัน" จากบทสัมภาษณ์ดังกล่าวน่าจะแสดงให้เห็นว่าแพทย์ได้คำนึงถึงสภาพต่าง ๆ มาวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งมันเกี่ยวข้องกันเป็นลูกโซ่ ซึ่งน่าจะเป็นองค์รวมของสภาพปัญหาของผู้ป่วย

ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจะทำได้เฉพาะในส่วนที่ขณะเจ็บป่วยคือ เมื่อผู้ป่วยมารับบริการหรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้ก็จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็น และการป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันมิให้เป็นซ้ำอีก แต่จะเป็นการกระทำในเชิงปัจเจกบุคคลมากกว่า ขึ้นอยู่กับความสนใจของแพทย์ท่านนั้น และก็จะมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านซึ่งส่วนใหญ่ก็จะเป็น Care ที่เคย Admitted ที่โรงพยาบาลแล้วต้องการที่จะดูแลต่อที่บ้าน

ข. การมีส่วนร่วมของแพทย์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของแพทย์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษาได้กำหนดไว้ 3 ประเด็น คือ

1. การเสนอความคิดเห็นในระดับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล
2. การเสนอความคิดเห็นต่อกิจกรรม/โครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล
3. การร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน ไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย กิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจะมีกรอบมาจากกระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจะนำไปสู่ภาคปฏิบัติ ถ้าต้องการความช่วยเหลือก็จะขอความช่วยเหลือผ่านทางหัวหน้าฝ่าย กรรมการบริหาร ตามลำดับขั้นตอน

ซึ่งประเด็นดังกล่าว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลศูนย์ท่านหนึ่ง ได้กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพยังไม่มีกรอบว่าใครทำอะไร ตรงไหนบ้าง บางคนคิด บางคนก็ไม่คิดแล้วแต่มีอิสระ คำถามที่ว่าอยากให้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นอย่างไรนั้นว่า *"ทุกคนต้องมีส่วนร่วมเข้ามาเสนอความคิดเห็น ต้องมีการสื่อสาร 2 ทาง สร้างความตระหนักให้ทุกคนรับรู้ ทำในโรงพยาบาลแล้วค่อยออกชุมชนเพราะตอนนี้ข้างในโรงพยาบาลยังไม่รู้อะไรเลย"* สำหรับโรงพยาบาลเอกชนแพทย์ผู้รับผิดชอบด้านงานสร้างงเสริมสุขภาพ กล่าวว่า ด้านนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ค่อยชัด หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลยังไม่คุ้นเคยกับเรื่อง

การสร้างเสริมสุขภาพเท่าไร และคนที่รับผิดชอบโดยตรงก็ยังไม่มี เพียงแต่ว่าเราอาจจะทำหน้าที่ในการประสานงานว่าตรงไหนมีการออกกำลังกายก็เข้าไปมีส่วนร่วมเท่านั้น

ประเด็นการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล พบว่า ในกลุ่มโรงพยาบาลทุกระดับทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชนจะเน้นกิจกรรมสร้างเสริมสำหรับบุคลากร เช่น การเต้นแอโรบิก การรำไทเก็ก พบว่าแพทย์เข้ามาร่วมกิจกรรมน้อย ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าแพทย์เองมีการออกกำลังกายโดยตนเองแล้ว เช่น การเล่นเทนนิสหรือการวิ่ง การตีกอฟล์

(4) มาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาด้านมาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ ในการสร้างเสริมสุขภาพพบว่า

โรงพยาบาลศูนย์(4)

ผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินยังไม่มี จะมีแต่ค่าพาหนะไปเยี่ยมบ้านเท่านั้นครั้งละไม่มาก ในส่วนมาตรการก็มีบ้างเช่น การพิจารณาความดี ความชอบประจำปี เช่น ถ้ามีบุคคลสองคนมีเงื่อนไขใกล้เคียงกันมากก็จะใช้ในส่วน PCU ตัดสินคือถ้าทำงานในPCU ก็จะได้สองขั้นไป นอกจากนี้ในด้านบริหารงานบุคคลการรับสมัครคนที่จะมาทำงานด้านนี้จะต้องเป็นบุคคลที่รักงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและชอบการออกกำลังกายและเล่นกีฬา คือคิดว่าถ้าเขารักงานพวกนี้ก็จะทำให้ทำงานสร้างเสริมได้ดีด้วย

<u>แพทย์ผู้รับผิดชอบกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลศูนย์</u> มีความเห็นสำหรับเรื่องนี้ว่า งานสร้างเสริมสุขภาพมันเป็นงานหนัก จะต้องเสียสละเวลา บุคลากรทำงานค่อนข้างเสี่ยง คนที่จะทำตรงนี้ต้องมีความสุขที่จะทำ ทำแล้วมันสนุก ในขณะเดียวกันจะหาคนที่ทำงานด้วยความสนุกมันไม่ใช่เรื่องง่าย ถ้าจะดึงคนมาทำงานตรงนี้จะต้องมีอะไรมาจูงใจให้เห็นว่ามันแตกต่างจากการทำงานประจำ คือสิ่งตอบแทนอาจจะมิใช่เงิน แต่อย่างน้อยน่าจะมีเรื่องขวัญและกำลังใจอื่นๆ เช่น ผู้บริหารมาดู มาเยี่ยมชมบ้างหรือมีการเผยแพร่ผลงานระดับประเทศอะไรทำนองนี้

<u>แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล</u> ซึ่งรับผิดชอบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวว่า *"ผมบอกได้เลยนะมาตรการนี่ไม่เป็นธรรม โรงพยาบาลที่นี่ออกPCU ไม่มี O.T ให้เพราะเขาตีตราไว้ว่าPCU ก็คือหน่วยหรือสถานบริการนั้น ๆ งั้นที่เราไปทำงานตรงนี้ก็เหมือนกับไปทำงานทุกๆวัน เบิกไม่ได้ แต่วิธีทำก็คือเดินออกจากสถานีอนามัยไปบ้านที่ติดกัน ไปเยี่ยมบ้าน หมอกับเภสัชนั่นตรวจแทบตายไม่ได้เงินซักบาท"*

แพทย์ผู้ปฏิบัติการกล่าวถึงมาตรการจูงใจว่า ก่อนอื่นต้องบอกนโยบายก่อน เพราะว่าสร้างเสริมสุขภาพชื่อมันกำกวม อาจจะมีการตั้งอยู่แล้ว บอกแผนกลยุทธ์อะไรต่างๆว่าปีนี้เราจะทำอะไร

เรายังไม่รู้ เรายังไม่ทราบ ตอนนี้ก็เลยทำตามที่เราเคยทำ อีกประการหนึ่งก็คือต้องสร้างความตระหนักก่อน แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง กล่าวว่า ค่าตอบแทนมีส่วนเกี่ยวข้องมากเพราะว่าการรักษาพยาบาลมองเห็นได้ชัดเจนเมื่อเห็นชัดเจนก็ยินดีจ่ายแต่การสร้างเสริมสุขภาพมีการวัดยาก สร้างเสริมแล้วมันดีตรงไหน เห็นผลช้า เมื่อผู้ป่วยไม่เต็มใจจ่ายและตัวผู้ให้บริการเองอาจไม่ค่อยได้รับผลตอบแทนไม่ว่าจะเป็นด้านการเงินหรือคำชม พอค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงินมีน้อยผู้ให้บริการเองก็เลยมาเน้นที่การรักษา

โรงพยาบาลทั่วไป(4)

แพทย์ผู้ปฏิบัติงานPCU ในโรงพยาบาลไม่มีค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน ถือว่าเป็นการทำงานปกติ แต่ถ้าออกไปPCU นอกโรงพยาบาลจริงๆ แล้วกระทรวงบอกว่ามีกรอบลงมาว่า สามารถเบิกค่าตอบแทนได้ถึง 120 บาท/ชั่วโมง ตามหน่วยบริการ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปเกือบทุกแห่งมองว่าในพื้นที่ศึกษาภาคกลางมันอยู่ในภาวะวิกฤต ทางโรงพยาบาลของเราก็ปรับลดจนเหลือ 80 บาทได้เฉพาะค่ารถ มีความเห็นว่า เราน่าจะให้ค่าตอบแทน จูงใจให้คนไปทำงาน แต่เนื่องจากภาระงบประมาณของโรงพยาบาลมันมีมาก กรรมการตกลงกันว่าเหลือที่ 80/ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ซึ่งค่าตอบแทนนี้ทางโรงพยาบาลจะใช้เงินบำรุง มิใช่เงินจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งตัดมาประมาณ 175 บาทก็จะเป็นเงินสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสถานีอนามัยทั้งหมด ซึ่งจากการสนทนากลุ่ม(Focus Group) กับบุคลากรที่ทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพซึ่งใกล้ชิดกับแพทย์มีความเห็นในเรื่องค่าตอบแทนและมาตรการจูงใจไว้ว่า *"โอกาสที่เราได้สัมผัสกับแพทย์ แพทย์ถ้าหากมีค่าตอบแทนแล้วถือว่าเป็นสิ่งที่ดี ปัจจุบันเราได้ยินในเรื่องส่วนราชการแล้ว แพทย์เป็นคนที่ทำงานหนักคนหนึ่งก็เป็นแกนสำคัญของโรงพยาบาล ระบบเงินเดือนก็เหมือนกับพวกเราอยู่ ในเรื่องของค่าตอบแทน ถ้ามองในแง่ของแพทย์เลยเขาก็ควรจะได้ ถ้าได้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าที่มันก็เป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน"*

โรงพยาบาลชุมชน(4)

แพทย์ผู้ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ถือว่าเป็นหน้าที่เพราะแพทย์ต้องทำงานทั้งทางด้านBio-Social อยู่แล้ว ซึ่งตรงนี้จะเป็นแรงกระตุ้นสนับสนุนคือได้มองภาพรวมของทุกคนและมีความสัมพันธ์กันระหว่างครอบครัวและชุมชน ในมิติสองมิติได้เข้ามาร่วมด้วยตรงนี้น่าจะเป็นสิ่งที่ดีกว่าค่าตอบแทนตรงนี้มันแปลงเป็นค่าตอบแทนไม่ได้ สำหรับแพทย์ผู้ปฏิบัติงานมาตราการจูงใจที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ถ้าจะให้เป็นแรงจูงใจก็น่าจะดูผลสำเร็จของโครงการ ดูOutput หรือ Outcome ขององค์การ และความคิดเห็นของการสนทนากลุ่ม(Focus Group) ในประเด็นมาตราการจูงใจและผลตอบแทนไว้ว่าปัจจุบันไม่มี อดีตมีเพราะคุณหมอบอกว่าอย่างสุขภาพของแต่ละบุคคลก็น่าจะตระหนักถึง เช่น ไปเดิน ไปวิ่ง เมื่อก่อนก็จะมีผลตอบแทนเป็นเงิน ให้บัตรสะสม

ปัจจุบันไม่มีแล้ว แต่จะมีลักษณะเป็นของขวัญในแต่ละกิจกรรม เช่น ในการแข่งขันกีฬาของโรงพยาบาล เป็นต้น

โรงพยาบาลเอกชน(4)

ในปัจจุบันทางโรงพยาบาลไม่ได้ให้ค่าตอบแทนเป็นรายบุคคล เพราะว่าในแง่ของผลตอบแทนจะเป็นในลักษณะรวมมากกว่า งานของแพทย์ทั้งหมดที่ทำถือว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องทำ

จากข้อสังเกตของผู้ศึกษาในเรื่องมาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนต่างๆ ต่อแพทย์ในงานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า แพทย์มีความคิดเห็นเป็น 2 ฝ่าย ฝ่ายหนึ่งเห็นว่า***เงินมิใช่มาตรการ***ที่จะทำให้แพทย์หันมาสนใจต่องานสร้างเสริมสุขภาพ ขอให้มีแนวทางหรือกรอบวิธีปฏิบัติงาน มีการกำหนดหน้าที่วิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของแพทย์ทุกระดับมาช่วยกันระดมสมองเพื่อกำหนดนโยบาย ผู้บริหารเข้ามาดูแล มีคำชมให้กำลังใจก็ถือว่าเพียงพอ ก็จะทำให้แพทย์มีกำลังใจในการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนอีกฝ่ายเห็นว่า ***เงินก็น่าจะเป็นมาตรการ*** ที่จะเป็นแรงจูงใจให้แพทย์หันมาสนใจงานด้านสร้างเสริมสุขภาพถ้าหากว่างานในส่วนนี้มีผลกระทบต่องานที่ทำอยู่ เช่น ทำให้งานมากขึ้น เสียเวลามากขึ้นและที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือความเสมอภาคในความก้าวหน้าในหน้าที่การงานระหว่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพกับงานแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ

(5) สภาพ / เงื่อนไขการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

ผลการศึกษาสภาพ/เงื่อนไขการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

ก. งบประมาณ

ผลการศึกษาพบว่าสภาพ/เงื่อนไขในเรื่องงบประมาณผู้บริหารระดับสูงของทุกโรงพยาบาลได้แสดงความคิดเห็นสอดคล้องกันดังรายละเอียดต่อไปนี้

<u>แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง</u>ของโรงพยาบาลชุมชน(4) กล่าวว่า *"วิธีการบริหารจัดการระบบเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพ แต่ก่อนลักษณะของสถานบริการได้รับงบประมาณโดยไม่ต้องมีแผนงานหรือโครงการที่ชัดเจน งบประมาณได้รับตามภาระกิจ เช่น จำนวนเจ้าหน้าที่เท่าไรก็ได้รับงบประมาณเป็นตัวเงินเดือนตามนั้น ผลการรักษาพยาบาลก็ได้ตามปริมาณนั้นๆ ผู้ป่วยมีสิทธิประเภทต่าง ๆ จัดสรรงบประมาณตามปริมาณผู้รับบริการเป็นหลัก ไม่ได้จัดสรรงบประมาณตามนโยบาย เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่งานสร้างเสริมนี้จะไม่ได้ลงมาเป็นงบประมาณโดยตรง แต่จะส่งลงมาเป็นโครงการต่างๆ ผ่านกรม กองที่เกี่ยวข้องรวมทั้งเบิกวัสดุ อุปกรณ์ วัคซีนหรืออุปกรณ์Family Planning ลักษณะทำเป็นงบประมาณวัสดุมาให้ กระทรวงมีนโยบายอะไรก็ให้*

แต่ละโรงพยาบาลปฏิบัติตามนั้น พื้นที่จะไม่มีนโยบายหลักเป็นของตัวเอง แต่ถ้าโครงการ 30 บาท จะเปลี่ยนระบบบริหารใหม่ เป็นการจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการโดยรวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด รวมอยู่ในเงินก้อนเดียวกันตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ซึ่งจะรวมค่าใช้จ่าย ค่าเวชภัณฑ์ ค่ารักษา สร้างเสริมภูมิคุ้มกันทั้งหมดที่เกี่ยวกับบุคคลและครอบครัวรวมเป็นก้อนเดียวกัน ได้รับงบประมาณมาแล้วตามรายละเอียดของประชากร โดยมีสัญญาว่าจะปฏิบัติภาระกิจที่ได้รับมอบหมาย ภาระกิจหลักครอบคลุมทั้งงานรักษาพยาบาล ตามกรอบที่มีPCU มีการให้บริการทั้งในปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ซึ่งค่าใช้จ่ายทั้งหมดสถานบริการจะต้องรับผิดชอบทีมทั้งหมด และมีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรคระดับบุคคลและครอบครัว นโยบายนี้เน้นว่าถ้าสถานพยาบาลเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาลมาก งบที่ได้ก็จะใช้ในการรักษามาก สถานพยาบาลนั้นก็จะมีปัญหาในการขาดเงิน มีทางเดียวที่จะทำให้สถานะทางการเงินและสถานบริการนั้นอยู่ได้ก็คือจะต้องทำให้ผู้รับบริการเจ็บป่วยน้อยลง แต่การดำเนินการในปีที่ผ่านมามีผู้มาใช้สิทธิรับบริการมากขึ้นทำให้มีปัญหาด้านการเงินของโรงพยาบาล"

<u>แพทย์ผู้บริหารท่านหนึ่ง</u>ของโรงพยาบาลเอกชน(4) กล่าวว่า งบประมาณที่ให้มานี้สำหรับเรื่องการรักษาในปีแรกเราก็จะไม่พออยู่แล้ว เพราะช่วงหลังนี้คนไข้มาใช้บริการมากขึ้นและไม่สามารถแบ่งงบประมาณลงมาด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้

<u>แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์(4)</u> กล่าวว่า *"ผมบอกได้เลยว่าโครงการ 30 บาท โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจะอยู่ไม่ได้และโรงพยาบาลที่จะอยู่ได้โรงพยาบาลชุมชน ส่วนโรงพยาบาลจะใหญ่ก็ไม่ใหญ่ จะเล็กก็ไม่เล็กเจ๊งหมด"*

<u>แพทย์ผู้บริหารฝ่ายเวชกรรมสังคม</u> โรงพยาบาลทั่วไป(4) กล่าวว่า ที่ผ่านมารายได้หลัก 60 % มาจากประชาชนจ่าย แต่พอเปลี่ยนมาเป็นระบบซึ่งเราได้งบประมาณจำกัดรายหัว ซึ่งต้องแบ่งงบประมาณไปสนับสนุนกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพกับสอ. ในเขตรับผิดชอบ ทำให้สภาพทางการเงินมีปัญหามากเงินบำรุงลดลงทุกวัน

ในขณะที่แพทย์ผู้ปฏิบัติการก็ไม่เห็นด้วยในเรื่องของงบประมาณที่ได้มานี้ ไม่ควรจะเอาเงินเดือนของบุคลากรมายึดติดกับเงินที่จะเอามาใช้ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพหรือการรักษาสุขภาพ ซึ่งจะกระทบถึงขวัญและกำลังใจของบุคลากร การมีงบประมาณที่จำกัดทำให้เครียดได้

ข. การนำนโยบายสู่ภาคปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า งานด้านสร้างเสริมสุขภาพก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จะมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมรับผิดชอบ สำหรับโรงพยาบาลเอกชนจะไม่มีหน่วยงานที่ชัดเจนแต่จะเป็นลักษณะในรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคลและจะขึ้นอยู่กับทัศนคติของแพทย์แต่ละคนที่จะตระหนักถึงความสำคัญของ

การสร้างเสริมสุขภาพ และโดยภาระกิจหลักของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นสถานบริการระดับปฐมภูมินั้นจะเน้นในด้านการสร้างเสริมป้องกันฟื้นฟูมากกว่าการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว ดังนั้นการเข้าถึงชุมชนจะมีประสบการณ์มากกว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งในแง่เอกชนการเข้าไปดูแลชุมชนไม่ได้เป็นสิ่งที่กำหนดมาจากภาครัฐ เรียกว่าเป็นสิ่งต้องห้ามก็ว่าได้ เพราะกลัวว่าเอกชนจะไปโฆษณาหาผลประโยชน์ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนขาดประสบการณ์ในการเข้าหาชุมชนเชิงรุกในแง่การสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดสภาพเงื่อนไขการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

สำหรับโรงพยาบาลระดับศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ถึงแม้ก่อนหน้านี้จะมีกลุ่มงานเวชกรรมรับผิดชอบงานด้านสร้างเสริมสุขภาพอยู่ก็จริง แต่นโยบายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีเงื่อนไข กรอบการปฏิบัติงานมากมายทำให้ทางโรงพยาบาลขาดความพร้อมในด้านการเตรียมบุคคล ทั้งทางด้านความรู้และทักษะประสบการณ์ในการทำงาน ตลอดจนทักษะด้านการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีปัญหาตามมามากมาย ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่ม(Focus Group) ที่ว่าการดำเนินงานในปัจจุบันข้อเสียที่ว่าเราไม่ได้เตรียมองค์กรก่อน องค์การยังไม่ชัดเจน พอเอาระบบใหม่เข้ามาจับมันก็เลยเกิดระบบที่ยังไม่สมบูรณ์ยังติดขัดอยู่หลายอย่างก็ต้องแก้ไขต่อไป

ค. ความเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของแพทย์ต่องานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่จะจบเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเกือบ 90 % ดังนั้นการเป็นแพทย์เฉพาะทางก็จะมีความรู้ ความชำนาญเชิงลึกในสาขาที่เขาเรียนมา เช่น เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรม อายุรกรรม เด็ก สูติกรรม เป็นต้น ทำให้ไม่ถนัดงานด้านสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นงานเชิงรุก เชิงกว้าง และส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจConcept ของงานสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลศูนย์(4) ได้สำรวจความเข้าใจเรื่องบริการปฐมภูมิ โดยใช้แบบสอบถามและสุ่มตัวอย่างจากบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล ตั้งแต่คนงานจนถึงแพทย์เฉพาะทางได้ข้อสรุปออกมาว่า 70–80 % ไม่เข้าใจตรงนี้ อีกทั้งในระดับผู้บริหารก็ไม่มีการประชุมหรือชี้แจงให้แพทย์ทั้งโรงพยาบาลได้รับทราบว่างานPCUคืออะไร ดังนั้นผู้ที่รู้จริงคือผู้ปฏิบัติเท่านั้นคือบุคลากรของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจะเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลมากกว่า และจะดูแลเฉพาะในส่วนที่เป็นคนไข้ในความรับผิดชอบเท่านั้น ดังนั้นกิจกรรมการให้คำแนะนำเป็นส่วนใหญ่ สำหรับแพทย์ผู้ปฏิบัติการส่วนใหญ่ยังมองว่าหน้าที่ของแพทย์อันดับหนึ่งคือการรักษา

ง. ภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของแพทย์ในปัจจุบัน

ผลการศึกษาพบว่า ภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของแพทย์ในปัจจุบันยังเป็นอุปสรรคต่องานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับศูนย์ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยนอกต่อวันราว 1,000 กว่าคน ลำพังแค่ตรวจก็ใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 1 – 2 นาที/คนไข้ 1 คน ดังนั้นการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพก็จะเป็นหน้าที่ของพยาบาลห้องตรวจจะให้ขณะที่คนไข้รอรับการตรวจจากแพทย์เท่านั้นเอง อีกทั้งยังมีภาระกิจด้านการสอนนักศึกษาแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เข้ามาอีก ทำให้ต้องมีการใช้เวลาในการเตรียมการสอน การเขียนแผนการสอน ซึ่งก็ต้องใช้เวลามากเช่นกัน

ซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางท่านหนึ่งของโรงพยาบาลศูนย์ กล่าวว่า งานด้านรักษาและงานสอนนักศึกษาแพทย์เยอะ ความใส่ใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพลดลงทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพที่พอจะเป็นรูปธรรมนั้นไม่สามารถทำได้ นอกจากการทำ(Patient Care Team) ในหอผู้ป่วยตามกระบวนการของHospital Accredition ที่พอจะเน้นในด้านนี้ได้ สำหรับโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลชุมชนจำนวนผู้ป่วยนอกไม่มากนัก ซึ่งก็พอที่จะให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพขณะให้บริการได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความตระหนักของประชาชน

จ. ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานของแพทย์ ในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังเห็นว่า การเป็นแพทย์เฉพาะทางยังน่าสนใจกว่าแพทย์ทางเวชปฏิบัติหรือแพทย์ทางFamily Medicine แพทย์ผู้ให้บริการท่านหนึ่งกล่าวว่า *"แพทย์เฉพาะทางการเรียนการสอนที่ผ่านมา เราก็จะสนใจงานในเชิงลึก เพราะฉะนั้นงานในเชิงกว้างจะไปหาคนมาทำงานยากหลายๆ จุด งานเวชกรรมสังคมฝ่ายวิชาการมีการเปลี่ยนแปลงเรื่อย ๆ งานในเชิงกว้างพูดถึงการก้าวหน้าที่เวชกรรมสังคม ผมเองย้ายมาจากกลุ่มอายุรกรรม**__**โตไม่ได้**__** เพราะกรอบกำหนดเอาไว้ว่า เวชกรรมสังคมคุณต้องจบเวชกรรมป้องกันและหลักสูตรแพทย์สภาจริง ๆ เป็นหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกันมี 5 แขนงวิชา คือ อาชีวเวชศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ เวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์การบิน คลินิกอะไรสักอย่างหนึ่งซึ่งผมจำไม่ได้ ถามว่ามีใครจบบ้างในเมืองไทย แล้วคนที่ย้ายมาอยู่เวชกรรมสังคมกรอบนี้โตไม่ได้ ถ้าเป็นแพทย์เวชกรรมทั่วๆ ไปอายุรกรรมลงได้ เพิ่งกำหนดเมื่อเดือนตุลาคมถึงลงได้ตรงนี้ เป็นกรอบตั้งไว้ดูโก้ๆ ปัจจุบันเรายังไม่สามารถผลิตเอาคนมาลงตรงนี้ได้ ยกเว้นทางโรงพยาบาลที่มีคนไปเรียนระบาดวิทยาอีกแขนงหนึ่งอาจจะลงตรงนี้ได้ แพทย์เฉพาะทางทั่วไปอาจไม่ได้มาร่วมตรงนี้เท่าไร"*

ฉ. ความตระหนักของแพทย์ต่องานด้านสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ความตระหนักของแพทย์ก็เป็นสภาพเงื่อนไขการให้บริการของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเช่นกัน ยิ่งแพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปคิดว่ามีกลุ่มงานที่รับผิดชอบอยู่แล้วคือ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และงานสร้างเสริมสุขภาพก็เป็นเรื่องของบุคคลที่สนใจและมีเวลา มีใจรักที่จะทำเท่านั้น

(6) ปัญหาและอุปสรรคต่อการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า

ผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าโรงพยาบาลแต่ละระดับมีความแตกต่างกันบางประการ ดังนั้นจะนำเสนอแต่ละโรงพยาบาลดังรายละเอียดดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์(4)

พบว่าโดยลักษณะของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (895 เตียง) มีบุคลากรซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทั้งสิ้น ประมาณ 101 คน ภาระกิจหลักจะเน้นทางด้านการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน และมีการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ มีการแบ่งกลุ่มงานบริการทางการแพทย์และการจัดโครงสร้างทางการบริหารที่ชัดเจน จากดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิดประเด็นปัญหาและอุปสรรคต่องานการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังนี้

1. แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจ Concepts ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการสร้างเสริมสุขภาพ

2. ขาดทักษะและประสบการณ์ในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพราะทำงานในด้านเฉพาะทางมานานทำให้ปรับตัวลำบากคงต้องใช้เวลา

3. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่สอดคล้องกับภาระกิจของโรงพยาบาลทำให้ต้องมีการนำเอาเงินบำรุงของโรงพยาบาลมาใช้จ่ายมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาด้านการเงินของโรงพยาบาล

4. ปริมาณงานของแพทย์ที่มาก ทั้งด้านการรักษาและการสอนนักศึกษาแพทย์เพราะเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีผู้มารับบริการในบางแผนกมีจำนวนมากต่อวัน ทำให้จำนวนแพทย์ไม่สมดุลกับผู้ป่วย

5. แพทย์บางส่วนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ

6. แพทย์ที่มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพมีเปอร์เซนต์ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์ทั้งหมดของโรงพยาบาล

7. ความต่อเนื่องของนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุขทำให้เกิดความลังเลไม่แน่ใจของแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน และโรงพยาบาลยังไม่มีการกำหนดหน้าที่ที่ชัดเจน

8. แพทย์ยังให้ความสำคัญแก่งานการรักษามากกว่างานด้านสร้างเสริมสุขภาพ

9. แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายแผนงาน กิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ

10. ขาดการประชาสัมพันธ์และการประสานงานภายในองค์การ

โรงพยาบาลทั่วไป(4)

ผลการศึกษา ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 420 เตียงมีจำนวนบุคลากรที่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 39 คน โรงพยาบาลมีภาระกิจที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ งานด้านการรักษา สร้างเสริม ป้องกันและฟื้นฟู พบประเด็นปัญหาและอุปสรรคต่องานการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ขาดการเตรียมพร้อมขององค์การและบุคลากรในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เป็นเพราะนโยบายเร่งด่วนของทางกระทรวงสาธารณสุข

2. ภาระด้านการเงินของโรงพยาบาลมีมาก ทำให้การบริหารจัดการการเงินของโรงพยาบาลในด้านการสร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างมีปัญหา

3. แพทย์ยังให้ความสนใจต่อการเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากกว่า

4. การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นไปในลักษณะปัจเจกบุคคลอยู่

5. ยังไม่มีการกำหนดภาระหน้าที่ที่ชัดเจนในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลชุมชน(4)

ผลการศึกษา ลักษณะทั่วไปเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ระดับปฐมภูมิมีภาระกิจหลักเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ฟื้นฟู เน้นชุมชนมากกว่าการรักษาพยาบาลในโรคที่ซับซ้อนมีระบบส่งต่อยังโรงพยาบาลระดับสูงขึ้นไปตามลำดับขั้นตอนมีแพทย์ปฏิบัติงานทั้งหมด 4 คน จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 214 คน/วัน อัตราการครองเตียง 52 % พบประเด็นปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพอสรุปได้ดังนี้

1. แพทย์ขาดประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาและการเข้าถึงชุมชน

2. การตระหนักในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นลักษณะของแต่ละบุคคล

3. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพลงสู่ชมชนรูปแบบยังไม่ชัดเจน

4. ความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างแพทย์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ในงานสร้างเสริมสุขภาพ

5. งบประมาณจำกัดยากต่อการบริหารจัดการ

6. ความไม่สนใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่เชื่อถือแพทย์อาจจะเป็นด้วยการสื่อความหมายไม่ตรงกัน

7. การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ชัดเจน

8. ขาดความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่และส่วนราชการอื่นๆ เช่น อำเภอ โรงเรียน อบต.

9. ถูกเพ่งเล็งในการตรวจคนไข้ว่าใช้เวลามาก ในบางครั้งทำให้ไม่กล้าที่จะคุยกับคนไข้นานๆ

10. แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการหมุนเวียนสูง เช่น ย้ายไปที่อื่นได้รับทุนไปศึกษาต่อ จึงทำให้ไม่ค่อยสนใจงานด้านสร้างเสริมสุขภาพมากนัก

โรงพยาบาลเอกชน(4)

ผลการศึกษา โรงพยาบาลเอกชน(4)เป็นโรงพยาบาลเอกชนในมูลนิธิแห่งประเทศไทย ขนาด 100 เตียง พบประเด็นปัญหาและอุปสรรคในงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พอสรุปได้ดังนี้

1. ไม่เคยทำงานในชุมชนมาก่อน ไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไรขาดประสบการณ์

2. ไม่เข้าใจ Concept ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนโดยเฉพาะงานสร้างเสริมสุขภาพ

3. นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน

4. งานการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะให้กับผู้ป่วยของตนเองที่ดูแลรักษาอยู่ไม่ได้มีส่วนลงไปในชุมชน

5. ขาดความรู้ในเรื่องการวินิจฉัยชุมชน การประสานงานในชุมชน

6. ความต้องการของผู้มารับบริการณ โรงพยาบาลต้องการมารักษาที่ใช้เวลารวดเร็วมากกว่าการต้องมาเสียเวลาในการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

7. แพทย์ยังให้ความสนใจในงานด้านการรักษามากกว่างานด้านสร้างเสริมสุขภาพเพราะส่วนใหญ่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ

(7) แนวทางการพัฒนาข้อเสนอแนะ ต่อการจัดระบบต่อการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะต่อการจัดระบบการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากกลุ่มแพทย์ผู้บริหาร กลุ่มแพทย์ผู้ให้บริการและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยจะนำเสนอตามระดับของโรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์(4)

สรุปดังนี้

1. ควรเพิ่มงบประมาณให้ต่อหัวเพราะจะได้นำมาสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่ต้องปรับปรุง
2. หลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ควรปรับปรุงให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่ให้เน้นงานด้านสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น
3. สร้างทัศนคติ และความตระหนักแก่แพทย์ในด้านการสร้างเสริม ป้องกันและฟื้นฟู
4. ต้องเตรียมความพร้อมของบุคลากรในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คัดเลือกบุคลากรที่มีใจรักมาปฏิบัติงานและมีสิ่งจูงใจที่แตกต่างอย่างชัดเจนจากบุคลากรอื่นพร้อมต้องสนับสนุนให้คนในพื้นที่ทำงานด้านนี้เพราะมีความคุ้ยเคยกับชุมชนมากกว่า
5. เพิ่มพูนความรู้และทักษะการเข้าชุมชนและการสร้างเสริมสุขภาพ
6. โรงพยาบาลควรสร้างความตระหนักหรือรณรงค์ให้บุคลากรทุกระดับ มิใช่เฉพาะแพทย์เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น จัดอบรมทางวิชาการ พิมพ์เอกสารเผยแพร่ ประกาศเสียงตามสาย เป็นต้น
7. โรงพยาบาลควรมีนโยบายชัดเจนในเรื่องค่าตอบแทนในงานสร้างเสริมสุขภาพ
8. ควรให้แพทย์มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลทั่วไป(4)

สรุปดังนี้

1. ควรมีการร่วมมือกันในระดับกระทรวงในการกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กระทรวงศึกษา กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับสังคมจัดเป็น Package ร่วมกันเพื่อประหยัดงบประมาณและป้องกันงานที่ซ้ำซ้อน
2. มีการระดมสมองเพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติ ทำงานเป็นทีมมากขึ้น
3. นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น
4. ปรับระบบให้สอดคล้องในเรื่องการทำงานหรือเป้าหมายต่างๆ
5. ต้องมีทรัพยากรทางการบริหารอย่างเพียงพอ เช่น คน เงิน ของ ฯลฯ
6. จัดให้มีแพทย์ทางเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่มาทำงานในด้านการสร้างเสริมสุขภาพสามารถก้าวหน้าในหน้าที่การงานเท่าเทียมกับแพทย์ในสาขาอื่นๆ

โรงพยาบาลชุมชน(4)

สรุปดังนี้

1. ควรมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการที่สถานีอนามัยโดยจะต้องทำให้ทีมงานที่อยู่สถานีอนามัยมีศักยภาพสามารถดูแลประชาชนเพิ่มขึ้น และมีทีมแพทย์ ทีมพยาบาลเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนให้ความร่วมมือในการวางแผนเชิงรุก ดูแลสุขภาพอนามัยให้ครอบคลุมทั้งสร้างเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รักษาโดยทีมงานที่อยู่ในพื้นทีและตำบลเป็นหลัก
2. ควรมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ มีการเชื่อมโยงข้อมูลของแต่ละพื้นที่
3. จัดระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน สถานีอนามัยและ อบต.
4. ควรสร้างตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับในการสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลเอกชน(4)

สรุปดังนี้

การสร้างเสริมสุขภาพไม่ควรเป็นเรื่องของสาธารณสุขอย่างเดียวควรจะมีหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน โรงงาน สถานที่ทำงานต่างๆ ตรงนี้ควรจะมีจุดเข้าไปร่วมกัน

1. ควรจัดองค์การที่รับผิดชอบในงานด้านสร้างเสริมสุขโดยเฉพาะ เพื่อสะดวกแกการปฏิบัติงาน
2. สร้างองค์ความรู้และทักษะในด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรทุกระดับ
3. ควรกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้ชัดเจน
4. สร้างความตระหนักแก่แพทย์และบุคลากรทุกระดับในการสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3.2 ผลการศึกษาจากแบบสอบถามผู้รับบริการ

ผลการศึกษานี้ได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขจำนวน 300 คน โดยจำแนกเป็นผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 80 คน โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 80 คน โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 80 คนและโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 60 คน โดยจะนำเสนอผลการศึกษาเป็นตารางพร้อมคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

3.2.1 ลักษณะของผู้รับบริการจากแบบสอบถาม

การศึกษาครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้รับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 300 คน โดยจำแนกเป็นผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 80 ราย โรงพยาบาลทั่วไป 80 ราย โรงพยาบาลชุมชน 80 ราย และโรงพยาบาลเอกชน 60 ราย

จากตารางที่ ข.1(ผนวก ข.) พบว่าผู้รับบริการเป็นหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 68.3 และ 31.7 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกออกตามประเภทของโรงพยาบาลพบว่าผู้รับบริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายในทุกประเภทของโรงพยาบาล และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส

สำหรับการกระจายตัวทางด้านอายุของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีสัดส่วนของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมากที่สุด ตามด้วยวัยผู้ใหญ่ตอนกลางในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมากที่สุด และตามด้วยผู้รับบริการในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ลักษณะการกระจายตัวตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการของโรงพยาบาลทุกประเภทอยู่ในระดับประถมศึกษา ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนของผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมปลายมากที่สุด(ร้อยละ15)

เมื่อพิจารณาถึงอาชีพของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนของผู้ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้รับบริการทั้งหมด ในขณะที่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปมีสัดส่วนของผู้รับบริการที่ประกอบอาชีพเกษตรมากที่สุด

ในส่วนของรายได้ในการศึกษาครั้งได้พิจารณารายได้มัธยฐานเป็นหลัก โดยพบว่ารายได้มัธยฐานของผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์สูงที่สุดคือ 4,000 บาทต่อเดือน ในขณะที่รายได้มัธยฐานของผู้รับบริการของโรงพยาบาลประเภทอื่นๆมีค่าเท่ากัน คือ 3,000 บาทต่อเดือน ในขณะที่ผู้มีรายได้มากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชน

จากคุณลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการที่เป็นตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ สามารถกล่าวได้ว่าผู้รับบริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้หญิงสนใจในเรื่องสุขภาพมากกว่าผู้ชาย ในขณะที่การศึกษาส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้มัธยฐานอยู่ที่ 3,000-4,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้เนื่องจากผู้รับบริการเกือบทั้งหมดเป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประเภทเสียค่าธรรมเนียม

3.2.2 ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการสำหรับการสำรวจด้วยแบบสอบถาม

ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการเมื่อพิจารณาในด้านของโรคประจำตัว พบว่า ผู้รับบริการที่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนครึ่งต่อครึ่งกับผู้รับบริการที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยที่สัดส่วนของผู้รับบริการที่มีโรคประจำตัวในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าสัดส่วนของผู้รับบริการที่ไม่มีโรคประจำตัวเล็กน้อย ในขณะเดียวกันสัดส่วนของผู้รับบริการที่ไม่มีโรคประจำตัวในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่าสัดส่วนของผู้รับบริการที่มีโรคประจำตัวเล็กน้อย (ตารางที่ ข.2)

เมื่อพิจารณาถึง 5 อันดับแรกของของโรคประจำตัว พบว่า โรคประจำตัวอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชน คือ โรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่โรคประจำตัวอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลชุมชนคือโรคเบาหวาน (ตารางที่ ข.3)

ส่วน 5 อันดับแรกของอาการที่มารับบริการของผู้รับบริการนั้นในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชนผู้รับบริการมารับบริการด้วยอาการไข้เป็นอันดับหนึ่ง ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนผู้รับบริการมาด้วยอาการปวดศีรษะเป็นอันดับหนึ่ง (ตารางที่ ข.4)

ในด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยเมื่อมารับบริการของผู้รับบริการ พบว่า มากกว่า 2 ใน 3 ของทุกประเภทโรงพยาบาล ผู้รับบริการต่างรับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองนั้นไม่รุนแรง(ตารางที่ ข.5)

จำนวนครั้งของการมารับบริการในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้รับบริการในโรงพยาบาลของรัฐประมาณ 1 ใน 3 ถึงครึ่งหนึ่ง เป็นการมารับการบริการครั้งแรก ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีผู้รับบริการจำนวนประมาณ 1 ใน 4 ที่มารับบริการเป็นครั้งที่ 3 (ตารางที่ ข.6)

จากลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการในการศึกษาครั้งนี้สามารถกล่าวได้ผู้รับบริการมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมคือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เป็นอันดับหนึ่ง และผู้รับบริการส่วนใหญ่ต่างก็รับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองนั้นไม่รุนแรงและมาด้วยอาการไข้ภูมิแพ้และปวดศีรษะ ไม่ว่าจะมารับบริการในโรงพยาบาลประเภทใดก็ตาม สะท้อนให้เห็นว่าผู้รับบริการที่มารับบริการนั้นไม่ได้มีลักษณะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

3.2.3 ความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์

เมื่อวิเคราะห์ถึงความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์ของผู้รับบริการ พบว่า เวลามัธยฐานของการใช้ในการพบแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐอยู่ที่ 5 นาที ซึ่งเป็นไปตามการกำหนดมาตรฐาน ส่วนของโรงพยาบาลเอกชนอยู่ที่ 10 นาที ถึงแม้ว่าเวลามัธยฐานจะเป็นไปตามที่กระทรวงกำหนด แต่เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาที่แพทย์ใช้ในการตรวจผู้ป่วย ณ แผนกผู้ป่วยนอกที่ต่ำกว่า 5 นาทีนั้นในโรงพยาบาลของรัฐมีประมาณ 1 ใน 4 และในขณะที่ในโรงพยาบาลเอกชนมีประมาณ 1 ใน 5 สะท้อนให้เห็นว่าแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนน่าจะมีเวลาในการตรวจและพูดคุยมากกว่าแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการต่อแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนแตกต่างกัน (ตารางที่ ข.7)

ส่วนความพึงพอใจในการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์นั้นเมื่อใช้เกณฑ์ของประคอง กรรณสูตร (2538)ในการให้คะแนนดังรายละเอียดต่อไปนี้

ค่าคะแนน	ระดับความพึงพอใจ
น้อยกว่า 1.50	ไม่พึงพอใจ
1.50-2.49	พึงพอใจน้อย
2.50-3.49	พึงพอใจปานกลาง
3.50-4.49	พึงพอใจมาก
4.50 ขึ้นไป	พึงพอใจมากที่สุด

จากเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อจัดระดับความพึงพอใจดังกล่าวพบว่าผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนมีความพึงพอใจมากในทุกบริการของแพทย์ ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ผู้รับบริการมีความพึงพอในในระดับปานกลาง - มาก (ตารางที่ ข.8)

3.2.4 การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมดรับรู้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญกับตนเองไม่ว่าจะเป็นผู้รับบริการในระดับใดก็ตาม (ตารางที่ ข.9) แต่เมื่อพิจารณาถึงบทบาทของการสร้างเสริมสุขภาพว่าควรเป็นของใครแล้วพบว่า มากกว่า 2 ใน 3 ของทุกประเภทของโรงพยาบาลเห็นว่าตนเองมีบทบาทมากที่สุด รองลงมาได้แก่ครอบครัวและแพทย์ตามลำดับในโรงพยาบาลของรัฐ ในขณะที่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนเห็นว่า แพทย์มีความสำคัญเป็นอันดับที่สองและตามด้วยญาติ (ตารางที่ ข.10)

เมื่อพิจารณาถึงการดูแลสุขภาพที่สำคัญของผู้รับบริการในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาหาร การออกกำลังกายและทำตามแพทย์สั่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพ(ตารางที่ ข.11)

ส่วนที่ 3.3 ผลการศึกษากรณีศึกษา

ดูผนวก ค. กรณีศึกษา(4 กรณีศึกษา)

กรณีศึกษาที่ 1 โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา)
กรณีศึกษาที่ 2 โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา)
กรณีศึกษาที่ 3 โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)
กรณีศึกษาที่ 4 โรงพยาบาลเอกชน(กรณีศึกษา)

บทที่ 4
สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง "พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" แบ่ง**ผลการศึกษา**เป็น 4 ข้อ คือ

4.1.1 ผลการศึกษาเอกสารข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

พบว่า ทุกโรงพยาบาลยึดถือแนวนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเหมือนกัน แต่วิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญาและเป้าหมายที่สอดรับกับการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ระดับของโรงพยาบาลและการตัดสินใจของผู้นำ (ผนวก ก.)

4.1.2 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการและการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับแพทย์

(1) พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีดังนี้

ก. ความรู้ความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พบว่า ผู้บริหารทุกคนและแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ดีทำอยู่ก่อนมีโครงการ 30 บาท จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ลดภาระแพทย์ที่ต้องทำงานหนักมาโดยตลอด แพทย์มองการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของการป้องกันโรค หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานของฝ่ายเวชกรรมสังคม ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขาภิบาลป้องกันโรค เป็นหน้าที่ของพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/สุขศึกษา การสร้างเสริมสุขภาพต้องทำให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจ ไม่พึ่งแพทย์และให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ทุกฝ่ายต้องให้ความร่วมมือกันทั้งครอบครัว ชุมชน องค์กรท้องถิ่น การสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่หน้าที่หลักของโรงพยาบาลเอกชน เป็นเรื่องของภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชนเน้นการให้บริการ การรักษาเป็นหลัก การสร้างเสริมสุขภาพมีบ้างแต่ไม่มุ่งเน้น (เชิงรุก) การมีแพทย์ช่วยสร้างความเชื่อมั่น ศรัทธาให้กับประชาชน ประชาชนจะเชื่อฟังแพทย์มากกว่าเจ้าหน้าที่อื่น ๆ

ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ในโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเอกชนไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แต่สามารถจำแนกความแตกต่างของความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพได้บ้างในรายละเอียด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความสนใจของแพทย์แต่ละคน

เมื่อพิจารณาความรู้ความเข้าใจของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว อาจแบ่งความรู้ความเข้าใจได้เป็นสองความหมายคือ 1) ความหมายโดยตรงตามหลักวิชาการ และ 2) ความหมายโดยอ้อมซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

1) ความรู้ความเข้าใจความหมายโดยตรงของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งคือความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักทางวิชาการประกอบด้วย

1.1) การสร้างเสริมสุขภาพ คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรค เป็นสิ่งที่ดีและมีความสำคัญ ในความหมายโดยตรงนี้แพทย์ทุกท่านรวมทั้งผู้เกี่ยวข้องกับแพทย์ต่างรู้และเข้าใจตรงกัน ทั้งนี้เนื่องจากเป็นความหมายทางวิชาการโดยทั่วไปที่ผู้มีความรู้ในศาสตร์ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพรับรู้และเข้าใจ แต่ความเข้าใจกับการปฏิบัตินั้นบางครั้งก็ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากมีสภาพเงื่อนไขหรือปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง นอกจากนั้นแล้วจากการสำรวจผู้รับบริการกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต่างเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ

1.2) การสร้างเสริมสุขภาพ คือการที่มีสุขภาพดีใน 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ หรือเป็นแบบองค์รวมและบูรณาการ ความหมายในมิตินี้เป็นมุมมองที่กว้างขึ้นและมีแพทย์เพียงไม่มากนักที่มีมุมมองทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่กว้างและมีมิติ นั่นอาจหมายถึงว่าแพทย์ในกลุ่มนี้มีแนวคิดและแนวปฏิบัติในทางมุ่งมั่นเพื่อให้เกิดมิติทางการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นมาอย่างเป็นรูปธรรม

2) ความรู้ความเข้าใจความหมายโดยอ้อมของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นความหมายที่เกิดจากผลของการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย

2.1) การสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยลดภาระในการรักษาและเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า หากมองว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นการลงทุนทางสุขภาพอย่างหนึ่งของทุกคน การลดค่ารักษาพยาบาลลงได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโรคที่สามารถป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมย่อมเป็นการดีในด้านต่างๆ ทั้งการบริหารจัดการการเงินและทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้

เกิดประโยชน์สูงสุด และแพทย์ส่วนใหญ่มองว่างบประมาณที่ใช้ในการป้องกันโรคนั้นไม่สูงเท่ากับการรักษา นอกจากนั้นยังเป็นการลดการพึ่งพิงเทคโนโลยีอีกประการหนึ่งด้วย

2.2) การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ในความคิดเห็นของแพทย์ส่วนใหญ่มองว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็นเรื่องของทุกคน และจากการสำรวจผู้รับบริการกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างสองในสามถึงสี่ในห้า เห็นว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นในการสร้างเสริมสุขภาพนั้นทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชนและองค์กรชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและทำให้การสร้างเสริมสุขภาพกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของผู้คน การกำหนดนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลดูเหมือนจะเป็นความหวังส่วนหนึ่งในการผลักดันให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนนั้น จะต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนและเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นสถานบริการสาธารณสุขในระดับใดก็ตามต่างก็มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของสถานบริการสาธารณสุขนั้น

ความรู้ความเข้าใจของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสะท้อนจากความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพอาจกล่าวได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ทุกคนพัฒนาสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลเป็นตัวกำหนดที่สำคัญ และปัจจัยสนับสนุนคือความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่ต้องขับเคลื่อนให้กลายเป็นนโยบายสาธารณะ นอกจากนั้นจะต้องมีอย่างยั่งยืนและกลายเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของผู้คน ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ ถึงแม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้จะมีแพทย์เพียงไม่กี่คนที่มีความรู้ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างครอบคลุม แต่แพทย์เหล่านี้ก็เป็นความหวังที่จะเป็นแพทย์ที่มีบทบาทในการผลักดันเพื่อให้การสร้างเสริมเกิดนโยบายสาธารณะอย่างยั่งยืนในอนาคตได้ (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1

ความรู้ความเข้าใจของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความรู้ความเข้าใจ	โรงพยาบาลศูนย์				โรงพยาบาลทั่วไป				โรงพยาบาลชุมชน				โรงพยาบาลเอกชน			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของการป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่สามารถป้องกันได้	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งดีและมีความสำคัญ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การสร้างเสริมสุขภาพลดภาระในการรักษาและเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า	✓	✓	-	-	✓	✓	-	-	✓	✓	-	-	✓	✓	-	-
การสร้างเสริมสุขภาพต้องครอบคลุม 4 มิติหรือเป็นแบบองค์รวม	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	-	-
การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
เห็นด้วยกับการสร้างเสริมสุภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓

1= แพทย์ผู้บริหาร, 2= แพทย์ผู้ให้บริการ, 3= แพทย์ทั่วไป, 4= บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ข. การปฏิบัติงานของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ ให้ความเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถสรุปได้ดังนี้

บทบาทของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลแต่ละประเภท หากพิจารณาการมีส่วนร่วมของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว จะพบว่าแพทย์มีบทบาทแตกต่างกัน 4 บทบาทหลักคือ 1) บทบาทการเป็นผู้สร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนรายบุคคล 2) บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนเป็นรายกลุ่ม 3) บทบาทในการเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และ 4) บทบาทในการเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยแพทย์ในโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภท คือโรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ทั้ง 4 แตกต่างกัน มีรายละเอียดดังนี้

1) บทบาทการเป็นผู้สร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนรายบุคคล

ในบทบาทนี้แพทย์ทุกคนที่ให้การตรวจรักษาคนไข้ ทุกคนได้มีบทบาทการให้ความรู้/คำแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนรายบุคคล ผู้ปฏิบัติของโรงพยาบาลทุกระดับมีบทบาทในด้านนี้ ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาซึ่งเป็นภาระงานหลักของแพทย์ส่วนใหญ่ และนอกจากนั้นในการตรวจคนไข้แต่ละรายนั้นแพทย์ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำเป็นรายๆไปตามความเหมาะสม

2) บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนเป็นรายกลุ่ม

ส่วนบทบาทของการให้ความรู้ในการสร้างเสริมแก่ประชาชนเป็นรายกลุ่มนั้น มีแพทย์เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้ปฏิบัติ แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าแพทย์ในระดับโรงพยาบาลชุมชนน่าจะมีโอกาสในบทบาทนี้มากกว่าในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่บทบาทที่ควรจะเป็นกลับถูกกำหนดด้วยภาระงานรักษาและจำนวนผู้รับบริการที่มีจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับอัตรากำลังของแพทย์ จากการศึกษากลับพบว่าแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์บางแห่งที่ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบงานรักษาโดยตรง ตัวอย่างเช่น รังสีแพทย์กลับมีบทบาทในด้านนี้ ทั้งนี้เกิดจากความสนใจและประสบการณ์ส่วนบุคคล แพทย์เวชกรรมสังคมบางส่วนและแพทย์บางคนได้รับเชิญเป็นวิทยากรด้านสุขภาพ นอกจากนั้นจะเห็นว่าพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างมากไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้หรือสุขศึกษาเป็นรายกลุ่มในโรงพยาบาล ก่อนได้รับการตรวจจากแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอกหรือในชุมชนก็ตาม

3) บทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

บทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หมายรวมถึง การทำหน้าที่กำหนดนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนงาน กิจกรรม/โครงการ กำกับดูแลการดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผลการทำงานของเจ้าหน้าที่ เป็นที่ปรึกษาและแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

บทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดูเหมือนว่าบทบาทนี้เป็นบทบาทที่อาจถือได้ว่าเป็นบทบาทที่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนสามารถทำได้ ยกเว้นในโรงพยาบาลเอกชนที่แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการบางคนที่เป็นคณะกรรมการบริหารเท่านั้น ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล บทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบายหรือการเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพของแพทย์เป็นบทบาทที่ได้รับการคาดหวังจากทีมงานสุขภาพ เนื่องจากแพทย์ถูกมองว่าเป็นบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ในด้านการแพทย์ดีที่สุด

4) บทบาทในการเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน

ส่วนบทบาทการเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนนั้น มีแพทย์จำนวนไม่มากนักที่ทำบทบาทนี้ ตัวอย่างเช่น แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการบางคน รวมถึงแพทย์ทั่วไปบางคนของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ปฏิบัติตนเพื่อเป็นตัวอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้มีแนวคิดว่าการเป็นตัวอย่างที่ดีนั้น หากแนะนำให้ประชาชนในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนก็จะเกิดความเชื่อมั่นและปฏิบัติตาม (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2

บทบาทของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทบาทของแพทย์	โรงพยาบาลศูนย์				โรงพยาบาลทั่วไป				โรงพยาบาลชุมชน				โรงพยาบาลเอกชน			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนรายบุคคล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
บทบาทในการให้ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนเป็นรายกลุ่ม	-	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	-	-	✓	✓	-	-	-	✓
บทบาทในการเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	-
บทบาทในการเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการสร้างเสริม สุขภาพให้แก่ประชาชน	✓	✓	✓	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1= แพทย์ผู้บริหาร, 2= แพทย์ผู้ให้บริการ, 3= แพทย์ทั่วไป, 4= บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

จากบทบาทของแพทย์ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น อาจจะเห็นได้ว่าแพทย์ในโรงพยาบาลตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ยังมีบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพน้อย แม้แพทย์ส่วนหนึ่งจะได้ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนควบคู่ไปกับการให้การรักษา นอกจากผู้บริหารที่จะต้องถือปฏิบัติตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชปฏิบัติครอบครัว หรือแพทย์ที่มีความสนใจงานด้านนี้เป็นส่วนตัว การปฏิบัติบทบาทของแพทย์ด้านนี้เท่าที่เป็นอยู่ขณะนี้อาจจะไม่ได้มีบทบาทในการเคลื่อนไหวทางสังคม ในขณะที่บทบาทที่ชัดเจนของแพทย์คือการให้ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพ โรคเรื้อรัง โรคที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง โรคเหล่านี้แพทย์จำเป็นต้องให้คำแนะนำ ให้ความรู้ควบคู่ไปกับการรักษา ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่แล้ว และจากการสำรวจผู้รับบริการก็พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้ข้อมูลและคำแนะนำของแพทย์ในระดับปานกลางถึงมาก ในขณะที่บทบาทของการเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ในสถานการณ์ที่แพทย์มีไม่เพียงพอและประชาชนยังมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพที่น้อย บทบาทนี้ดูเหมือนว่าเป็นบทบาทที่แพทย์สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดและเป็นบทบาทที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องเองก็สามารถยอมรับได้ เนื่องจากเงื่อนไขและข้อจำกัดต่างๆ ของแพทย์ในปัจจุบัน ส่วนบทบาทในการให้ความรู้แก่ประชาชนเป็นรายกลุ่มนั้นแพทย์สามารถทำได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งน่าจะเป็นแพทย์ที่ประจำหน่วยปฐมภูมิ(PCU) ทั้งนี้เป็นบทบาทที่ควรจะเป็นในการทำหน้าที่ในหน่วยปฐมภูมิ ซึ่งไม่ควรเน้นในเรื่องของการรักษาเป็นหลัก นอกจากนั้นในบทบาทนี้บุคลกรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ก็มีบทบาทมากเช่นกันและในสถานการณ์ที่แพทย์ยังไม่เพียงพอ บุคลากรผู้เกี่ยวข้องเหล่านี้น่าจะมีบทบาทมากที่สุด ส่วนบทบาทการเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพนั้น อาจจะมีแพทย์เพียงส่วนน้อยที่สามารถทำได้แต่ก็เป็นบทบาทที่สำคัญ เพราะการเป็นตัวอย่างที่ดี อาจจะดีกว่าการให้ความรู้หรือคำแนะนำที่ดี แต่ก็จะดียิ่งๆ ขึ้นหากเป็นตัวอย่างที่ดีและให้ความรู้คำแนะนำที่ดีไปพร้อมๆ กัน

ค. การมีส่วนร่วมของแพทย์ในการเสนอความคิดเห็น เข้าร่วมกิจกรรมและโครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล พบว่า

แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ส่วนใหญ่กล่าวว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลเปิดโอกาสและให้อิสระแก่แพทย์มีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล การเสนอความคิดเห็นและการเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นไปโดยความสมัครใจ มิใช่การบังคับให้ปฏิบัติ

นโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจน จะเป็นการกระตุ้นให้แพทย์สนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมและโครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลมากขึ้น ขณะนี้แพทย์ส่วนใหญ่ยัง

ไม่ทราบรายละเอียดของนโยบาย แผนงาน/โครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และไม่ทราบว่าตนจะเข้ามามีบทบาทและส่วนร่วมอย่างไร ยังคิดว่าเป็นงานของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแพทย์จะมีอิสระและได้รับโอกาสให้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล แต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีเวลาที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว

(2) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในมิติของผู้ศึกษาเห็นว่าจะต้องเป็นการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ต้องเป็นการสร้างเสริมสุขภาพทั้งก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ควรพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนในการดูแลสุขภาพและการดำเนินงานต้องครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ

ก. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม) ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน อธิบายว่า โรงพยาบาลได้นำนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับพื้นที่ โดยมีการพิจารณาจัดอันดับความสำคัญของแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพกับประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยมีกิจกรรม/โครงการตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย แต่การดำเนินงานยังเน้นที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นหลัก สำหรับโรงพยาบาลเอกชนยังไม่มีการกำหนดนโยบายเชิงกระบวนการอย่างชัดเจน แต่เลือกแผนงาน/โครงการที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ

แพทย์ผู้ให้บริการ ทั้งแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง ส่วนใหญ่ทราบดีว่ากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย และเห็นว่าไม่ควรมีรูปแบบแน่นอนตายตัวว่าก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วยนั้น กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับสถานการณ์

หากจะกล่าวถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภท คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน พบว่า แพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภท ส่วนใหญ่ยังคงเน้นการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยมากกว่าก่อนเจ็บป่วยหรือหลังเจ็บป่วย โดยแพทย์ส่วนใหญ่จะให้ความรู้เป็นรายบุคคล

ส่วนแพทย์เฉพาะทาง ส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องเช่นกันว่ากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพยังคงเน้นการรักษามากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นการให้ความรู้กับโรคที่เป็นการป้องกันมิให้เป็นมากขึ้นหรือกลับมาเป็นอีกในขณะที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยหรือรับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาล

ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่มองว่าแพทย์ผู้รับผิดชอบงานเวชกรรมสังคมมีบทบาทเป็นหัวหน้าทีมในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมครบกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางนั้น ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์(พยาบาล)มีความเห็นว่า แพทย์ทำงานสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะในกระบวนการขณะเจ็บป่วยมากกว่าก่อนเจ็บป่วยหรือหลังเจ็บป่วย

ส่วนผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ยังไม่มีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน เป็นการรักษาพยาบาลมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์จึงไม่มีบทบาทในกระบวนการดังกล่าว (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

ประเด็นชี้วัด/ระดับผู้ปฏิบัติงาน/กลุ่มตัวอย่าง	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลเอกชน
ก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วย และหลังเจ็บป่วย				
1.แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล				
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/รองผู้อำนวนการโรงพยาบาล	- นำนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับพื้นที่ โดยมีการพิจารณาจัดอันดับความสำคัญของแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพกับประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยมีโครงการตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วย และหลังเจ็บป่วย	- มีความคิดเห็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์	- มีความคิดเห็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์	- ยังไม่มีการกำหนดนโยบายเชิงกระบวนการอย่างชัดเจน แต่เลือกแผนงาน/โครงการที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ
- แพทย์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม				
2. แพทย์ผู้ให้บริการ				
- แพทย์ทั่วไป	- เน้นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยมากกว่าก่อนเจ็บป่วยหรือหลังเจ็บป่วย โดยแพทย์ส่วนใหญ่จะให้ความรู้เป็นรายบุคคล	- มีความเห็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์	- มีความเห็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์	- มีความเห็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์
- แพทย์เฉพาะทาง	- เน้นการรักษามากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ จะสร้างเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้กับโรคที่เป็นการป้องกันมิให้เป็นมากขึ้นหรือกลับมาเป็นอีก ในขณะที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยหรือรับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาล	- มีความเห็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์	- มีความเห็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์	- มีความเห็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์

ตารางที่ 4.3 กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน (ต่อ)

ประเด็นชี้วัด/ระดับผู้ปฏิบัติงาน/กลุ่มตัวอย่าง	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลเอกชน
3. ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ - พยาบาล/เจ้าหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพ	- มองว่าแพทย์ผู้รับผิดชอบงานเวชกรรมสังคม มีบทบาทเป็นหัวหน้าทีมในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมครบกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ - สำหรับแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางพยาบาลมีความเห็นว่าแพทย์ทำงานสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะในกระบวนการขณะเจ็บป่วยมากกว่าก่อนเจ็บป่วยหรือหลังเจ็บป่วย	- มีความเห็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์	- มีความเห็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์	- ยังไม่มีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน เป็นการรักษาพยาบาลมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์จึงไม่มีบทบาทในกระบวนการดังกล่าว

ข. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

คือการสร้างเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณนั้น ทั้งแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ของโรงพยาบาลทุกประเภท คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชนต่างมีความเห็นสอดคล้องกันว่า กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมยังไม่เกิด การสร้างเสริมสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมยังไม่ปรากฏให้เห็นชัดเจน (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

ประเด็นชี้วัด/ระดับผู้ปฏิบัติงาน/กลุ่มตัวอย่าง	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลเอกชน
กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม คือ การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม	- ยังไม่เกิดกระบวนการดังกล่าว	- ยังไม่เกิดกระบวนการดังกล่าว	- ยังไม่เกิดกระบวนการดังกล่าว	- ยังไม่เกิดกระบวนการดังกล่าว

(3) มาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ก. ปัจจุบันแพทย์ได้รับผลตอบแทนและมีมาตรการจูงใจที่ทำให้แพทย์ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่

แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่มีความเห็นไม่แตกต่างกันว่า ปัจจุบันไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนและไม่มีมาตรการจูงใจสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะถือว่าการปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นการปฏิบัติงานปกติของแพทย์ ซึ่งจะได้รับค่าตอบแทนเช่นเดียวกับการปฏิบัติงานประจำอื่นๆ ได้แก่ เบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะ ค่าอาหาร ตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินบำรุงโรงพยาบาลในการออกปฏิบัติงานนอกสถานที่ รวมทั้งได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก มีสถานที่ปฏิบัติงาน วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการออกหน่วย PCU เยี่ยมบ้าน และผลของการปฏิบัติงานของแพทย์ในส่วนนี้สามารถนำมาประกอบในการพิจารณาความดีความชอบประจำปีได้

แพทย์บางท่านมีโอกาสเข้าร่วมอบรม สัมมนาเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับนโยบายของรัฐบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวหรือ Family Medicine จะเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 4.5 ประเด็นที่ 1)

ข. ทัศนคติของแพทย์ต่อผลตอบแทนที่เป็นเงินสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ทัศนคติของผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชนต่อผลตอบแทนเป็นเงินสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ มีทั้งผู้เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย โดย**กลุ่มที่ไม่เห็นด้วย**ให้เหตุผลว่า เงินไม่ใช่ปัจจัยสำคัญหรือแรงจูงใจที่จะทำให้แพทย์หันมาสนใจการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ขณะที่**กลุ่มที่เห็นด้วย**ให้เหตุผลว่า เงินเป็นปัจจัยสำคัญและเป็นสิ่งจูงใจสำหรับแพทย์ที่จะปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะแพทย์จะต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเป็นงานที่ต้องอดทน ทั้งนี้มิได้กล่าวว่าค่าตอบแทนที่ให้แก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจำนวนที่เหมาะสมควรเป็นเท่าใด เพียงแต่กล่าวว่าน่าจะมีค่าตอบแทนเท่าเทียมกับค่าตอบแทนที่แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ ได้รับ หรืออย่างน้อยจะต้องมีรายได้เพียงพอในการเลี้ยงดูครอบครัว เพื่อให้มีฐานะทางสังคมเท่าเทียมกับแพทย์สาขาอื่นๆ ได้

สำหรับแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนให้ความเห็นว่า ควรมีค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ แต่ทั้งนี้ได้กล่าวว่าควรเป็นการจ่ายค่าตอบแทนเฉพาะการปฏิบัติงานนอกเวลาไม่ใช่การปฏิบัติหน้าที่ในเวลาทำการปกติ (ตารางที่ 4.5 ประเด็นที่ 2)

ค. เหตุผลหรือปัจจัยที่ทำให้แพทย์บางท่านสนใจและปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบัน

แพทย์ส่วนหนึ่งทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน อธิบายถึงเหตุผลสำคัญที่ทำให้ตนเองหันมาสนใจและปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันที่ไม่แตกต่างกัน คือ ความสนใจ ความสุขที่ได้ปฏิบัติงานด้านนี้ ประสบการณ์ส่วนตัวและขวัญกำลังใจจากผู้ป่วย แต่ทั้งนี้มีความคิดเห็นจากแพทย์ของโรงพยาบาลศูนย์ (กรณีศึกษา)ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีนโยบายและการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน ได้อธิบายเหตุผลที่ทำให้ตนเองหันมาปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พอสรุปได้ว่า

1. ความชอบ ความสนใจ ความสุขที่ได้ปฏิบัติงาน และประสบการณ์จากการศึกษาและการทำงานของตน
2. ประชาชนและผู้ป่วยต้องการ เห็นคุณค่าและได้รับประโยชน์
3. ผู้บริหารของโรงพยาบาลให้ความสำคัญและเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
4. นโยบายของโรงพยาบาลชัดเจนในการสนับสนุนงานด้านนี้อย่างจริงจัง

5. ทีมงานและเพื่อนร่วมงานดี ทำงานแล้วมีความสุข
6. ขวัญและกำลังใจจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
7. เป็นงานที่ทำชื่อเสียงและรายได้ให้แก่โรงพยาบาล (ตารางที่ 4.5 ประเด็นที่ 3)

ง. ปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติงานของแพทย์ด้านสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติงานของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ (1) ผลตอบแทนเป็น "เงิน" (2) นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจชัดเจน มีแผนงาน กิจกรรม โครงการรองรับ (3) ผู้บริหารเป็นแบบอย่างและสนับสนุนจริงจัง (4) มีทีมงานและเพื่อนร่วมงานที่ดี (5) แพทย์มีประสบการณ์ ความชอบ ความสนใจส่วนตัวและมีความสุขที่ได้ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ (6) จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลมีเพียงพอ (7) แพทย์มีอิสระในการคิดและตัดสินใจ (8) แพทย์มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล (9) งานสร้างเสริมสุขภาพมีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อประชาชน (10) ขวัญกำลังใจที่ได้รับ(การเอาใจใส่ ยกย่องชมเชย ประกาศเกียรติคุณและเผยแพร่ผลงาน) (11) โอกาสและความก้าวหน้าในสายวิชาชีพของแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (12) การยอมรับในเกียรติศักดิ์ศรี ความเท่าเทียมกันระหว่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ (13) ได้รับการสนับสนุนส่งเสริม อาทิ การเพิ่มพูนความรู้ทักษะการทำงานกับชุมชน การศึกษา อบรม การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก เป็นต้น และ (14) การชี้แจง ประชาสัมพันธ์ให้รับรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงคุณค่าความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพ

ทั้งนี้ ความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน เกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติงานของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพอาจแตกต่างกันดังที่ได้สรุปไว้ในตารางที่ 4.5 ประเด็นที่ 4

ตารางที่ 4.5 มาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ประเด็น	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลเอกชน
1. ปัจจุบันแพทย์ได้รับผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่ทำให้แพทย์ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่				
1.1 การจ่ายผลตอบแทนให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ *				
1.1.1 มี	-	-	-	-
1.1.2 ไม่มี	✓	✓	✓	✓
1.2 มีมาตรจูงใจที่ทำให้แพทย์ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ **				
1.2.1 มี	-	-	-	-
1.2.2 ไม่มี	✓	✓	✓	✓
1.3 ผลตอบแทนที่ได้รับเช่นเดียวกับงานประจำอื่นๆ ***				
3.1.1 ค่าใช้จ่าย(เบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะ ค่าอาหาร)	✓	✓	✓	✓
3.1.2 สิ่งอำนวยความสะดวก	✓	✓	✓	-
1.4 การอบรม สัมมนา เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับนโยบายของรัฐบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ อบรมเวชศาสตร์ครอบครัว	✓	✓	✓	✓
2. ทัศนคติของแพทย์ต่อผลตอบแทนที่เป็นเงินสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ				
2.1 เห็นด้วย	✓	✓	✓	✓
2.2 ไม่เห็นด้วย	✓	✓	-	✓
3. เหตุผลหรือปัจจัยที่ทำให้แพทย์บางท่านสนใจและปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบัน				
3.1 ความสนใจ ความสุข และประสบการณ์ส่วนตัวของแพทย์	✓	✓	✓	✓

หมายเหตุ : * เป็นการปฏิบัติหน้าที่ปกติ

** เป็นการปฏิบัติหน้าที่ปกติ

*** เช่นเดียวกับงานประจำอื่นๆ

ตารางที่ 4.5

มาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ประเด็น	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลเอกชน
3.2 คุณค่าและประโยชน์ที่ประชาชน/ผู้ป่วยได้รับ	✓	-	-	-
3.3 ผู้นำให้ความสำคัญและเป็นแบบอย่าง	✓	-	-	-
3.4 นโยบายชัดเจน	✓	-	-	-
3.5 ทีมงานและเพื่อนร่วมงานดี	✓	-	-	-
3.6 ขวัญกำลังใจจากผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓
3.7 เป็นงานที่ทำชื่อเสียงและรายได้ให้แก่โรงพยาบาล	✓	-	-	-
4. ปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติงานของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ				
4.1 ผลตอบแทนเป็น "เงิน"				
4.1.1 ใช่	✓	✓	✓	✓
4.1.2 ไม่ใช่	✓	✓	-	✓
4.2 นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจชัดเจน มีแผนงาน กิจกรรม โครงการรองรับ	✓	✓	✓	✓
4.3 ผู้บริหารเป็นแบบอย่างและสนับสนุนจริงจัง	✓	-	-	-
4.4 มีทีมงานและเพื่อนร่วมงานที่ดี	✓	-	-	-
4.5 แพทย์มีประสบการณ์ ความชอบ ความสนใจส่วนตัวและความสุขที่ได้ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ	✓	-	✓	✓
4.6 จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลมีเพียงพอ	-	-	✓	-
4.7 แพทย์มีอิสระในการคิดและตัดสินใจ	-	✓	-	-
4.8 แพทย์มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผน กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล	-	-	-	✓
4.9 งานสร้างเสริมสุขภาพมีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อประชาชน	✓	-	-	-

ตารางที่ 4.5

มาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ประเด็น	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลเอกชน
4.10 ขวัญกำลังใจ(การเอาใจใส่ ยกย่อง ชมเชย ประกาศเกียรติคุณและเผยแพร่ผลงาน)	✓	✓	✓	✓
4.11 โอกาส ความก้าวหน้าในวิชาชีพ	✓	✓	-	✓
4.12 การยอมรับในเกียรติและศักดิ์ศรีและความเท่าเทียมกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ	-	✓	-	✓
4.13 ได้รับการสนับสนุนส่งเสริม อาทิ การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ การศึกษา อบรม การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก เป็นต้น	-	✓	✓	-
4.14 ชี้แจง ประชาสัมพันธ์ให้รับรู้ มีความเข้าใจและตระหนักถึงคุณค่า ความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพ	✓	-	-	✓

(4) สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

ก. ความชัดเจนของนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ

นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐบาลมีความชัดเจนในแง่ที่กำหนดให้สร้างนำซ่อม แต่ในทางปฏิบัติยังไม่เป็นไปตามนโยบาย ยังเป็นการซ่อมนำสร้างเหมือนที่เคยปฏิบัติแต่เดิม นโยบายสร้างเสริมสุขภาพของรัฐเป็นนโยบายเร่งด่วน ทำให้ขาดการเตรียมความพร้อมทั้งด้านงบประมาณ บุคลากรที่จะปฏิบัติงานและนโยบายดังกล่าวยังมีการเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ปฏิบัติขาดความมั่นใจ นอกจากนั้นผู้ปฏิบัติยังมีการรับรู้ขั้นตอนการปฏิบัติไม่ชัดเจน

เนื่องจากข้อกำหนดงานสร้างเสริมสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขระบุให้ปฏิบัติ มีจำนวนแผนงาน โครงการมากเกินขีดความสามารถ ทำให้ไม่มีเวลาที่จะคิดสร้างสรรงานสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ โดยอิสระ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของพื้นที่ได้

ทั้งนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลทุกประเภท ต่างมีความคิดเห็นคล้ายคลึงกันในประเด็นดังกล่าว (ตารางที่ 4.6 ประเด็นที่ 1)

ข. ผู้บริหารให้ความสำคัญต่องานสร้างเสริมสุขภาพ

ถึงแม้ว่าผู้บริหารจะให้ความสำคัญต่องานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น และกำหนดให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระงานอย่างหนึ่งของโรงพยาบาล แต่ก็ไม่ได้กำหนดให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระงานหลักของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลและ/หรือเป็นภาระงานหลักของแพทย์ทุกคน การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์จึงถือเป็นความสมัครใจ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งถือเป็นTertiary Care ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลมองว่างานสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ อยากให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติงานด้านนี้ให้มากขึ้น แต่ก็มีข้อจำกัดที่อัตรากำลังแพทย์ไม่เพียงพอกับภาระงานด้านการรักษาที่มีมากในแต่ละวัน

ผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้บริหารให้ความสำคัญและเป็นผู้นำที่ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างแก่บุคลากรในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแพทย์และบุคลากรในด้านการเสริมสร้างสุขภาพ ทั้งนี้ความคิดเห็นของแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชนต่อประเด็นนี้ มีรายละเอียดปรากฏในตาราง (ตารางที่ 4.6 ประเด็นที่ 2)

ค. ความมีอิสระของแพทย์ในการคิดค้น/พัฒนางาน

โดยภาพรวม แพทย์ส่วนใหญ่มีอิสระในการคิดค้นและพัฒนางานของตน ขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาล ความสนใจของแพทย์ การมีเวลาเพียงพอหรือภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมีมากน้อยเพียงใด มีอะไรเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติงาน แต่โดยทั่วไปงานสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นงานของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในฝ่ายเวชกรรมสังคม ทั้งนี้ ***แพทย์โรงพยาบาลศูนย์*** มองว่า แพทย์มีอิสระ สามารถคิดค้นและพัฒนางานของตนได้ แต่ต้องจัดสรรภาระงานให้น้อยลง ให้แพทย์เฉพาะทางที่สนใจสามารถทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้

แพทย์โรงพยาบาลทั่วไป มองว่า การทำงานสร้างเสริมสุขภาพขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ผู้ปฏิบัติ แต่ส่วนใหญ่แพทย์มีภาระงานมากไม่มีเวลา เช่นเดียวกับ***แพทย์โรงพยาบาลชุมชน***ที่กล่าวว่า แพทย์ไม่มีเวลาและโอกาสที่จะคิดค้นงาน ขณะที่***แพทย์โรงพยาบาลเอกชน***ให้ความเห็นว่าการปฏิบัติงานของแพทย์ส่วนใหญ่ต้องขึ้นกับนโยบายบริหารของผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ตารางที่ 4.6 ประเด็นที่ 3)

ง. ภาระงานของแพทย์เป็นอุปสรรคต่องานสร้างเสริมสุขภาพ

แพทย์ส่วนใหญ่ทั้งแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า ปัจจุบันแพทย์มีภาระงานมาก ภาระงานของแพทย์เน้นหนักที่การตรวจรักษาเป็นหลัก โดยต้องรับผิดชอบการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปริมาณผู้มารับบริการมากในแต่ละวันและโดยเฉพาะในช่วงเวลาเช้าจำนวนผู้ป่วยมาก แพทย์ต้องออกตรวจOPD

ต้องรีบเร่งการตรวจรักษาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรอคอย โดยเฉลี่ยแพทย์ใช้เวลากับผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐน้อยที่สุด 1 นาทีโดยมีเวลามัธยฐานที่ 5 นาทีต่อคน ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนแพทย์มีเวลาสำหรับผู้ป่วยน้อยที่สุด 2 นาทีโดยมีเวลามัธยฐานที่ 10 นาทีต่อคน ดังนั้นแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนจึงมีเวลาสำหรับผู้ป่วยมากกว่าแพทย์โรงพยาบาลของรัฐ(ตารางที่ ข.7) ซึ่งสอดคล้องกันทั้งผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์แพทย์กับผลการศึกษาจากแบบสอบถามผู้ใช้บริการ นอกจากงานด้านรักษาแล้วแพทย์ยังมีงานด้านวิชาการ การเรียนการสอนและงานบริหารที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งการออกหน่วย PCU ร่วมกับทีมงานของโรงพยาบาล แพทย์ต้องบริหารเวลาให้ทัน โอกาสที่จะคิดและปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจังจึงเป็นไปได้ยาก (ตารางที่ 4.6 ประเด็นที่ 4)

จ. จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ

จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ แบ่งเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแต่ละโรงพยาบาลและแต่ละแผนกมีจำนวนไม่เท่ากัน โดยรวมทุกโรงพยาบาลมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากในแต่ละวันเมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์ที่มีอยู่ แพทย์แต่ละคนจึงต้องรับภาวะผู้ป่วยจำนวนมาก อาทิ โรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนผู้ป่วยประมาณวันละ 300 คน,500-600 คนและ 1,000 คน เฉลี่ยแพทย์ 1 คนตรวจผู้ป่วยคนละ 1-2 นาที โรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ป่วยมารับบริการแต่ละวันจำนวนมาก แพทย์ 1 คนตรวจรักษาผู้ป่วยวันละ 50-70 คน โรงพยาบาลชุมชนนั้นแต่ละวันมีผู้ป่วยมารับบริการประมาณ 250-300 คน ต่อจำนวนแพทย์ 4 คน ส่วนโรงพยาบาลเอกชนไม่มีข้อมูล (ตารางที่ 4.6 ประเด็นที่ 5)

ฉ. งบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพ

จากงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้แต่ละพื้นที่ โดยกำหนดให้เหมาจ่ายตามจำนวนประชากรที่มาขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล และกำหนดให้งบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ(175 บาท/คน) งบประมาณที่แต่ละพื้นที่ได้รับนั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้นำไปจัดสรรรวมกับงบประมาณส่วนอื่นๆ ของโรงพยาบาล โดยงบประมาณที่จะนำไปใช้จ่ายในงานสร้างเสริมสุขภาพนั้น ฝ่ายเวชกรรมสังคมจะต้องจัดทำโครงการเสนอต่อผู้บริหารพิจารณา ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่จะไม่รับรู้เกี่ยวกับงบประมาณ

เนื่องจากมีความแตกต่างเกี่ยวกับการใช้จ่ายงบประมาณของแต่ละพื้นที่ บางพื้นที่ใช้งบประมาณไปกับการตอบแทนบุคลากรจนไม่มีงบประมาณเพียงพอสำหรับการดำเนินกิจกรรมอย่างอื่น ในขณะที่บ้างพื้นที่มีงบประมาณเพียงพอ แต่งบประมาณในส่วนที่กำหนดให้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนั้นถูกใช้ไปเพื่อการป้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของการจัดซื้อวัคซีนเพื่อป้องกันโรค

ทั้งนี้แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลแต่ละประเภทให้ความคิดเห็นที่แตกต่างกันคือ แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปกล่าวว่า ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่างบประมาณที่จัดสรรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเพียงพอหรือไม่ เพราะยังไม่มีการประเมิน ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าการจัดสรรงบประมาณแบบ Inclusive ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพไม่จำเป็นต้องใช้เงินมาก ถ้าบริหารให้ดีงบประมาณที่ได้รับจัดสรรน่าจะเพียงพอ แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะไม่ได้รับรู้เกี่ยวกับเรื่องงบประมาณจึงไม่มีความเห็นในเรื่องนี้ (ตารางที่ 4.6 ประเด็นที่ 6)

ช. ความแตกต่างระหว่างแพทย์ทางเวชปฏิบัติและแพทย์เฉพาะทางกับโอกาสของแพทย์ในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ

แพทย์ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาสเอกชนมีความเห็นสอดคล้องกันว่า แพทย์เฉพาะทางน่าสนใจกว่าแพทย์ทางเวชปฏิบัติหรือแพทย์ทาง Family Medicine แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านเวชกรรมสังคมหรือทำงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นการทำงานหลังฉาก เห็นผลช้า ต้องใช้เวลานาน วัดความสำเร็จได้ยาก มีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน โอกาสในการหารายได้และการได้รับการยอมรับเชื่อถือจากเพื่อนร่วมวิชาชีพและจากผู้ป่วยน้อยกว่าการเป็นแพทย์เฉพาะทาง ถือเป็นแพทย์ชั้น 2 ทำให้ผู้ปฏิบัติขาดกำลังใจ(ตารางที่ 4.6 ประเด็นที่ 7)

ฌ. งานด้านสร้างเสริมสุขภาพเป็นความชำนาญเฉพาะด้าน

แม้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะเห็นความสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่มีแพทย์เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้แพทย์ที่ปฏิบัติส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ชอบ สนใจและลงมือปฏิบัติจริง ในขณะเดียวกันแพทย์โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่มองว่า ไม่ถนัดที่จะทำงานเชิงรุกหรือทำงานร่วมกับชุมชน แต่บุคลากรอื่น เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ด้านส่งเสริมสุขภาพ/สุขศึกษาสามารถทำหน้าที่ได้ดีกว่า แพทย์ไม่ถนัดที่จะปฏิบัติงานด้านนี้ถ้าทำแล้วทำไม่ดีประชาชนย่อมเสื่อมศรัทธาต่อแพทย์ แพทย์ที่ทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพได้ดี คือ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ทั้งนี้แพทย์โรงพยาบาลศูนย์กล่าวว่า แพทย์มีข้อจำกัดด้านทักษะการพูด การถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้ผู้ป่วย ขณะที่แพทย์โรงพยาบาลทั่วไปและแพทย์โรงพยาบาลชุมชนยอมรับว่าแพทย์โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางไม่ถนัดที่จะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนแพทย์โรงพยาบาลเอกชนบอกว่าแพทย์ไม่เคยทำงานชุมชนมาก่อน ขาดความรู้ ประสบการณ์ในเรื่องการวินิจฉัยชุมชน การประสานงานในชุมชน จึงไม่รู้จะเริ่มต้นการทำงานสร้างเสริมสุขภาพกับชุมชนอย่างไร (ตารางที่ 4.6 ประเด็นที่ 8)

ญ. ความรู้ ความเข้าใจของแพทย์ต่องานสร้างเสริมสุขภาพ

โดยภาพรวม ความรู้ความเข้าใจของแพทย์ต่องานสร้างเสริมสุขภาพมีความแตกต่างกันมาก เช่น แพทย์บางท่านเห็นว่างานสร้างเสริมสุขภาพแพทย์ปฏิบัติอยู่แล้ว โดยสอดแทรกอยู่ในงานด้านการตรวจรักษา แต่ขาดการบูรณาการเชื่อมโยงเข้ากับระบบสุขภาพโดยรวมกัน ส่วนใหญ่แพทย์ยังไม่ได้เน้นไปที่ Soul Mind , Soul Body (จิตใจที่ดีอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์) เงื่อนไขหลักจึงอยู่ที่ยังไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดแบบแยกส่วนมาเป็นแบบสุขภาพองค์รวมอย่างแท้จริง

ทั้งนี้ แพทย์โรงพยาบาลศูนย์มีความเห็นว่า แพทย์ต้องเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพครบมิติตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ถ้าแพทย์เข้าใจว่าสุขภาพมีแต่ร่างกายอย่างเดียว การผ่าตัดรักษาให้กายจากโรคอย่างเดียวพอ การสร้างเสริมสุขภาพก็ไม่จำเป็น

แพทย์โรงพยาบาลทั่วไปมีความเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่งานของแพทย์แต่เป็นงานร่วมกันของทุกคน

ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนมีความเห็นว่า ถ้าจะให้แพทย์ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจะต้องผลิตแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่จะมาปฏิบัติหน้าที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง (ตารางที่ 4.6 ประเด็นที่ 9)

ฎ. ความเป็นมาของงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยในอดีตย่อมทำให้เข้าใจบทบาทของแพทย์ต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพได้ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้แพทย์โรงพยาบาลชุมชนกล่าวว่า ในอดีตนั้นงานสร้างเสริมสุขภาพมีการแบ่งสัดส่วนของบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ บทบาทของสถานีอนามัยร้อยละ 70 บทบาทโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 50 บทบาทของโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 20 ขณะเดียวกันงานสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นงานของสาธารณสุขจังหวัด เทศบาลและอยู่ในฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (ตารางที่ 4.6 ประเด็นที่ 10)

ตารางที่ 4.6 สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

ประเด็น	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลเอกชน	ภาพรวม
1) ความชัดเจนของนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ	▪ ชัดเจนในระดับกระทรวงแต่ไม่ชัดเจนในเชิงปฏิบัติ	▪ ไม่ชัดเจน นโยบายเปลี่ยนแปลงบ่อย	▪ ชัดเจนและเป็นนโยบายที่ดี ทำให้แพทย์เริ่มเข้าใจมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลคนไข้มากขึ้น	▪ ไม่ชัดเจนเพราะนโยบายมีการเปลี่ยนแปลง	▪ ชัดเจนในระดับกระทรวงสาธารณสุข แต่ในเชิงปฏิบัติในระดับโรงพยาบาลขาดความชัดเจน เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนนโยบายบ่อย เช่น ปีแรกเป็นการบริหารแบบ Exclusive ปีที่ 2 เป็นแบบ Inclusive ทำให้ขาดความมั่นใจและระดับแพทย์,ผู้ปฏิบัติงานยังมีการรับรู้ขั้นตอนการปฏิบัติไม่แน่ชัด ▪ ข้อกำหนดงานสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงมีรายละเอียดของแผนงานโครง-การมากเกินขีดความสามารถที่จะปฏิบัติได้
2) ผู้บริหารให้ความสำคัญต่องานสร้างเสริมสุขภาพ	▪ ผู้บริหารให้ความสำคัญกับนโยบาย แต่ทีมงานยังไม่เข้าใจทุกคน ▪ ผู้อำนวยการเป็นผู้นำเป็นตัวอย่างแก่บุคลากรในหน่วยงานสร้างงานตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรง-พยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	▪ ไม่ชัดเจนว่าผู้บริหารให้ความสำคัญเพียงใด	▪ ผู้บริหารให้ความสำคัญเห็นว่าเป็นนโยบายที่ดี แต่แพทย์ไม่เพียงพอ	▪ ให้ความสำคัญกับนโยบาย แต่ไม่ได้เน้นจริงจัง	▪ ผู้บริหารไม่ได้กำหนดให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระงานหลักอย่างหนึ่งของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ▪ งานสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นความสมัครใจ ขึ้นกับทัศนคติ ความสนใจ ประสบการณ์ตรงของแพทย์ ผู้นำโรงพยาบาล

ตารางที่ 4.6 สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ (ต่อ)

ประเด็น	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลเอกชน	ภาพรวม
3. ความมีอิสระของแพทย์ในการคิดค้น/พัฒนางาน	▪ แพทย์มีอิสระสามารถทำได้ แต่ต้องจัดสรรงานให้แพทย์เฉพาะทางที่สนใจทำหน้าที่เฉพาะทางลดลง และให้เวลามาทำงานสร้างเสริมสุขภาพ	▪ การทำงานสร้างเสริมสุขภาพขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ▪ แพทย์ไม่มีเวลา	▪ ไม่มีเวลา โอกาสคิดค้นงาน	▪ ต้องขึ้นกับนโยบายบริหารของผู้อำนวยการโรงพยาบาล	▪ แพทย์สามารถทำได้ มีอิสระขึ้นกับความสนใจของแพทย์ เวลา/ภาระงาน แรงจูงใจ แต่โดยทั่วไปถือเป็นงานของแพทย์เวช-ปฏิบัติครอบครัวในฝ่ายเวชกรรมสังคม
4. ภาระงานของแพทย์เป็นอุปสรรคต่องานสร้างเสริมสุขภาพ	▪ ภาระงานมาก โดยเฉพาะจำนวนผู้ป่วยต่อวันมาก รวมถึงงานอื่นๆ : งานสอน บริหาร ประชุม ออกหน่วย PCU	▪ แพทย์มีภาระงานมากโดยเฉพาะการตรวจรักษา ▪ แพทย์เฉพาะทางรักงานเฉพาะทางของตนเองมากกว่า ▪ แพทย์บางคนต้องสอนนักศึกษาแพทย์ พยาบาลออกหน่วย PCU	▪ ภาระงานเป็นอุปสรรค ไม่มีเวลา ▪ ตรวจรักษาเป็นงานหลักของแพทย์ ▪ งานอื่นๆ : งานบริหาร ประชุม ออกหน่วย PCU	▪ แพทย์มีภาระงานหลัก คือ การตรวจรักษาผู้ป่วยและงานที่ผู้บริหารโรงพยาบาลมอบหมาย	▪ ภาระงานมาก โดยเฉพาะงานด้านการตรวจรักษาเป็นหลักและยังภาระงานอื่นๆ เช่น งานสอน งานบริหาร งานบริการ(ออกหน่วยPCU)ตามที่ได้รับมอบหมาย ไม่มีเวลา ▪ แพทย์เฉพาะทางรักงานเฉพาะทางมากกว่างานสร้างเสริม
5. จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ	▪ จำนวนผู้ป่วยมีมาก มีตั้งแต่วันละ 300 คน,500-600 คนและ 1,000 คน ▪ แพทย์ 1 คนตรวจผู้ป่วยคนละ 1-2 นาที	▪ ผู้ป่วยมารับบริการแต่ละวันจำนวนมาก ▪ แพทย์ 1 คนตรวจคนไข้วันละ 50-70 คน	▪ จำนวนผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลแต่ละวันประมาณ 250-300 คน ต่อจำนวนแพทย์ 4 คน	ไม่มีข้อมูล	▪ จำนวนผู้ป่วยแบ่งเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยมารับบริการแต่ละโรงพยาบาลและแต่ละแผนกไม่เท่ากัน โดยรวมผู้ป่วยแต่ละวันมีจำนวนมากเมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์ แพทย์ 1 คนต้องรับผิดชอบผู้ป่วยจำนวนมาก

ตารางที่ 4.6 สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ (ต่อ)

ประเด็น	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลเอกชน	ภาพรวม
6. งบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพ	▪ 175 บาทไม่เพียงพอ ไม่เอื้อกับงานสร้างเสริมสุขภาพ ▪ บอกไม่ได้ ไม่มีการประเมิน ▪ แพทย์ผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบเกี่ยวกับงบประมาณ	▪ 175 บาทไม่ได้ระบุว่ารวมค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง ▪ บอกไม่ได้ว่าพอหรือไม่ ▪ แพทย์ผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบเกี่ยวกับงบประมาณ	▪ ต้องการให้บริหารเงินแบบ Exclusive มากกว่า Inclusive (การจัดสรรงบประมาณไม่เหมาะสม ไม่เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ)	▪ เพียงพอถ้าบริหารให้ดี	▪ บอกไม่ได้ชัดเจน ไม่มีการประเมินอย่างชัดเจน แพทย์ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่ทราบเกี่ยวกับงบประมาณ มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับการใช้จ่ายงบประมาณของแต่ละพื้นที่ ส่วนงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพจะจัดสรรให้ตามโครงการ/กิจกรรมที่เสนอมา
7. ความแตกต่างระหว่างแพทย์ทางเวชปฏิบัติและแพทย์เฉพาะทางกับโอกาสของแพทย์ในงานสร้างเสริมสุขภาพ	▪ งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานหลังฉาก เห็นผลช้า ไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชน ▪ แพทย์ถือเป็นแพทย์ชั้น 2 มีศักดิ์ศรีน้อยกว่าแพทย์เฉพาะทาง โอกาสการหารายได้น้อย	▪ ไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์ ▪ เป็นงานที่เห็นผลช้า ไม่ชัดเจน ต้องใช้เวลานาน ▪ ค่าตอบแทนต่ำ	▪ มีความเห็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลทั่วไป	▪ การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพวัดยาก มองไม่เห็นผลชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติขาดกำลังใจ	▪ งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่วัดประเมินผลยาก เห็นผลช้ากว่างานรักษาพยาบาล การให้คุณค่าและศักดิ์ศรีต่อแพทย์เวชปฏิบัติน้อยกว่าแพทย์เฉพาะทาง โอกาสหารายได้น้อย
8. งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นความชำนาญเฉพาะด้านที่แพทย์ไม่ชำนาญ	▪ แพทย์บางคนมีข้อจำกัดด้านทักษะการพูด การถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้ผู้ป่วย	▪ แพทย์เฉพาะทางจะไม่ถนัดงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นงานเชิงรุก	▪ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่แพทย์ไม่ถนัด	▪ แพทย์ไม่เคยทำงานชุมชนมาก่อน ไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร ขาดประสบการณ์ ขาดความรู้ในเรื่องการวินิจฉัยชุมชน การประสานงานในชุมชน	▪ แพทย์โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง ไม่ถนัดที่จะทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เพราะขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในระดับบุคคลและการทำงานชุมชน

ตารางที่ 4.4 สภาพ/เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ (ต่อ)

ประเด็น	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลเอกชน	ภาพรวม
9. ความรู้ความเข้าใจของแพทย์ต่องานสร้างเสริมสุขภาพ	▪ แพทย์ต้องเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพครบมิติตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ถ้าแพทย์เข้าใจว่าสุขภาพมีแต่ร่างกายอย่างเดียว การผ่าตัดรักษาให้หายจากโรคอย่างเดียวพอ การสร้างเสริมสุขภาพก็ไม่จำเป็น	▪ การสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่งานของแพทย์แต่เป็นงานร่วมกันของทุกคนต้องให้ความสำคัญ	ไม่มีข้อมูล	▪ ต้องผลิตแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่จะมาปฏิบัติหน้าที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง	▪ ความรู้ ความเข้าใจของแพทย์ต่องานสร้างเสริมสุขภาพมีความแตกต่างกันมาก เช่น มองว่าแพทย์ทำอยู่แล้วสอดแทรกอยู่กับงานรักษา แต่ขาดการบูรณาการเชื่อมโยงเข้ากับระบบสุขภาพโดยรวม ส่วนใหญ่แพทย์ยังมองระบบสุขภาพแบบแยกส่วน ยังไม่เน้นไปที่"จิตที่ดีอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์" ซึ่งเป็นระบบสุขภาพแบบองค์รวม
10. ความเป็นมาของงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	▪ การแบ่งสัดส่วนของงานสร้างเสริมสุขภาพ(ในอดีต) - บทบาทของสถานีอนามัย 70% - บทบาทของโรงพยาบาลชุมชน 50% - บทบาทของโรงพยาบาลทั่วไป 20% ขณะเดียวกันงานสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นงานของสาธารณสุขจังหวัดเทศบาลและอยู่ในฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	ไม่มีข้อมูล	▪ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของงานสร้างเสริมสุขภาพในอดีตย่อมทำให้เข้าใจถึงบทบาทของแพทย์ต่องานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

(5) ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

ความคิดเห็นของแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการ ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ สรุปได้ดังนี้

ก. ปัญหาอุปสรรคด้านนโยบาย ได้แก่

1) ไม่เห็นด้วยกับนโยบายสั่งการ/เร่งด่วนของกระทรวง ทำให้แพทย์รู้สึกอึดอัด ขาดอิสระภาพที่จะพัฒนางานของโรงพยาบาล ขาดการเตรียมความพร้อมขององค์กรและบุคลากรของโรงพยาบาลในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

2) นโยบายปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ทำให้ขาดความต่อเนื่อง ตามไม่ทันการเปลี่ยนแปลง แพทย์เกิดความลังเลไม่แน่ใจในการปฏิบัติงาน

3) นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ยังขาดความชัดเจน รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพลงสู่ชุมชนยังไม่ชัดเจน

ข. ปัญหาอุปสรรคด้านโรงพยาบาล ได้แก่

1) โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการหมุนเวียนแพทย์ผู้ปฏิบัติงานสูง เช่น ย้ายไปที่อื่นไปรับทุนศึกษาต่อ ฯลฯ จึงไม่สนใจงานสร้างเสริมสุขภาพ และทำให้โรงพยาบาลมีอัตรากำลังแพทย์ไม่เพียงพอที่จะทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้ ต้องเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ทันเวลาเพราะปริมาณคนไข้มาก

2) โรงพยาบาลเอกชนมุ่งเน้นการบริการและการรักษาพยาบาลเป็นหลักและเข้าใจว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ

3) การบริหารงบประมาณของโรงพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นที่การบริหารเงิน เพื่อความอยู่รอดของโรงพยาบาลมากกว่าการบริหารเพื่อสุขภาพของประชาชน ปัจจุบันโรงพยาบาลต้องนำเงินบำรุงที่มีอยู่มาใช้จ่าย งบประมาณมีไม่เพียงพอ ประชาชนมาใช้บริการมากขึ้น งบประมาณได้รับการจัดสรรส่งให้โรงพยาบาลล่าช้า

4) โรงพยาบาลยังไม่กำหนดให้งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระหน้าที่ชัดเจน

5) ขาดการประชาสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยต่างๆ ภายในโรงพยาบาลในเรื่องการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ (ต่างคนต่างทำ)

6) ศักยภาพและทีมงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล แต่ละระดับแตกต่างกันมีผลต่องานสร้างเสริมสุขภาพ

ค. ปัญหาอุปสรรคด้านแพทย์ ได้แก่

1) ปัจจุบันงานซ่อมนำสร้างมากกว่างานสร้างนำซ่อมสุขภาพ เพราะแพทย์ทุกคนให้ความสำคัญกับงานรักษาพยาบาลเป็นอันดับแรก การตระหนักและปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นความสนใจและคุณลักษณะเฉพาะบุคคล แพทย์ส่วนใหญ่ยังให้ความสนใจต่อการเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากกว่า

2) แพทย์ขาดทักษะประสบการณ์ในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ เพราะทำงานด้านตรวจรักษาทางแพทย์เฉพาะทางมานานทำให้ปรับตัวยาก ขาดทักษะและประสบการณ์การทำงานเชิงรุก การทำงานกับคนกับชุมชนและการให้คำปรึกษา

3) ปริมาณงานของแพทย์ปัจจุบันมีมากทั้งการตรวจรักษา การสอน การมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการของโรงพยาบาล

4) แพทย์ส่วนใหญ่ขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงานกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

5) แพทย์มองงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่เห็นผลยาก จึงไม่จูงใจให้แพทย์อยากทำงานด้านนี้

ง. ปัญหาอุปสรรคด้านเจ้าหน้าที่

คือ ถูกเพ่งเล็งจากเพื่อนร่วมงานกับการใช้เวลากับผู้ป่วยนาน ในการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก

จ. ปัญหาอุปสรรคด้านทัศนคติของประชาชน

คือ ผู้มาขอรับบริการที่โรงพยาบาลต้องการรับการรักษาจากแพทย์มากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ

4.1.3 ผลการศึกษาจากแบบสอบถามผู้รับบริการ

การสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ 15 แห่ง จำนวน 300 คน พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้และมีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ โรคทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดศีรษะและโรคเบาหวาน (ตารางที่ ข.3) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเมื่อมารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่รุนแรง (ตารางที่ ข.5)

ความพึงพอใจในการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ พบว่า ผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐมีเวลาพบแพทย์เฉลี่ยครั้งละ 5 นาที/คน ขณะที่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนมีเวลาพบแพทย์มากกว่าเฉลี่ยครั้งละ 10 นาที/คน (ตารางที่ ข.7) สำหรับระดับความพึงพอใจนั้น

ผู้รับบริการโรงพยาบาลเอกชนมีความพึงพอใจมากในทุกบริการของแพทย์ ขณะที่โรงพยาบาลของรัฐทุกระดับผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจระหว่างปานกลางถึงมาก (ตารางที่ ข.8)

บุคคลที่มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ตัวผู้ป่วยเองมีความสำคัญมากที่สุด รองลงมาเป็นครอบครัวและแพทย์เป็นอันดับที่ 3 (ตารางที่ ข.10)

วิธีการดูแลสุขภาพที่สำคัญของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการให้ความสำคัญมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ รองลงมาคือหมั่นออกกำลังกายเป็นประจำและการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเป็นอันดับที่ 3 (ตารางที่ ข.11)

ผลการศึกษาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลมาด้วยอาการของโรคที่ไม่ได้มีความจำเป็นที่จะต้องให้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ทุกราย การสร้างเสริมสุขภาพมีความจำเป็นและจะช่วยลดภาระการตรวจรักษาของแพทย์ได้ การสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเริ่มต้นที่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจะมาถึงแพทย์ หากพิจารณาจากเวลาการพบแพทย์ของผู้มาใช้บริการแล้ว แพทย์โรงพยาบาลเอกชนมีเวลาที่จะปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้มากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ

4.1.4 กรณีศึกษา

คณะผู้วิจัยได้จัดทำกรณีศึกษาโดยเลือกโรงพยาบาล 1 แห่งเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลแต่ละระดับ/ประเภทที่ทำการศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา) จังหวัดอุบลราชธานีเป็นตัวแทนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) จังหวัดราชบุรี เป็นตัวแทนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา) จังหวัดเชียงใหม่เป็นตัวแทนโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน(กรณีศึกษา) จังหวัดราชบุรีเป็นตัวแทนโรงพยาบาลเอกชน เพื่อเจาะลึกเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพ มุมมองของแพทย์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาตรการจูงใจสำหรับแพทย์ ปัจจัยและวิธีการไปสู่ความสำเร็จ รายละเอียดของกรณีศึกษาได้จัดไว้ในภาคผนวก ค.

โดยสรุปกรณีศึกษาได้สะท้อนข้อเท็จจริงว่าโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 3 ระดับมีการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุขมาก่อนที่จะมีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีการจัดตั้งคณะกรรมการและดำเนินงานโดยฝ่ายเวชกรรมสังคม สำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนแพทย์น้อยมาก ใช้วิธีจัดให้แพทย์ 1 คนในทีม PCU. ณ ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลรับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาปฏิบัติ การทำงานที่ถือว่าเป็นเชิงรุกก็คือการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกและการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและการแพทย์พหุลักษณ์โดยโรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา)และการวิจัยโรคเอดส์พร้อมกับการแสวงหาความร่วมมือจากชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)

บุคลากรแพทย์ทั้งหมดเห็นด้วยกับหลักประกันสุขภาพของนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเห็นว่าสุขภาพดีต้องเป็นองค์รวมและเป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ รวมทั้งปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน แพทย์ยังคงมีมุมมองที่แตกต่างกันอยู่บ้างต่อนโยบายของรัฐบาลในแง่ของความห่วงใยที่ว่า งานสร้างเสริมสุขภาพต้องใช้เวลานาน ใช้งบประมาณมาก ต้องมีสถานที่จัดกิจกรรม มีแพทย์ที่สนใจและมีความสุขที่จะทำงานด้านนี้โดยไม่คำนึงถึงการตอบแทน การสร้างเสริมสุขภาพน่าจะเป็นการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย แต่ปรากฏว่าการแจกบัตรทองกลับทำให้มีผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลมากขึ้นแทนที่จะน้อยลง ขณะเดียวกันมาตรการจูงใจแพทย์ไม่มี ปัญหาด้านงบประมาณทำให้ความสนใจการสร้างเสริมสุขภาพน้อยกว่าความอยู่รอดของโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม แพทย์มีความเห็นร่วมกันว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่ดี ถ้าทำไปต่อเนื่องน่าจะเห็นผล ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จขึ้นอยู่กับนโยบายที่ชัดเจน ภาวะผู้นำ ความร่วมมือของแพทย์และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีกำลังใจให้ผู้ที่ทำงาน มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ศูนย์กลางการสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่โรงพยาบาล อยู่ที่ชุมชน โรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นหน่วยเสริมพลังให้

กรณีศึกษาที่ 4 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนมีความน่าสนใจตรงที่ว่า โรงพยาบาลได้ดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพมาตลอด ได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2544 และขอออกจากโครงการในวันที่ 15 มีนาคม 2546 เนื่องจากปัญหาหลายประการ เช่น การขาดบุคลากร ขาดพี่เลี้ยงจากภาครัฐที่ดูแลพื้นที่อยู่เดิมทำให้เข้าถึงชุมชนได้ยาก ผู้รับบริการยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการติดอยู่กับการรักษาพยาบาลและใช้ยา ทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูง เฉพาะอย่างยิ่งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีโรงเรียนแพทย์ ทำให้โรงพยาบาลแห่งนี้อยู่ในภาวะขาดทุนอย่างมากจนต้องขอออกจากโครงการ

4.2 อภิปรายผล

4.2.1 ความรู้ความเข้าใจของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เห็นด้วยกับนโยบายและหลักการ แต่แพทย์ส่วนใหญ่ยังเน้นอยู่ที่การรักษาพยาบาลมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ทุกกลุ่ม ทุกระดับเห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพ 30 บาท เป็นโครงการที่ดี ที่จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่จะมารักษาที่โรงพยาบาล ลดภาระงานของแพทย์ลงได้แน่นอน ผลการศึกษาที่น่าสนใจพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มีแพทย์ส่วนน้อยที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นความสนใจ ความชอบของแพทย์เป็นรายๆ ไป โดยเฉพาะแพทย์มองว่า งานสร้างเสริมสุขภาพไม่ส่งผลต่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพ วัดยาก เห็นผลงานช้า จึงไม่สนใจที่จะทำขณะที่งานรักษาพยาบาลได้รับชื่อเสียงเป็นที่รู้จักของผู้ป่วย มีความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ได้รับค่าตอบแทนในรูปวงเงิน รางวัลต่างๆ ได้

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาภาพรวม และผลกระทบด้านจริยธรรมของแพทย์เกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่พบว่า แพทย์ร้อยละ 23.2 เห็นด้วยมากในหลักการ นโยบายของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค แต่ร้อยละ 75.2 ไม่เห็นด้วยกับรูปแบบที่ทำอยู่ (คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางจริยธรรม แพทย์สภา,2546)

4.2.2 นโยบายสร้างนำซ่อมดีกว่าซ่อมนำสร้าง นโยบายและวิสัยทัศน์ของผู้นำสำคัญต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล

ผลการศึกษานโยบายหลักประกันสุขภาพ 30 บาทพบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่านโยบายนี้เป็น “สร้างนำซ่อม”ดีกว่า“ซ่อมนำสร้าง” แต่ในทางปฏิบัติพบว่า นโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลต้องชัดเจน ผู้นำต้องกำหนดวิสัยทัศน์ของงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลให้เป็นรูปธรรม เช่น โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา) แม้แพทย์มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน แพทย์บางส่วนไม่เห็นด้วยกับงานสร้างเสริมสุขภาพ แต่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความสำคัญและทดลองทำโดยแยกอาคารผู้ป่วยบางส่วนตั้งเป็น“ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ” ใช้ทีมสหวิชาชีพที่เลือกจากบุคลากรด้านสุขภาพของโรงพยาบาลที่สนใจ ทุ่มเท รักงานสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมที่เน้นคือ “โรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้เป็นโรงพยาบาลนำร่องของโรงพยาบาลแพทย์ทางเลือก รวมทั้งการแพทย์พหุลักษณ์” โดยเฉพาะ“การสั่งสมประสบการณ์ของงานสร้างเสริมสุขภาพไปสู่ชุมชน” รวมทั้งการคิดใหม่(Rethink) มีการจัดทำหลักสูตรแพทย์แผนจีนระหว่างแพทย์ของโรงพยาบาล และมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีร่วมกับมหาวิทยาลัยเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน ขณะนี้อยู่ระหว่างรอตรวจสอบจากสภามหาวิทยาลัย นโยบายสำคัญของผู้อำนวยการคือ **"กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพจะต้องลงสู่ชุมชน ในอนาคต คนที่ไม่มีโอกาส ไม่มีเงิน โรงพยาบาลต้องลงไปทำงานร่วมกับชุมชน ให้ชุมชนกำหนดว่าจะทำแบบไหนตั้งแต่ ฝึกสมาธิ ออกกำลังกาย อาหารการกิน งานสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องมองแบบองค์รวม ต้องคิดให้เชื่อมโยง ต่อเนื่องใน 4 มิติการบูรณาการ กาย ใจ สังคม และวิญญาณ สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน แพทย์ควรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ”** ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับวิพุธ พูลเจริญและคณะ(2543) ที่กล่าวถึงเป้าหมายของระบบสุขภาพว่า การให้บริการทางสุขภาพเป็นบริการพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน องค์ประกอบที่จะต้องมีเพื่อเป็นหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนมี 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งโครงการ 30 บาทถือเป็นโครงการหนึ่งในมาตรการการปฏิรูประบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพของรัฐบาล ซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อ 1 ตุลาคม 2545 ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐอย่างเท่าเทียมกัน

4.2.3 ปริมาณงานของแพทย์ จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน Caseload เวลาของแพทย์มีน้อย ไม่สามารถทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้หรือทำได้น้อยมาก

ผลการศึกษารายภาคและแต่ละโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน โดยแพทย์ทุกระดับทั้งแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้บริการ ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์เห็นว่า แพทย์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการตรวจรักษาเป็นหลัก ปริมาณงานด้านการรักษาโดยพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแต่ละวันมีมาก แพทย์มีภาระงานมาก ไม่มีเวลา จึงไม่สามารถทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมของแพทย์เกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่พบว่า ปัญหาที่โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคประสบ คือ ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น จำนวนคนไข้ที่รับการรักษามีจำนวนมากกว่าเดิม เมื่อคนไข้เยอะแพทย์ก็ต้องรีบตรวจเพื่อไม่ให้คนไข้รอนาน ซึ่งประเด็นนี้ถือเป็นส่วนที่ไม่ดีอันดับที่ 4 ของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (คณะกรรมการพิจารณาศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางจริยธรรมแพทย์สภา, 2546)

4.2.4 ผลตอบแทนที่เป็นตัวเงิน ไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญหรือแรงจูงใจในงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

ผลการศึกษากลไกการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพไม่มี และแพทย์ที่หันมาให้ความสนใจและปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพขณะนี้ ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า "เงินไม่ใช่สิ่งสำคัญ" แต่ที่หันมาสนใจนั้นเป็นเพราะตระหนักถึงคุณค่าของงาน เป็นความชอบและมีความสุขที่ได้ทำงาน ผู้บริหารให้การสนับสนุน มีทีมงานและเพื่อนร่วมงานที่ดี ได้รับกำลังใจจากผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของ Frederick Herzburg ที่กล่าวว่า เงินไม่ใช่เป็นแรงจูงใจหรือทำให้คนมีทัศนคติทางบวกต่องานที่ทำ หรือที่เรียกว่า ปัจจัยจูงใจ(Motivational Factors) และสอดคล้องกับความเห็นของเทพพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ(2529) ที่กล่าวว่า เงินเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลจูงใจสูงมาก แต่ในบางสถานการณ์เงินและรางวัลที่เกี่ยวกับเงินก็ไม่ใช่สิ่งกระตุ้นที่มีประสิทธิภาพให้เกิดการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้

อย่างไรก็ตาม ความคิดเห็นของแพทย์และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องส่วนหนึ่ง โดยเฉพาะแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนยังมีความเห็นว่า หากจะให้แพทย์หันมาสนใจทำงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ผลตอบแทนเป็นเงินสำหรับแพทย์เป็นสิ่งจำเป็น เพราะแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้จะต้องได้รับผลตอบแทนเป็นเงินหรือมีโอกาสการหารายได้เท่าเทียมกับรายได้โดยเฉลี่ยของแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ หรืออย่างน้อยก็ต้องมีรายได้เพียงพอในการเลี้ยงดูครอบครัว เพื่อให้มีฐานะทางสังคมเท่าเทียม

กับแพทย์สาขาอื่นๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของ Frederick Herzburg ที่กล่าวว่า เงินหรือรายได้เป็นปัจจัยเงื่อนไขของการทำงาน เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่พอใจในงานหรือเรียกว่าปัจจัยส่งเสริม (Hygiene Fectors) และทฤษฎีของ Elton Mayo ที่กล่าวว่า คนงานจะทำงานได้ดีจำนวนผลผลิตเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพนั้น องค์การจะต้องให้ความสำคัญกับระบบค่าจ้างที่ยุติธรรม

4.2.5 มาตรการจูงใจแก่แพทย์ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษามาตรการจูงใจแก่แพทย์ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า แม้ว่าแพทย์และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ยังไม่มีมาตรการจูงใจให้แพทย์หันมาปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามเจตนารมณ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมของแพทย์เกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่พบว่า ร้อยละ 47.8 ของแพทย์ไม่เปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาคนไข้ไปจากเดิม (คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางจริยธรรม แพทย์สภา, 2546)

แพทย์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพน้อยกว่าการรักษา แต่ก็ยังมีแพทย์ส่วนหนึ่งที่ให้ความสนใจและปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษา และ/หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล โดยมีสิ่งจูงใจที่สำคัญ คือ

ทัศนคติของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ ทั้งนี้แพทย์กลุ่มนี้มีความเห็นว่า ประชาชนผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากงานสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประชาชน ครอบครัว ชุมชนลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลง ที่สำคัญคือลดจำนวนผู้ป่วยที่จะมารับการรักษาพยาบาลได้ในระยะยาว มิติการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบมากกว่าเป็นเรื่องของแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Afbert Bandura ที่กล่าวว่าความเชื่อและความคาดหวังของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของคนๆนั้น

ปัจจัยส่วนบุคคลอันเกิดจากประสบการณ์ ความชอบ ความสนใจของตน มีความสุขที่ได้ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้แพทย์ต้องการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของ Thomas Willard Harrell (1972) ที่กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานก็คือ ปัจจัยส่วนบุคคล

นโยบายสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลที่ชัดเจน ผู้บริหารเป็นตัวแทนและให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง การมี**ทีมงาน**หรือเพื่อนร่วมงานที่ดีก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการทำงานของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของ Frederick Herzburg (1959) ที่กล่าวว่า นโยบายของหน่วยงาน การบริหาร/การจัดการที่ดี สภาพของงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้คนไม่พึงพอใจในงานที่ทำ และยังสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของ

Thomas Willard Harrell (1972) ที่กล่าวว่า สภาพการทำงาน เพื่อนร่วมงาน ความศรัทธาในตัวผู้บริหาร มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน

แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพราะได้รับกำลังใจจากผู้ป่วย มีความสุขกับการทำงานแล้วประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Charles N. Greene และ Robert E. Craft (1979) (อ้างถึงในปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์(2529) ที่พบว่า รางวัลหรือสิ่งที่ได้รับตอบแทนและผลจากการทำงานหรือความสำเร็จของงาน มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน และแนวคิดเกี่ยวกับขวัญและการบำรุงขวัญของอุทัย หิรัญโตที่กล่าวว่า ทุกคนชอบการสรรเสริญ การชมเชย ให้รางวัลจะทำให้เกิดการจูงใจ เช่นเดียวกับความคิดเห็นของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์(มติชน, 16 กันยายน 2545) ว่า รัฐควรจะมีการเพิ่มมาตรการที่ชัดเจนในแง่ของการให้แรงจูงใจตามผลงานที่ทำ แรงจูงใจในที่นี้จึงไม่ควรจะจำเพาะในด้านเงินเพียงอย่างเดียว แต่ควรรวมถึงการให้การยกย่องและการนับถือเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้ให้บริการด้วย

นอกจากที่กล่าวมาแล้ว การที่จะทำให้แพทย์มีความตระหนัก พึงพอใจและอยากปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพเช่นเดียวกับที่แพทย์มีความรู้สึกต่อภาระหน้าที่ด้านการรักษานั้น จะต้องสร้างมาตรการจูงใจเพิ่มขึ้น อันได้แก่ การยอมรับในเกียรติศักดิ์ศรีของแพทย์ที่ทำงานด้านนี้ การสร้างโอกาสความก้าวหน้า การมีแพทย์เพียงพอกับปริมาณงาน ทั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีและแนวคิดของหลายท่าน อาทิเช่น ทฤษฎีของ Maslow เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ อันได้แก่ การได้รับการยอมรับ มีชื่อเสียง เกียรติยศ ความสำเร็จและความก้าวหน้าในงานอาชีพที่ทำอยู่ เช่นเดียวกับทฤษฎีสองปัจจัยของ Frederick Herzburg เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้น (Motivational Factors) ทำให้คนทำงานมีความรู้สึกพอใจในงาน ได้แก่ มีโอกาสพัฒนาความรู้ทักษะของตนเองและการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงานกิจกรรม ความสำเร็จของงาน การยอมรับนับถือ ความเจริญก้าวหน้าในตนเองและอาชีพ และแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบพื้นฐานที่จูงใจให้คนอยากทำงานของแทพพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ(2529) ซึ่งกล่าวว่า งานที่มีลักษณะท้าทายความสามารถ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การให้การยกย่องและสถานภาพ โอกาสการเจริญเติบโตทางด้านส่วนตัว โอกาสความก้าวหน้า สภาพการทำงานที่ดีเป็นปัจจัยจูงใจให้คนอยากทำงาน ตลอดจนแนวคิดเกี่ยวกับขวัญและการบำรุงขวัญของอุทัย หิรัญโต(2523) ที่กล่าวว่า วิธีการเสริมสร้างและบำรุงขวัญ คือ การสร้างบรรยากาศการทำงานให้ทุกคนมีความหวัง มีโอกาสก้าวหน้า รู้อนาคตของตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานแสวงหาความก้าวหน้าในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอย่างเต็มที่ ให้โอกาสอันเท่าเทียมกันในอันที่จะก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

4.2.6 เงื่อนไขของการปฏิรูประบบสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่จัดสรรงบประมาณอัตราเหมาจ่ายรายหัว ขาดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่อระบบบริการโดยรวมของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า งบประมาณของงานสร้างเสริมสุขภาพ 175 บาทต่อคนไม่เพียงพอที่จะให้โรงพยาบาลอยู่รอดได้ แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพลงไป การจัดสรรงบประมาณของงานสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละพื้นที่เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลที่สั่งการลงไป ในช่วงแรกปี 2545 เป็นการจัดสรรแบบInclusive โอนเงินมาที่เครือข่าย(Cup) ให้งบประมาณมาทั้งอำเภอ มีการตั้งคณะกรรมการเครือข่ายจัดสรรงบประมาณ เมื่อขึ้นปี 2546 การจัดสรรงบประมาณก็เปลี่ยนมาเป็นแบบ Exclusive แทน ผลการศึกษาช่วงหลัง(ปี 2546) พบว่าทุกโรงพยาบาลต้องทำโดยเร่งด่วนคือ **การรักษาพยาบาลให้อยู่รอดมากกว่าการพัฒนาคุณภาพบริการ** ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับความเห็นของแสวง บุญเฉลิมวิภาส (2545, 13) ที่ว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2545 มีจุดประสงค์ที่มุ่งจะเปลี่ยนแปลงเรื่องสุขภาพและการให้บริการสาธารณสุขในสังคมไทยให้ดีขึ้น แต่ความแตกต่างอยู่ที่จุดเริ่มต้นและขั้นตอนการดำเนินงานที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ขั้นตอนการทำงานเป็นไปอย่างเร่งรีบ พระราชบัญญัติฉบับนี้จึงเหมือนกับกฎหมายฉบับอื่นๆ ที่ยังไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในทางปฏิบัติ ขาดการเตรียมความพร้อมให้ประชาชนเข้าใจคำว่า **“สุขภาพ”** ซึ่งเป็นลักษณะ **“สร้างนำซ่อม”** การนำเสนอหลักการ **“ซ่อมถ้วนหน้า”** ด้วยเงิน 30 บาท จึงเหมือนการเชิญชวนให้ประชาชนมาโรงพยาบาล ปัญหาสาธารณสุขจึงยังวนเวียนอยู่ที่เดิม งบประมาณของรัฐที่ทุ่มลงไปก็จะเกิดประโยชน์น้อย ไม่คุ้มค่าคุ้มทุนสอดคล้องกับผลการศึกษาภาพรวม และผลกระทบด้านจริยธรรมของแพทย์เกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่ว่า ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลในโครงการ 30 บาท ร้อยละ 67.3 ตอบว่าลดลง มีเพียงร้อยละ 6.7 ที่ตอบว่าดีขึ้น และร้อยละ 59.6 นโยบายของผู้บริหารให้นายแพทย์ลดค่าใช้จ่ายยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อบริการสุขภาพโดยรวมของประชาชน ปัญหาที่ประสบส่วนมากของแพทย์จะเป็นเรื่องปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นและระบบการบริหารจัดการ (คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางจริยธรรม แพทย์สภา,2546)

4.2.7 ปัญหาและอุปสรรคสำคัญ คือ แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายสั่งการเร่งด่วนของกระทรวง ขาดการเตรียมความพร้อมขององค์กรและบุคลากรของโรงพยาบาล

ปัญหาและอุปสรรคของโครงการ 30 บาทต่อการสร้างเสริมสุขภาพพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่า รัฐดำเนินนโยบายผิดพลาดที่ใช้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (ซ่อมนำสร้าง) แพทย์ส่วนใหญ่รู้สึกอึดอัด ขาดอิสรภาพในการรักษาผู้ป่วย นโยบายของกระทรวงทำให้โรงพยาบาลมีการปรับ

เปลี่ยนตลอดเวลา ทุกโรงพยาบาลเน้นที่งบประมาณต่อหัวที่ได้รับจัดสรรลงไป แพทย์ตามไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของนโยบายและระบบ แพทย์ส่วนหนึ่งเกิดความลังเลไม่แน่ใจในการปฏิบัติงาน เช่นต้องให้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ แพทย์ส่วนหนึ่งจึงลาออกไปทำงานภาคเอกชนเนื่องจากอึดอัด เช่น โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ แพทย์ลาออก 14 คน โรงพยาบาลชุมชน (กรณีศึกษา) แพทย์มี 5 คนเหลือเพียง 2 คน กระแสการลาออกสมองไหลของแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐสู่โรงพยาบาลเอกชนจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แพทย์ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน ผลการศึกษาช่วงแรก ๆ พบว่า นโยบายเน้นให้แพทย์ลงไปที่PCU แต่เมื่อเข้าช่วงที่สองนโยบายนี้กลับเปลี่ยนเป็นให้พยาบาลลงไปที่PCU แทนแพทย์ได้ โดยเฉพาะนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดยังขาดความชัดเจน **รูปแบบกิจกรรม โครงการของงานสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ลงสู่ชุมชนและยังเข้าไม่ถึงชุมชนอย่างแท้จริง**

4.2.8 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ คือ รูปแบบของงานต้องหลากหลาย สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ผลการศึกษาของกรณีศึกษา พบว่า รูปแบบของงานสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา) จังหวัดเชียงใหม่ เน้นงานสร้างเสริมสุขภาพที่นอกโรงพยาบาล คนในชุมชนเป็นหลัก แพทย์เป็นเพียงผู้สนับสนุนให้ความรู้ทางวิชาการ ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา)เน้นรูปแบบการสั่งสมประสบการณ์ก่อนไปสู่ชุมชน เริ่มจากโรงพยาบาลเป็นต้นแบบของแพทย์ทางเลือกและแพทย์พหุลักษณ์ ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) จังหวัดราชบุรี แม้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แต่อยู่ระหว่างการเตรียมตัวเข้าสู่ชุมชน โดยใช้กลไกเดิมของโรงพยาบาลที่มีอยู่ทำงาน **การสร้างจิตสำนึก สร้างวัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพของทุกคนในสังคม การสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่ควรเป็นเรื่องของกระทรวงสาธารณสุข แต่ควรเกี่ยวข้องตั้งแต่ หลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ควรเน้นงานสร้างเสริมสุขภาพกับแพทย์ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและภาคท้องถิ่นต้องเข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง** ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(2544) ที่ให้ความสำคัญกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ และโอกาสการปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วย

4.3 ข้อเสนอแนะ

4.3.1 ด้านนโยบาย

1) นโยบายดีและสอดคล้องกับพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 แต่ควรทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ไปสู่นโยบาย"สร้างนำซ่อม" ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

2) นโยบาย "สร้างนำซ่อม" ควรสร้างกลไกในแต่ละระดับให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของพื้นที่

3) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพควรทำควบคู่ไปกับระบบการศึกษาของโรงเรียนแพทย์

4) หลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ควรปรับปรุงให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่ให้เน้นงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น

4.3.2 ด้านโรงพยาบาล

1) ควรกำหนดให้โครงสร้างของโรงพยาบาล มีองค์ประกอบของงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน รวมทั้งการสร้างความตระหนักแก่แพทย์และบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และแพทย์รวมทั้งบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลจะต้องร่วมมือกัน

2) ควรให้แพทย์และบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ/กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

3) การเตรียมความพร้อมแพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาล ในการปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การเพิ่มพูนความรู้/ทักษะการทำงานกับชุมชนแก่แพทย์ ที่จะทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับบุคลากรอื่นของโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่นๆ

4) การรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ประชาคมของโรงพยาบาล และบุคคลภายนอกได้ทราบถึงนโยบาย แผนงานของโรงพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

5) ควรสร้างความตระหนัก ความรู้สึกรับผิดชอบและแรงจูงใจ ที่จะทำให้โรงพยาบาลเอกชนทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ถือว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบของภาครัฐเท่านั้น

4.3.3 ด้านแพทย์

1) บทบาทของแพทย์ต่องานสร้างเสริมสุขภาพ **แพทย์ควรเป็นเพียงผู้สนับสนุนหลัก คิดค้นรูปแบบของงาน ริเริ่มงานและเป็นกลไกควบคุม กำกับ ตรวจสอบด้านนโยบายมากกว่า**

เป็นผู้ปฏิบัติงานโดยตรง งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทของทุกคน ไม่ใช่เฉพาะแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข

2) ควรสร้างวัฒนธรรมระบบคิดใหม่กับแพทย์โดยให้แพทย์ตระหนักว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์ที่ต้องบูรณาการเข้าไปในระบบสุขภาพแบบองค์รวม

4.3.4 ด้านผลตอบแทนเป็นเงิน

โรงพยาบาลจะต้องกำหนดให้ชัดเจนเกี่ยวกับการใช้จ่ายงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพ ผลตอบแทนเป็นเงินสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้จะต้องเหมาะสมเป็นธรรมและไม่เกิดความรู้สึกเหลื่อมล้ำระหว่างผลตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้กับค่าตอบแทนที่แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นได้รับ

4.3.5 ด้านมาตรการจูงใจและขวัญกำลังใจ

1) ควรมีมาตรการที่ส่งเสริมแพทย์และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อาทิ การให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า เหมาะสม เสมอภาคและเป็นธรรม นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจมีความชัดเจน มีแผนงานและกิจกรรมรองรับ ผู้บริหารเป็นแบบอย่างและจริงใจในการปฏิบัติงาน สร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ มีจำนวนแพทย์ที่เพียงพอในการปฏิบัติงานทั้งด้านรักษาและส่งเสริม สร้างความตระหนักในคุณค่าและประโยชน์ของงานสร้างเสริมสุขภาพ

2) ควรมีมาตรการจูงใจแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อาทิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ทำงานในด้านการสร้างเสริมสุขภาพควรได้รับการยอมรับในเกียรติและศักดิศรี และสร้างโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานเท่าเทียมกับแพทย์ในสาขาอื่น ๆ

3) ควรสร้างขวัญและกำลังใจสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ อาทิ ผู้บริหารเอาใจใส่ ยกย่องชมเชยที่ทำงานสำเร็จ ประกาศเกียรติคุณและเผยแพร่ผลงาน ให้แพทย์มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจ ให้การสนับสนุนและสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ให้โอกาสในการศึกษา หาความรู้ เพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติงาน เป็นต้น

4.3.6 ด้านกลไกการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ

1) ควรสร้างให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

2) ควรมีการร่วมมือกันในระดับกระทรวง ในการกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงที่เกี่ยว

ข้องกับสังคม จัดเป็น Package ร่วมกันเพื่อประหยัดงบประมาณและป้องกันการซ้ำซ้อนของงาน ภาคเอกชน อาทิ สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) สำนักงานกองทุนวิจัย(สกว.) เป็นต้น

3) ระดับท้องถิ่นควรประสานความร่วมมือระหว่างวัด โรงเรียน สถานีอนามัย เทศบาล/อบต. กลุ่มต่างๆ ในชุมชน ครอบครัว เพื่อให้เกิดพลังในการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นของทุกคนในชุมชน

4) ควรมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ มีการเชื่อมโยงข้อมูลของแต่ละพื้นที่

5) เตรียมความพร้อมทรัพยากรการบริหาร (องค์กร คน งบประมาณ สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ การจัดการ) อย่างเพียงพอที่จะปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

6) ควรพัฒนารูปแบบการให้บริการของสถานีอนามัย โดยต้องทำให้ทีมงานที่อยู่ที่สถานีอนามัยมีศักยภาพ สามารถดูแลประชาชนเพิ่มขึ้น มีทีมงานแพทย์พยาบาลเป็นที่ปรึกษาและสาธารณสุขให้ความร่วมมือในการวางแผนเชิงรุก ดูแลสุขภาพอนามัยให้ครอบคลุมทั้งสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ฟื้นฟู รักษา โดยทั้งนี้ทีมงานต้องอยู่ในพื้นที่และตำบลเป็นหลัก

บรรณานุกรม

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ). *มิติสุขภาพ : กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2545.

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า , สวรส. *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซร์จำกัด , 2544.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. *กรอบชุดโครงการวิจัยการประเมินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ* , 2545.

เดชรัต สุขกำเนิด,วิชัย เอกพลากร,ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. *การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : แนวคิด แนวทางและแนวปฏิบัติ*.นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2545.

เทพพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ. *พฤติกรรมองค์การ*. กรุงเทพมหานคร : บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2529.

ธงชัย สันติวงษ์. *องค์การและการบริหาร : การศึกษาการจัดการแผนใหม่* (บทที่ 20 ว่าด้วยตัวบุคคล : พฤติกรรมและการจูงใจ). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช , 2539.

นักศึกษาปริญญาโทคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *รายงานเรื่อง "การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า"* , 2545.

นิคม มูลเมือง. *การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิดก้าวหน้าของผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ* . ชลบุรี : สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา , 2541

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์และอนุพงศ์ สุจริยะกุล. *นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2543

ประเทือง ภูมิภัทราคม. *การปรับพฤติกรรม : ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พริ้นติ้งเฮาส์, (ไม่ระบุพ.ศ. ที่พิมพ์)

ปราณี รามสูตร. *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ : สถาบันราชภัฏธนบุรี , 2542

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. *จิตวิทยาอุตสาหกรรม*.กรุงเทพมหานคร : ศูนย์สื่อเสริมสุขภาพ.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์."โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ".*เส้นทางสู่...การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน*. กรุงเทพฯ .ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541.

มาลินี จุฑะรพ. *จิตวิทยาธุรกิจ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทิพยวิสุทธิ์, (ไม่ระบุพ.ศ. ที่พิมพ์)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. *"เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมมนุษย์* (หน่วยที่ 1 – 8)". นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2539.

โรงพยาบาลทั่วไป(1). *รายงานประจำปี*, 2544. และ

โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา). *รายงานประจำปี*, 2546.

โรงพยาบาลศูนย์(4). *รายงานประจำปี* , 2544.

โรงพยาบาลศูนย์(3). *รายงานประจำปี* , 2545.

โรงพยาบาลศูนย์(2). *รายงานประจำปี* , 2544.

วิจิตร ระวิวงศ์และคณะ. *รายงานการวิจัยเรื่อง "ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ* ", 2543.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์,อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล,นวลอนันต์ ตันติเกตุและคณะ. *นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

วิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. *แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว*,ม.ป.ป.

วิพุธ พูลเจริญและคณะ. *สู่การปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.

ศิริโสภาคย์ บูรพาเดชะ. *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ : คณะพาณิชย์ศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.

ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน* (ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 1 ตามมติที่ประชุมศูนย์, 2545.

สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข. *ธรรมนูญสุขภาพคนไทย* (ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545), 2545.

"_____ " _____". *ฝ่าวิกฤตสุขภาพ 2543*. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์, 2543.

สำนักทะเบียบราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย.*ทะเบียนราษฎร์*, 2543.

"_____ "." _____",2544.

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. *การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบ : โครงการโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2545.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. "อะไรคือ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและอะไรคือ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ" *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประเพณีครั้งที่ 9 (ธรรมศาสตร์ มหิดล กองทัพเรือ เกษตรศาสตร์* , 2545.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. *ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ* . กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.

เสนาะ ติเยาว์. ศาสตราจารย์.*หลักการบริหาร*.(แก้ไขปรับปรุงครั้งที่ 2).กรุงเทพมหนคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ,2542.

สมใจ ลักษณะ. *พฤติกรรมองค์การ*. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์หนังสือสถาบันราชภัฏสวนสุนันทา, 2542.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาธิต (บรรณาธิการ). *นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ*. นนทบุรี : โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

อุทัย หิรัญโต.*หลักการบริหารงานบุคคล*.กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส.พริ้นติ้ง เฮ้าส์, 2531.

Thmas willard Harrell. Industrial Psychology New York : Holt Rinehart and winston, 1972

วารสาร

1. แพทย์สภาสาร ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม 2546)
2. วารสารหมออนามัย ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 (มีนาคม – เมษายน 2544)
3. "_____ " ปีที่ 10 ฉบับที่ 6 (พฤษภาคม - มิถุนายน 2544)
4. วารสารเพื่อนสุขภาพ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 , 2544

หนังสือพิมพ์

1. หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ ฉบับวันที่ 4 พฤศจิกายน 2545, 3 ธันวาคม 2545, 9 ธันวาคม 2545 และ 12 ธันวาคม 2545
2. หนังสือพิมพ์ผู้จัดการรายวัน ฉบับวันที่ 11 กรกฎาคม 2545 , 10 – 11 สิงหาคม 2545, 3 กันยายน 2545 และ 12 กันยายน 2545
3. หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 10 กรกฎาคม 2545, 11 กรกฎาคม 2545, 18 กรกฎาคม 2545, 5 สิงหาคม 2545, 6 สิงหาคม 2545, 10 สิงหาคม 2545, 27 สิงหาคม 2545, 16 กันยายน 2545, 3 ตุลาคม 2545 และ 8 ตุลาคม 2545

แผ่นพับ

สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. *สิทธิประโยชน์ตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. 2545(แผนพับ).

ภาคผนวก

ผนวก ก.
ข้อมูลพื้นฐาน

1. จังหวัดเชียงใหม่

จังหวัดเชียงใหม่เป็นเมืองเก่าแก่ ตั้งอยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลประมาณ 1,027 ฟุต (310 เมตร) มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 20,107.057 ตารางกิโลเมตรหรือประมาณ 12,533,911 ไร่ พื้นที่ราบลุ่มส่วนใหญ่เป็นบริเวณลุ่มแม่น้ำปิง อีกส่วนหนึ่งเป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำกก จังหวัดเชียงใหม่มีสภาพอากาศเย็นเกือบตลอดปี

จังหวัดเชียงใหม่มีประชากรทั้งสิ้น 1,590,327 คน เป็นชาย 787,784 คน(ร้อยละ 49.53)เป็นหญิง 802,543 คน(ร้อยละ 50.47) ประชากรกลุ่มอายุ 0-4 ปี จำนวน 88,659 คน กลุ่มอายุ 5-19 ปี จำนวน 334,270 คน กลุ่มอายุ 20-59 ปี จำนวน 874,075 คน และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 172,718 คน ที่เหลือไม่ทราบกลุ่มอายุ 7,653 คน ผู้อยู่ในทะเบียนบ้านกลางจำนวน 27,731 คน และผู้ไม่ใช่สัญชาติไทย 85,221 คน ประชากรเหล่านี้ประกอบด้วยชาวไทยภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่อพยบเข้ามาตั้งถิ่นฐานอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ รองลงมาได้แก่ศาสนาคริสต์และอิสลาม นอกจากนี้ประชากรของจังหวัดเชียงใหม่ยังเป็นชาวเขามีจำนวนประมาณ 190,770 คน กระจัดกระจายอยู่เกือบทุกอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่

1.1 วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและข้อจำกัด สถานะสุขภาพของพื้นที่ศึกษาภาคเหนือ

1.1.1 จุดแข็ง

1) การพัฒนาด้านสุขภาพ มีความก้าวหน้า ผู้บริหาร ผู้นำ มีวิสัยทัศน์กว้างไกล

2) บุคลากรด้านสาธารณสุขมีจำนวนมากหลากหลายสาขาวิชาชีพ มีประสบการณ์ประชาชนยอมรับในบทบาทหน้าที่

3) องค์กรด้านสาธารณสุข ประชาชน ชมรม อสม. เข้มแข็ง และเอกชนให้ความสนใจ ให้ความร่วมมือและมีบทบาทในระบบสุขภาพ

4) สถานบริการสาธารณสุขครอบคลุมทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชนและโรงพยาบาลเฉพาะทาง มีการแข็งขันพัฒนาด้านคุณภาพบริการ ทำให้ประชาชนมีโอกาสทางเลือกใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

5) สถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนมีจำนวนมาก และผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกสาขา เอื้อต่อระบบบริการหน่วยงานสาธารณสุข

6) ระบบสารสนเทศ เทคโนโลยี ด้านข้อมูลข่าวสารทันสมัย ก้าวไกล ส่งผลต่อระบบการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล เชื่อมโยงสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีความพร้อมด้านบริการมากขึ้น

1.1.2 จุดอ่อน

1) การบริหารยังมีการรวมศูนย์อยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2) นโยบายมีมากซ้ำซ้อน และยังต้องรับนโยบายจากส่วนกลางเพื่อถ่ายทอดสู่ระดับอำเภอ ตำบล

3) บุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนมาก แต่การกระจายในพื้นที่ไม่เหมาะสม

4) จำนวนเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีมากเกินไป ขณะที่บางพื้นที่ยังขาดแคลน

5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังทำงานเชิงรับ ขาดความริเริ่ม ขาดจิตสำนึก ขาดความรับผิดชอบ

6) องค์กรประชาชนยังขาดความตระหนัก และไม่เห็นความสำคัญของสุขภาพ คิดว่าสุขภาพคือการรักษาพยาบาล

7). ชุมชนไม่มีความพร้อมในการดำเนินงานสาธารณสุขเพื่อชุมชน

8) ระบบบริการ สปร. ยังไม่ครอบคลุมและเป็นธรรม

9) สถานบริการบางแห่งยังไม่มีความพร้อมด้านมาตรฐานคุณภาพบริการ

10) ระบบส่งต่อยังมีความล่าช้า เหลื่อมล้ำ

11) การประสานงานในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานมีขั้นตอนมาก

12) การบริหารเวชภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ ในระดับสถานีอนามัย ยังไม่เหมาะสม

13) ขณะเดียวกันสถานบริการระดับสูงขึ้น บางแห่งพบว่าใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เกินความจำเป็น

1.1.3 โอกาส

1) เมืองเชียงใหม่เป็นเมืองท่องเที่ยว เป็นศูนย์การค้า การเงินของภาคเหนือ ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น

2) มีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น เอื้อต่อระบบการดูแลสุขภาพ

3) ระบบเทคโนโลยี การสื่อสาร ก้าวไกล ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารทันเหตุการณ์

4) เป็นศูนย์กลางการศึกษาทั้งระบบอุดมศึกษา อาชีวศึกษา มัธยมศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน

5) ประชาชนมีโอกาสได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการมาก มีผลดีต่อระบบสุขภาพ

6) ประชาชนมีโอกาสเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งภาครัฐและเอกชน

7) ด้านบริการทางการแพทย์มีความพร้อมสูง

8) ผลกระทบจากปัญหาการระบาดของโรคเอดส์ ทำให้เกิดการรวมกลุ่มการทำงานเป็นเครือข่าย และได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชนจำนวนมาก

1.1.4 ข้อจำกัด

1) ภูมิประเทศเป็นพื้นที่สูงเกือบ 80% มีความหลากหลาย มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มชุมชนพื้นที่สูงกลุ่มด้อยโอกาส

2) มีพื้นที่ติดต่อกับชายแดนประเทศพม่า ทำให้เกิดปัญหาการเคลื่อนย้ายประชา-กร กลุ่มแรงงานต่างด้าว ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคติดต่อเพิ่มมากขึ้น

3) ความแตกต่างระหว่างลักษณะพื้นที่ เผ่าพันธ์ ภาษา วัฒนธรรม การศึกษาและความเชื่อของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและข้อจำกัดในการจัดบริการด้านสุขภาพ

4) การเมืองมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ของข้าราชการในพื้นที่ และข้าราชการส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการบริหาร และบริการด้านสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมต่อประชาชนเท่าที่ควร

5) การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของชุมชนท้องถิ่น

6) ผลกระทบจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนไม่ได้ให้ความสำคัญด้านการดูแลสุขภาพเท่าที่ควร โดยประชาชนมุ่งที่จะทำงานเพื่อหารายได้ เลี้ยงชีพ ส่งผลให้ขาดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2544 : 3 – 5)

1.1.5 ด้านสาธารณสุข

สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่แจ้งว่า สาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในจังหวัดเชียงใหม่ 5 อันดับแรกไว้ มีดังนี้ (ตารางที่ ก.1)

ตารางที่ ก.1 สาเหตุการตายที่สำคัญ5 อันดับแรก
ของจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2542

ลำดับ	สาเหตุการตาย	จำนวน
1	โรคเอดส์	2,102
2	โรคหัวใจ	1,689
3	โรคมะเร็งทุกชนิด	1,014
4	โรคของระบบหายใจ ยกเว้นทางเดินหายใจส่วนบน	875
5	การฆ่าตัวตาย	435

ที่มา : สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่ (อ้างใน โรงพยาบาลทั่วไป(1) จังหวัดเชียงใหม่, 2544 : 19)

พื้นที่ศึกษาภาคเหนือมีสถานพยาบาลประเภทบริการทั่วไป 41 แห่งและประเภทบริการเฉพาะโรค 7 แห่ง ให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกได้ถึง 3,837,552 ราย (ตารางที่ ก.2)

ตารางที่ ก.2 จำนวนสถานพยาบาลในจังหวัดที่มีเตียงผู้ป่วยรับไว้ค้างคืน จำนวนเตียง แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย จำแนกตามประเภทสถานพยาบาลและสังกัด ปีงบประมาณ 2543

สังกัด	จำนวน สถานพยาบาล	จำนวน เตียง	จำนวน แพทย์	จำนวน ทันตแพทย์	จำนวน พยาบาล	จำนวน ผู้ช่วยพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย		
							รวม	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก
รวมยอด	**48**	**6,185**	**868**	**227**	**2,921**	**2,308**	**3,837,552**	**952,997**	**2,884,555**
ประเภทบริการทั่วไป	**41**	**4,715**	**818**	**218**	**2,458**	**2,206**	**3,639,095**	**932,041**	**2,707,054**
รัฐบาล	27	2,965	687	204	1,922	1,379	2,694,105	818,996	1,875,109
กระทรวงสาธารณสุข	23	1,306	134	64	506	321	1,508,204	340,410	1,167,794
กระทรวงอื่น ๆ	4	1,659	553	140	1,416	1,058	1,185,901	478,586	707,315
รัฐวิสาหกิจ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
เทศบาล	1	30	4	2	9	2	29,513	-	29,513
เอกชน	13	1,720	127	12	527	825	915,477	113,045	802,432
องค์กรอิสระ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ประเภทบริการเฉพาะโรค	**7**	**1,470**	**50**	**9**	**463**	**102**	**198,457**	**20,956**	**177,501**
รัฐบาล	5	1,380	40	8	447	72	185,191	20,195	164,996
กระทรวงสาธารณสุข	5	1,380	40	8	447	72	185,191	20,195	164,996
กระทรวงอื่น ๆ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
เอกชน	2	90	10	1	16	30	13,266	761	12,505

ที่มา : สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่ (อ้างใน โรงพยาบาล(ทั่วไป(1) , 2544 : 18)

1.2 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่ศึกษาภาคเหนือ

1.2.1 วิสัยทัศน์

ชาวเชียงใหม่สุขภาพดี บริการดีมีมาตรฐาน
หลักประกันครอบคลุม ชุมชนเข้มแข็ง
เมืองแห่งความน่าอยู่

1.2.2 ยุทธศาสตร์แนวทางการพัฒนา

1) เร่งสร้างสุขภาพดีและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
2) พัฒนาสถานบริการและเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพ
3) จัดระบบประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส
4) เตรียมการถ่ายโอนอำนาจสู่การปกครองท้องถิ่น
5) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมใช้ในแนวทาง "เมืองน่าอยู่"

1.3 สถานบริการที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดเชียงใหม่

1.3.1 สถานพยาบาลปฐมภูมิ

1) ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนเทศบาล 8 แห่ง
2) สถานีอนามัย 258 แห่ง

1.3.2 สถานบริการที่เป็นทั้ง Main Centractor และ Supra Contractor

1) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2) โรงพยาบาลแมคคอร์มิค
3) โรงพยาบาลเซ็นทรัลเมโมเรียล
4) โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม 2
5) โรงพยาบาลช้างเผือก
6) โรงพยาบาลราชเวช
7) โรงพยาบาลรวมแพทย์
8) โรงพยาบาลเชียงใหม่
9) โรงพยาบาลหมอวงศ์
10) โรงพยาบาลแมคเคน
11) โรงพยาบาลนครพิงค์
12) โรงพยาบาลฝาง
13) โรงพยาบาลสันป่าตอง
14) โรงพยาบาลจอมทอง

1.3.3 โรงพยาบาลที่เป็น Main Contractor อย่างเดียว

1) โรงพยาบาลเทศบาล
2) โรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง

1.3.4 โรงพยาบาลที่เป็น Super Contractor อย่างเดียว

1) โรงพยาบาลค่ายกาวิละ
2) โรงพยาบาลสวนปรุง
3) โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

4) ศูนย์บำบัดยาเสพติดภาคเหนือ

5) ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาเด็กภาคเหนือ

6) โรงพยาบาลแม่และเด็กเชียงใหม่

7) ศูนย์วัณโรค เขต 10 เชียงใหม่

8) ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์ เขต 10 เชียงใหม่

9) สถานพยาบาลบรรเทาทุกข์โบราณภาคเหนือ

10) แพทย์แผนโบราณล้านนา

3.3.5 สถานบริการที่ไม่ได้เข้าโครงการ

1) โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม 1

2) โรงพยาบาลลานนา

3) โรงพยาบาลกองบิน 41

4) โรงพยาบาลค่ายดารารัศมี อำเภอแม่ริม

1.4 สิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน - ควบคุมโรค ภายใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีดังนี้

1. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
2. การดูแลสุขภาพเด็ก ตลอดจนการให้ภูมิคุ้มกันการพัฒนาการและโภชนา
3. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง(ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยแพทย์สภา 2545 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่าง ๆ)
4. การวางแผนครอบครัว
5. การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)
6. การให้ความความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
7. การให้คำปรึกษาสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
8. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทางด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่
    - การตรวจสุขภาพช่องปาก
    - การแนะนำด้านทันตสุขภาพ
    - การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยฉายรังษีบริเวณศรีษะและลำคอ
    - เคลือบหลุ่มช่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

1.5 ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

1.5.1 โรงพยาบาลศูนย์(1)

โรงพยาบาลศูนย์(1) ขนาด 1,574 เตียง เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2544 ประชากรในความรับผิดชอบระยะแรกของการดำเนินการ (เดือนมิถุนายน - กันยายน 2544) มีประชากรรับผิดชอบ 4 ตำบล จำนวน 61,480 คน เป็นผู้มีสิทธิได้รับบัตรทอง 32,829 คน

ต่อมาระยะที่ 2 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 โรงพยาบาลแห่งนี้รับผิดชอบประชากรลดลงเหลือ 3 ตำบล โดยโอนประชากร 1 ตำบลไปให้โรงพยาบาลอื่นรับผิดชอบ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 มีประชากรเฉพาะข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ บิดามารดาและบุตรข้าราชการของพนักงานรัฐวิสาหกิจ กลุ่มประกันสังคมที่ไม่รวมอยู่ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในพื้นที่รับผิดชอบ 3 ตำบล มีจำนวนโรงเรียนทั้งหมด 22 โรงเรียน วัดทั้งหมด 41 วัด

หน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) จำนวน 3 แห่ง คือ PCU 1 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง

โครงสร้างงาน PCU ของโรงพยาบาลแบ่งเป็น 2 งาน คือ (1) งานรักษาพยาบาล และ (2) งานส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค

งานรักษาพยาบาล ประกอบด้วยทีมงานของแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน เจ้าหน้าที่ฝ่ายชันสูตร(Lab) เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมและเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียน

งานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาล ได้จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคเพื่อดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดำเนินงานในด้าน

1. ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว ในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
2. ตรวจดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
3. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันของประเทศ
4. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
5. การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
6. การวางแผนครอบครัว
7. การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
8. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

9. การให้คำปรึกษา สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
10 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก
11. การเฝ้าระวังโรคทางระบาดรักษา

1.5.2 โรงพยาบาลทั่วไป(1)

โรงพยาบาลทั่วไป(1) จังหวัดเชียงใหม่ สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 516 เตียง ปัจจุบันมีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการในด้านการรักษาพยาบาล มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาให้บริการทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ด้านบริหารได้มีการฝึกอบรมทักษะการบริการแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนโดยเน้นที่คุณภาพการบริการของโรงพยาบาล โรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการปลูกสร้างอาคารต่าง ๆ สำหรับบริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูนและแม่ฮ่องสอน

อัตรากำลังบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย แพทย์ 89 คน ทันตแพทย์ 5 คน เภสัชกร 20 คน พยาบาลเทคนิค 124 คน เจ้าหน้าที่อื่นๆ 473 คน โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,084 คนต่อวัน จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย 485 คนต่อเดือน อัตราครองเตียง 97.87 เปอร์เซ็นต์

อัตรากำลังแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในสาขาต่าง ๆ ประกอบด้วย

ผู้อำนวยการ	1	คน
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	1	คน
อายุรแพทย์	8	คน
ศัลยแพทย์ทั่วไป	5	คน
ศัลยแพทย์ยูโรวิทยา	1	คน
ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์	7	คน
กุมารแพทย์	9	คน
จักษุแพทย์	3	คน
ทันตแพทย์	5	คน
รังสีแพทย์	3	คน
โสต ศอ นาสิกแพทย์	4	คน
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	4	คน
แพทย์เวชกรรมสังคม	4	คน
วิสัญญีแพทย์	3	คน
สูติ - นรีแพทย์	6	คน
แพทย์ศัลยกรรมประสาท	1	คน
แพทย์เวชกรรมฟื้นฟู	1	คน

1) วิสัยทัศน์ พันธกิจ

วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลมีมาตรฐานสากล บุคคลมีคุณภาพ ให้บริการที่ประชาชนพึงพอใจ

พันธกิจ

โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานทั้งเชิงรับและเชิงรุก ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพแก่ประชาชนโดยเท่าเทียมกันอย่างมีคุณภาพ มาตรฐานและประสิทธิภาพ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับเพื่อคุณภาพบริการ

1.5.3 โรงพยาบาลชุมชน(1)

โรงพยาบาลชุมชน(1) สังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ขนาด 60 เตียง จำนวนประชากรของอำเภอในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนี้ คือ 76,010 คน จำแนกตามสิทธิ ได้แก่ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจจำนวน 5,864 คน ประสิทธิสังคมจำนวน 3,153 คน ประกันสุขภาพ (UC โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) 66,993 คนและแรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน 800 คน จำแนกตามกลุ่มอายุได้แก่ กลุ่มอายุ 0-14 ปีจำนวน 17,518 คน กลุ่มอายุ 14-59 ปีจำนวน 50,333 คนและกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 8,159 คน

ประชากรประกอบด้วยชนพื้นราบและชาวเขา 9 เผ่า อาชีพส่วนใหญ่คือเกษตร-กรรม บางส่วนมีอาชีพรับจ้างและเก็บของป่า ปัญหาสุขภาพ คือ โรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรียและยาเสพติด สภาพภูมิประเทศเป็นภูเขาสลับที่ราบเชิงเขา โดยมีพื้นที่ราบประมาณ 1 ใน 4 ของพื้นที่ทั้งหมด

จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งสิ้น 96 คน แบ่งเป็นแพทย์ 4 คน ทันตแพทย์ 2 คน เภสัชกร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 22 คน พยาบาลเทคนิค 34 คนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 30 คน

1) โรงพยาบาลมีหน่วยงานปฏิบัติงานปฐมภูมิ(Primary Care Unit) 3 แห่ง คือ

1. PCU แห่งแรก ประกอบด้วย 3 ตำบล มีโรงพยาบาล 1 แห่งและสอ. 3 แห่ง เป็นเครือข่ายดูแลประชากรทั้งหมด 29,756 คน มีสิทธิบัตรทอง(UC) 23,923 คน คิดเป็นร้อยละ 80

2. PCU แห่งที่ 2 ประกอบด้วย 1 ตำบล มีสอ. 5 แห่ง เป็นเครือข่ายดูแลประชากรทั้งหมด 24,489 คน มีสิทธิบัตรทอง(UC) 20,464 คน คิดเป็นร้อยละ 84

3. PCU แห่งที่ 3 ประกอบด้วย 1 ตำบล มีสอ. 3 แห่ง เป็นเครือข่ายดูแลประชากรทั้งหมด 21,765 คน มีสิทธิบัตรทอง(UC) 21,765 คน คิดเป็นร้อยละ 87

เป้าหมายการดำเนินงานของโรงพยาบาล เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ลดการเจ็บป่วย โดยมุ่งเน้น

1. ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติในการดำรงชีวิตที่ถูกต้อง อาหาร การออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย

2. ป้องกันโรค ได้แก่ การค้นหาภาวะเสี่ยง ป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ

3. รักษาแต่ต้น จากป่วยน้อยเปลี่ยนเป็นดูแลรักษาเบื้องต้นได้ จากป่วยมากเปลี่ยนเป็นป่วยน้อย จากป่วยต้อง Admit เปลี่ยนเป็นดูแลในระดับ Primary รักษาโรคเรื้อรังไม่ให้เกิด Complication

2) พันธกิจ วิสัยทัศน์

พันธกิจ

โรงพยาบาลชุมชน(1)เป็นโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ผสมผสานแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง

วิสัยทัศน์

บริการดี มีมาตรฐาน ผู้รับบริการประทับใจ

1.5.4 โรงพยาบาลเอกชน(1)

โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ เป็นโรงพยาบาลขนาด 100 เตียง ให้บริการทางการแพทย์ด้านอายุรกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทั่วไป สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมออร์โธ-ปิดิกส์ จักษุวิทยา โสต นาสิก ลาริงซ์ รังษีวิทยา วิสัญญีวิทยา เวชกรรมป้องกัน ยูโรวิทยา ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมตกแต่ง จิตเวชและทันตกรรม จำนวนห้องตรวจOPD 7 ห้อง ห้องผ่าตัด 3 ห้อง เตียงICUจำนวน 4 เตียง จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 150 คน/วัน อัตราการครองเตียงร้อยละ 50

บุคลากรประกอบด้วย แพทย์ประจำจำนวน 5 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ 2 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน กุมารแพทย์ 1 คน สูตินรีแพทย์ 1 คน

แพทย์ที่ปรึกษาปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลจำนวน 54 คน ได้แก่ อายุรแพทย์จำนวน 12 คน มะเร็งวิทยาจำนวน 1 คน อายุรกรรมโรคติดเชื้อจำนวน 1 คน ศัลยแพทย์จำนวน 23 คน สูติ-นรีเวชวิทยาจำนวน 2 คน กุมารเวชจำนวน 1 คน จักษุวิทยาจำนวน 1 คน จิตประสาทจำนวน 1 คน โสต นาสิก ลาริงซ์จำนวน 1 คน วิสัญญีวิทยาจำนวน 7 คนและรังสีวิทยาจำนวน 4 คน

แพทย์นอกเวลาปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาล จำนวน 24 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 24 คน พยาบาลเทคนิคจำนวน 1 คน พนักงานผู้ป่วยจำนวน 20 คน เภสัชกรจำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฝึกอบรมเองจำนวน 6 คน นักเทคนิคการแพทย์จำนวน 3 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน นักรังษีการแพทย์จำนวน 4 คน

2. จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดอำนาจเจริญ

2.1 จังหวัดอุบลราชธานี

จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนประชากร 1,775,217 คน (ทะเบียนราษฎร์ , 2543) แบ่งการปกครองออกเป็น 20 อำเภอ 5 กิ่งอำเภอ 219 ตำบล 2,533 หมู่บ้าน 23 เทศบาล 216 องค์การบริหารส่วนตำบล (ปกครองจังหวัดอุบลราชธานี , 2544) และมีสถานบริการด้านสุขภาพ จำนวนและอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร สาเหตุการตายที่สำคัญ ผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและจำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ดังต่อไปนี้ (ตาราง ก.3,ก.4,ก.5,ก.6 และ ก.7)

ตารางที่ ก.3 จำนวนสถานบริการภาครัฐ/เอกชน

สถานบริการ	จำนวน
- โรงพยาบาลศูนย์(900 เตียง)	1
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช(90 เตียง)	1
- โรงพยาบาลชุมชน	18
• ขนาด 60 เตียง	6
• ขนาด 30 เตียง	9
• ขนาด 10 เตียง	3
- สถานีอนามัย	309
- สำนักงานสาธารณสุขชุมชน	5
- คลินิก สสจ.	1
- รพ.รัฐสังกัดหน่วยงานอื่น	2
- ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	4
- รพ.เอกชน	6
- คลินิกแพทย์เอกชน	117

หมายเหตุ ข้อมูล ณ กรกฎาคม 2544

ตารางที่ ก.4 จำนวนและอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุข สาขาหลักของภาครัฐและเอกชน ต่อประชากรจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2544

บุคลากร	จำนวน	อัตราส่วน: ประชากร	เป้าหมายแผนฯ 8
แพทย์	205	1: 8,659	1 : 3,300
ทันตแพทย์	50	1: 35,540	1 : 9,800
เภสัชกร	96	1: 18,492	1 : 5,200
พยาบาลวิชาชีพ	1,428	1: 1,243	1 : 900

หมายเหตุ ข้อมูล ณ กรกฎาคม 2544

ตารางที่ ก.5 สาเหตุการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2541-2544

ลำดับ	สาเหตุการตาย	2541		2542		2543		2544	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1.	**โรคหัวใจทุกชนิด**	**1,122**	**63.14**	**1060**	**58.93**	**842**	**47.62**	**1050**	**59.15**
2.	**โรคมะเร็งทุกชนิด**	**845**	**47.55**	**905**	**50.31**	**758**	**42.87**	**813**	**45.80**
3.	**อุบัติเหตุจราจร**	**774**	**43.56**	**677**	**37.64**	**625**	**35.34**	**562**	**31.66**
4.	**โรคเอดส์**	**91**	**5.12**	**275**	**15.29**	**216**	**12.22**	**349**	**19.66**
5.	**ไต,กลุ่มอาการไตพิการ**	**284**	**15.98**	**273**	**15.18**	**278**	**15.72**	**213**	**12.00**

ตารางที่ ก.6 ผลการดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2544

ระบบประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. ข้าราชการพนักงานรับวิสาหกิจและครอบครัว	128,143	7.22
2. บัตรประกันสังคม	31,268	1.76
3. บัตรประกันสุภาพ (บัตร 500 บาท)	104,427	5.88
4. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	682,462	38.45
5. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียม	775,199	43.66
6. ผู้ที่ตกหล่นยังไม่ได้บัตร	53,718	3.03
รวม	**177,5217**	**100**

ข้อมูล ณ วันที่ 28 กันยายน 2544

ปัญหา 1. ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของมหาดไทย ไม่เป็นปัจจุบัน
2. เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักซ้ำกัน
3. ออกบัตรซ้ำซ้อนในกลุ่มข้าราชการและครอบครัว, ประกันสังคม

ตารางที่ ก.7 จำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียมและแบบเสียค่าธรรมเนียม จำแนกตามโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนในแต่ละอำเภอจังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อสถานบริการ	*จำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียม*	*จำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบเสียค่าธรรมเนียม*	*รวม*
รพศ.สรรพสิทธิประสงค์	74,094	72,579	146,673
รพช.ศรีเมืองใหม่	27,096	23,888	50,984
รพช.โขงเจียม	12,892	12,275	25,167
รพช.เขื่องใน	40,576	46,203	86,779
รพช.เขมราฐ	37,948	47,364	85,312
รพช.นาจะหลวย	19,147	22,002	41,149
รพช.น้ำยืน	39,250	40,481	79,731
รพช.บุณฑริก	32,513	35,890	68,403
รพช.ตระการพืชผล	43,645	48,357	92,002
รพช.กุดข้าวปุ้น	21,967	9,824	31,791
รพช.ม่วงสามสิบ	30,694	33,677	64,371
รพช.วารินชำราบ	35,864	42,560	78,424
รพช.พิบูลมังสาหาร	52,737	47,936	52,249
รพช.ตาลสุม	11,599	13,650	25,249
รพช.โพธิ์ไทร	16,502	14,763	31,265
รพช.สำโรง	24,763	15,602	40,365
รพช.ดอนมดแดง	10,278	10,500	20,778
รพช.สิรินธร	21,735	15,541	37,276
รพช.ทุ่งศรีอุดม	10,004	11,248	21,252
รพร.เดชอุดม	67,256	70,703	137,959
รพ.กองบิน21	466	1,159	1,625
รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์	10,432	13,511	23,943
รพ.เอกชนร่มเกล้า	4,132	5,491	9,623
รพ.อุบลรักษ์ธนบุรี	6,326	6,279	126,05
รพ.ราชเวชอุบลราชธานี	2,474	4,283	67,57
รพ.ศูนย์วิชาการศูนย์สุขภาพเขต 7	9,205	11,591	20,796
รวม	**663,595**	**677,357**	**1,577,953**

ที่มา: http://203.157.2.238/workxeon/NumbercardHuspProvincer.Jsp., 26 มิถุนายน 2545.

2.2 จังหวัดอำนาจเจริญ

จังหวัดอำนาจเจริญมีจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ จำนวน 368,800 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ 56 ตำบล 599 หมู่บ้าน 29 ชุมชน 8 เทศบาล 55 องค์การบริหารส่วนตำบล (สำนักทะเบียนราษฎร์ 31 ธันวาคม 2544) และมีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน และอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร สาเหตุการตายที่สำคัญ ผลการดำเนินงานจำนวนและร้อยละสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ดังต่อไปนี้ (ตารางที่ ก.8,ก.9,ก.10,ก.11 และ ก.12)

ตารางที่ ก.8 จำนวนสถานบริการภาครัฐ

สถานบริการ	จำนวน
-โรงพยาบาลทั่วไป (270 เตียง)	1
-โรงพยาบาลชุมชน	6
• ขนาด 30 เตียง	5
• ขนาด 10 เตียง	1
-สถานีอนามัย	76
รวม	83

**** หมายเหตุ ข้อมูล ณ กรกฎาคม 2545**

ตารางที่ ก.9 จำนวนและอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุข ต่อประชากร จังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2544

บุคลากร	จำนวน	อัตราส่วน: ประชากร	
		จังหวัด	ประเทศ
แพทย์	31	1: 11,897	1: 4,165
ทันตแพทย์	17	1: 21,694	1: 19,677
เภสัชกร	33	1: 11,176	1: 10,532
พยาบาลวิชาชีพ	306	1: 1,205	1: 1,090

ตารางที่ ก.10 สาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรก จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2543-2544

สาเหตุการตาย	2543		2544	
	ลำดับที่	ร้อยละ	ลำดับที่	ร้อยละ
มะเร็งตับ	1	20.1	1	20.6
เอดส์	3	10.9	2	12.4
ชรา	2	17.2	3	9.0
เบาหวาน	4	7.7	4	4.7
ไตวาย	7	3.9	5	3.9
วัณโรคปอด	8	2.9	6	3.6
ความดันโลหิตสูง	9	1.5	7	3.1
อุบัติเหตุจากการขนส่ง	6	4.1	8	2.7
หัวใจวาย	5	7.0	8	2.7
ปอดบวม	10	0.5	10	2.4

การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ได้ดำเนินการ 2 ระยะคือ

1. ระยะที่ 1 ดำเนินการ 1 มิถุนายน 2544 – 30 กันยายน 2544 กำหนดให้มีการสำรวจและขึ้นทะเบียนผู้ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพใดๆ พร้อมทั้งออกบัตรทอง

2. ระยะที่ 2 ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นมา ได้ดำเนินการดังนี้

ก. ขึ้นทะเบียนและออกบัตร

ข. จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ(Primary Care Unit)

ค. บริหารงบประมาณ

ง. ประเมินผล

ตารางที่ ก.11 จำนวนและร้อยละสิทธิบัตรต่างๆ

ประชากร	สิทธิบัตร					
	ข้าราชการ		ประกันสังคม		ขึ้นทะเบียน UC	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
366,895	15,165	4.13	716	0.20	351,014	95.67

ตารางที่ ก.12 จำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียมและแบบเสียค่าธรรมเนียม จำแนกตามโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนในแต่ละอำเภอจังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อสถานบริการ	*จำนวน สิทธิบัตรประกันสุขภาพ แบบไม่เสียค่าธรรมเนียม*	*จำนวน สิทธิบัตรประกันสุขภาพ แบบเสียค่าธรรมเนียม*	*รวม*
รพท.อำนาจเจริญ	70,265	53,774	124,039
รพช.ชานุมาน	14,329	9,937	24,266
รพช.ปทุมราชวงศา	22,559	15,421	37,980
รพช.พนา	13,743	8,624	22,358
รพช.เสนางคนิคม	17,991	9,884	27,875
รพช.หัวตะพาน	16,731	16,270	33,001
รพช.ลืออำนาจ	17,664	12,481	30,145
รวม	**173,273**	**126,391**	**299,664**

ที่มา: http://203.157.2.238/workxeon/NumbercardHuspProvincer.Jsp., 26 มิถุนายน 2545.

2.3 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

2.3.1 โรงพยาบาลศูนย์(2)

โรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ เป็นโรงพยาบาลขนาด 900 เตียง มีการจัดบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Medical Care) เพื่อให้บริการแก่ประชาชน 8 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตรากำลังบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงดังนี้ แพทย์ 91 คน ทันตแพทย์ 11 คน เภสัชกร 26 คน พยาบาลวิชาชีพ 489 คน พยาบาลเทคนิคและเจ้าหน้าที่พยาบาล 322 คน เจ้าหน้าที่อื่นๆ 176 คน โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,485 คนต่อวัน จำนวนผู้ป่วยใน 883 คนต่อวัน อัตราครองเตียง 95.95 เปอร์เซ็นต์

1) นโยบาย แผนงานและกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมีพันธกิจ วิสัยทัศน์ และเป้าหมายดังต่อไปนี้

พันธกิจ

1. ให้บริการทางการแพทย์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์และสังคม

2. ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข

3. วิจัยเพื่อพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ ระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน

วิสัยทัศน์

เราจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำในการให้บริการครบทุกสาขาอย่างมีคุณภาพ และธำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของประชาชน

เป้าหมาย

1. การบริหารมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และก้าวทันต่อเหตุการณ์
2. ให้บริการทุกระดับอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน
3. ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
4. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
5. มีการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
6. ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา

จากพันธกิจ วิสัยทัศน์และเป้าหมายของโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขอย่างเป็นองค์รวม เพื่อการธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ในขณะที่การกำหนดเป้าหมายด้านการสร้างเสริมสุขภาพมิได้มีความชัดเจนเท่าที่ควร

กิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคของโรงพยาบาลมีดังต่อไปนี้

1. งานอนามัยแม่และเด็ก

    1.1 คลินิก ANC

    1.2 คลินิกทันตกรรมในหญิงมีครรภ์

2. งานวางแผนครอบครัวให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

3. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน (เด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก วัณโรค โปลิโอ ครบตามเกณฑ์)

4. การให้สุขศึกษาในโรงพยาบาล

5. การให้บริการตรวจสุขภาพแก่ประชาชนวัยแรงงาน ด้านอาชีวอนามัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

    5.1 งานอาชีวเวชกรรมคลินิก

    5.2 งานอาชีวเวชกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพหน่วยอาชีวเวชกรรมเคลื่อนที่เชิงรุกตามสถานประกอบการ

6. งานควบคุมแลป้องกันโรคไม่ติดต่อ

    6.1 คลินิกสูงอายุ

    6.2 คลินิกเบาหวาน

    6.3 คลินิกสารเสพติด

    6.4 คลินิกเลิกบุหรี่

    6.5 คลินิกคลายเครียด

อย่างไรก็ตาม กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งหมดของโรงพยาบาลยังคงดำเนินไปตามกรอบการกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้มีดัชนีชี้วัด เนื่องด้วยข้อจำกัดของการเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการตติยภูมิ โรงพยาบาลจึงได้มีการเปิดดำเนินการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพขึ้นในโรงพยาบาลในปี 2543 และดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. จัดบริการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ 5 วัน

2. เปิดบริการคลินิกการแพทย์พหุลักษณ์ใช้หลักการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

    2.1 คลินิกนวด

    2.2 การฝังเข็มแบบจีน

    2.3 หลักชีวจิต

    2.4 ดุลยภาพบำบัด

    2.5 การบำบัดรักษาด้วยการจัดท่า

    2.6 โภชนาการประยุกต์

2.7 ระบบบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า

2.8 สมาธิจิตบำบัด

2.9 อบสมุนไพร

3. ฝึกอบรมบุคลากรเรื่องการประยุกต์ใช้หลักการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

3.1 การแพทย์แผนไทย

3.2 การแพทย์ฝังเข็มแบบจีน

3.3 หลักชีวจิต

3.4 ดุลยภาพบำบัด

3.5 การนวดกดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

3.6 ธาราบำบัด

4. ฝึกอบรมบุคลากรด้านทักษะการส่งเสริมสุขภาพ

5. สนับสนุนนวิทยากรด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่หน่วยงานอื่นๆ

การทำงานเชิงรุกในระดับชุมชนยังไม่มีความชัดเจน นอกจากการเปิด PCU ในโรงพยาบาล 1 แห่ง และนอกโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบ 2 แห่ง โดยผู้เข้ามารับงานคือเจ้าหน้าที่บางส่วนที่ทำงานในแผนกเวชกรรมสังคม ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่ใน PCU ก็ยังคงเป็นกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ มีการลงชุมชนบ้างในลักษณะของ Home Health Care แต่ยังไม่ได้เน้นในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเป็นระยะเริ่มต้นของโครงการ PCU งานด้านสร้างเสริมสุขภาพยังต้องมีการปรับกลยุทธและพัฒนาต่อไป

2.3.2 โรงพยาบาลทั่วไป(2)

โรงพยาบาลทั่วไปแห่งนี้ มีขนาด 270 เตียง เพื่อให้บริการแก่ประชาชนในจังหวัด มีอัตรากำลังบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงดังนี้ แพทย์ 26 คนทันตแพทย์ 5 คน เภสัชกร 8 คน พยาบาลวิชาชีพ 112 คน พยาบาลเทคนิค 94 คน เจ้าหน้าที่อื่นๆ 57 คน โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 434 คนต่อวัน จำนวนผู้ป่วยใน 139 คนต่อวัน อัตราครองเตียง 58.09 เปอร์เซ็นต์

1) พันธกิจ วิสัยทัศน์และเป้าหมาย

พันธกิจ

โรงพยาบาลมีพันธะรับผิดชอบต่อรัฐและประชาชน ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นสถานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข สนับสนุนพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งของรัฐและเอกชน ในเขตจังหวัดอำนาจเจริญ รวมทั้งส่งเสริมงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข ควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

วิสัยทัศน์

เป็นโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐขนาด 400 เตียง ภายใต้การกำกับของชุมชน มีการบริหารกึ่งเอกชน เป็นผู้นำในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เน้นการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยยึดมั่นในสิทธิและคุณค่าชีวิตของผู้ป่วย

โรงพยาบาลได้กำหนดพันธกิจและวิสัยทัศน์ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และได้ดำเนินนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในปี 2543 โดยกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินการ 10 เรื่อง คือ ปลอดบุหรี่ สุรา ยาเสพติด ปลอดมลพิษ ปลอดอาหารทำลายสุขภาพ ปลอดการทะเลาะวิวาท ปลอดภัย ปฏิบัติการออกกำลังกาย ปฏิบัติการส่งเสริมเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ ปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. ปฏิบัติกิจกรรมพิเศษของโรงพยาบาล ปฏิบัติการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ โรงพยาบาลได้แต่งตั้งคณะทำงาน 2 คณะและมอบนโยบายการดำเนินงาน โดยเน้นให้ผสมผสานกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสู่งานประจำของโรงพยาบาล ให้ดำเนินการพร้อมกัน ในปัจจุบันโครงการที่ดำเนินการในโรงพยาบาลในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย

1. โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
2. โครงการสุขภาพดีที่บ้าน (Home Health Care)
3. โครงการเมืองน่าอยู่และที่ทำงานน่าอยู่
4. โครงการตรวจและสร้างเสริมสุขภาพครบวงจร
5. โครงการค่ายล้างพิษ
6. โครงการค่ายผู้ป่วยเฉพาะโรค
7. โครงการค่ายเยาวชนเพื่อสุขภาพและความปลอดภัย

อย่างไรก็ตามกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งหมดของโรงพยาบาล ยังคงดำเนินไปตามกรอบการกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งกำหนดให้มีดัชนีชี้วัด ซึ่งได้แก่งานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน งานอนามัยวัยทำงานและงานส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนการดำเนินงานในรูปของ PCU นั้นในขณะที่นักวิจัยทำการศึกษายังเป็นโครงการจัดตั้ง PCU ของโรงพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพยังคงอยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นหลัก นอกจากนั้นการดำเนินการในเรื่องของการฟื้นฟูเป็นงานในส่วนของฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟูได้มีการเปิดงานแพทย์แผนไทยขึ้นประกอบไปด้วย หัตถบำบัด อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร และแนะนำท่าบริหาร

2.3.3 โรงพยาบาลชุมชน(2)

โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เพื่อให้บริการแก่ประชากรในเขตรับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน 1,213 ครัวเรือน จำนวน 4,579 คน มีอัตรากำลังบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงดังนี้ แพทย์ 4 คน ทันตแพทย์ 3 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 38 คน พยาบาล

เทคนิค 15 คน เจ้าหน้าที่อื่นๆ 99 คน โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 189 คนต่อวัน จำนวนผู้ป่วยใน 180 คนต่อเดือน อัตราครองเตียง 44.75 เปอร์เซ็นต์

1) พันธกิจ วิสัยทัศน์และเป้าหมาย

พันธกิจ

1. ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากร
3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย ไร้มลพิษ มีชีวิตชีวา
4. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และเป็นผู้นำในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

วิสัยทัศน์

"เราจะให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐานและเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ"

จากพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการที่จะเป็นโรงพยาบาลที่เน้นในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ และการให้บริการแบบองค์รวม ในปัจจุบันโรงพยาบาลยังคงดำเนินการงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยยึดกรอบและดัชนีชี้วัดของกระทรวงเป็นหลัก โดยครอบคลุมทุกช่วงอายุ ได้แก่ **งานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน งานอนามัยวัยทำงานและงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความรับผิดชอบหลักขึ้นกับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล และบางส่วนได้กระจายไปตามฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาล เช่น ฝ่ายทันตกรรม ที่ดูแลเรื่องงานทันตอนามัยของเด็กวัยก่อนเรียน เด็กวัยเรียน และหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น**

ส่วนกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ ที่ดำเนินการ ได้แก่

1. การสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล ได้แก่ อาหารว่างและเครื่องดื่ม เป็นอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ
2. การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล
3. การจัดตั้งกลุ่มอาหารเสริม
4. การจัดตั้งกลุ่มสิ่งแวดล้อม
6. การจัดตั้งกลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ
7. โครงการรณรงค์เกี่ยวกับเอดส์และยาเสพติด

ส่วนการดำเนินงาน PCU นั้นอยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โดยมี PCU ทั้งหมด 2 แห่ง งานส่วนใหญ่ของ PCU ยังคงทำหน้าที่เป็น Extended OPD ของโรงพยาบาลมากกว่าการเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ

2.3.4 โรงพยาบาลเอกชน (2)

โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ เป็นโรงพยาบาลเอกชน ขนาด 100 เตียง(เปิดทำการจริง 50 เตียง) เพื่อให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 15,000 คน มีอัตรากำลังบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงดังนี้ แพทย์ 7 คน ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 24 คน เจ้าหน้าที่อื่นๆ 171 คน โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 8,465 คนต่อเดือน จำนวนผู้ป่วยใน 374 คนต่อเดือน

1) พันธกิจ วิสัยทัศน์และเป้าหมาย

พันธกิจ

เราจะร่วมกันพัฒนาคุณภาพเป็นทีม โดยมีลูกค้าเป็นศูนย์กลางภายใต้มาตรฐานวิชาชีพและ จริยธรรมอย่างต่อเนื่อง

วิสัยทัศน์

เราจะเป็นโรงพยาบาลเอกชนอันดับหนึ่งของอีสานใต้และเป็นความภาคภูมิใจของจังหวัดอุบลราชธานี

เป้าหมาย

“ความพึงพอใจของลูกค้าไม่ต่ำกว่า 90 % ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ภายในปี 2546”

จากพันธกิจ วิสัยทัศน์และเป้าหมายของโรงพยาบาลที่เน้นในเรื่องของการให้บริการมากกว่าในประเด็นอื่น ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนเป็นการดำเนินธุรกิจโดยภาคเอกชน ดังนั้น เป้าหมายของการดำเนินงานจึงมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลเอกชน(2) เป็นโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้าร่วมโครงการประกัน สุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบันการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เนื่องจากพึ่งเริ่มดำเนินการตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยได้เปิด PCU 2 แห่ง และรับสมัครเจ้าที่ในส่วนของงาน PCU กิจกรรมที่ทำในปัจจุบัน ได้แก่

1. เปิด PCU ในโรงพยาบาล และเปิด PCU นอกโรงพยาบาล 1 แห่ง
2. ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เดือนละ 1 ครั้ง
3. มีการให้สุขศึกษาในคลินิกเบาหวานทุกวันพุธแรกของเดือน และคลินิกวัณโรคทุกวันพฤหัสบดีที่สามของเดือน

จากนโยบาย แผนงาน พันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลของรัฐไม่ว่าระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน ต่างก็ต้องการก้าวไปสู่โรงพยาบาลที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับศักยภาพในการทำงานด้านการรักษาของโรงพยาบาล แต่ทั้งนี้งานส่งเสริมสุขภาพยังคงยึดตามกรอบ และดัชนีชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากรเป็นสำคัญ ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนยังคงเน้นในเรื่องของการทำธุรกิจเพื่อตอบสนองความพึงพอใจของลูกค้าเป็นหลัก และมองว่าภาระการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนเป็นเรื่องของรัฐบาลเป็นหลัก

3. จังหวัดสงขลา

จังหวังสงขลามีพื้นที่ทั้งหมด 7,393,889 ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองออกเป็น 16 อำเภอ 124 ตำบล 122 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 989 หมู่บ้าน (ปกครองจังหวัดสงขลา, 2544) มีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง ขนาด 700 เตียง อัตรากำลังแพทย์ของโรงพยาบาลมีทั้งหมด 117 คน แยกเป็นจำนวนแพทย์ 105 คน จำนวนทันตแพทย์ 12 คน จำนวนเภสัชกร 23 คน จำนวนพยาบาลวิชาชีพ 355 คน จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 1,846 รายในปี 2544 และจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 1,905 รายในปี 2545 (รายงานประจำปี 2544, น. 6,9) มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ขนาด 515 เตียง อัตรากำลังแพทย์ของโรงพยาบาลมีทั้งหมด 59 คน แยกเป็นจำนวนแพทย์52 คน จำนวนทันตแพทย์ 7 คน จำนวน เภสัชกร 15 คน จำนวนพยาบาลวิชาชีพ 334 คน จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 1,057 รายในปี 2544 (รายงานประจำปี 2544) มีโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 15 แห่ง มีโรงพยาบาลรัฐ สังกัดหน่วยงานอื่น 4 แห่ง สำหรับโรงพยาบาลชุมชน(3) เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง อัตรากำลังแพทย์ของโรงพยาบาลมีทั้งหมด 7 คน แยกเป็นจำนวนแพทย์ 5 คน จำนวนทันตแพทย์ 2 คน จำนวนเภสัชกร 3 คน จำนวนพยาบาลวิชาชีพ 58 คน เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพ 30 บาทดำเนินการ พบว่าจำนวนสิทธิบัตรครอบคลุมประชากรทั้งหมด 1,080,256 ราย แยกเป็นจำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียมจำนวน 435,889 ราย จำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบเสียค่าธรรมเนียมจำนวน 408,076 ราย (ตารางที่ ก.13)

3.1 ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ (รายงานประจำปี 2544 , น.51)

3.1.1 โรงพยาบาลศูนย์(3)

1) วิสัยทัศน์ พันธกิจและขอบเขตการให้บริการ

วิสัยทัศน์

"โรงพยาบาลชั้นนำที่มีคุณภาพเป็นเลิศเพื่อท้องถิ่นภาคใต้"

พันธกิจ

เป็นองค์กรหลักในการบริหารสุขภาพถึงระดับตติยภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน มีศักยภาพในการพัฒนาเพื่อนำไปสู่องค์กรมหาชน รวมทั้งผลิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและคุณธรรม สอดคล้องกับความต้องการของสังคม

ขอบเขต

1. ให้บริการด้านสุขภาพทุกระดับสำหรับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิในเครือข่ายภาคใต้ตอนล่าง

2. ร่วมผลิตแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและคุณธรรมสอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น

2) นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค

โรงพยาบาลได้เน้นการให้บริการ 8 ด้าน ได้แก่

1. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์
2. การดูแลสุขภาพเด็ก ตลอดจนการให้ภูมิคุ้มกันและโภชนาการ
3. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
4. การวางแผนครอบครัว
5. การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
6. การให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
7. การให้คำปรึกษา สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ
8. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทางด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากและแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศรีษะและลำคอ และการเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

3.1.2 โรงพยาบาลทั่วไป(3)

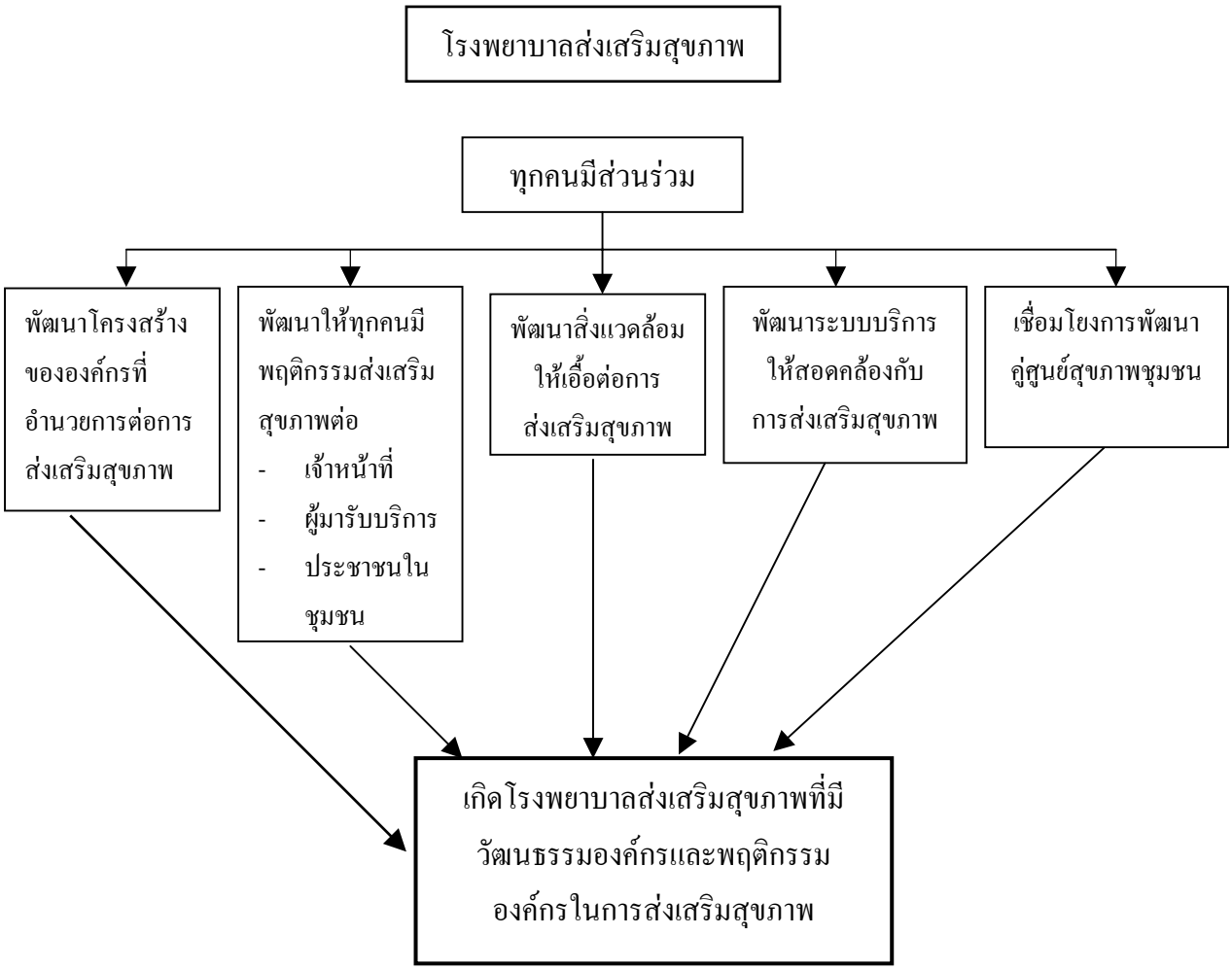
โรงพยาบาลทั่วไปแห่งนี้ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล คือ **"บริการดี มีมาตรฐาน ประสานชุมชน"** ขณะเดียวกันโรงพยาบาลได้เริ่มพัฒนาสู่เส้นทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเมื่อปี 2544 เริ่มจากการพัฒนาคนให้มีองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแล้วพัฒนาระบบ โดยใช้หลักการของกฎบัตรออตตาวา และคำประกาศของคาร์ตา โดยมีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่

1. เจ้าหน้าที่
2. ผู้มารับบริการ
3. ชุมชน
4. สิ่งแวดล้อม

เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลได้กำหนดให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และกำหนดกรอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาสุขภาพ 4 ด้านข้างต้น (แผนภูมิที่ ก.1)

แผนภูมิที่ ก.1

กรอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไป(3)



ที่มา: โรงพยาบาลทั่วไป(3), 2545.

แนวทางการดำเนินงานทีมส่งเสริมสุขภาพ HPH. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาล HA-HPH ทีมส่งเสริมสุขภาพ HPH

นโยบาย

1. เร่งรัดพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ยุทธศาสตร์ ทั้ง 5 ตามกฎบัตรออตตาวา และขบวนการทำงาน Budapest Declaration on HPH.

2. บุคลากรของโรงพยาบาล ต้องรับรู้และมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

3. บุคลากรของโรงพยาบาล ได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ

4. ให้โรงพยาบาลมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ ผู้มาติดต่อและชุมชน

5. ให้ความร่วมมือในกิจกรรม หรือการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพแก่หน่วยงาน ทั้งภาครัฐ และเอกชน ตลอดจนองค์กรในชุมชน

6. จัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่ น่าทำงาน ตลอดจนเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

7. ประชาสัมพันธ์การส่งเสริมสุขภาพ และการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

8. ส่งเสริมให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีการสนใจในสุขภาพตนเอง โดยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

9. มีบริการด้านสุขภาพทางเลือก เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน

พันธกิจ

- กำหนดนโยบาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- สร้างทีมพัฒนาให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย
- ติดตาม / สนับสนุนการดำเนินงานของแต่ละทีม
- รวบรวมผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
- พัฒนางานส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง และผสมผสานเข้าไปในงานบริการของโรงพยาบาล

3.1.3 โรงพยาบาลชุมชน(3)

จังหวัดสงขลาได้มีนโยบายให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานตามมาตฐาน HA โรงพยาบาลได้ประกาศวิสัยทัศน์ พันธกิจและปรัชญาของโรงพยาบาลเพื่อให้ทุกงาน ทุกฝ่ายและทุกกลุ่มงานของโรงพยาบาล ยึดถือเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพงาน (6 พฤศจิกายน 2545)

1) วิสัยทัศน์ พันธกิจและปรัชญา

วิสัยทัศน์

"เราจะเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ และเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ"

พันธกิจ

"โรงพยาบาลมีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ"

ปรัชญา

"ทำในสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อสร้างสรรค์วันทุกวันให้ดีและมีคุณค่า"

โรงพยาบาลทั่วไป(3) เป็นโรงพยาบาลที่กำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์(3) มีเป้าหมายที่จะเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในอนาคต โดยเป็นโรงพยาบาลที่ผลิตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว โรงพยาบาลทั่วไป(3) ได้กำหนดโครงสร้างของทีมส่งเสริมสุขภาพ และคณะกรรมการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ ที่ใช้องค์ประกอบของแพทย์กลุ่มต่าง ๆ เข้ามาทำงานใน 4 ทีม เช่น ทีมส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้า ที่ประกอบด้วยแพทย์และแพทย์เวชกรรมสังคม ขณะที่ทีมส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการ ประกอบด้วยแพทย์ กุมารแพทย์ ส่วนทีมส่งเสริมสุขภาพชุมชนเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ เป็นหลัก

2) คณะกรรมการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ HPH.

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธานกรรมการ
2. รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	รองประธานกรรมการ
3. รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	รองประธานกรรมการ
4. รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล	รองประธานกรรมการ
5. ประธานทีมพัฒนาสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
6. ประธานทีมส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่	กรรมการ
7. ประธานทีมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วย / ญาติ	กรรมการ
8. ประธานทีมส่งเสริมสุขภาพชุมชน	กรรมการ
9. หัวหน้าหน่วยประชาสัมพันธ์	กรรมการ
10. เภสัชกร	กรรมการ
11. ทันตแพทย์	กรรมการ
12. นักกายภาพบำบัด	กรรมการ
13. ตัวแทนจากฝ่ายโภชนาการ	กรรมการ
14. ตัวแทนจากงานสุขศึกษา	กรรมการ
15. พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการและเลขานุการ
16. พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
17. ผู้ประสานงานกลาง HA	Facilitator

3) คณะทำงานส่งเสริมสุขภาพชุมชน

พันธกิจ

1. พัฒนาชุมชนให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ
2. ร่วมมือกับท้องถิ่นจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. ปรับปรุงความร่วมมือกับบริการที่มีอยู่ในชุมชน

4. รวบรวมแผนงาน / โครงการเสนอต่อคณะกรรมการ HPH

คณะทำงาน

แพทย์ศัลยกรรม	**ประธานกรรมการ**
แพทย์	รองประธานกรรมการ
ทันตแพทย์	กรรมการ
เภสัชกร	กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ

4) คณะทำงานพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

พันธกิจ

1. ทำหน้าที่ประสานงานกับคณะทำงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเพื่อ
   - พัฒนาโรงพยาบาลสู่รูปแบบบริการเพื่อสุขภาพ ที่ทำงานน่าทำงาน น่าอยู่
   - ตระหนักถึงผลกระทบจากอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม
2. รวบรวมแผนงานและการดำเนินงานเสนอต่อกรรมการ HPH.

คณะทำงาน

1. ศัลยแพทย์	ประธานกรรมการ
2. รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	รองประธานกรรมการ
3. เภสัชกร	กรรมการ
4. นักอาชีวอนามัย	กรรมการ
5. เจ้าหน้าที่ธุรการ	กรรมการ
6. นักวิชาการ	กรรมการ
7. พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ

ข้อน่าสังเกตของโครงการหลักประกันสุขภาพ พบว่า โรงพยาบาลต้องรู้พื้นที่ประชากรเป้าหมาย เช่น โรงพยาบาลศูนย์(3) ทราบว่า ประชากรของอำเภอที่โรงพยาบาลรับผิดชอบที่มีทะเบียนบ้านทั้งหมด 320,000 คน แยกเป็นกลุ่มต่างๆ ได้แก่

- กลุ่มข้าราชการ / ประกันสังคม 70,000 คน
- กลุ่มสปร. / ประกันสุขภาพ 130,000 คน
- กลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ 120,000 คน
- กลุ่มที่ไม่มีทะเบียนบ้าน 60,000 - 10,000 คน
- กลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ 40,000 - 60,000 คน

ขณะเดียวกันจากข้อมูลจำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียม และแบบเสียค่าธรรมเนียมของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในแต่ละอำเภอของจังหวัดสงขลา พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ (3) มีบัตรทั้ง 2 ประเภท จำนวน 167,942 ราย รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป(3) ครอบคลุมประชากรจำนวน 87,454 ราย และโรงพยาบาลชุมชน(3) ครอบคลุมประชากรเป็นอันดับ 4 ของจังหวัด จำนวน 44,547 ราย มีโรงพยาบาลเอก

ชนเพียงแห่งเดียวที่เข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ครอบคลุมประชากรจำนวน 12,982 ราย โดยโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้เข้าร่วมได้ 1 ปีและได้ออกจากโครงการฯ นี้โดยให้เหตุผลว่า ไม่คุ้มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลของรัฐในเขตพื้นที่อำเภอที่รับผิดชอบ เนื่องจากมีผู้ป่วย 1 รายที่มีค่าใช้จ่ายมากกว่า 100,000 บาท ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงใช้ข้อมูลดังกล่าวปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการฯ ขณะทำการศึกษาจึงไม่ได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลเอกชน (ตารางที่ ก.13)

ตารางที่ ก.13

แสดงจำนวนสิทธิบัตรประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียมและแบบเสียค่าธรรมเนียม จำแนกตามโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนในแต่ละอำเภอ

ชื่อสถานบริการ	*จำนวน สิทธิบัตรประกันสุขภาพ แบบไม่เสียค่าธรรมเนียม*	*จำนวน สิทธิบัตรประกันสุขภาพ แบบเสียค่าธรรมเนียม*	*รวม*
รพศ.หาดใหญ่	94,228	73,714	167,942
รพท.สงขลา	42,245	45,209	87,454
รพช.สทิงพระ			
รพช.จะนะ	39,209	31,177	70,386
รพช.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ	22,163	22,384	44,547
รพช.เทพา	32,608	21,141	53,749
รพช.สะบ้าย้อย	26,177	23,471	49,648
รพช.ระโนด	36,405	19,393	55,798
รพช.กระแสสินธุ์	6,247	4,884	11,131
รพช.รัตภูมิ	20,955	26,477	47,432
รพช.สะเดา	18,989	29,405	48,394
รพช.นาหม่อม	4,176	6,076	10,252
รพช.ควนเพียง	12,733	11,006	23,739
รพช.ปาดังเบซาร์	10,372	17,588	27,960
รพช.บางกล่ำ	8,215	9,533	17,748
รพช.สิงหนคร	16,241	20,030	36,271
รพช.คลองหอยโข่ง	8,150	8,155	16,305
รพ.ค่ายเสนาณรงค์	867	856	1,723
รพ.กองบิน 56	120	206	326
รพ.ประสาทสงขลา	9,394	10,963	20,357
รพ.สงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่	347	3,737	4,084
รพ.ศิครินทร์หาดใหญ่	4,217	8,765	12,982
รวม	**435,889**	**408,076**	**1,080,256**

ที่มา: http://203.157.2.238/workxeon/NumbercardHuspProvincer.Jsp., 26 มิถุนายน 2545.

4. จังหวัดราชบุรี

4.1 ขนาดและที่ตั้ง

จังหวัดราชบุรีมีเนื้อที่ทั้งหมด 5,196,426 ตารางกิโลเมตร

ทิศเหนือ ติดต่อกับ อำเภอท่ามะกา อำเภอท่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดกาจนบุรี

ทิศใต้ ติดต่อกับ อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ อำเภอสามพราน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

อำเภอหินแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

อำเภอบางคุณที อำเภออัมพวา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ตำบลบางคายู อำเภอเมตตา จังหวัดทราย ประเทศเมียนม่าร์

4.2 ข้อมูลประชากรรายอำเภอ จำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน จำนวนและอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อประชากรของจังหวัด มีดังนี้(ตารางที่ ก.14,ก.15,ก.16 และ ก.17)

ตารางที่ ก.14 แสดงข้อมูลประชากรรายอำเภอ จังหวัดราชบุรี

ณ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2543

รายชื่อ จังหวัด อำเภอ	จำนวนประชากร			จำนวนบ้าน
	ชาย	หญิง	รวม	
จังหวัดราชบุรี	404,114	417,489	821,603	206,656
อำเภอเมืองราชบุรี	74,732	72,368	147,100	37,117
อำเภอจอมบึง	29,223	29,583	58,806	14,134
อำเภอสวนผึ้ง	16,231	14,601	30,832	8,570
อำเภอดำเนินสะดวก	48,703	52,674	101,377	21,171
อำเภอบ้านโป่ง	69,215	73,037	142,252	37,264
อำเภอบางแพ	21,481	22,965	44,446	10,532
อำเภอโพธาราม	59,135	62,836	121,971	30,672
อำเภอปากท่อ	31,243	32,368	63,611	15,489
อำเภอวัดเพลง	5,950	6,352	12,302	2,891
กิ่งอำเภอบ้านคา	10,629	9,918	20,547	5,454
เทศบาลเมืองโพธาราม	5,598	6,031	11,629	3,298
เทศบาลเมืองบ้านโป่ง	10,525	11,527	20,052	7,123
เทศบาลเมืองราชบุรี	21,449	23,229	44,678	12,941

แหล่งข้อมูล : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (อ้างใน รายงานประจำปี 2544 โรงพยาบาลศูนย์(4) : 3)

ตารางที่ ก.15 แสดงจำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ
จำแนกตามอำเภอ จังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2544

อำเภอ	รพศ. (เตียง)	รพท. (เตียง)	รพช. (เตียง)	รพ.แม่และเด็ก (เตียง)	รพ.ค่ายภาณุรังษี (เตียง)	จำนวนสถานีอนามัย		
						สอ. ทั่วไป	สอ. ขนาดใหญ่	รวม
เมืองราชบุรี	1/895			1/158	1/60	23	3	26
บ้านโป่ง		1/420				17	7	24
โพธาราม		1/280	1/30			23	6	29
ดำเนินสะดวก		1/323				15	4	19
บางแพ			1/60			6	3	9
ปากท่อ			1/60			17	1	18
วัดเพลง			1/30			3	1	4
จอมบึง			1/60			13	2	15
สวนผึ้ง			1/30			8	1	9
กิ่งอำเภอบ้านคา			-			9	0	9
รวม	**1/ 895**	**3/ 961**	**6/270**	**1/158**	**1/60**	**134**	**28**	**162**

แหล่งข้อมูล : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย(ข้อมูลเดือนธันวาคม 2543)
(อ้างใน รายงานประจำปี 2544 โรงพยาบาลศูนย์(4) : 4)

ตารางที่ ก.16 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน
จำแนกตามอำเภอ จังหวัดราชบุรี
ปีงบประมาณ 2544

อำเภอ	รพ.เอกชน		คลินิก (แห่ง)	คลินิกทันตกรรม (แห่ง)	ร้านขายยา (แห่ง)	สถานผดุงครรภ์ (แห่ง)	สถานพยาบาลแผนโบราณ (แห่ง)
	แห่ง	เตียง					
เมืองราชบุรี	12	440	64	12	38	4	0
บ้านโป่ง	4	171	31	10	22	6	3
โพธาราม	0	0	10	4	14	0	0
ดำเนินสะดวก	1	40	14	4	5	5	2
บางแพ	0	0	1	0	2	1	0
ปากท่อ	0	0	3	0	3	0	0
วัดเพลง	0	0	2	0	0	1	0
จอมบึง	0	0	1	1	3	0	0
สวนผึ้ง	0	0	1	0	0	0	0
กิ่งอำเภอบ้านคา	0	0	0	0	0	0	0
รวม	**17**	**651**	**127**	**31**	**87**	**17**	**5**

แหล่งข้อมูล : สรุปรายชื่อสถานพยาบาล/ร้านขายยาที่ต่อใบอนุญาต ปีงบประมาณ 2543
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
(อ้างในรายงานประจำปี 2544 โรงพยาบาลศูนย์(4) : 5)

หมายเหตุ : ร้านขายยา หมายถึง ร้านขายยาที่มีเภสัชกรจากแบบ ขย.1

ตารางที่ ก.17 จำนวนและอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อประชากร จังหวัดราชบุรี

ประเภทบุคลากร	เอกชน	รัฐบาล	กระทรวงอื่น ๆ	รวม	อัตราส่วนต่อประชากร
แพทย์	53	206	3	262	1 : 3,127
ทันตแพทย์	1	38	2	41	1 : 19,987
เภสัชกร	11	71	0	82	1 : 9,993
พยาบาลวิชาชีพ	82	1,102	16	1,200	1 : 682
พยาบาลเทคนิค	36	684	9	729	1 : 1,124

แหล่งข้อมูล : งานแผนงาน กลุ่มสนับสนุนงานบริหาร (อ้างในรายงานประจำปี 2544 โรงพยาบาลศูนย์(4) : 5)

4.3 ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลตัวอย่าง

นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า โรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้นำเอากรอบนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังรายละเอียดดังนี้

4.3.1 โรงพยาบาลศูนย์(4)

โรงพยาบาลศูนย์(4) เป็นโรงพยาบาลขนาด 895 เตียง โดยได้กำหนดภาระกิจหลัก 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านบริหาร มีการมอบหมายและกระจายหน้าที่ให้ฝ่ายและกลุ่มงานต่างๆ รับผิดชอบยิ่งขึ้น การกำหนดนโยบาย งานและกิจกรรมเป็นไปอย่างมีระบบโดยคณะกรรมการต่างๆ เช่น คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการวิชาการ คณะกรรมการเวชกรรมสังคม เป็นต้น มีการจัดองค์กรเป็น 5 ฝ่ายและ 20 กลุ่มเทคนิคบริการ

2) ด้านบริการ กลุ่มเทคนิคบริการทั้ง 20 กลุ่ม สามารถให้บริการครอบคลุมภาระกิจการให้บริการขั้นสูง สามารถให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตลอด 24 ชั่วโมง

3) ด้านวิชาการ เป็นสถาบันสมทบฝึกแพทย์ประจำบ้านสาขาต่างๆ เป็นสถานที่ฝึกงานของนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาอื่นๆ ทางการแพทย์และสาธารณสุข มีการจัดประชุมวิชาการของฝ่ายและกลุ่มงานต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ มีการฝึกอบรมและการพัฒนางานวิจัยอย่างสม่ำเสมอ

โรงพยาบาลมีนโยบายคุณภาพ คือ เรามุ่งมั่นให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ด้วยความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรทุกระดับ เพื่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

1) ข้อมูลด้านบริการในปีงบประมาณ 2544

ข้อมูลการรักษาพยาบาลปี 2544 สถิติผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก สถิติผู้ป่วยนอกแยกตามรายกลุ่มงาน สถิติผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก สถิติผู้ป่วยในแยกตามรายกลุ่มงานและข้อมูลประชากร (ตารางที่ ก.18,ก.19,ก.20,ก.21,ก.22 และ ก.23)

ตารางที่ ก.18

แสดงสรุปข้อมูลการรักษาพยาบาลในปี 2544

รายการ	2544
จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	369,224
จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน	1,291
จำนวนเตียง	855
จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้	39,377
จำนวนวัน (คน) ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล	224,992
จำนวนผู้ป่วยในที่ถึงแก่กรรม	1,373
จำนวนผู้ป่วยนอกที่ถึงแก่กรรม	88
จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน	617
จำนวนวันโดยเฉลี่ยที่อยู่ในโรงพยาบาล	5.71
ผ่าตัดใหญ่	10,689
อัตราครองเตียง	72.10
อัตราส่วนผู้ป่วยนอกต่อผู้ป่วยใน	9.38 : 1
เฉลี่ยผู้ป่วยในอยู่โรงพยาบาล วันละ	617
เฉลี่ยวันผู้ป่วยในอยู่โรงพยาบาล ครั้งละ	5.71
อัตราตายของผู้ป่วยใน	34.87
(ต่อจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ 1,000 ราย)	
* คำนวณโดยนับวันทำการต่อปี = 286 วัน	
** ไม่นับเตียง I.C.U. 40 เตียง	

ที่มา : เวชระเบียนและสถิติ (อ้างในรายงานประจำปี 2544 โรงพยาบาลศูนย์(4) : 11)

ตารางที่ ก.19 แสดงสถิติผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก

ปีงบประมาณ 2544

รายการ	จำนวน(ราย)
1. โรคระบบหายใจ	32,218
2. โรคระบบไหลเวียนเลือด	32,218
3. โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน	17,540
4. โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริม	13,495
5. โรคติดเชื้อและปรสิต	11,532
6. โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	10,598
7. โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	9,955
8. โรคระบบสืบพันธ์ร่วมปัสสาวะ	8,163
9. อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิค	8,003
10. โรคระบบประสาท	5,346

ที่มา : เวชระเบียนและสถิติ (อ้างใน รายงานประจำปี 2544 โรงพยาบาลศูนย์(4) : 14)

ตารางที่ ก.20 แสดงสถิติผู้ป่วยนอกแยกตามรายกลุ่มงาน

กลุ่มงาน	จำนวน	%
อายุรกรรม	116,620	31.58
ศัลยกรรม	60,826	16.47
กุมารเวชกรรม	33,902	9.18
ศัลยกรรมกระดูก	24,416	6.61
นรีเวชกรรม	15,990	4.33
หู คอ จมูก	13,897	3.76
ตา	16,030	4.34
สูติกรรม	10,013	2.71
จิตเวช	11,545	3.13
ทันตกรรม	22,735	6.16
เวชกรรมฟื้นฟู	43,250	11.71
รวม	**369,244**	**100**

ที่มา : เวชระเบียนและสถิติ (อ้างใน รายงานประจำปี 2544 โรงพยาบาลศูนย์(4) : 12)

ตารางที่ ก.21 แสดงสถิติโรคผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก
ปีงบประมาณ 2544

รายการ	จำนวน(ราย)
1. โรคติดเชื้อระบบหายใจ	1,947
2. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	1,736
3. โรคติดเชื้อทางลำไส้	1,706
4. บาดเจ็บจากอุบัติเหตุอื่นๆ และผลที่ตามมา	**1,679**
5. โรคติดต่อและปรสิต	1,634
6. โรคความดันโลหิตสูง	1,579
7. โรคตาและส่วนประกอบฯ	1,576
8. บาดเจ็บจากจักรยานยนต์	1,516
9. อาการแทรกซ้อนจาการตั้งครรภ์ฯ	1,346
10. โรคเบาหวาน	1,280

ที่มา : เวชระเบียนและสถิติ (อ้างใน รายงานประจำปี 2544 โรงพยาบาลศูนย์(4) : 17)

ตารางที่ ก.22 แสดงสถิติผู้ป่วยในแยกตามรายกลุ่มงาน

กลุ่มงาน	จำนวน	%
อายุรกรรม	12,197	30.97
ศัลยกรรม	9,590	24.35
กุมารเวชกรรม	7,499	19.04
ศัลยกรรมกระดูก	3,746	9.51
สูติกรรม	2,162	5.49
นรีเวชกรรม	1,383	3.51
จักษุ	1,689	4.29
จิตเวช	455	1.15
หู คอ จมูก	574	1.46
เวชกรรมฟื้นฟู	82	0.20
ทันตกรรม	-	-
รวม	**39,377**	**100**

ที่มา : เวชระเบียนและสถิติ (อ้างใน รายงานประจำปี 2544 โรงพยาบาลศูนย์(4) : 17)

ตารางที่ ก.23 แสดงข้อมูลด้านบุคลากร

รายการ	จำนวน(คน
แพทย์	101
ทันตแพทย์	10
เภสัชกร	23
พยาบาลทุกระดับ	579
นักรังสีการแพทย์	2
นักกายภาพบำบัด	7
นักเทคนิคการแพทย์	8
นักสังคมสงเคราะห์	4
บุคลากรอื่น ๆ	153

2) นโยบายและการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลศูนย์(4) ประกอบด้วยสถานีอนามัย 24 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล 1 แห่ง มีประชาชนมาขึ้นทะเบียนบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 109,609 บัตร คิดเป็นร้อยละ 88.79 ของประชากรที่มีสิทธิทั้งหมด

3) กลยุทธการพัฒนาการดูแลสุขภาพประชาชนของเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาล

1. เพื่อพัฒนาการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาล ให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีบูรณาการและต่อเนื่องระหว่างการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ

3. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี

4. เพื่อให้ประชาชน ผู้นำชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพในเครือข่ายร่วมมือกันแก้ไขปัญหาสุขภาพท้องถิ่น

ประชาชน ⟶ คัดเลือกปัญหา

ผู้นำท้องถิ่น ⟶ สนับสนุนงบประมาณ

ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ⟶ ปฏิบัติการ

โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ⟶ สนับสนุนวิชาการ

5. เพื่อให้ประชาชน ในเขตรับผิดชอบไม่เป็นโรคที่ป้องกันได้

4) การดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาลศูนย์(4) ปี 2545

โรงพยาบาลศูนย์(4) มีการจัดหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาล

1. ทางด้านโครงสร้างได้ดำเนินการในเรื่อง

- ด้านที่ตั้งและประชากร มีประชากรในความรับผิดชอบไม่เกิน 13,000 คนต่อ 1 PCU

- ด้านบุคลากร ได้จัดทีมบุคลากรเพิ่มในPCU ประกอบด้วยแพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพ ไปร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละ PCU

- ด้านวัสดุ/อุปกรณ์และเครื่องมือ ได้จัดเตรียมให้พร้อมในการให้บริการประชาชน

- ด้านข้อมูลได้เตรียมแบบสำรวจประเมินสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน Family Folder คอมพิวเตอร์ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการดูแลประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

2. กิจกรรมในการดำเนินงาน มีดังนี้

- มีการจัดบริการครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาล สร้างสุขภาพ บริการเชิงรุกและทันตกรรม

- มีการจัดเก็บข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม HCIS และจัดทำ Family Folder และสรุปภาวะสุขภาพชุมชนเป็นรายหมู่บ้านและได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนและแก้ไขปัญหาตามสภาพความเป็นจริงของชุมชน

- มีระบบการส่งต่อ โดยมีการส่งต่อและรับกลับมาดูแลต่อเนื่องที่สถานีอนามัยและที่บ้าน

- มีการฝึกอบรมเพื่อพัฒนางานวิชาการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการประชาชนอย่างต่อเนื่อง

- มีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน

- มีการนิเทศ ควบคุม กำกับงาน

- มีการวางแผนแก้ปัญหา โดยรวมกลุ่มช่วยเหลือกันระหว่าง CUP และ PCU

3. แผนงาน/โครงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ของเครือข่ายโรงพยาบาล มีแผนงาน/โครงการด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายโรงพยาบาล 16 แผนงาน/โครงการ

- โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานีอนามัยเพื่อจัดให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง

- โครงการพัฒนาฐานข้อมูลสภาวะชุมชนในเขตอำเภอเมือง

- อบรมความรู้ การใช้โปรแกรมระบบข้อมูลสถานีอนามัย (HCIS)

- โครงการนิเทศงานสาธารณสุขสถานีอนามัย

- โครงการพัฒนาความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- โครงการแก้ไขปัญหาตามสภาพจริงของชุมชน

- โครงการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก

- โครงการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

- โครงการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กนักเรียนและเยาวชน

- โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน

- โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

- งานป้องกันโรคไข้เลือดออก

- งานป้องกันโรคอุจาระร่วง

- งานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

- โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

- โครงการอบรมผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน

4.3.2 โรงพยาบาลทั่วไป(4)

โรงพยาบาลทั่วไป(4) เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 420 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีพื้นที่ทั้งหมด 16 ไร่ 22 ตารางวา ดูแลประชากรที่มีสิทธิได้รับบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนประมาณ 116,491 คน (ณ วันที่ 30 เมษายน 2545)

1) ข้อมูลด้านบริการของโรงพยาบาล

ข้อมูลสถิติที่น่าสนใจ จำนวนผู้ป่วยนอกจำแนกตามประเภทการรักษา จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทการรักษา 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก 10 อันดับโรคผู้ป่วยใน ข้อมูลด้านบุคลากร มีดังนี้ (ตารางที่ ก.24,ก.25,ก.26,ก.27,ก.28 และ ก.29)

ตารางที่ ก.24 สถิติที่น่าสนใจ

สถิติ	หน่วยนับ	ต.ค. 44 – มี.ค. 45
ผู้ป่วยนอกและผู้รับบริการทุกประเภท	ราย	137,378
เฉลี่ยวันละ	ราย	961
ผู้ป่วยใน	ราย	10,443
เฉลี่ยวันละ	ราย	316
เฉลี่ยรับใหม่วันละ	ราย	56
ผู้ป่วยจำหน่าย	วัน	10,474
จำนวนวันผู้ป่วยใน	วัน	57,572
เฉลี่ยอยู่โรงพยาบาลรายละ	%	5.24
ผ่าตัดใหญ่	ราย	2.9.6
เฉลี่ยวันละ	ราย	22
จำนวนทารกคลอดทั้งหมด	คน	1,078
เกิดมีชีพ	คน	1,074
เกิดไร้ชีพ	คน	4
อัตราผู้ป่วยต่อเตียง	ราย	22.73
อัตราการครองเตียง	%	64.90
อัตราผู้ป่วยในตาย	/1,000	21.33
อัตราตายของทารก(ภาพรวม)	/1,000	8.37
อัตราตายของทารกแรกเกิด(ภาพรวม)	/1,000	3.73
อัตราเด็กเกิดไร้ชีพ(ภาพรวม)	/1,000	3.73
อัตราตายของมารดา(ภาพรวม)	/100,000	-
อัตราการตายปริกำเนิด(ภาพรวม)	/1,000	5.57
อัตรารับไว้เป็นผู้ป่วยใน	ราย	13 : 1
น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย	กรัม	2,779
แพทย์ : ผู้รับบริการทั้งหมด	คน/ราย/ปี	1 : 4,020

ตารางที่ ก.25 จำนวนผู้ป่วยนอกจำแนกตามประเภทการรักษา

ประเภท	หน่วยนับ	ต.ค. 44 – มี.ค. 45
ผู้ป่วยนอก ใหม่	**คน**	33,111
ผู้ป่วยบริการ ใหม่	คน	8,547
ผู้ป่วยนอกและผู้รับบริการ	ราย	137,378
เฉลี่ยวันละ	ราย	961
อายุรกรรม	ราย	52,985
จิตเวช	ราย	3,624
เวชปฏิบัติ	ราย	5,163
กุมารเวชกรรม	ราย	13,193
ศัลยกรรม	ราย	14,195
ทันตกรรม	ราย	7,843
ศัลยกรรมกระดูก	ราย	9,980
สูติกรรม	ราย	1,510
นรีเวชกรรม	ราย	2,660
ตา	ราย	4,090
หู คอ จมูก	ราย	2,779
เวชกรรมฟื้นฟู	ราย	2,592

ตารางที่ ก.26 จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทการรักษา

ประเภท	หน่วยนับ	ต.ค. 44 – มี.ค. 45
ผู้ป่วยใน ใหม่	คน	9,651
ผู้ป่วยใน เฉลี่ยวันละ	ราย	299
อายุรกรรม	ราย	3,180
จิตเวช	ราย	391
กุมารเวชกรรม	ราย	1,657
ศัลยกรรม	ราย	1,375
ทันตกรรม	ราย	66
ศัลยกรรมกระดูก	ราย	690
สูติกรรม	ราย	1,508
นรีเวชกรรม	ราย	2002
ตา	ราย	353
หู คอ จมูก	ราย	229

ตารางที่ ก.27 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก
เดือนตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน
1	Diabetes mellitus	9,894
2	Acute upper respiratory infection, unspecified	9,561
3	Hypertension	8,996
4	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	2,603
5	Dizziness and giddiness	2,459
6	Asthma, unspecified	2,357
7	Dental Caries	2,301
8	Chronic renal Failure	2,083
9	Dyspepsia	1,978
10	Acute Pharyngitis	1,965

ตารางที่ ก.28 10 อันดับโรคผู้ป่วยใน
เดือนตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน
1	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	777
2	Diabetes mellitus	569
3	Hypertension	497
4	Pneumonia	400
5	Dizziness and giddiness	333
6	Cataract	314
7	Chronic ischaemic heart disease	254
8	Acute upper respiratory infection, unspecified	239
9	Dyspepsia	182
10	Urinary tract infection, site not specified	160

ตารางที่ ก.29 ข้อมูลด้านบุคลากรของโรงพยาบาลทั่วไป(4)

บุคลากร	ตาม จ. 18 (คน)	ปฏิบัติงานจริง(คน)
แพทย์	39	32
ทันตแพทย์	6	5
เภสัชกร	12	16
พยาบาลวิชาชีพ	202	202
พยาบาลเทคนิค	111	111
เจ้าหน้าที่พยาบาล	19	19
เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	88	88
พนักงานของรัฐ	45	45
ลูกจ้างประจำ	231	231
ลูกจ้างชั่วคราว	170	170
รวมทั้งสิ้น	923	919

ข้อมูลตาม จ. จากงานการเจ้าหน้าที่ ณ วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2545

2) นโยบายและการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โรงพยาบาลทั่วไป(4) ได้ดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 โดยมีแผนการดำเนินงานในด้านการจัดโครงสร้างองค์กร การจัดระบบงาน การจัดระบบบริการ การจัดระบบงบประมาณ และการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย จำนวน 4 แห่งในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

3) แผนการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาล

ก. จัดโครงสร้างองค์กรเครือข่าย

ข. แนวทางการพัฒนาและจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน

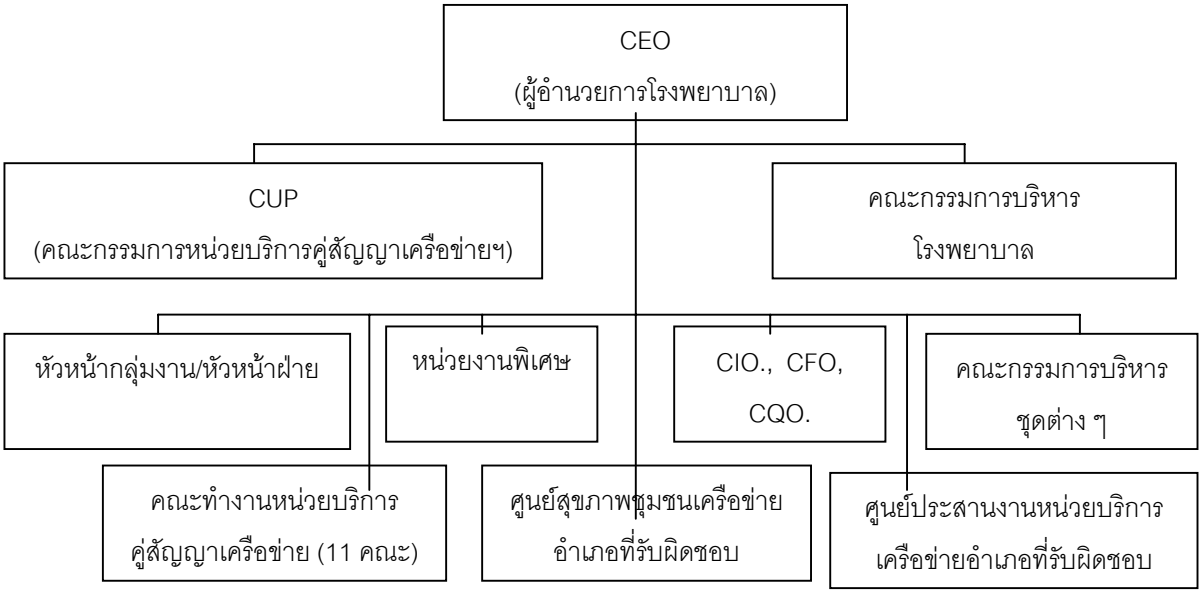
ค. จัดสรรกำลังคน

ง. การจัดระบบงบประมาณ

จ. การจัดระบบเชื่อมโยงผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์สุขภาพชุมชน

ก. การจัดโครงสร้างองค์กรเครือข่าย (แผนภูมิที่ ก.2)

<u>แผนภูมิที่ ก.2 องค์กรหน่วยบริการคู่มือสัญญาเครือข่ายฯ อำเภอในเขตรับผิดชอบ</u>



- **คณะกรรมการหน่วยบริการคู่สัญญาเครือข่ายอำเภอที่รับผิดชอบ (CUP)**

ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จาก 3 หน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยทุกแห่งในเขตอำเภอที่รับผิดชอบ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป(4) ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งประธานคณะกรรมการฯ มีบทบาทและหน้าที่ในการบริหารจัดการและวางแผนการจัดบริการศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานบริการเครือข่ายอื่น ๆ ให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ

- **คณะทำงานหน่วยบริการคู่สัญญาเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอำเภอที่รับผิดชอบ**

ประกอบด้วย คณะทำงานด้านต่าง ๆ รวม 11 คณะ ดังนี้คือ

1. คณะทำงานสำรวจทะเบียนราษฎร์และการขึ้นทะเบียนบัตรทอง
2. คณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน การจ่ายเงิน/การหักเงินเดือน

3. คณะทำงานระบบข้อมูลและ DRG
4. คณะทำงานรูปแบบการพัฒนาสถานบริการศูนย์สุขภาพชุมชนของอำเภอ
5. คณะทำงานพัฒนาคุณภาพและ ISO
6. คณะทำงานรับเรื่องราวร้องทุกข์และประชาสัมพันธ์
7. คณะทำงานจัดฝึกอบรมและวิจัยเชิงปฏิบัติการ
8. คณะทำงานกำหนดเกณฑ์ชี้วัดและประเมินผล
9. คณะทำงานนิเทศติดตามและประเมินผล
10. คณะทำงานยาเสพติดหน่วยบริการคู่สัญญาเครือข่ายอำเภอ
11. คณะทำงานสุขภาพจิตของหน่วยบริการคู่สัญญาเครือข่ายอำเภอ

■ **คณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชน**

ประกอบด้วยคณะกรรมการ 4 คณะ ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่เปิดและเตรียมเปิดดำเนินการในปีงบประมาณ 2545 นี้ ได้แก่

1. คณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทั่วไป(4)
2. คณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลที่ 1
3. คณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลที่ 2
4. คณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลที่ 3

คณะกรรมการและคณะทำงาน แต่ละคณะประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ทั้ง 3 หน่วยงานคือโรงพยาบาลทั่วไป(4) สาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ข. แนวทางการพัฒนาและจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน

ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก ต้องจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนให้ครอบคลุมประชากรที่ขึ้นทะเบียน และได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. <u>ขั้นเตรียมการ</u> :

คณะทำงานรูปแบบการพัฒนาสถานบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ได้ศึกษาพื้นที่และข้อมูลทั่วไปของสถานีอนามัยทั้ง 3 แห่ง ตามแผนการจัดตั้งเป็นสถานบริการระดับศูนย์สุขภาพชุมชน ในปีงบประมาณ 2545 ได้ผลสรุปดังนี้

การศึกษาพื้นที่	**สอ. (1)**	**สอ. (2)**	**อส. (3)**
ระยะทางจากโรงพยาบาลทั่วไป(4)	20 ก.ม.	25 ก.ม.	11 ก.ม.
เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาลทั่วไป(4)	20 นาที	30 นาที	20 นาที
จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ(ทั้งตำบล)	11,890 คน	13,084 คน	12,166 คน
โรคที่พบบ่อย	URI.	URI.	URI., Skin
จำนวนผู้มารับบริการ / วัน	40 – 50 คน	20 – 30 คน	70 – 80 คน

2. ขั้นดำเนินการ : จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 4 แห่ง คือ

2.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบล(1) เริ่มเปิดดำเนินการ 30 ตุลาคม 2544

2.2 ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทั่วไป(4) เปิดดำเนินการ 1 พฤษภาคม 2545

2.3 ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบล(2) จะเปิดดำเนินการ เดือนมิถุนายน 2545

2.4 ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบล(3) จะเปิดดำเนินการ เดือนกันยายน 2545

3. ขั้นประเมินผล : นิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการแล้ว จะได้รับการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดนใช้เกณฑ์ชี้วัดที่คณะทำงานกำหนดเกณฑ์ชี้วัดและประเมินผลได้จัดทำไว้ และนำผลการประเมินมาหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพและได้มาตรฐานตามเกณฑ์

ค. การจัดสรรกำลังคน

ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง ประกอบด้วย

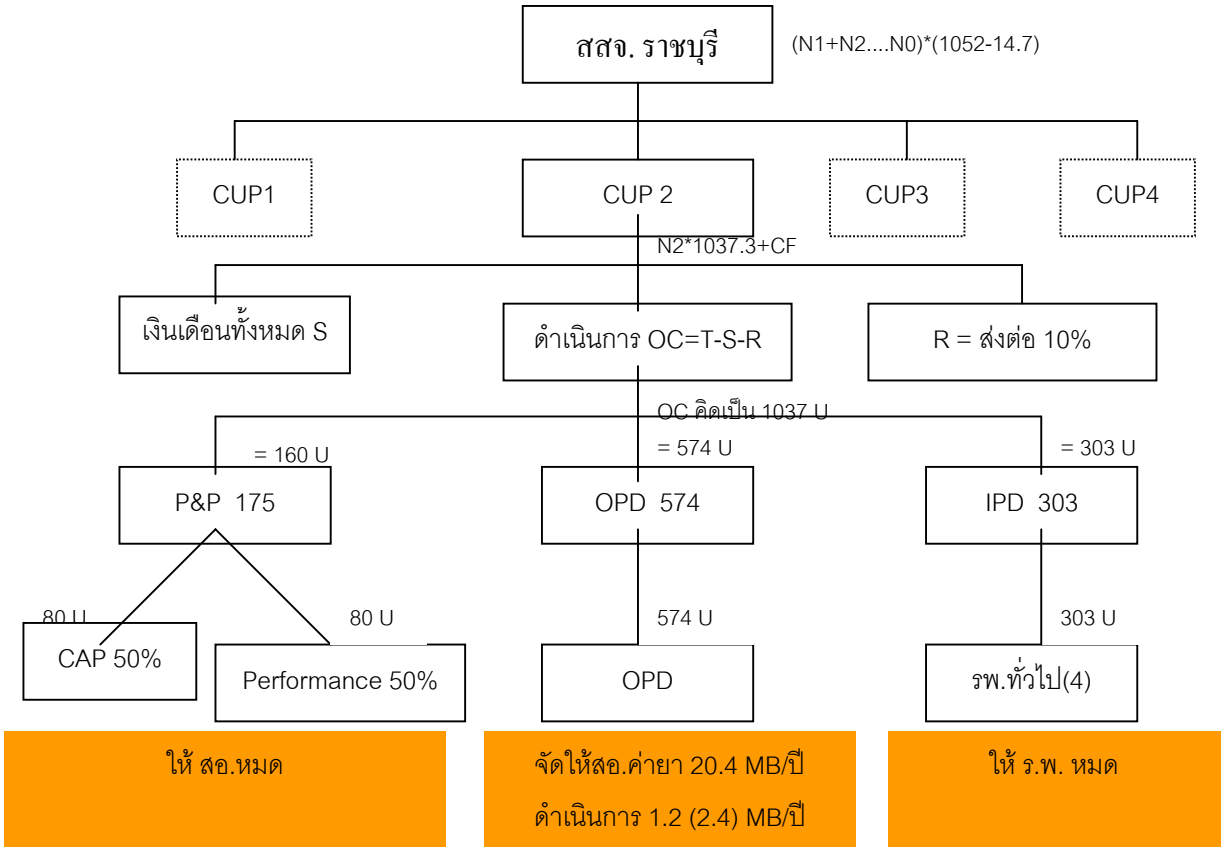
แพทย์	1	คน ต่อจำนวนประชากร	10,000	คน
ทันตแพทย์/ทันตภิบาล	1	คน ต่อจำนวนประชากร	20,000	คน
เภสัชกร	1	คน ต่อจำนวนประชากร	10,000	คน
พยาบาลวิชาชีพ	1	คน ต่อจำนวนประชากร	5,000	คน
เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	1	คน ต่อจำนวนประชากร	1,250	คน

โรงพยาบาลทั่วไป(4) เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก ได้จัดสรรบุคลากรไปปฏิบัติงานประจำศูนย์สุขภาพชุมชน โดยยึดหลักตามเกณฑ์ประชากรและสำรวจจำนวนบุคลากรที่มีอยู่เดิมของสถานีอนามัยที่จะพัฒนาระดับเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน แล้วจึงจัดสรรพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานประจำให้ครบตามเกณฑ์ แห่งละ 2 คน โดยจัดสรรแพทย์ เภสัชกรปฏิบัติงานประจำศูนย์สุขภาพชุมชน สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง กรณีที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นมีทันตภิบาล ทันตแพทย์จะปฏิบัติหน้าที่นิเทศงานและให้การสนับสนุน

ง. การจัดระบบงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ขึ้นอยู่กับจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่ขึ้นทะเบียน ปัจจุบันโรงพยาบาลทั่วไป(4) มีประชากรที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 116,491 คน (ณ วันที่ 30 เมษายน 2545) และได้จัดสรรงบประมาณตามหลักเกณฑ์ (แผนภูมิที่ ก.3)

แผนภูมิที่ ก.3 การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า CUP



จ. การจัดระบบเชื่อมโยงผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์สุขภาพชุมชน

1. ระบบการส่งข้อมูลต่อผู้ป่วย

2. สร้างแบบสำรวจความต้องการรับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

นอกจากนี้โรงพยาบาลทั่วไป(4) กำหนดเป้าหมายและมาตรการในการดำเนินงาน ซึ่งเริ่มเมื่อ 1 ตุลาคม 2545 ดังรายละเอียดคือ (ตารางที่ ก.30)

ตารางที่ ก.30 เป้าหมายและมาตรการการปฏิรูป 30 บาท เริ่ม 1 ตุลาคม 2545

เป้าหมาย	มาตรการ
1. ปรับปรุงคุณภาพการบริการ	1. การจัดงบค่าใช้จ่ายสำหรับคนไข้ และคนไข้ส่งต่อที่ระดับจังหวัดเพื่อลดภาระความกังวลแก่สถานพยาบาลที่ส่งต่อ 2. การจัดรูปแบบบริการไม่ให้เกิดภาพลักษณ์เป็นบริการชั้นสอง เช่น การแยกOPD (ยกเว้นว่ามีทีมดูแลทำให้เกิดความประทับใจและรวดเร็ว) การแยกบัญชียาในสถานพยาบาลเดียวกัน 3. การทดลองโครงการนำร่องประชาชนเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง

	ใน 4 จังหวัด(ภาคละ 1 จังหวัด) และบางเขตในกรุงเทพมหานคร 4. การเฝ้าระวังและพัฒนาการประกันคุณภาพของระบบเวชภัณฑ์
2. การสร้างความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณสำหรับสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ	1. การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัว ตามปัจจัยอายุ ภาระโรค และความทุรกันดารของพื้นที่ 2. การปรับอัตราการดูแลผู้ป่วยใน(DRG) ตามระดับสถานพยาบาล
3.การปรับการกระจายบุคลากรให้เหมาะสมขึ้นโดยเฉพาะแก่พื้นที่ที่ขาดแคลน	1. ให้มีการปรับเกลี่ยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรจบใหม่อื่น ๆ ใหม่ตามสารสนเทศภูมิศาสตร์ ด้วยความสมัครใจ โดยไม่คำนึงถึงการเป็นโควต้าของจังหวัดต้นสังกัด 2. การส่งเสริมความร่วมมือของชุมชน สถานพยาบาลและสถานศึกษาในการผลิตบุคลากร "คืนสู่บ้านเกิด"
4. การปรับการจัดการให้มีความฉับไวและลดความขัดแย้ง	1. การเร่งรัดการตามจ่ายผู้ป่วยในและส่งต่อโดยระบบ IT ที่ทันสมัย (เริ่ม มกราคม 2546) 2. การเพิ่มช่องทางการไกล่เกลี่ยแก้ปัญหา แทนการรับเรื่องร้องเรียนเพียงอย่างเดียว 3. การดำเนินการให้มีการแยกบทบาทหน่วยผู้ซื้อบริการกับผู้ให้บริการให้ชัดเจน 4. การเร่งทำความเข้าใจโดยเร็วกับผู้บริหาร และผู้ให้บริการให้เพิ่มขึ้นอย่างกว้างขวาง

ตารางที่ ก.30 เป้าหมายและมาตรการการปฏิรูป 30 บาท เริ่ม 1 ตุลาคม 2545 (ต่อ)

เป้าหมาย	มาตรการ
5. การส่งเสริมขวัญและกำลังใจของบุคลากร	1. ให้ความมั่นใจในการได้รับเงินเดือนและสวัสดิการที่จำเป็น โดยเน้นการตัดเงินเดือนที่ระดับจังหวัด 2. การเร่งรัดในการใช้ประโยชน์จากระเบียบเงินบำรุงที่เปลี่ยนแปลงให้คล่องตัวแล้ว เช่น การใช้ก่อสร้างบ้านพักในพื้นที่กันดาร 3. การจัดสรรงประมาณสำหรับส่วนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวเนื่องกับชุมชนไปสู่สถานีอนามัยโดยตรง โดยผ่านการรับรู้จากพยาบาลคู่สัญญา

4.3.3 โรงพยาบาลชุมชน(4)

โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดูแลประชากรที่มีสิทธิได้รับบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 23,000 คน

โรงพยาบาลได้กำหนดนโยบายของโรงพยาบาลไว้ว่า **"มีความมุ่งมั่นที่จะสร้างสุขภาพและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจและเจ้าหน้าที่ทำงานอย่างมีความสุข"** โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

1. สร้างสุขภาพ : ประชาชนมีสุขภาพดี มีกิจกรรมสร้างสุขภาพ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือเหตุไม่สมควร

2. การบริการ : เมื่อเจ็บป่วยได้รับบริการใกล้บ้าน รวดเร็ว ปลอดภัย พึงพอใจและมีคุณภาพ

3. ผู้ให้บริการ : มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข มีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ

1) นโยบายและการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โรงพยาบาล ได้ใช้กรอบนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

4.3.4 โรงพยาบาลเอกชน(4)

โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ เป็นโรงพยาบาลมูลนิธิในคณะนักบุญแห่งประเทศไทย ขนาด 100 เตียง โดยเปิดให้บริการมานานถึง 48 ปีมาแล้ว

1) โรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีกิจกรรมคือ

ก. การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในถิ่นทุรกันดาร ในพื้นที่จังหวัดราชบุรีและจังหวัดใกล้เคียงประมาณ 2 เดือน/ครั้ง

ข. เปิดบริการรักษาพยาบาลฟรีแก่เด็กและครอบครัวที่ศูนย์ท่าหว้า อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ทุกวันพฤหัสบดี

นอกจากนี้โรงพยาบาลได้นำกระบวนการพัฒนาคุณภาพเข้ามาใช้เพื่อให้เกิดการบริการอย่างมีคุณภาพ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเอาใจใส่ผู้ป่วย บำบัดความทุกข์ใจและให้ความบรรเทาทางฝ่ายวิญญาณตามแบบอย่างจิตตารมณ์ของนักบุญคามิลโล

2) นโยบายและการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โรงพยาบาล ได้ใช้กรอบนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีประชากรซึ่งมีสิทธิใช้บัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 3,000 คน ซึ่งโรงพยาบาลรับผิดชอบอยู่

โรงพยาบาลศูนย์(4) และโรงพยาบาลทั่วไป(4) มีนโยบายและแผนงานด้านสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจน ขณะที่โรงพยาบาลชุมชน(4) และโรงพยาบาลเอกชน(4) ยังไม่มีแผนงานที่ชัดเจน นอกจากนี้โรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 แห่ง ยังขาดการประชาสัมพันธ์แผนงานโครงการให้แก่บุคลากรภายในองค์การได้รับทราบแผนโดยถ้วนหน้า ทั้งนี้พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบแผนงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลว่าจะมีส่วนเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างไร คิดว่าเป็นงานของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือผู้รับผิดชอบโครงการเท่านั้น

ผนวก ข.
ตารางข้อมูลแบบสอบถามผู้ใช้บริการ

ตารางที่ ข.1 คุณลักษณะของผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

คุณลักษณะ	ร.พ.ศูนย์	ร.พ.ทั่วไป	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.เอกชน
เพศ				
• ชาย	30	26.3	37.5	33.3
• หญิง	70	73.8	62.5	66.7
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**
จำนวน	**80**	**80**	**80**	**60**
สภาพสมรส				
• โสด	31.3	30	20	23.3
• สมรส	53.8	55	77.5	68.3
• หม่าย/หย่า/แยก	15	15	2.5	8.3
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**
จำนวน	**80**	**80**	**80**	**60**
กลุ่มอายุ				
• 15-25 (วัยรุ่น)	27.5	23.8	21.3	16.7
• 25-40 (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	36.3	35	32.5	36.7
• 41-60 (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง)	33.8	33.8	43.8	43.3
• 60 ปีขึ้นไป	2.5	7.5	2.5	3.3
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**
จำนวน	**80**	**80**	**80**	**60**
การศึกษา				
• ไม่ได้เรียนหนังสือ	7.5	7.5	5.0	6.7
• ประถมศึกษา	36.3	52.5	51.3	40.0
• มัธยมศึกษาตอนต้น	23.8	16.3	20.0	16.7
• มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	22.5	12.5	20.0	21.7
• สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	10.0	11.3	3.8	15.0
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**
จำนวน	**80**	**80**	**80**	**60**

ตารางที่ ข.1 คุณลักษณะของผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล (ต่อ)

คุณลักษณะ	ร.พ.ศูนย์	ร.พ.ทั่วไป	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.เอกชน
อาชีพ				
• รับจ้างทั่วไป	31.3	23.8	36.3	35.0
• เกษตร	15.0	30.0	35.0	6.7
• ลูกจ้างบริษัท	6.3	10.0	1.3	6.7
• รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3.8	3.8	-	1.7
• ค้าขาย	6.3	7.5	6.3	16.7
• ธุรกิจส่วนตัว	5.0	1.3	2.5	3.3
• นักเรียน	13.8	13.8	7.5	5.0
• แม่บ้าน	10.0	3.8	7.5	11.7
• อื่น ๆ (รวมระบุไม่ได้/ไม่ได้ทำงาน)	8.8	6.3	3.8	13.3
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**
จำนวน	**80**	**80**	**80**	**60**
รายได้				
รายได้มัธยฐาน	4,000	3,000	3,000	3,000
รายได้ต่ำสุด	500	300	250	1,500
รายได้สูงสุด	18,000	12,000	17,000	20,000
จำนวน**	**52**	**60**	**69**	**46**

** ไม่รวมผู้ไม่มีรายได้ เช่น นักเรียน เป็นต้น

ตารางที่ ข.2 การมีโรคประจำตัวของผู้รับบริการ
จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

โรคประจำตัว	ร.พ.ศูนย์	ร.พ.ทั่วไป	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.เอกชน
มีโรคประจำตัว	43.8	58.8	45.0	53.3
ไม่มีโรคประจำตัว	56.2	41.2	55.0	46.7
จำนวน	**80**	**80**	**80**	**60**

ตารางที่ ข.3 5 อันดับแรกของโรคประจำตัวของผู้รับบริการ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

โรคประจำตัว	ร.พ.ศูนย์		ร.พ.ทั่วไป		ร.พ.ชุมชน		ร.พ.เอกชน	
	อันดับ	ร้อยละ (จำนวน)	อันดับ	ร้อยละ (จำนวน)	อันดับ	ร้อยละ (จำนวน)	อันดับ	ร้อยละ (จำนวน)
• ความดันโลหิตสูง	1	13.8(11)	1	11.3(9)	2	6.3(5)	1	15.0(9)
• โรคระบบทางเดินหายใจ	2	7.5(6)	2	7.5(6)	2	6.3(5)	4	5.0(3)
• โรคระบบทางเดินอาหาร	2	7.5(6)	2	7.5(6)	-	-	4	5.0(3)
• ปวดศีรษะ	3	3.8(3)	1	11.3(9)	4	3.8(3)	3	6.7(4)
• เบาหวาน	4	2.5(2)	3	5.0(4)	1	10.0(8)	2	10.0(6)
• ระบบต่อมไร้ท่ออื่นๆ	-	-	-	-	3	5.0(4)	-	-

ตารางที่ ข.4 5 อันดับแรกของอาการที่มารับบริการ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ร.พ.ศูนย์		ร.พ.ทั่วไป		ร.พ.ชุมชน		ร.พ.เอกชน	
	อันดับ	ร้อยละ (จำนวน)	อันดับ	ร้อยละ (จำนวน)	อันดับ	ร้อยละ (จำนวน)	อันดับ	ร้อยละ (จำนวน)
• ไข้	1	20(16)	1	13.8(11)	2	11.3(9)	1	15.0(9)
• ภูมิแพ้	2	13.8(11)	2	12.5(10)	2	11.3(9)	3	11.7(7)
• โรคระบบทางเดินอาหาร	3	12.5(10)	2	12.5(10)	4	7.5(6)	5	6.7(4)
• โรคระบบทางเดินหายใจ	4	10.0(8)	4	7.5(6)	3	8.8(7)	4	10.0(6)
• โรคระบบกล้ามเนื้อ	5	8.8(7)	3	10.0(8)	5	6.3(5)	5	6.7(4)
• ปวดศีรษะ	-	-	-	-	1	16.3(3)	2	13.3(8)

ตารางที่ ข.5 ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเมื่อมารับบริการตามการรับรู้ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ความรุนแรงตามการรับรู้	ร.พ.ศูนย์	ร.พ.ทั่วไป	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.เอกชน
• รุนแรง	20.0	32.5	20.0	16.7
• ไม่รุนแรง	80.0	67.5	80.0	83.3
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**
จำนวน	**80**	**80**	**80**	**60**

ตารางที่ ข.6 จำนวนครั้งของการมารับการบริการในรอบ 3เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

จำนวนครั้ง	ร.พ.ศูนย์	ร.พ.ทั่วไป	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.เอกชน
• ครั้งแรก	56.3	43.8	35.0	16.7
• ครั้งที่ 2	17.5	22.5	20.0	16.7
• ครั้งที่ 3	13.8	16.3	27.5	26.7
• ครั้งที่ 4	6.3	5.0	7.5	13.3
• ครั้งที่ 5	3.8	6.3	5.0	5.0
• มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป	2.5	6.3	5.0	21.7
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**
จำนวน	**80**	**80**	**80**	**60**

ตารางที่ ข.7

ระยะเวลาที่ใช้ในการพบแพทย์จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ระยะเวลาในการพบแพทย์	ร.พ.ศูนย์	ร.พ.ทั่วไป	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.เอกชน
• เหมาะสม	81.9	77.8	86.3	93.2
• น้อยไป	18.1	20.8	12.4	6.8
• มากไป	0	1.4	1.3	0
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**
จำนวน	**72**	**72**	**80**	**59**
• น้อยกว่า 5 นาที	27.8	23.6	26.3	11.9
• เท่ากับ 5 นาที	30.6	37.5	25.0	27.1
• มากกว่า 5 นาที	41.7	38.9	48.8	61.0
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**
จำนวน	**72**	**72**	**80**	**59**
ระยะเวลามัธยฐานในการพบแพทย์(นาที)	**5**	**5**	**5**	**10**
ระยะเวลาน้อยที่สุด	**1**	**2**	**1**	**2**
ระยะเวลามากที่สุด	**60**	**60**	**60**	**60**

ตารางที่ ข.8 ความพึงพอใจในการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

การให้บริการของแพทย์	ร.พ.ศูนย์	ร.พ.ทั่วไป	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.เอกชน
• ยิ้มแย้มแจ่มใส	มาก	มาก	มาก	มาก
• เอาใจใส่	มาก	มาก	มาก	มาก
• พูดจาดี	มาก	มาก	มาก	มาก
• อธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	มาก	มาก	มาก	มาก
• รับฟังคำบอกเล่า	มาก	ปานกลาง	มาก	มาก
• ให้โอกาสซักถาม	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก
• ตอบข้อซักถามของท่านอย่างดี	มาก	ปานกลาง	มาก	มาก
• ให้เวลาเพียงพอ	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก	มาก
• เสนอทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการรักษา	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก
• ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพครบถ้วน	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก
• ให้บริการตรงกับความต้องการ	มาก	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก
• ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก
• ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วย	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก
• ให้คำแนะนำในการป้องกันการเจ็บป่วยครั้งนี้	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก
• ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวระหว่างเจ็บป่วย	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก	มาก
• ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำหรือไม่ให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น	ปานกลาง	มาก	มาก	มาก

ตารางที่ ข.9 การรับรู้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

การรับรู้ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ	ร.พ.ศูนย์	ร.พ.ทั่วไป	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.เอกชน
• มีความสำคัญ	100	100	100	100
• ไม่มีความสำคัญ	-	-	-	-
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**
จำนวน	**80**	**80**	**80**	**60**

ตารางที่ ข.10 บุคคลที่มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามการรับรู้ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

บุคคลที่มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร.พ.ศูนย์	ร.พ.ทั่วไป	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.เอกชน
• ตนเอง	85.0	77.5	77.5	66.7
• ครอบครัว	62.5	71.3	63.8	48.3
• ญาติ	32.5	35.0	31.3	21.7
• แพทย์	55.0	63.8	63.8	63.3
• ทันตแพทย์	7.5	20.0	18.8	3.3
• เภสัชกร	8.8	23.8	17.5	8.3
• พยาบาล	22.5	40.0	38.8	46.7
• เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	41.3	46.3	30.0	28.3
• อื่นๆ	7.5	5.0	1.3	-
จำนวน	**80**	**80**	**80**	**60**

ตารางที่ ข.11 วิธีการดูแลสุขภาพที่สำคัญของผู้รับบริการ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

วิธีการดูแลสุขภาพที่สำคัญ	ร.พ.ศูนย์	ร.พ.ทั่วไป	ร.พ.ชุมชน	ร.พ.เอกชน
• รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	32.5	25.0	25.0	18.3
• รับประทานตามแพทย์สั่ง	3.8	6.3	10.0	16.7
• หมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ	22.5	21.3	17.5	13.3
• มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	12.5	10.0	15.0	10.0
• ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจากสื่อต่างๆ	6.3	3.8	1.3	3.3
• ใช้ชีวิตปกติ	7.5	16.3	7.5	8.3
• อื่นๆ(รวมมากกวา 1 วิธี)	15	17.5	23.8	30.0
จำนวน	**80**	**80**	**80**	**60**

ผนวก ค.
กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 : โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา)

กรณีศึกษาที่ 2 : โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา)

กรณีศึกษาที่ 3 : โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)

กรณีศึกษาที่ 4 : โรงพยาบาลเอกชน(กรณีศึกษา)

กรณีศึกษาที่ 1
โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา)

โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา) เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 900 เตียง มีการจัดบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Medical care) เพื่อให้บริการแก่ประชาชน 8 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงมีแพทย์ 91 คน ทันตแพทย์ 11 คน เภสัชกร 26 คน พยาบาลวิชาชีพ 489 คน พยาบาลเทคนิคและเจ้าหน้าที่พยาบาล 322 คน เจ้าหน้าที่อื่นๆ 176 คน โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,485 คนต่อวัน จำนวนผู้ป่วยใน 883 คนต่อวัน อัตราครองเตียง 95.95 เปอร์เซ็นต์

การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา) ได้ดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข โดยฝ่ายเวชกรรมสังคม ซึ่งรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน งานระบาดวิทยา งานสุขาภิบาล งานรักษาพยาบาลในชุมชน งานสังคมสงเคราะห์และงานอาชีวเวชกรรม และได้เพิ่มเติมงานเวชปฏิบัติครอบครัวเพิ่มขึ้นมาในปี 2543

ในปี 2541 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงาน ด้านการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสานเพื่อการดูแลสุขภาพ และได้กำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา)เป็นโรงพยาบาลนำร่องในการศึกษาศาสตร์การแพทย์ทางเลือก ที่อาจนำมาพัฒนาเพื่อใช้ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป

นโยบาย แผน มาตรการการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นในปี 2451 และส่งบุคลากรของโรงพยาบาลที่สนใจประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด และบุคลากรในระดับอื่นๆ เข้ารับการอบรมในเรื่องการแพทย์ทางเลือก จากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จากนั้นได้นำมาพัฒนาเป็นการบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลโดยจัดตั้งหอพิเศษสร้างเสริมสุขภาพและคลินิกการแพทย์พหุลักษ์ขึ้น โดยมีบริการให้แก่ผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน งานบริการในแผนกผู้ป่วยนอกประกอบด้วยงานหลักสามประการ ได้แก่ **หนึ่ง**คลินิกการแพทย์พหุลักษณ์ ซึ่งประกอบด้วยคลินิกฝังเข็ม(การแพทย์ฝังเข็มแบบจีน) คลินิกนวดไทย/นวดกดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า การบำบัดรักษาด้วยการจัดท่า สมาธิบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง/ปรับสมดุล ระบบบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า พลังจักรวาล **สอง**บริการให้การปรึกษา และ**สาม**จำหน่ายสมุนไพร ส่วนในการบริการในงานผู้ป่วยในนั้น ได้เปิดหอพิเศษสร้างเสริมสุขภาพและเปิดดำเนินการในเดือนมกราคม 2543 ซึ่งประกอบด้วย โปรแกรมสร้างเสริมสุข

ภาพ 5 วัน โปรแกรมดุลยภาพบำบัด โปรแกรมโภชนาการประยุกต์ และโปรแกรมรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง/ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต

งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการแพทย์พหุลักษณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตนเอง เพื่อปกป้อง รักษาสุขภาพ โดยไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ราคาแพง และขณะเดียวกันก็สามารถมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคมไทย โดยมีภาระกิจงานสร้างเสริมสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกดังนี้

1. ให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

2. ให้บริการรักษาพยาบาล โดยการใช้หลักสุขภาพทางเลือกแบบผสมผสาน ยึดหลักตามมาตรฐานวิชาชีพ และปลอดภัยจากความเสี่ยง

3. ให้การสนับสนุนกิจกรรมการเผยแพร่องค์ความรู้ การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการใช้หลักสุขภาพทางเลือกเพื่อการดูแลสุขภาพแก่ บุคคล องค์กรภาครัฐ เอกชนและชุมชนโดยทั่วไป

เมื่องานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการแพทย์พหุลักษณ์ เกิดขึ้นในโรงพยาบาลนั้น บทบาทของฝ่ายเวชกรรมสังคมก็ยังคงทำหน้าที่ของฝ่ายไปตามปกติ ทั้งนี้เพื่อให้งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้แก่ประชาชนดำเนินไปอย่างครอบคลุม

ประสบการณ์ : ในงานสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์มองว่าที่ผ่านมาการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนนั้นไปยึดติดอยู่กับการมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่และเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย แต่สุขภาพดีจะต้องเริ่มที่ตนเอง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นำจะต้องมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นตัวอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของอาหารการกิน การออกกำลังกายและชีวิตความเป็นอยู่ *“ของเรานี้ไปยึดติดอยู่กับว่าการมีสุขภาพที่ดีคือการมีโรงพยาบาลที่ใหญ่แล้วก็ต้องใช้ยาเยอะ เครื่องมือเยอะ มียาเยอะ ทำให้เกิดค่านิยมที่ผิดๆ : (ผู้อำนวยการ)”*

จากการสังเกตของผู้อำนวยการในเรื่องของงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพของประชาชนที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้รับนั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่ประชาชนมิได้มีสุขภาพที่ดีขึ้น เพียงแต่เปลี่ยนจากปัญหาสุขภาพหนึ่งไปสู่อีกปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆอันเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังนั้นผู้อำนวยการจึงเห็นว่าการสร้างเสริมมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การสร้างเสริมสุขภาพจึงได้ถูกกำหนดเป็นกลยุทธหนึ่งในการทำงานอย่างจริงจัง นอกเหนือจากงานเวชกรรมสังคมเดิมที่มีอยู่ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้นำลงสู่การปฏิบัติในศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ

ในขณะที่แพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพมองว่าที่ผ่านมา ก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค) ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการให้การช่วยเหลือเกื้อกูล มารับบริการด้านการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวนมาก วันหนึ่งๆ ต้องสงเคราะห์เฉพาะค่ายาเป็นเงินสูงมาก แต่สิ่งที่พบคือผู้ป่วยเหล่านี้ ไม่ได้ต้องการกินยาอย่างจริงจัง *"สมัยก่อนที่จะมีโครงการ 30 บาทรักษาโรค มีคนจนมารักษาเยอะ ที่นี้ก็เซนต์ยาฟรี ก็เซนต์บางทีวันละ 3 แสนบาท จ่ายฟรีๆ ที่นี้พอไปตามดู บางคนก็มารับยา เอาตระกร้ามาใส่ยากลับบ้านไปกิน แต่พอไปที่บ้านก็ไม่ได้กินยา บางทีก็มียาความดันทำหล่นอยู่หน้าห้อง OPD ยา 700-800 เม็ด คนไข้ทำหล่นไม่ได้เอาไป ก็เลยต้องการคำตอบอย่างเดียวว่า ถ้าไม่กินยา ทำอย่างไรคนไข้จะหายป่วย เพราะคนไม่อยากกินยาแล้ว : (แพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ)"*

นอกจากนั้นยังประสบด้วยตนเองว่าญาติผู้ใหญ่ของตนเองและภรรยาที่มีอายุยืนยาว และผู้รับบริการที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีอายุมากๆ แต่กลับมีสุขภาพที่ดี ในขณะที่แพทย์ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยไม่มากนักประมาณ 50 กว่าปีและป่วยด้วยโรคมะเร็งก็มีจำนวนมาก จึงทำให้คิดว่าแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องสุขภาพดีที่สุดแต่กลับกลายเป็นอย่างนี้ ดังนั้นความรู้ที่มีอยู่นั้นมันรอบด้านหรือยัง จึงทำให้ตนเองต้องศึกษาเพิ่มเติมและรับอาสามาทำงานด้านการสร้างเสริม สุขภาพเมื่อโรงพยาบาลเริ่มดำเนินงานในด้านนี้

นอกจากประสบการณ์ที่พบเห็นในเชิงประจักษ์แล้ว การที่มีทรัพยากรแล้วไม่ได้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ก็เป็นอีกประสบการณ์หนึ่ง ทำให้มีโอกาสเกิดงานสร้างเสริมสุขภาพ หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพเล่าให้ฟังว่า ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลแห่งนี้ก่อตั้งโดยผู้อำนวยการคนปัจจุบัน

สร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ : มุมมองที่แตกต่าง

โรงพยาบาลศูนย์เป็นสถานบริการสาธารณสุขในระดับตติยภูมิ มีบทบาทในการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน การทำงานสร้างเสริมในโรงพยาบาลระดับนี้จึงทำให้เกิดความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคิดเห็นที่แตกต่างกันของวิชาชีพแพทย์ แพทย์ส่วนหนึ่งมองว่าการดูแลสุขภาพของประชาชนนั้นจะต้องดูให้ครบทุกด้านมิใช่ดูเฉพาะในเรื่องของการรักษาที่ซับซ้อนเท่านั้น การสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเกิดขึ้นในทุกๆส่วนไม่ว่าจะเป็นสถานบริการสาธารณสุขในระดับใดก็ตาม การสร้างเสริมสุขภาพมิใช่หน้าที่ของสถานีอนามัยเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพมีหลากหลายมิติ และแต่ละมิตินั้นผู้ที่เข้ามามีบทบาทก็แตกต่างกันไป แพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทางและต้องการที่จะทำงานรักษาในเชิงลึกมากกว่า ดังนั้นจึงเห็นว่าการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นหน้าที่ของสถานบริการระดับปฐมภูมิ หากโรงพยาบาลศูนย์รับมาทำก็เท่ากับใช้บุคลากรผิดประเภทและไม่คุ้มค่า

จากความคิดเห็นที่แตกต่างดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าแต่เดิมนั้นโรงพยาบาลศูนย์ไม่ได้ทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง ที่ผ่านมาหน่วยงานที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคคือฝ่ายเวชกรรมสังคม ในความเป็นจริงนั้นจำนวนเจ้าหน้าที่ของเวชกรรมสังคมมีน้อยและงานส่วนใหญ่ต้องทำตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นงานที่ทำส่วนใหญ่จะเป็นการป้องกันมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อมีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์อย่างจริงจัง กลายเป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยทำมาก่อน *"เพราะเป็นอะไรที่ไม่เคยทำมาก่อน เขาก็จะบอกว่าไปช่วยสร้างเสริมเขาทำไม : (ผู้อำนวยการ)"* กระแสของความคิดเห็นที่แตกต่างจึงเกิดขึ้นทั้งคัดค้าน เห็นด้วย และวางเฉย แต่ดูเหมือนว่ากระแสของการคัดค้านจะรุนแรงมากในช่วงแรกของการดำเนินการ ในขณะที่กระแสที่เห็นด้วยมีเพียงเล็กน้อย

ถึงแม้ว่ากระแสของการเห็นด้วยกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์จะมีไม่มากนัก แต่เนื่องจากผู้อำนวยการเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพมาก และยังยืนยันและเป็นหลักในการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป จนกระทั่งสามารถเปิดดำเนินงานศูนย์สร้างเสริมสุขภาพและการแพทย์พหุลักษณ์ในปี 2543

สร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทที่โรงพยาบาลศูนย์ทำได้

การสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ ได้เริ่มดำเนินการพร้อมกับโครงการนำร่องโรงพยาบาลการแพทย์ทางเลือกของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2541 เหตุผลของการดำเนินงานทั้งสองส่วนไปด้วยกันนั้นเนื่องจากสามารถพัฒนาไปพร้อมกันได้ *"ที่นี่เป็นโครงการนำร่อง คือแพทย์ทางเลือกที่นี้ตอนออกโครงการตอนนั้น มันมีเรื่องโครงการสร้างเสริมสุขภาพด้วยก็เลยพ่วงเข้าไป :(ผู้อำนวยการ)"* เพราะมองว่าโดยเนื้อหาของการแพทย์ทางเลือกก็คือ การสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้กำหนดให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในสิบสามกลยุทธ ในการทำงานของโรงพยาบาลและเปิดทำการศูนย์สร้างเสริมสุขภาพในเดือนมกราคม 2453

การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็นภายในโรงพยาบาลคือการดำเนินงานในส่วนของศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ โดยเริ่มต้นจากการรับสมัครผู้สนใจงานสร้างเสริมสุขภาพเข้ามาทำงานและส่งไปเรียน ฝึกอบรมในงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก การทำงานที่เริ่มจากการรับสมัครผู้สนใจเข้ามาร่วมงานหรือเป็นแนวร่วมถือเป็นการเริ่มต้นที่นับจากหนึ่ง มิใช่การนับจากศูนย์ เพราะหากนับจากศูนย์ผู้อำนวยการมองว่ามิใช่การเริ่มต้นการทำงาน แต่เป็นเพียงการรณรงค์เท่านั้น

ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล เป็นภาพที่แตกต่างจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค) เพราะการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องเกิดขึ้นในหน่วยปฐมภูมิ (PCU) ซึ่งในปัจจุบันหน่วยปฐมภูมิไม่ได้ทำหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพแต่เป็นเพียง Extended OPD เท่านั้น และหัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพไม่

แน่ใจว่าหน่วยปฐมภูมิจะยังคงสามารถดำเนินต่อไปได้หรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาในเรื่องของงบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับ เกิดความล่าช้า ทำให้โรงพยาบาลต้องจ่ายเงินงบประมาณส่วนนี้ไปก่อน ในขณะที่การดำเนินสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ที่ดำเนินการโดยศูนย์สร้างเสริมสุขภาพนั้น เป็นการดำเนินงานโดยกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามผู้อำนวยการมองว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ก่อให้เกิดประโยชน์สำหรับการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล เพราะโครงการนี้ทำให้โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิมีโอกาสในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้ และลดเสียงคัดค้านลง *"ไม่เคยคิดมาก่อนว่าจะมีโครงการนี้เกิดขึ้น เราได้โอกาสนี้จากโรงพยาบาล Tertiary ลงไปถึงหมู่บ้านระดับ Grassroot เลยระดับรากหญ้า ให้ชาวบ้านทำให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วม ผมคิดว่าโครงการนี้ดี : (ผู้อำนวยการ)"*

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์สร้างเสริมสุขภาพและการแพทย์พหุลักษณ์มีภารกิจหลัก ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพ
2. พัฒนาการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสานเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย
3. สร้างเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
4. พัฒนาบุคลากรด้านทักษะการสร้างเสริมสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก
5. พัฒนาด้านข้อมูลข่าวสาร
6. พัฒนาด้านการประชาสัมพันธ์

ภาระกิจดังกล่าวข้างต้นเหล่านี้ ได้ถูกนำมาตีออกเป็นกิจกรรม/โครงการต่างๆ ดังนี้

1. ด้านพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพ

<u>ด้านพัฒนาบริการผู้ป่วยใน</u> ได้ดำเนินกิจกรรม คือ

- บริการโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ 5 วัน
- บริการโปรแกรมโภชนาการประยุกต์ 5 วัน
- บริการโปรแกรมดุลยภาพบำบัด
- บริการรักษาพยาบาลด้วยหลักการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง(มะเร็ง อัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ)
- การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หลังรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก

<u>ด้านพัฒนาบริการผู้ป่วยนอก</u> ได้ดำเนินกิจกรรมคือ

- คลินิกฝังเข็ม
- คลินิกนวด : นวดตัว ประคบ นวดฝ่าเท้า
- คลินิกบำบัดรักษาด้วยการจัดท่า
- คลินิกปรับสมดุล

- คลินิกระบบบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า

<u>ด้านพัฒนาบริการพิเศษ</u> ได้ดำเนินกิจกรรมคือ

- บริการอบสมุนไพร
- บริการร้านมุมสมุนไพร

2. ด้านพัฒนาเครือข่ายสร้างสุขภาพ ประกอบด้วย

- โครงการศึกษาดูงานพัฒนาแลกเปลี่ยนด้านการแพทย์พหุลักษณ์
- โครงการจัดตั้งหลักสูตรปริญญาตรีการแพทย์แผนจีน
- โครงการพัฒนาบริการการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU)

3. ด้านองค์ความรู้และทักษะบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการแพทย์พหุลักษณ์ ประกอบด้วย

- การอบรมดุลยภาพบำบัด
- การอบรมฟื้นฟูการนวดยืด-คลายกล้ามเนื้อ
- การอบรมการนวดฝ่าเท้า
- การอบรมการออกกำลังกายแบบจี้กง
- การอบรมการพัฒนาจิตเพื่อการปฏิบัติงาน
- การอบรมภาคปฏิบัติแพทย์ฝังเข็ม
- การอบรมการพยาบาลผู้ป่วยที่รับการรักษาฝังเข็ม
- การอบรมการคัดกรองผู้ป่วยก่อนรับการฝังเข็ม

4. พัฒนาด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย

- พัฒนา Soft Ware ในการจัดเก็บข้อมูล
- ประยุกต์ใช้ข้อมูลในการสรุป วิเคราะห์งานบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ
- ประชาสัมพันธ์

5. พัฒนาด้านประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วย

- ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อวิทยุ หน่วยงานราชการ
- แผ่นพับประชาสัมพันธ์บริการและใบสมัครเข้ารับบริการ
- การติดต่อประสานงานภายในและภายนอก

แผนงาน โครงการและกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นนั้น ได้กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) อย่างชัดเจน

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวนั้น มีมุมมองที่กว้าง ไม่ได้มองเฉพาะเรื่องการรักษาเท่านั้น แต่มองทุกมิติ และทำให้การสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่เรื่องยากหรือซับซ้อน สามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังคำให้สัมภาษณ์ของแพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ *“ในศูนย์สร้างเสริมสุขภาพนี้เราจะมีมุมมอง มุมมองเราจะกว้าง เราไม่ได้มองเฉพาะเรื่องการรักษาอย่างเดียว เราก็*

มองทุกด้านและด้านฟื้นฟูด้วย เพราะฉะนั้นอย่างการบริการนี้ ส่วนหนึ่งก็ยอมรับว่าการที่คนมาสนใจสุขภาพนี่ เขามีปัญหาสุขภาพ เพราะฉะนั้นหารูปแบบที่จะได้ให้เขาดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมแล้วก็จะจัดเป็นคอร์สให้ อย่างถ้าคนที่ป่วยไม่หนัก มีความรู้ทั่วๆ ไป เราจะเริ่มจัดเป็นคอร์สสร้างเสริมสุขภาพหลักสูตร 5 วัน นะครับ โดยที่เป้าหมายก็คือเราจะฝึกทักษะ 3 ประการ ก็คืออันที่ 1 ทำอย่างไรเขาถึงจะกินอาหารที่ถูกต้อง เขาจะได้ไม่ป่วย การออกกำลังกายนั้นทำให้เป็นคนมีจิตใจที่มีความสุข เพราะฉะนั้นก็จะจัดคอร์สให้เขา เหมาะสำหรับคนที่ยังทำกิจกรรมได้ เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ อีกกลุ่มหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพก็คือ คนไข้ที่ป่วยไปแล้ว เช่น เป็นอัมพาต กระดูกสันหลังเสื่อม เข่าเสื่อมพวกนี้ จะให้มาจัดโปรแกรมแบบออกกำลังแบบนี้มันทำไม่ได้ ก็เป็นโปรแกรมพิเศษให้เขาแบบโปรแกรมดุลยภาพบำบัดคือ เป็นการฝังเข็ม เป็นการนวด การบริหารร่างกายที่ไม่แรงมาก อีกกลุ่มหนึ่งก็เป็น Specific Group ที่เป็นมะเร็ง เบาหวาน เป็นโรคไตเรื้อรัง ก็จะเป็นโปรแกรมอีกประมาณ 2 สัปดาห์ให้เขา เป็นโปรแกรมที่เน้นโภชนาการเพื่อการรักษาโรคโภชนาการประยุกต์นะครับ นอกจากนั้นยังมีบริการทั่วๆ ไป เช่น มีการฝังเข็ม การนวด การอบสมุนไพร ก็คือสิ่งที่เราทำนั้นโดยเนื้อหาก็คือเป็นสิ่งที่ Low Cost คือไม่ต้องลงทุนมาก ชาวบ้านเข้าใจได้ว่าเขากำลังเจ็บป่วยอย่างไร ถ้าเขาไปประยุกต์ใช้กับตัวเขาเองก็ไม่ใช่เรื่องยาก : (แพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ)"

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ได้ครบทุกมิตินั้น **ด้านร่างกาย** ได้แก่ การดูแลในเรื่องของอาหารและการออกกำลังกายตลอดจนการตรวจเช็คสุขภาพ **ด้านจิตใจ** ได้แก่ การพักจิตคลายเครียด โดยการนั่งสมาธิและฟังเทปธรรมะ **ด้านสังคม**มีการจัดกิจกรรมกลุ่มและการอยู่ร่วมกัน และในส่วนของ**ด้านจิตวิญญาณ**นั้น ได้แก่ การทำให้เกิดความคิดเชิงบวก(Positive Thinking) การมีความรู้และมีมุมมองที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้กระบวนการทั้งหมดนั้นจะดำเนินการผ่านกิจกรรมต่างที่ดำเนินการ *"ไปเข้าคอร์สพอจะรู้เรื่องจิตวิญญาณ ถ้าคุณมา กลับไปก็เหมือนเดิมก็ไม่มีประโยชน์ แต่คุณกลับไปคุณรู้ว่าคุณได้สิ่งที่มีค่าไปถ่ายทอดไปดูแล ต้องไปเข้าคอร์สถึงจะรู้ขบวนการ ทุกคนจะได้รู้ว่าชีวิตมันคืออะไร ไม่มีคำตอบแต่จุดประกายให้เขาเห็น ถึงจะรู้ว่าเขาได้อะไร : (แพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ)"*

การทำงานในศูนย์สร้างเสริมสุขภาพเป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ *"แต่เนื่องจากเราคลุกคลีจับอยู่ตรงนี้มาตลอดทำให้เรารู้ภาระกิจของเรา เราตีบทแตก ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพกลายเป็นเรื่องที่คึกคักมีชีวิตชีวา เพราะฉะนั้นในคอร์สของเรา ท่านผู้อำนวยการก็มาบรรยาย รองผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ท่านมีเรื่องจริยธรรมเรื่องอะไร ท่านก็มาบรรยายช่วย จิตแพทย์ก็มา ใครๆ ก็มา สามารถที่จะมาร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยกัน ไม่ใช่บทบาทของหมอคนเดียว โภชนากรก็มีบทบาท ทันตแพทย์ก็มาสอนเรื่องการดูแลสุขภาพฟัน มันก็คือเรื่องสุขภาพมันเป็นของทุกคน เราก็เปิดจุดขึ้นมาให้ทุกคนมาร่วมกัน เอาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพนี้มาร่วมกันสร้างขึ้นมา :*

(แพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ)" แต่ละวิชาชีพมีบทบาทตามความเชี่ยวชาญของตนเอง ในขณะที่แพทย์นั้นมีบทบาทในการเป็นผู้นำ (Team Leader)

ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ: คำตอบของผู้ต้องการมีสุขภาพดี

การดำเนินงานของศูนย์สร้างเสริมสุขภาพในช่วงแรก โรงพยาบาลยังไม่มั่นใจว่าจะมีผู้มารับบริการหรือไม่ จึงดำเนินกลยุทธหลายอย่าง เช่น จัดให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบางคนมารับบริการและออกรายการทางโทรทัศน์ *"ครั้งแรกๆ เราไม่มีลูกค้า ก็เลยไปออกทีวีช่อง 11 ปรากฏว่า โอ้โฮ! มันตรงใจประชาชน คนโทรศัพท์มาทั่วประเทศเลย วันนั้นทั่วประเทศเลยนะ จนปัจจุบันนี้เรายังไล่ Service ไม่หมดเลย : (หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ)"* นับจากวันนั้นประชาชนจากทั่วประเทศให้ความสนใจ จากการออกรายการโทรทัศน์ครั้งแรกในปี 2543 จนถึงปัจจุบันมีผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด และบางส่วนยังต้องรอคิว เนื่องจากในแต่ละรุ่นนั้นสามารถรับผู้รับบริการได้เพียง 24 คนเท่านั้น ด้วยข้อจำกัดในด้านสถานที่

การที่มีผู้รับบริการสนใจและต้องการใช้บริการเป็นจำนวนมากนั้น ผู้อำนวยการมองว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นความต้องการที่แท้จริงของประชาชน *"ชาวบ้านต้องการมาก ต้องการอย่างมหาศาลเลย จริงๆ แล้วอันนี้คือ Real Need : (ผู้อำนวยการ)"* ความต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดีของคนโดยทั่วไปทำให้คนแสวงหาสถานบริการที่สามารถให้คำตอบในเรื่องของการมีสุขภาพที่ดีให้กับตนเอง

จากการสนทนากลุ่มกับผู้รับบริการ ที่เคยมาใช้บริการในศูนย์สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้พบว่า ผู้รับบริการบางรายกลับมารับบริการซ้ำในโปรแกรมใหม่ เพราะมองว่าการเข้ามารับบริการในครั้งแรกทำให้ตนเองได้รับประโยชน์อย่างมากมาย นอกจากนั้นการเข้ารับบริการทำให้รู้ถึงวิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง แม้ที่ผ่านมาจะรู้ว่าการดูแลสุขภาพคืออะไร แต่กลับเป็นความรู้ที่ไม่ครบถ้วน เช่น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนหนึ่งพูดถึงอาหารหลัก 5 หมู่ว่า *"เมื่อก่อนนี้เราไม่รู้ถึงหลักการ เราก็เคยเรียนมาตั้งแต่เด็กๆว่าอนามัยสุขะ 10 ประการนั้นนะคะ อาบน้ำ แปรงฟัน อาหารครบ 5 หมู่อะไรนะ แต่เราไม่เคยรู้ว่าให้ครบ 5 หมู่ แต่มันมีสัดส่วนด้วยนะ อันนี้ไม่เคยรู้ไม่เคยได้ยิน แต่พอมาเข้ากลุ่มแล้วเรารู้จัก เรามารู้จักสัดส่วนนี้แหละสำคัญมากเลย : (การสนทนากลุ่ม)"* และอีกรายหนึ่งกล่าวถึงโปรตีนว่า *"เรารู้จักโปรตีน เมื่อก่อนเราไม่รู้จักเลยโปรตีน อย่างดิฉันผอมอยากอ้วนก็กินเข้าไปเป็นจานๆ อะไรอย่างเนี้ย พอเราเข้ากลุ่มก็เลยรู้ว่าไม่ใช่ของดีนะ : (การสนทนากลุ่ม)"* นอกจากนั้นการได้รับความรู้ที่ถูกต้องยังสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและสามารถนำไปแนะนำคนอื่นได้ด้วย

การเข้ารับบริการในศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มกล่าวว่า ทำให้เกิดการสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และมองว่าการเดินเข้ามาโรงพยาบาลเพื่อมาสร้างสุขภาพดีกว่าการหามเข้ามาเพื่อรับการรักษา แต่เดิมเคยพึ่งแต่โรงพยาบาลแม้แต่ป่วยเล็กๆน้อย แต่ปัจจุบันสามารถดู

แลตนเองได้ในระดับหนึ่ง *"มาทีแรกก็นอนไม่หลับเป็นห่วง ถ้าหมอตรวจเจอนั้น เจอนี่ ต้องผ่าตัดหรืออะไร แต่พอเข้ามาแล้วได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ปกติดิฉันไม่ค่อยรักษาสุขภาพเท่าไร เพราะเราอยู่อย่างงี้เราไม่ค่อยเป็นอะไรอยู่แล้ว พอมาเอ๋ ! เราจะต้องปฏิบัติตนอย่างนั้นออกกำลังกาย รับประทานอาหารเป็นสัดเป็นส่วน นอนไม่หลับจะทำอย่างไร ความกังวลตรงนั้นหายไปเลยแล้วก็รู้จักปฏิบัติตนว่าถ้าเราเจ็บปวดตรงนี้เราจะต้องทำอะไร แต่ก่อนจะต้องวิ่งแต่ไปหาหมอ เจ็บอะไรนิดนึงก็ต้องรีบไปหาหมอเลยค่ะ เดี๋ยวนี้เรารู้จักรักษาตัวเองได้ ปฏิบัติตามคำแนะนำนี่แหละค่ะ: (การสนทนากลุ่ม)"*

ความต้องการของผู้ที่ต้องการมีสุขภาพดี ทำให้แสวงหาสถานบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพให้กับตนเองได้ ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา)แห่งนี้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการแสวงหาคำตอบของผู้รับบริการเหล่านี้

ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ : รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ เป็นการตั้งฐานอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นหลัก ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนผู้ที่เข้าถึงบริการและสถานที่ แต่ฐานในโรงพยาบาลจะทำให้ได้รูปแบบตัวอย่างเพื่อจะนำสู่ชุมชนต่อไป *"เรามาตั้งฐานที่โรงพยาบาลเพราะฉะนั้นมันจะเป็นทางอ้อม สมาชิกที่มาเข้าโปรแกรม เขาจะไปจัดออกกำลังกายที่ชุมชนเขา เราก็จัดส่งวิทยากรเข้าไปช่วย แต่ว่าตัวเราจะไม่ออกไปทำเอง ถือว่าถ้าสิ่งนี้เป็นสิ่งที่มีคุณค่าให้เขามาดูแล้วเขาไปริเริ่มเอง เราไปช่วยแต่เรามิใช่ไปริเริ่มให้เขา : (แพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ)"* เพราะแพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพมองว่า ผู้เข้ารับบริการที่ผ่านมานั้น เป็นผู้ที่ศักยภาพในการเป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน นอกจากนั้นการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล ยังเป็นการสั่งสมประสบการณ์ให้กับคณะทำงาน ก่อนที่จะนำประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับนำไปปรับใช้เมื่อนำรูปแบบเหล่านี้ลงสู่ชุมชน

นอกจากนั้นศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ ยังเป็นแหล่งศึกษาดูงานของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ เพื่อจะนำไปเป็นแนวทางไปใช้และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และเพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายขยายผลในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก จึงมีการให้การสนับสนุนวิทยากรด้านนี้แก่หน่วยงานต่างๆ และการสนับสนุนการจัดตั้งหลักสูตรปริญญาตรี(4 ปี) การแพทย์แผนจีน ซึ่งเนื้อหาของหลักสูตรเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ เนื้อหาบางส่วนได้เพิ่มการแพทย์แผนไทยเข้าไปด้วย โดยหลักสูตรนี้หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพได้มีส่วนร่วมในการร่างหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ทบวงมหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยเซี่ยงไฮ้ จากประเทศจีน ซึ่งคาดว่าจะดำเนินการรับนักศึกษาได้ในปีการศึกษา 2547 บัณฑิตที่จะจบออกมาในอนาคตอีก 5 ปีข้างหน้า ยังเป็นความหวังในการทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตอีกด้วย

การสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินการควบคู่ไปกับการแพทย์พหุลักษณ์นั้น เกิดขึ้นจากความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ เป็นความร่วมมือที่เน้นความสำคัญของทุกวิชาชีพและทำให้เกิดความภาคภูมิใจในศาสตร์ที่ตนเองมีความชำนาญ *"คือจะสร้างบรรยากาศขึ้นมาใหม่ว่า การดูแลสุขภาพเรามองให้กว้าง ว่ามันเป็นหลายมิติ แต่ละคนก็มีส่วนในการดูแลสุขภาพ เพราะฉะนั้นคนที่นวดฝ่าเท้า เขาไม่รู้สึกว่าต่ำต้อยกว่าผม ทุกคนทำงานรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า โภชนากรเป็นครูที่มาสอนคนไข้ด้วยว่ากลับบ้านต้องปรุงอาหารอย่างนี้นะ วิธีปรุงให้อร่อยอย่างนี้นะ : (แพทย์หัวหน้าศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ)"* ทำให้บรรยากาศการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเต็มไปด้วยความสุข

รูปแบบและประสบการณ์ที่เกิดจากการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้ขยายผลไปสู่ภาคส่วนต่างๆ เพื่อเป็นเครือข่ายในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล องค์กรต่างๆ ตลอดจนสถานศึกษา และยังคาดหวังว่ารูปแบบและประการณ์เหล่านี้จะเป็นรูปแบบตัวอย่างที่ดีก่อนนำลงสู่ในระดับชุมชน

ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้สำเร็จ มิใช่เรื่องง่าย ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างด้วยกัน คือ

- วิสัยทัศน์ในการสร้างเสริมสุภาพของผู้นำ
- ผู้นำต้องเป็นหลักให้กับคนทำงาน
- ผู้นำต้องมีวุฒิภาวะสูง
- ต้องมีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน
- ให้กำลังใจแก่ผู้ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- แสดงให้ผู้ร่วมงานด้านอื่นๆ เห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้ใช้งบประมาณมาก หรือเบียดบังงบประมาณด้านการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น แต่ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น
- เปิดโอกาสให้ผู้ทำงานมีโอกาสในการอบรม ดูงาน ศึกษาเพิ่มเติมในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
- มีแนวร่วมในการทำงาน ที่มีความสนใจในงานอย่างแท้จริง
- เปิดโอกาสให้ผู้ทำงานได้เปิดศักยภาพของตนเองตามความเชี่ยวชาญของวิชาชีพและเกิดความภาคภูมิใจในงาน
- ความสุขของผู้ทำงานที่ได้รับจากการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัญหาอุปสรรคในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

- เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพดำเนินงานร่วมไปกับการแพทย์พหุลักษณ์ ระบบไม่เอื้อต่อการบริหารจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าตอบแทนของบุคลากร ที่ต้องยึดติดกับระเบียบการเบิกจ่ายเงินบำรุง
- จำนวนผู้รับบริการมากทำให้ภาระในงานรักษามีมาก การทำงานสร้างเสริมสุขภาพจึงทำได้น้อยลง
- แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในแพทย์ยังเกิดน้อย
- แพทย์ไม่ให้ความสนใจและเกิดการต่อต้าน
- ผู้นำไม่เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ
- สถานที่จำกัด ทำให้รับผู้รับบริการได้เพียงบางส่วน
- การเข้าถึงบริการการสร้างเสริมสุขภาพยังจำกัดเฉพาะกลุ่ม ยังมีจำนวนไม่มาก

กรณีศึกษาที่ 2
โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา)

โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) เป็นโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษามีดังนี้

การสร้างเสริมสุขภาพก่อนโครงการการสร้างหลักประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค

โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) ได้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนาบริการของโรงพยาบาลให้เป็น **"โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital)"** เริ่มจากในเดือนกุมภาพันธ์ 2542 รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ของโรงพยาบาลได้เข้าร่วมประชุมโครงการโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อกลับมาก็ได้ประชุมชี้แจงมอบหมายงานให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล โดยกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล 4 ข้อ คือ

1. ปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ มีมาตรฐานและกลมกลืนเข้าไปกับการป้องกันควบคุมโรค การให้บริการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ
2. ปรับเปลี่ยนค่านิยม พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่และประชาชน เพื่อพัฒนาให้เป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง
3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
4. ประสานงานกับชุมชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

การจะบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกคนต้องถือปฏิบัติตามนโยบายนี้ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามนโยบายและวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลจึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพจำนวน 15 คน โดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นประธานคณะกรรมการ แพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม แพทย์หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม อีก 12 คนเป็นพยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู นักสังคมสงเคราะห์และหัวหน้าฝ่ายสุขพัฒนาเป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการได้จัดประชุมร่วมระดมสมองเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 5 ข้อ โดยนำวัตถุประสงค์มาจัดทำเป็นแผนแม่บท 5 ปี (2542-2546) มีการจัดประชุม ระดมสมอง 6 รุ่น ๆ ละ 80 คน ผลการประชุมได้กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ 187 กิจกรรม คณะทำงานจึงนำกิจกรรมย่อยทั้งหมดมาจัดทำเป็นแผนงานประจำปี กิจกรรมที่เน้นคือ **"การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน"** ผลการสำรวจพบว่า พฤติกรรมสุขภาพ 8 เรื่องที่ได้รับความสนใจ ดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ให้คุณค่าทางโภชนาการถูกต้อง

2. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ปลอดภัย
3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
4. พฤติกรรมความเครียดและการบริหารความเครียด
5. พฤติกรรมด้านยาและสารเสพติด
6. พฤติกรรมด้านการขับขี่และความปลอดภัย
7. พฤติกรรมด้านอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม
8. พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพปากและฟัน

นอกจากนี้ คณะทำงานได้สร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่โดยการจัดการแข่งขันกีฬาสีภายในโรงพยาบาลทุกปี การจัดตั้งชมรมกีฬาต่าง ๆ ตามความสนใจของเจ้าหน้าที่ มีบริการห้องฟิตเนสที่ชั้น 10 ของอาคารเฉลิมพระเกียรติ และเปิดให้ประชาชนทั่วไปมาใช้บริการ (เปิดเมื่อกุมภาพันธ์ 2545) มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีเจ้าหน้าที่ทุกปี บริการทางเลือกแพทย์แผนไทย การจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยญาติและครอบครัวที่หอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลได้ผ่านการรับรองของระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม (ISO 14001) เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2544 รวมทั้งประสานงานให้โรงเรียนเข้าร่วม “โรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ” เน้นสอนทักษะให้เด็กนักเรียนตรวจสุขภาพกันเอง มีการเฝ้าระวังโรคต่าง ๆ ในโรงเรียน เช่น โรคโลหิตจาง ภาวะสายตา ภาวะการได้ยิน โรคธาลัสซิเมีย โรคคอพอก เป็นต้น การดำเนินงานที่ผ่านมาโรงพยาบาลยังมีจุดอ่อนเกี่ยวกับงานด้านชุมชน โดยเพิ่งเริ่มดำเนินการในปีนี้ สร้างเสริมชมรมออกกำลังกายภายใน 10 ชุมชนย่อย

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ กล่าวว่า *“โรงพยาบาล...ยึดแนวทางกฎบัตรออตตาวาว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามนโยบายและกฎกระทรวงปัจจุบันเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรับรู้นโยบาย ได้ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพให้มาเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นโรงพยาบาลได้สอดแทรกเรื่องนี้เข้าไปในกิจกรรมหลัก 4 อย่าง ได้แก่ สร้างเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ปีนี้ได้แทรกเข้าไปในงานประจำด้วย ขณะนี้ทุกเทศบาล ทุกชุมชน ทุกองค์การบริหารส่วนตำบลมีชมรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม ทุกวันนี้ชาวบ้านในชุมชนเข้มแข็งเขาให้ความสำคัญ เขาตั้งกันเอง เช่น ชมรมรำกระบอง ชมรมแอโรบิค ตอนนี้มีชมรมไทเก็กเพิ่มขึ้น* ***งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่ต้องใช้เวลา อาศัยความต่อเนื่องจึงจะได้ผล****”*

ขณะเดียวกัน จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) เห็นว่า โรงพยาบาลใช้ฐานของ “โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ” เป็นหลักและการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลไม่ถือเป็นเรื่องใหม่ แต่เป็นเรื่องที่โรงพยาบาล นโยบาย เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตระหนักดีและทำอยู่แล้ว

วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา)

วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) ได้นำวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพมาเป็นแนวทางสำคัญ คือ**"สร้างเสริมสุขภาพกายจิต สร้างชีวิตให้สดใส วิชาการก้าวไกล มั่นใจในบริการ"** โรงพยาบาลได้ขยายความวิสัยทัศน์ 3 ด้าน ดังนี้

1. สร้างเสริมสุขภาพกายจิต สร้างชีวิตให้สดใส หมายถึง การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพทางกายและทางจิตของบุคลากรโรงพยาบาล ผู้รับบริการและประชาชนในเขตรับผิดชอบ ให้มีสุขภาพกายดีมีพลานามัย คือต้องมีพละกำลังที่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดิน วิ่ง หรือทำกิจกรรมงานต่างๆ ในอาชีพได้โดยไม่เหน็ดเหนื่อยและมีสุขภาพจิตที่ดี มีวิธีที่จะสามารถกำจัดความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อมีสุขภาพจิตดี ทำให้ชีวิตสดชื่นมีชีวิตชีวา สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2. วิชาการก้าวไกล คือ การที่โรงพยาบาลพัฒนาองค์กรไปสู่องค์กรเรียนรู้ (Learning Organization) โดยเรียนรู้ใน 5 ประเด็นหลักคือ

(1) เรียนรู้วิธีการทำงานเป็นทีม และสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี เกิดความสุขทางจิตวิญญาณที่ทำงานด้วยความเอื้ออาทร แบ่งปัน มีน้ำใจ ไม่เอาเปรียบ ช่วยเหลือเกื้อกูล และให้กำลังใจซึ่งกันและกันมองทุกปัญหามีทางออก และมองโลกเชิงบวก

(2) เรียนรู้ในการจัดการองค์ความรู้ ได้แก่

(ก) การเก็บกักองค์ความรู้ (Knowledge Retention) อย่างมีระบบเพื่อที่จะใช้อ้างอิงหรือต่อองค์ความรู้โดยไม่ต้องนับหนึ่งใหม่ อีกทั้งเป็นการสืบสานองค์ความรู้จากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง

(ข) การประยุกต์ใช้องค์ความรู้ (Knowledge Application) คือ การประยุกต์ใช้องค์ความรู้เหล่านั้น ทั้งในรูปของ รูปแบบหรือเทคโนโลยีการบริการ หรือการสร้างมาตรฐานการบริการสร้างเสริมสุขภาพ

(ค) การกระจายองค์ความรู้ (Knowledge Distribution) ไปยังบุคคลหรือองค์กรที่จะต้องนำองค์ความรู้เหล่านั้นไปใช้ได้อย่างเหมาะสม และทันกาล

(3) เรียนรู้ที่จะประเมินปัญหาสาธารณสุขในปัจจัยและที่จะเป็นปัญหาในอนาคตเพื่อจะพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นปัญหา

(4) เรียนรู้ที่จะพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยจนได้รูปแบบที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และที่สำคัญที่สุดคือสามารถใช้ได้จริงในพื้นที่

(5) เรียนรู้ที่จะทำงานกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุขในเขตที่รับผิดชอบ เพื่อที่ให้องค์ความรู้หรือรูปแบบ หรือเทคโนโลยีการสร้างเสริมสุขภาพ ได้กระจายลง

สู่สถานบริการสาธารณสุขในเขต และนำไปใช้เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขที่ต้องใช้มาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพ

3. มั่นใจในบริการ หมายถึง ผู้รับบริการสามารถไว้วางใจได้ว่า จะได้รับการบริการที่ได้คุณภาพ มีมาตรฐาน มีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน

พันธกิจของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ

พันธกิจของโรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพมี 3 ข้อ ได้แก่

1. พัฒนาองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการสร้างเสริมสุขภาพ
    1.1 ให้เป็นผู้นำหรือตัวอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง
    1.2 เป็นที่ปรึกษาสร้างเสริมสุขภาพให้กับโรงพยาบาลและสถานีอนามัยในเขต
2. ศึกษาพัฒนารูปแบบเทคโนโลยีและสร้างงานบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้มาตรฐาน
3. สนับสนุนและร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ในการนำเทคโนโลยีการสร้างเสริมสุขภาพสู่สถานบริการสาธารณสุข ประชาชนและชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีพลานามัย ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

การที่โรงพยาบาลจะบรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพได้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ (Strategy) และเครื่องมือทางการบริหาร (Management Tools) ที่จะให้บรรลุวิสัยทัศน์จะต้องใช้ 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. แปลงประเด็นปัญหาสาธารณสุขของชาติหรือเขตสู่การปฏิบัติ (Strategic Management) โดยใช้เครื่องมือการบริหาร Balance Scorecard (BSC), ISO 9001 การบริหารเน้นมุ่ง (Hoshin Kunri) และ Top Management Diagnosis

2. การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้มาตรฐาน (Quality Management System) โดยใช้เครื่องมือการบริหาร เช่น ISO 9001 : 9002 HA HPH และมาตรฐานอื่น ๆ ของกรมอนามัย เช่น SMH BFH

3. การพัฒนาให้ไปสู่องค์กรการเรียนรู้ (Learning Organization) โดยใช้เครื่องมือการบริหาร เช่น Learning Organization ตามทฤษฎีของ Peter Senge. HA Information Technology (IT)

4. การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้เครือข่าย และการสร้างภาคีเครือข่าย โดยใช้เครื่องมือการบริหาร เช่น HPH MCH Board ที่ประชุมวิชาการของเขต และที่ประชุมผู้ตรวจราชการหรือการประชุม คปสข.

แผนงานการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา)

โรงพยาบาลได้กำหนด “แผนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ปี (2542-2546)” ซึ่งเรียกว่า “แผนแม่บท 5 ปี” คณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมาร่วมกันทำเป็นแผน ว่าเราจะทำอะไรเป็นแผนแม่บท 5 ปี ระยะแรกจึงกำหนดเป็นวัตถุประสงค์หลัก 5 ข้อ ไว้ในแผนฯ มีดังนี้

1. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในโรงพยาบาลให้มีแนวคิดและจุดมุ่งหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ

2. พัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลให้เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

3. กระตุ้นให้เกิดบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขต่อการดูแลสุขภาพ

4. พัฒนาโรงพยาบาลให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพ

5. สร้างเสริมให้เกิดเครือข่ายทางสังคมด้านสุขภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบของชุมชน

ระยะแรกของแผนแม่บท 5 ปี นโยบายของโรงพยาบาลเริ่มจากการอบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 6 รุ่น ๆ ละ 80 คน การฝึกอบรมก็จะจัดให้มีการระดมสมองว่า เจ้าหน้าที่ต้องการให้โรงพยาบาลทำกิจกรรมอะไรบ้างด้านสร้างเสริมสุขภาพ ผลการจัดอบรมคณะกรรมการดำเนินงานพบว่า เจ้าหน้าที่ระดับล่างให้ความสนใจ มีส่วนร่วมต่อการคิดค้นกิจกรรมที่จะจัดในแต่ละวัตถุประสงค์ ซึ่งทำให้เปลี่ยนทัศนคติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เชื่อว่า งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่ไม่ชัดเจน ทำแล้วไม่เห็นผลงานอะไร เริ่มง่าย ๆ ก็คือให้แต่ละหน่วยงานเดิมที่ทำงานสร้างเสริมอยู่แล้วแต่ไม่ได้ดึงมาทำเป็นกิจกรรมที่ชัดเจน ตรงนี้คณะกรรมการใช้กระบวนการสร้างทีมงานขึ้นมา ให้ทีมงานเป็นตัวหลักเข้าไปพัฒนากิจกรรมในแต่ละหน่วยงาน โดยให้ทำในลักษณะโครงการขึ้น ได้แก่

1. โครงการอบรมความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่

2. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเจ้าหน้าที่ เช่น ตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ประจำปี อาหารเพื่อสุขภาพ ชมรมกีฬาต่าง ๆ

3. โครงการสร้างเสริมสุขภาพจิต

4. โครงการแก้ไขปัญหาการติดยาและสารเสพติด

5. โครงการสร้างเสริมสุขภาพฟัน

6. โครงการความปลอดภัยในการทำงาน

7. การจัดสวนหย่อมในโรงพยาบาล

8. จัดตั้งศูนย์พิทักษ์ความสะอาด

คณะกรรมการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพเห็นว่า “มีโครงการและกิจกรรมอีกจำนวนมากที่เจ้าหน้าที่ยังต้องทำ ส่วนใหญ่สนุกกับงานที่ทำ เมื่อให้เจ้าหน้าที่ประเมินผล 5 ปีที่ผ่านมา แพทย์และเจ้าหน้าที่เห็นว่า งานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรตั้งแต่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้มาก ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่เริ่มตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและเป็นตัวอย่างให้กับผู้ป่วยและญาติ เจ้าหน้าที่เห็นว่าสร้างเสริมสุขภาพต้องเริ่มจากตัวเองก่อน เช่น การออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารทำให้

น้ำหนักตัวลดลง สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น เวลาไปแนะนำผู้ป่วยในเราก็บอกได้ว่า เราลองทำมาแล้วได้ผล อย่างนี้ ดูตัวอย่างจากที่ได้ ปัจจุบันโรงพยาบาลก็ดำเนินงานตามแผนงานของโรงพยาบาล

ความคิดเห็นของแพทย์ผู้รับผิดชอบโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เห็นว่า *"โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยเฉพาะงานสร้างเสริมสุขภาพน่าเป็นห่วง ถ้าจะให้โรงพยาบาลลงไปมากเราต้องใช้งบประมาณ ประเด็นปัญหาที่สำคัญขณะที่ตั้งงบประมาณที่รัฐจัดสรรจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมาให้ หลายโรงพยาบาลยังเอาตัวไม่รอด ฉะนั้นจุดด้อยของโรงพยาบาลที่จะให้งบประมาณกับงานสร้างเสริมสุขภาพก็คงจะลำบาก ปัจจุบันวิสัยทัศน์โรงพยาบาลเริ่มต่ำลงเปลี่ยนจากการสร้างเสริมโรงพยาบาลคุณภาพมาเป็นโรงพยาบาลอยู่รอด บางโรงพยาบาลติดลบหลายล้านมากภายในไม่กี่เดือน บางโรงพยาบาลขาดทุน แต่สำหรับโรงพยาบาล.....ก็พออยู่ได้ เรายังมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ศูนย์ฟิตเนสกำลังเป็นที่นิยมของเจ้าหน้าที่ ประชาชนทั่วไปมาก"*

งานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) ใช้โครงสร้างงานเดิมที่มีอยู่แล้ว ไม่ได้มีการจัดตั้งใหม่ขึ้นมา

คณะกรรมการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเห็นว่า งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของทีมงานที่ต้องมองร่วมกัน คิดร่วมกัน กำหนดแผนร่วมกัน ทีมงานมองงานสร้างเสริมสุขภาพด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและทางจิตวิญญาณด้วย ซึ่งก็ยากที่จะเข้าใจ ถ้ามองเชิงรูปธรรมส่วนใหญ่จะเน้นที่คนไข้เป็นศูนย์กลาง รู้ปัญหาตั้งให้คนไข้มีส่วนร่วมบอกปัญหาสุขภาพออกมา ซึ่งแต่เดิมเจ้าหน้าที่เป็นฝ่ายให้ความรู้อย่างเดียวโดยที่ไม่ได้ถามความรู้สึกของผู้ป่วย แต่ตอนนี้ทีมงานสร้างเสริมสุขภาพพยายามที่จะต้องเข้าใจว่า งานสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้เหมือนเดิมแล้ว ทีมงานต้องให้ผู้ป่วย/ประชาชนคุยออกมา เป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนร่วมกัน โครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมก็จะมาจากผู้ป่วยและประชาชน แต่เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้สนับสนุน สร้างเสริมกิจกรรมด้านสุขภาพ

ผู้เกี่ยวข้องกับงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

แพทย์เห็นว่า งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่ทุกระดับจะต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่แพทย์ลงมารวมทั้งผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ ทำตัวเป็นตัวอย่างด้วย เช่น *"ผมดูแลด้านสร้างเสริมสุขภาพ ผมก็ออกกำลังกาย วิ่งตอนเช้าทุกวัน ถ้ามีเวลาก็วิ่งประมาณ 15 นาที การออกกำลังกายเป็นนิสัยที่ผมทำอยู่แล้ว ในโรงพยาบาลตอนเช้า ๆ เจ้าหน้าที่ก็จะเห็นผมออกกำลังกายเป็นปกติ ฉะนั้น*

เวลาผมพูดเรื่องสร้างเสริมสุขภาพ ผมพูดได้ว่าไม่ใช่บอกให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่คนอื่นทำแต่เราไม่ทำ ตอนนี้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็ตื่นตัวเรื่องออกกำลังกายกันมากขึ้น"

แพทย์ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ที่เป็นคณะกรรมการทำงานจะมีส่วนร่วมมากกว่าแพทย์ส่วนใหญ่ การสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นเรื่องของคณะทำงานของโรงพยาบาล

ผลการสนทนากลุ่มและความคิดเห็นของแพทย์ เห็นว่า งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักสุขศึกษา นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์สามารถทำได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ แพทย์ที่มีส่วนร่วมมาก เช่น รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมและทันตแพทย์ แต่สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา)จะเป็นหัวหน้าฝ่ายสุขศึกษาเป็นตัวหลักในการทำงานของทีมงาน

ข้อสังเกตของผู้ศึกษา พบว่า โครงการและกิจกรรมส่วนใหญ่จะดำเนินงานโดยทีมงานหรือคณะทำงาน 15 ท่าน โดยจะเป็นการทำงานในลักษณะ “ทีมงาน” ที่ช่วยเหลือกันตลอดเวลา แพทย์จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา สนับสนุนโครงการและกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

งานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเริ่มจากตัวเจ้าหน้าที่ ตัวญาติผู้ป่วยและในชุมชน

ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) พบว่า 4-5 ปีที่ผ่านมาของคณะทำงานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ได้ทำให้เกิดการกระตุ้นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค โครงการที่น่าสนใจ เช่น **ศูนย์ฟิตเนสของโรงพยาบาล.....** เปิดบริการตั้งแต่ 16.00-21.00 น. วันจันทร์ – วันศุกร์ บริการของศูนย์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพได้แก่

1. ห้องฟิตเนส
2. ห้องแอโรบิค
3. ห้องนวดแผนไทย
4. ห้องอบซาวน่า

บริการศูนย์ฟิตเนสมีความน่าสนใจ คือ เป็นบริการที่ให้บริการกับประชาชนทั่วไปเข้ามาใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพได้โดยสมัครเป็นสมาชิก ซึ่งอัตราค่าสมาชิกสำหรับประชาชนทั่วไป มีดังนี้

- บริการรายวัน	50 บาท
- บริการรายเดือน	500 บาท
- สมาชิกราย 3 เดือน	1,000 บาท
- สมาชิกรายปี	2,000 บาท

- สมาชิกกิตติมศักดิ์ 10,000 บาท
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลด 40 – 50 %
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ลด 20 %

บริการของศูนย์ฟิตเนส มีทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและประชาชนทั่วไปมาใช้บริการกันเป็นจำนวนมาก

ทีมงานสร้างเสริมสุขภาพประเมินการทำงานด้านนี้ว่า ยังมีกิจกรรมที่ต้องทำอันมาก โดยเฉพาะปี 2546 นี้ ทีมงานกำลังขยายงานสร้างเสริมสุขภาพออกไปสู่ชุมชน เช่น ขณะนี้โรงพยาบาลมีเขตรับผิดชอบเป็นชุมชนเทศบาล 10 ชุมชน ชุมชนเข้มแข็งในด้านออกกำลังกาย มีการเต้นแอโรบิควันละ 2 รอบ โดยนายกเทศมนตรีเป็นผู้นำ โรงพยาบาลเป็นผู้ประสานเครือข่ายออกกำลังกาย เมื่อปีที่แล้วจัดกิจกรรมของเครือข่ายออกกำลังกายแล้วก็ตรวจสุขภาพร่างกายให้ มีการสาธิตแอโรบิค รำกระบองและชีวจิต ในปีนี้ก็จะมีการประชุมกรรมการกันทั้ง 10 ชุมชน โดยจะมาร่วมคิดร่วมวางแผนงานกัน *"แม้ว่าโรงพยาบาลจะทำโครงการและกิจกรรมมากมาย แต่มันก็กระจัดกระจาย เมื่อนำเกณฑ์ประเมินของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพมาประเมิน ทีมงานเห็นว่า ยังต้องทำงานอีกมากโดยเฉพาะความครอบคลุมในชุมชนจริง ๆ ตรงนี้โรงพยาบาลกำลังวางแผนโครงการและกิจกรรมต่อไป"*

บทบาทของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์เห็นว่า งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่แพทย์มีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนแผนงาน โครงการ กิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าที่จะเป็นผู้สร้างเสริมสุขภาพโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มที่เห็นว่า เมื่อทำโครงการ แผนงานของการสร้างเสริมสุขภาพก็จะปรึกษารองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ส่วนใหญ่ท่านก็จะให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี เพราะนโยบายของโรงพยาบาลเน้นให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม แพทย์ก็ต้องกระตุ้นให้มีส่วนร่วมด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น แต่โดยทั่วไปแพทย์ยังไม่เห็นความสำคัญของงานด้านนี้มากนัก ทัศนะของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เห็นว่า ส่วนมากบทบาทของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป (กรณีศึกษา)ยังเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาลมาก การสร้างเสริมสุขภาพยังค่อนข้างน้อย ก็มีแพทย์ที่ทำบ้าง ด้านสร้างเสริมสุขภาพบทบาทหลักจะอยู่ที่พยาบาลมาก พยาบาลน่าจะเป็นแกนหลัก โดยรวมทั้งฝ่ายสุขศึกษา ฝ่ายเวชกรรมสังคม บทบาทแพทย์ที่ทำได้ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ขณะตรวจรักษาผู้ป่วยก็ต้องให้การศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในโรคต่างๆ ที่ผู้ป่วยเป็น ถ้าจะทำให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนควรให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ทุกระดับต้องให้ความสำคัญและทำอย่างจริงจัง ต่อเนื่องจึงจะได้ผลถ้าไม่เช่นนั้นก็จะไปไม่รอด 4 ปีที่ผ่านมา บทบาทของแพทย์ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพก็มีแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมบางส่วน เช่น ทันตแพทย์ก็จะมีส่วนร่วมดูแลเรื่องการ

ออกกำลังกาย กิจกรรมกีฬาประจำปีของโรงพยาบาล กีฬาสีระหว่างหน่วยงาน ซึ่งโดยปกติทันตแพทย์ท่านนี้ก็ชอบการออกกำลังกายและให้ความสำคัญในกิจกรรมด้านนี้ด้วย

มาตรการจูงใจและผลตอบแทนต่อการทำงานของแพทย์

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา)ไม่ได้มีมาตรการจูงใจ (Intensive) ในรูปของเงินค่าตอบแทนต่อการทำงานของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ งานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งจะเป็นความสนใจเฉพาะตัวของแพทย์ ทีมสาธารณสุขในโรงพยาบาล ทัศนะของแพทย์บางท่านเห็นว่า เงินเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้แพทย์ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น แต่ไม่แน่ใจว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง ขณะเดียวกันแพทย์บางท่านเห็นว่า มาตรการจูงใจอันหนึ่งที่รัฐดำเนินการคือ การเปิดอัตราของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น ซึ่งก็ทำให้มีแพทย์หลายท่านมาเรียนต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

แพทย์ไม่มีเวลา

สุตินรีแพทย์เห็นว่าสัดส่วนของแพทย์กับการดูแลผู้ป่วยของไทยไม่เหมาะสม เช่น *"WHO กำหนดแพทย์ 1 คนต่อประชาชน 10 คน แต่สำหรับโรงพยาบาล... แพทย์ 1 คนต่อประชาชน 5,000 คน การที่แพทย์จะทำงานสร้างเสริมสุขภาพโครงการแนะนำอะไรมันก็น้อย* ***ตรวจผู้ป่วยคนหนึ่งบางทีแพทย์ตรวจไม่ถึง 5 นาที*** *ถ้าแพทย์จะทำด้านสร้างเสริมฯ* ***ปัจจัยเรื่องเวลาเป็นสิ่งที่สำคัญมาก*** *ต้องใช้เวลาอธิบาย แนะนำ พูดคุย ซักถาม โต้ตอบกับผู้ป่วยจนเขาให้ความสำคัญ ต้องให้การศึกษาเป็นราย ๆ ไป ผมถึงเห็นว่ามันต้องใช้เวลา สำหรับงานสูตินรีเวช งานสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นงานของพยาบาล เช่น หญิงตั้งครรภ์ 1 รายเมื่อมาฝากครรภ์ (ANC) โรงพยาบาลจะสอดแทรกงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีรายการว่าพยาบาลต้องให้ความรู้ 13 เรื่อง โดยจะติดใบสีชมพูไว้เพื่อส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องทราบจนถึงหลังคลอด พยาบาลจะเช็คซ้ำว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้แล้วเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือไม่ ถ้าพยาบาลหลังคลอดถามแล้วตอบยังไม่ถูกต้องพยาบาลหลังคลอดก็จะให้ความรู้ซ้ำอีก"* ความรู้ 13 เรื่องที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่

- การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์
- การเลือกรับประทานอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ทันตศึกษา
- การออกกำลังกายของมารดาขณะตั้งครรภ์
- การมีเพศสัมพันธ์
- อาการผิดปกติของมารดา

- การดิ้นของเด็ก
- การเตรียมของใช้
- อาการเจ็บเตือนก่อนคลอด
- การให้นมแม่กับทารก
- การวางแผนครอบครัว
- การดูแลตนเองหลังคลอด
- การให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ทารก

การให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์-หลังคลอดเป็นการให้ความรู้แบบต่อเนื่อง พยาบาลจะค่อยๆ ให้ แพทย์จะให้ความรู้ในรายที่เป็นปัญหาเท่านั้น แพทย์ไม่ได้ทำทุกราย เช่น รายที่สงสัยจะเป็นโรคทาลัสซีเมีย มารดาเป็นโรคเบาหวาน พยาบาลก็จะใช้ระบบคัดกรองก่อนส่งให้แพทย์ เป็นต้น

ปริมาณผู้ป่วยนอกต่อวันมาก

โรงพยาบาลมีแพทย์ประมาณ 17 คน แต่ตึกผู้ป่วยในมีแพทย์ดูแลประมาณ 14 คนจำนวนเตียง 300 กว่าเตียง แพทย์ตรวจผู้ป่วยนอกไม่ต่ำกว่า 600 คน แพทย์ตรวจวันละ 3 คนเขาตั้งไว้ให้แพทย์ตรวจรักษาผู้ป่วยนอกอย่างต่ำ 70 คนภายใน 3 ชั่วโมง ถ้าเฉลี่ยต่อผู้ป่วยคิดแค่จำนวนผู้ป่วย 60 คน 3 ชั่วโมงก็ตกตรวจผู้ป่วยรายละ 2 นาทีต่อคน น้อยมาก ถ้าผู้ป่วยคนไหนใช้เวลามาก ผู้ป่วยรายอื่นก็ต้องใช้เวลาน้อยลงไป สำหรับสูติแพทย์ตรวจผู้ป่วย 1 รายเท่ากับตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม (ไข้หวัด) 3 คน ถ้าเป็นคลินิกเบาหวานตรวจวันพุธจะมีคนไข้ประมาณ 200 คนต่อแพทย์ 3 คน ทัศนะของสูตินรีแพทย์รายหนึ่งเห็นว่า *“แพทย์ไม่ต้องทำ แต่แพทย์เป็นที่ปรึกษาได้ แพทย์ไม่ต้องเป็นหัวหน้าทีมเสมอ นี้เป็นความเห็นของผมคนเดียว ไม่ทราบว่าแพทย์อื่นๆ คิดเห็นอย่างไร”*

งบประมาณของงานสร้างเสริมสุขภาพไม่เพียงพอ

การทำงานของคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) พบว่า งานสร้างเสริมสุขภาพสวนทางกับนโยบาย นโยบายให้ทำแบบสร้างเสริมแต่จริง ๆ แล้วงบประมาณไม่ค่อยจะลงมาที่สร้างเสริมสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลงบประมาณตั้งไว้ที่ส่วนกลาง คณะทำงานก็นำเสนอในรูปของโครงการ กิจกรรม ขอยาก ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลฯ ทำเรื่องขอไปที่ ส.ส.ส. โครงการฯก็จะถูกปรับแล้วปรับอีก ก็ยังไม่ได้ คณะทำงานฯ ต้องระดมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน เช่น ขอความร่วมมือจากบริษัทนมมาร่วมจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ *"ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพ 30 บาท โรงพยาบาลยังได้งบประมาณสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากกรมอนามัยมาตลอด หลังการประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพ 30 บาท กรมอนามัยบอกว่ามีงบประมาณสนับสนุนให้เพียง 3,000 บาท แต่เดิมกรมอนามัยได้ให้การสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลอย่างเต็มที่ เช่น งานวางแผนครอบครัว*

แต่ปัจจุบันถูกตัดหมด ขณะเดียวกันคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลจะไม่ทราบว่างบประมาณจากโครงการหลักประกันสุขภาพ 30 บาทมีการจัดสรรงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพให้โรงพยาบาลเท่าไร"

ระเบียบการเงินของโรงพยาบาลไม่เอื้อต่องานสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า คณะทำงานฯ เห็นว่า งานสร้างเสริมสุขภาพจะทำในรูปของโครงการเขียนขออนุมัติก่อน ค่าใช้จ่ายของโครงการฯ ที่เกิดขึ้น บางอย่างก็เบิกจ่ายจากโรงพยาบาลได้ กิจกรรมบางอย่างก็ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ เช่น การให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วยและญาติ เจ้าหน้าที่ก็อาจมีการจัดอาหารว่างให้กับผู้มาร่วมกิจกรรม แต่จะเบิกกับเงินบำรุงของโรงพยาบาลไม่ได้ บอกว่าผิดระเบียบเจ้าหน้าที่ที่ทำงานก็ต้องใช้เงินส่วนตัวออกไป บางครั้งก็ไปขอบริจาคเงินจากหน่วยงานต่าง ๆ มาสรุปง่าย ๆ ก็คือ โครงการและกิจกรรมของงานสร้างเสริมสุขภาพไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่เหมือนกับงานรักษาพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนมากกว่า เห็นผลงานชัดเจนกว่า เช่น ในตึกผู้ป่วยในที่จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเดือนละ 1 ครั้ง เจ้าหน้าที่ก็จะทำกลุ่มสัมพันธ์ มีการเล่นเกมส์ เจ้าหน้าที่ก็จะจัดหารางวัลเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย ญาติเข้าร่วมกิจกรรม รางวัลที่จัดเช่น นม สบู่ แป้ง กระดาษทิชชู ยาสีฟัน ซึ่งได้มาจากการขายของเครื่องใช้และนำกำไรมาคืนเป็นรางวัลให้ผู้ป่วยและญาติไป กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของหอผู้ป่วยในจึงยังทำอยู่ได้ โครงการหรือกิจรรมใดที่ต้องเบิกเงินจากโรงพยาบาลจะเป็นเรื่องที่ยากมาก จะไม่มีตรงไหนที่เอื้อหรือสนับสนุนให้เบิกงบประมาณได้ตามระเบียบการทำงาน ตัวอย่างเช่น

การตรวจอาชีวอนามัยเจ้าหน้าที่จะต้องทำงานอย่างต่อเนื่องไปจนถึงค่ำ เพราะว่าเป็นงานที่ขึ้นกับโรงงาน ซึ่งทำงานแบบกะ เจ้าหน้าที่จะต้องทำให้ครอบคลุมทุกกะเวรที่เข้าทำงานในวันนั้น ซึ่งเมื่อออกทำงานก็มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ทีมงานที่ออกไปร่วมมีหลายคน เท่าที่ทำงานก็จะต้องใช้งบประมาณของงานวิจัยมาสนับสนุน โดยทำเรื่องวิจัยของงบประมาณสนับสนุนจาก สสส. หรือสกว. ถ้าได้รับการจัดสรรมา เราก็ใช้งบประมาณดังกล่าวมาสมทบออกเป็นค่าใช้จ่ายให้กับทีมงานที่ออกไปร่วมทำงานได้บ้าง เดิมโครงการฯที่จะขอทำวิจัย โรงพยาบาลจะต้องส่งให้กองโรงพยาบาลภูมิภาครับรองก่อนส่งไป ส.ก.ว.

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาทีมงานให้ความเห็นที่น่าสนใจว่า ถ้ามีงานหรือกิจกรรมอะไรเข้ามาที่โรงพยาบาล ถ้าขึ้นต้นที่สุขภาพก็จะถูกส่งลงมาที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพทั้งหมด ซึ่งจริง ๆ แล้วมันไม่ใช่ คณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้พยายามปรับเปลี่ยนความเข้าใจโดยชี้แจงว่า ควรมีการอ่านเนื้องานอย่างละเอียดว่ามีอะไร เช่น การประชุม การทำงาน ซึ่งจริง ๆ จะเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มการแพทย์ และกลุ่มงานการพยาบาลก็ได้ เราจะพยายามเน้นให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็น

งานที่ต้องทำควบคู่กับการรักษาพยาบาล ไม่สามารถทำแบบแยกส่วนออกมา ตรงนี้ถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพทั้งระบบของโรงพยาบาลเป็นไปในทิศทางใด

ความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพน้อยกว่างานการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

คณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพซึ่งมีส่วนหนึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเห็นว่า พยาบาลวิชาชีพที่มาทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพได้รับความก้าวหน้าทางอาชีพพยาบาลน้อยกว่าพยาบาลที่อยู่กับกลุ่มการพยาบาล พยาบาลที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะขึ้นตรงกับแพทย์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม ซึ่งในฝ่ายจะมีทั้งพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสุขศึกษา นักสุขาภิบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทีมงานเห็นว่าความก้าวหน้าทางอาชีพของเจ้าหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพควรได้รับเท่าๆ กันกับสายงานพยาบาลทั่วไป เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับพยาบาลบุคลากรสร้างเสริมสุขภาพทุกตำแหน่ง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะงานสร้างเสริมสุขภาพวัดความสำเร็จเห็นผลงานไม่ชัดเหมือนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ถ้าให้การพยาบาลผู้ป่วยหายก็ถือว่ามีผลงาน แต่งานสร้างเสริมสุขภาพต้องใช้เวลาทำอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากที่ไม่เหมาะสมมาเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

แนวทางของการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ

การให้การศึกษาด้านสุขภาพ

การที่จะทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพบรรลุผล ต้องให้พยาบาลเป็นแกนหลัก ฝ่ายสุขศึกษาฝ่ายเวชกรรมสังคมจะสามารถทำได้ดี โดยตรงกว่าฝ่ายการแพทย์

เน้นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ประชาชน

งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่ไม่เห็นผลงานทันที เป็นเรื่องที่ต้องสร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ ประชาชน แพทย์ ทุกคนต้องเข้ามามีส่วนร่วม งานนี้จะไม่เกิดและทำไม่ได้โดยเฉพาะแพทย์ เช่น ที่โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา) แพทย์อยู่เวรกันคนละ 20 เวร ตรวจผู้ป่วยนอก ตรวจห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวรภายใน 15-20 เวรต่อเดือน งานประจำอื่นๆ อีก จึงควรเน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วม

แพทย์ควรเป็นตัวอย่างการสร้างเสริมสุขภาพ

แพทย์ควรทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย แต่ไม่ใช่แพทย์ให้ความรู้ แนะนำผู้ป่วย แต่แพทย์เองไม่เคยออกกำลังกายเลย ไม่ดูแลสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมเสี่ยง แพทย์ที่จะทำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเป็นแพทย์ที่ชอบ สนใจในเรื่องนี้ด้วย

การสร้างเสริมสุขภาพควรทำอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า คณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพและแพทย์มีความเห็นร่วมกันว่า งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่ควรทำอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่งานที่ทำแล้วจะเห็นผลทันที เช่น ขณะนี้ประชาชนตื่นตัวเรื่องการออกกำลังกายมาก เป็นกิจกรรมที่ชาวบ้านริเริ่มและทำอย่างต่อเนื่อง แสดงว่าชาวบ้านตื่นตัวทำกิจกรรมร่วมกัน งานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรมมาก เช่น ชมรมรำกระบอง ชมรมแอโรบิค ชมรมออกกำลังกาย ซึ่งทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 3
โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)

โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา) เป็นโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในประเด็นต่างๆ ดังนี้

การสร้างเสริมสุขภาพก่อนโครงการการสร้างหลักประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค

โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)ได้ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพมาก่อนที่รัฐบาลจะมีนโยบายนี้ออกมา การสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด เริ่มจากการเอาปัญหาในพื้นที่ (ชุมชน) เป็นหลัก พื้นที่ของอำเภอที่รับผิดชอบเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์สูง ทำให้มีการแพร่ระบาดการติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้ปัญหาการติดเชื้อ HIV สูงมาก ทีมงานสุขภาพของโรงพยาบาลถึงทางตัน ไม่สามารถจัดการปัญหาโรคเอดส์ได้ โรงพยาบาลจึงเห็นว่าน่าจะทำการศึกษาอย่างจริงจัง ในปี 2542 โรงพยาบาลได้ขอทุนสนับสนุนวิจัยของมูลนิธิ HOPE ทำการศึกษาเรื่อง “การติดเชื้อ HIV ในหญิงตั้งครรภ์” โรงพยาบาลเลือกศึกษาในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบก่อน หลังจากนั้นขยายพื้นที่ไปยังสถานีอนามัย ระยะแรก ๆ ของโครงการเริ่มจากการศึกษาปัญหาของพื้นที่ สัมภาษณ์คนในชุมชนหาปัจจัยความเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนต่อการติดเชื้อ HIV ซึ่งโรงพยาบาลพบว่า เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลขาดทักษะการทำงานเชิงชุมชน เจ้าหน้าที่ไม่ถนัด จึงขอการสนับสนุนจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง ได้แก่ นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้กรุณาลงมาช่วยและแนะนำการศึกษาวิจัย โรงพยาบาลได้บทเรียนจากการศึกษาวิจัยเป็นอย่างมาก

นโยบาย แผน มาตรการการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

นโยบายของโรงพยาบาลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)ได้ดำเนินการด้านนโยบายมาก่อน คือ

ปี 2542 โรงพยาบาลได้ประกาศเป็นโรงพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นการทำมาก่อนที่จะมีโครงการหลักประกัน 30 บาท

แผนงานของโรงพยาบาล ไม่มีแผนชัดเจน ขึ้นกับแผนงานของเจ้าหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพ แต่โรงพยาบาลจะสร้างเสริม สนับสนุนให้ชาวบ้านทำโครงการ กิจกรรมเอง โรงพยาบาลจะทำหน้าที่เพียงกำกับ ดูแล สนับสนุน สร้างเสริมให้ความรู้ด้านวิชาการมากกว่า *"โรงพยาบาลมีข้อจำกัดของบุคลากรจึงต้องปรับกลยุทธ์การทำงานให้ชุมชนเป็นตัวหลัก มีการเข้าไปเยี่ยมเยียนคนใน*

ชุมชนว่าต้องการความช่วยเหลืออะไร เขาก็จะเข้ามาติดต่อ ขอสนับสนุนบางด้านบางเรื่องที่เขาขาด เราจะไม่เอาอะไรเข้าไปให้ชุมชน"

ข้อสังเกตของผู้อำนวยการโรงพยาบาลคือ ผลกระทบด้านหนึ่งของโครงการหลักประกันสุขภาพทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพอนามัยของตัวเองน้อยลง เนื่องจากวิธีการ/กลไกการทำงานเป็นปัญหาอุปสรรคในตัวของมันเองตั้งแต่วิธีคิด วิธีทำ ประสบความสำเร็จได้ยาก มันพันตัวเองตลอดเวลา

ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

การสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้มองแยกจากระบบสุขภาพ แต่ควรพิจารณาถึงการดูแลคนทั้งระบบ ไม่ใช่พิจารณารายบุคคล นโยบายของโรงพยาบาลที่สำคัญคือ **"ประกาศให้โรงพยาบาล.... เป็นโรงพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว"** นโยบายนี้ถูกกำหนดไว้ในปี 2542 เป้าหมายของนโยบายนี้คาดว่าในปี 2547 จะทำให้เกิดการดูแลทั้งครอบครัว การสร้างเสริมสุขภาพจึงควรมองแบบองค์รวม ไม่สามารถมองเฉพาะการเจ็บป่วยเพียงด้านเดียว ต้องมองความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนก่อนลองทำการรักษาผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเจ็บป่วยมากขึ้น แพทย์ก็ให้การรักษาพยาบาลโดยการฉีดยาให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยก็หายจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยก็มารับการรักษาทุกวัน การอธิบายเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องยาก กลไกสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญคือ การเข้าถึงครอบครัว การทำให้สมาชิกในครอบครัวดูแลคนในครอบครัว กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวดูแลผู้ป่วยเอง ใช้การสร้างเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง ดูแลรักษาสุขภาพของตนเองมากกว่าพึ่งพาแพทย์ตะวันตก

องค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

1. ปัญหาโรคเอดส์

องค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา)ที่สำคัญคือ อำเภอในพื้นที่รับผิดชอบต้องเผชิญกับปัญหาโรคเอดส์ มีจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สูง ผู้ป่วยโรคเอดส์ล้มตาย ครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์ล่มสลาย ปัญหาตรงนี้ส่งผลให้คนในชุมชนที่เหลือต้องมาจัดความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันใหม่ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลเรียนรู้ถึงการเผชิญทุกข์ร่วมกันของผู้ป่วยเอดส์และคนในครอบครัว สถานการณ์ปี 2542 แต่ละบ้านก็จะมีผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ทุกคนต้องมาแสวงหาทางออกร่วมกัน ผู้ป่วยเอดส์ถูกสังคมเมิน ผู้ป่วยเอดส์จึงรวมตัวกัน มีการดูแลพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โรงพยาบาลก็ปรับกลไกการทำงานโดยมาทำงานกับคนในชุมชนมากขึ้น ในปี 2540 มาตรฐานกำหนดให้แพทย์ 1 คนดูแลประชากร 2,500 คน แต่โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)มีแพทย์เพียง 2 คน ต่อประชากร 10,000 กว่าคน ในปี 2542 โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)

มีแพทย์ 1 คนขอทุนสนับสนุนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) แต่ก็ไม่ได้รับการสนับสนุนในขณะนั้น โรงพยาบาลจึงดำเนินงานโครงการโดยใช้ทุนของโรงพยาบาลแทน

2. การขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาล : การสร้างกลไกทำงานใหม่

เป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)ต้องไม่หวังพึ่งแพทย์ เนื่องจากแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)เปลี่ยนบ่อยมาก กลไกการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลจึงต้องพึ่งเจ้าหน้าที่/พยาบาล ในอนาคตข้างหน้าโรงพยาบาลพยายามมองถึงวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลว่า โรงพยาบาลจะทำงานสุขภาพต่อไปอย่างไร งานสร้างเสริมสุขภาพจะถูกโอนย้ายไปอยู่กับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น(อบต.) โรงพยาบาลต้องทำงานใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้น โรงพยาบาลจึงต้องทำงานกับครอบครัวมากขึ้น กลไกการทำงานของโรงพยาบาลจึงต้องถูกปรับเปลี่ยนไปเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับคนในชุมชนมากขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่สามารถแยกโดดเดี่ยวได้ ต้องรวมกับเรื่องอื่นๆ ทั้งหมด ต้องคิดเป็นระบบ

ตัวอย่างเช่น บางเรื่องเป็นไปไม่ได้ เช่น เรื่องโภชนาการ การกิน การเลือกอาหารครบ 5 หมู่ ทำอย่างไรต้องไปผลักดันเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ หรือตัวอย่างการสร้างเสริมสุขภาพจิต สร้างเสริมให้คนออกกำลังกาย ต้องพิจารณาว่ามีระบบช่องทางใดบ้างที่ทำให้เด็กไทยมีการสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดี ประชาชนรู้แต่ไม่ได้ทำ เพราะระบบไม่ได้เปิด ซึ่งต่างจากประเทศญี่ปุ่น ก่อนการทำงานเขาจะให้คนงาน Warm-up ร่างกายประมาณ 30 นาทีจึงจะเข้าทำงาน แต่ของบ้านเราไม่มี คนกี่คนที่พร้อมจะออกกำลังกาย

การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ต้องทำตั้งแต่ระดับจุลภาค เช่น บุคคล โดยเริ่มจากการออกกำลังกายในหน่วยของครอบครัวก่อน ศูนย์ออกกำลังกาย ศูนย์สุขภาพ จะต้องเริ่มจากการที่ครอบครัวนำลูกมาออกกำลังกายร่วมกันกับพ่อแม่ แต่ในความเป็นจริงการออกกำลังกายในลักษณะนี้ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชนบทส่วนใหญ่ การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนจึงต้องปรับให้สอดคล้องกับภูมิปัญหาชาวบ้าน เช่น นำศิลปะลำตัด ลิเก รำกระบอง มาใช้ในการออกกำลังกาย

3. กลยุทธ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ใช่สูตรสำเร็จรูปแบบสูตรคณิตศาสตร์ 1+1 เป็น 2 แต่ต้องทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นทางออกหรือทางเลือกให้คนในชุมชน ต้องให้ความสำคัญกับการเข้าถึงครอบครัว สร้างให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขจะเป็นเพียงผู้สนับสนุนจะหวังผลเร็วไม่ได้ ต้องใช้เวลาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวอย่างเช่น ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ให้ผู้ป่วยเอาผลเลือดมานั่งคุยกันว่าผลเลือดของแต่ละคนเป็นอย่างไร แต่ละคนมีการดูแลสุขภาพด้านอาหารการกิน การคุมอาหารอย่างไร การคุยกัน

ระหว่างผู้ป่วยก็คือการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วย ให้สมาชิกในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานควบคุมกันเอง แต่จะเห็นผลใน 2-3 ปี

4. สุขภาพดีต้องเริ่มที่บ้าน

"การสร้างเสริมสุขภาพดีต้องเริ่มที่บ้าน การมาเน้นหรือสอนการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน ผมก็เห็นว่าสายเสียแล้ว โรงพยาบาลเราเป็นโรงพยาบาลที่ทำเวชศาสตร์ครอบครัว ไม่มีแผนที่ชัดเจน ขึ้นกับแผนงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล แต่โรงพยาบาลจะทำหน้าที่กำกับดูแลให้ชาวบ้านทำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพกันเอง การสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลจึงไม่ได้ใช้เงินหรืองบประมาณแต่ใช้การพูดคุย เชื่อมโยงงาน กิจกรรมด้านสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน นโยบายของผมคือ ***"หลักการให้คนเจ็บป่วยน้อยลง ให้เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านกำจัดทุกข์ที่เขามีอยู่"*** *เจ้าหน้าที่จะอธิบายให้ทุกคนในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ถ้าไม่อยากดูแลผู้ป่วยในครอบครัว คนในครอบครัวจะต้องคิดว่าทำอย่างไร ไม่เน้นการนำอุปกรณ์ ยาไปให้ เจ้าหน้าที่ต้องมีเทคนิคการทำงานกับชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพมีได้ ทำได้ แต่ต้องค่อยๆ สร้าง ทำแบบค่อยเป็นค่อยไป ผมเห็นว่านโยบายหลักประกันสุขภาพเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ นโยบายสอดคล้อง แต่วิธีการสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่ เช่น การออกกำลังกายเพียง 1 วันที่สนามหลวงคงไม่ใช่ เป้าหมายสำคัญคือ การให้คนพึ่งพาตนเอง ดูแลสุขภาพของตนเองได้"*

5. การสร้างชุมชนเข้มแข็ง

เจ้าหน้าที่ฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพก็คือ สร้างชุมชนให้เข้มแข็งก่อนถึงจะทำให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพในชุมชน เช่น โครงการประกวดหมู่บ้านไข้เลือดออก โครงการนี้ให้องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ดึงแกนนำมาร่วมทำงาน เดิมเชิญผู้นำท้องถิ่น(รองนายกเทศบาล) แต่ปัจจุบันการทำงานต้องให้ชุมชน อบต. มาทำงานร่วมกันกับโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น การให้วัคซีนเด็ก โรงพยาบาลใกล้เมืองจะต้องดูแลว่าเด็กในพื้นที่ได้รับวัคซีนครบ โดยเฉพาะผู้ปกครองเด็กด้อยโอกาสซึ่งเรียกว่า **"เด็กแคมป์"** แต่สำหรับเด็กนอกพื้นที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ เจ้าของพื้นที่ต้องรับผิดชอบและสามารถตอบได้ว่ามีเด็กที่ต้องได้รับวัคซีนอยู่เท่าไหร่

การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีจึงต้องครอบคลุมในทุกเรื่องของคนในชุมชน ไม่ใช่การออกกำลังกายแต่เพียงอย่างเดียว การสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน จึงขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ว่าต้องการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชนให้เป็นอย่างไร เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของชุมชนเข้มแข็ง เช่น ชมรมผู้สูงอายุในวัดแห่งหนึ่งของจังหวัด เน้นเรื่องการออกกำลังกาย แรกๆ ก็มีคนมานั่งดูการออกกำลังกายก่อน คนในชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่คุ้นเคยว่า ต้องมาออกกำลังกายเช้า-เย็น ผู้สูงอายุเคยชินกับการใส่ผ้าซิ่นในชีวิตประจำวัน แต่พอมาเข้ากลุ่มชมรมต้องออกกำลังกายแบบยกแข็ง ยกขา ผู้สูงอายุหลายคนเริ่มรู้สึกว่าการออกกำลังกายโดยใช้เสื้อผ้าแบบเดิมไม่สะดวก มีการมาถามเจ้าหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพว่า เสื้อยืด กางเกงวอร์มออกกำลังกายซื้อได้ที่ไหน

ราคาแพงไหม ผู้สูงอายุหรือคนในชุมชนเริ่มเห็นความจำเป็นว่าต้องแต่งกายให้รัดกุม จะได้ออกกำลังกายสะดวก เจ้าหน้าที่เพียงบอกว่าหาซื้อได้ที่ไหน คนในชุมชนส่วนใหญ่ก็รวมๆ กันไปจัดซื้อมาใส่ออกกำลังกาย คนในชุมชนเริ่มคิดว่า การออกกำลังกายเป็นเรื่องของคนในชุมชน ต้องร่วมมือต้องช่วยกันคิด ช่วยกันกำหนดเวลาที่จะออกกำลังกายร่วมกัน ช่วยกันบริหารงาน กิจกรรมให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุและสมาชิกหลายคนจึงเสนอความคิดเห็น โดยใช้ท่ารำมาตรฐาน เช่น รำไม้พลอง ท่าฟ้อนมาใช้ประกอบทำการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุและสมาชิกรู้สึกว่าสนุก เป็นท่าที่ทุกคนทำได้อยู่แล้ว

6. ข้อค้นพบจากการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน

เจ้าอาวาสวัดแห่งหนึ่งในชุมชนใกล้เคียงกับโรงพยาบาล ให้ความเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการเชื่อมความสามัคคีภายในหมู่บ้านระหว่างวัดกับคนในชุมชน เป็นการรวมคนในชุมชนให้มาทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจ เป็นเรื่องของคนในชุมชน วิทยากรที่มาช่วยสอนการออกกำลังกายเดิมเป็นคนจีนเจ้าของร้านขายของชำ แต่ปัจจุบันเป็นลูกของประธานชมรมผู้สูงอายุ วิทยากรที่มาสอนการออกกำลังกาย ไม่ต้องเสียเงิน เป็นเรื่องสมัครใจ ครูสอนออกกำลังกายเพิ่งตรวจพบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวานเช่นเดียวกับบิดา เห็นบิดามาออกกำลังกายแล้วทำให้สุขภาพร่างกายดีขึ้น น้ำตาลในเลือดลดลง ตนเองจึงสนใจที่จะออกกำลังกายควบคู่เพื่อควบคุมสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งก็ได้ผล หลังจากออกกำลังกาย 3-4 เดือน พบว่าน้ำตาลในเลือดลดลง สามารถคุมอาหาร ปัจจุบันไม่ได้รับประทานยาเบาหวานของโรงพยาบาล เวลามาออกกำลังกาย 2 เวลา เช้าจะเป็น 06.00-07.00 น. สำหรับช่วงเย็นจะเป็นเวลา 17.00-18.00 น. มีสมาชิกมาร่วมออกกำลังกาย 20-30 คนทุกวัน ช่วงเย็นจะมีคนมาร่วมกิจกรรมมากกว่าช่วงเช้า ช่วงเช้าๆ จะมีประมาณ 10 คน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะเห็นผลของการออกกำลังกายด้วยตนเอง ได้แก่ สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น ไม่ปวดแขน ขา ลำตัวเหมือนเมื่อก่อน สุขภาพจิตก็ดี

7. การสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

เกี่ยวกับบทบาทของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเห็นว่า แพทย์ถูกสร้างมาให้ทำบทบาทหน้าที่ **ซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างเสริมสุขภาพ** หน้าที่หลักของแพทย์คือรักษาพยาบาลให้ดี มันก็จะส่งผลไปสู่ระบบอื่นๆ โดยรวมให้ดีได้ การทำงานกับชุมชนโดยส่งพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน ถือเป็นการทำหน้าที่ Empowerment (เสริมพลัง) ให้กับคนในชุมชน ปัจจุบันโรงพยาบาลมีแพทย์เพียง 3 คน เดิมมีแพทย์ 5 คน และในเดือนเมษายน 2545 นี้จะเหลือแพทย์เพียง 2 คน ต้องรับผิดชอบต่อประชากรทั้งหมด 90,000 คน

ผู้เกี่ยวข้องกับงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนทุกคนในสังคม ไม่ใช่เฉพาะหน้าที่ของแพทย์ แพทย์ปัจจุบันถือว่าโรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่ผลิตแพทย์มาเพื่อการรักษาโรค (ซ่อมสุขภาพ)

เป็นหลักมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ *"ผมเห็นว่าโรงพยาบาลไม่ใช่ศูนย์กลางของระบบสุขภาพ ความสำคัญของงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล.....จึงอยู่ที่คนในชุมชน โรงเรียน ถ้าถามว่าผู้เกี่ยวข้องกับงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นใคร ผมเห็นว่าส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาล เช่น เมื่อรัฐบาลเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพ 30 บาท โรงพยาบาลก็ต้องทำหน่วยปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) โรงพยาบาล.....รับผิดชอบ 3 PCU ครอบคลุมพื้นทั้งหมด 12 ตำบล มีศูนย์ทั้งหมด 15 ศูนย์ฯ ดูแลรับผิดชอบใน 14 สถานีอนามัยรวมกับ 1 โรงพยาบาล ปัจจุบันเหลืออยู่เพียง 11 ศูนย์ฯ เท่านั้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนในงานสร้างเสริมสุขภาพหรือทีมสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลจึงตั้งหน่วย PCU เป็นตัวหลัก แต่เท่าที่ผ่านมา PCU ส่วนใหญ่ยังเป็นหน่วยตั้งรับให้บริการรักษาพยาบาล"*

ทีมสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลกับแพทย์ต้องทำงานไปในลักษณะเดียวกับหน่วย PCU ทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ให้ความรู้กับคนในชุมชน ปัจจุบันประชาชนรู้จักเดินเข้ามาขอข้อมูลข่าวสารที่ชุมชนสนใจ พื่อนำไปประชาสัมพันธ์เผยแพร่ในชุมชนของตนเอง ซึ่งเป็นการสร้างศรัทธากับคนในชุมชน พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพจะทำงานโดยไปเยี่ยมบ้าน พูดคุยปัญหาสุขภาพของครอบครัวจนคนในชุมชนคุ้นเคยมาขอปรึกษา พยาบาลก็ให้การแนะนำด้านการดูแลสุขภาพอนามัย เช่น *"ผู้สูงอายุที่ปวดข้อเข่ามาปรึกษา เราก็จะแนะนำให้ไปออกกำลังกาย เราก็จะบอกว่าการออกกำลังกายจะเกิดผลดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุ"* ผู้สูงอายุต้องรู้จักดูแลสุขภาพของตนเอง สุขภาพเป็นเรื่องของผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องของแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งเป็นการกระตุ้นเปลี่ยนวิธีคิดใหม่กับการดูแลสุขภาพ ปกติคนในชุมชนคิดว่า เวลาเจ็บป่วยก็มาหาหมอมาที่โรงพยาบาล หมอก็ให้การรักษาไป หมอให้ยาไปกิน พอหายก็ไม่ต้องพาโรงพยาบาล เราก็ใช้ตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเช่นเดียวกันให้เขาฟัง แนะนำว่าลองไปคุยกับผู้สูงอายุคนนี้นะว่า เขามีวิธีดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอย่างไร เราทำงานถอยหลังไปหนึ่งก้าวถอยไปยืนร่วมกับชาวบ้าน โดยให้ชาวบ้านเป็นแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทของทีมสุขภาพโรงพยาบาลจะเป็นตัวสนับสนุน สร้างเสริม สร้างองค์ประกอบการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เช่น สร้างทีมวิทยากรแนะนำจากคนในชุมชน ประสานองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ให้มามีส่วนร่วมในกิจกรรม ชมรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การค้นหาผู้นำธรรมชาติหรือทุนของชุมชนที่มีอยู่แล้วมาใช้เป็นพลังหรือศักยภาพชุมชน ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีการรวมกลุ่มกันอยู่แล้ว

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเห็นว่า การทำงานของทีมสุขภาพโรงพยาบาลจะต้องนำไปในทิศทางเดียวกัน ปกติประชาชนเขาก็ให้ความศรัทธา เชื่อถือในทีมสุขภาพของโรงพยาบาลอยู่แล้ว แพทย์และพยาบาลต้องพูดไปในแนวเดียวกัน ไม่สร้างความสับสนให้กับประชาชน การสร้างเสริมสุขภาพจึงจะบรรลุผลได้

บทบาทของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)ได้กำหนดให้มีการจัดแพทย์หมุนเวียน 1 คนเข้าไปร่วมในทีม PCU ความก้าวหน้าของงานสร้างเสริมสุขภาพวัดจากจำนวนครอบครัวที่สามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวได้มากขึ้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความเห็นว่า *"1 ปีโรงพยาบาล.....ได้บทเรียนอะไรบ้าง ผมไม่สามารถประเมินเชิงปริมาณได้ แต่ถ้าประเมินเชิงคุณภาพควบคู่กับการพัฒนางานโรงพยาบาลตั้งเป้าหมายการทำงานอยู่ที่จำนวน 2,000 กว่าครอบครัว ขณะนี้โรงพยาบาลได้ดำเนินงานทุกหมู่บ้านแล้ว การดำเนินงานให้แต่ละพื้นที่มีหลายรูปแบบ เป้าหมายการทำงานของโรงพยาบาลอยู่ที่การทำงานกับคนในชุมชน งานสร้างเสริมสุขภาพในทัศนะผมจึงอยู่นอกโรงพยาบาลเป็นหลัก ปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนหลาย ๆ แห่งกำลังดำเนินการหลายๆ รูปแบบ แต่ละโรงพยาบาลก็จะทำไม่เหมือนกัน แต่ใช้หลักการ วิธีการดำเนินการคล้ายๆ กัน สิ่งสำคัญคืออยู่ที่การปฏิบัติงาน อาจจะต่างกันที่เป้าหมายการทำงาน สำหรับโรงพยาบาล....ให้ความสำคัญกับการกระจายบริการสร้างเสริมสุขภาพสู่ชุมชน สร้างให้เกิดศูนย์ PCU ทุกหนทุกแห่ง การกระจายบริการสู่ชุมชนมากกว่าอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน"*

หัวหน้างานสร้างเสริมสุขภาพและทีมงาน ได้นำเสนอแผนงานที่เป็นรูปธรรมของการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น

1. โครงการคู่รักคู่สมรส (PMC)
2. โครงการโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ
3. โครงการออกกำลังกาย
4. โครงการเด็กแคมป์ อยู่ระหว่างดำเนินการ เป็นการให้ภูมิคุ้มกันเด็ก
5. โครงการมะเร็งปากมดลูก เป็นงานที่ทำทุกศูนย์ PCU
6. โครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย
7. โครงการไข้เลือดออก เป็นการควบคุมโรคไข้เลือดออก
8. โครงการตรวจสุขภาพ กำจัดหิด เหา

โครงการคู่รักคู่สมรส เป็นโครงการที่คนในชุมชนและทีมสุขภาพคิดร่วมกัน โดยมีการกำหนดเป้าหมายว่าปีละกี่คู่ คุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายได้แก่ 1) เป็นคู่รักกัน 2) เป็นคู่สมรสแต่งงานแล้วไม่เกิน 1 ปี 3) แต่งงานแล้วมีบุตร 1 คน โครงการนี้เป็นโครงการที่ทำเพื่อแก้ไขป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน เดิมทุกคนในชุมชนกลัวโรคเอดส์ แต่พอทำโครงการฯ นี้ทำให้คนในชุมชนเปิดกว้าง เริ่มเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเอดส์มากขึ้น มีการสร้างเครือข่ายไปนอกโครงการนี้ต่อเดิมโรงพยาบาลต้องเข้าไปค้นหาผู้ป่วยในชุมชน แต่พอทำโครงการนี้ทำให้คนในชุมชนเข้าใจบทบาทของทีมสุขภาพมากขึ้น ปัจจุบันมีคนในชุมชนเดินเข้ามาร่วมโครงการฯ กับเรามากขึ้น

แรกๆ โรงพยาบาลพยายามเลือกกลุ่มเป้าหมายอยู่ที่กลุ่มเสี่ยง เราพบว่าการทำงานในลักษณะนี้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร โครงการฯ นี้จึงเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายเป็นใครก็ได้ที่สนใจ เช่น กลุ่ม

แม่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน นอกจากนี้โครงการนี้ยังอบรมอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ ให้อาสาสมัครฯ มาอบรม มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อาสาสมัครฯ ก็จะไปขยายผลในชุมชนที่ตนอยู่ โดยอาสาสมัครฯ เขียนโครงการฯ อบรมให้กับคนในชุมชนของตนเอง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา) เห็นว่า *" บทบาทของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพคือ การทำหน้าที่ Back Up บูรณาการ เชื่อมโยงงานบริการต่างๆ ให้เป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพก็จะได้รับการยอมรับจากประชาชนมากขึ้น ผมเห็นว่า แพทย์ทำหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วย แพทย์ต้องทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยให้มากขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพถ้ามีโอกาสก็จะต้องแทรกเข้าไปให้ผู้ป่วยได้รับรู้ เข้าใจ* ***โรงพยาบาลไม่ใช่ศูนย์กลางสุขภาพของประชาชน ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพจึงอยู่ที่ชุมชน โรงเรียน*** *ปัจจุบันอัตรากำลังของแพทย์ที่มีอยู่ของโรงพยาบาลชุมชน 2-3 คน ทำงานแค่รักษาพยาบาลผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถครอบคลุมประชาชนในอำเภอ..... โรงพยาบาลไม่ใช่ตลาดสุขภาพ "*

มาตรการจูงใจและผลตอบแทนต่อการทำงานของแพทย์

โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)ไม่ได้รับมาตรการจูงใจ (Intensive) ในรูปของเงินค่าตอบแทน แต่การเป็น “โรงพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว” ถือเป็นมาตรการจูงใจการทำงานที่แสดงถึงความอยู่รอดของบุคลากรและโรงพยาบาล ถ้าโรงพยาบาลไปถึงเป้าหมายที่กำหนดก็จะทำให้โรงพยาบาลเป็นองค์กรให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ เป็นการสร้างอนาคตการทำงานให้กับตนเองด้วย รวมทั้งเป็นการฝากความหวังไว้ซึ่งกันและกัน งานสร้างเสริมสุขภาพไม่สามารถทำโดยบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นเรื่องที่ทุกส่วน ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกัน กลไกการทำงานจึงมีลักษณะเป็นพลวัตร (Dynamic) การทำงานต้องช่วยเหลือกัน เพราะงานลักษณะนี้มักจะเป็นงานนอกเวลา คนทำงานต้องมีใจรัก ชอบ

มาตรการจูงใจสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ทำเพื่ออนาคตของเรา ทำแบบ WIN : WIN

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

1. สภาพแวดล้อมการทำงานของแพทย์ที่เปลี่ยนไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจุบันปัจจัยและสภาพแวดล้อมการทำงานทำให้แพทย์เริ่มรู้สึกว่า วิชาชีพนี้ไม่มั่นคง มีปัญหาเรื่องการฟ้องร้อง ตัวเลขเท่าที่ทราบปัจจุบันมีแพทย์ลาออกจำนวน 300 คน (จากทั่วประเทศ) ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ในเขตชนบท ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความเห็นว่า *"ในทัศนะผมเห็นว่า แพทย์งานหนัก เงินเดือนน้อย งานยากลำบากอยู่ไกล ไม่มีปัจจัยเอื้อต่อการทำงานของแพทย์ จึงหาแพทย์ที่อุทิศตนเพื่อวิชาชีพแพทย์ได้น้อยลง แพทย์รุ่นใหม่ๆ ก็จะมุ่งทำคลินิก ศึกษาต่อ เงินเดือนมากๆ ปัจจุบันแพทย์จึงต้องทำงาน*

ด้วยความระมัดระวังมากขึ้น แพทย์กับผู้ป่วยเริ่มไม่วางใจกัน แพทย์กลัวถูกฟ้องร้องด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยที่ดีต่อกันตลอดมา"

2. นโยบายของกระทรวงแบบสั่งการ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขสั่งให้เป็นการจ่ายเงินแบบ Exclusive เงินด้านการสร้างเสริมสุขภาพก็ถูกแยกส่วน เป็นเบี้ยหัวแตก ไม่รวมงาน มาตรการใหม่ที่สั่งลงมาทำให้โรงพยาบาลสิ้นหวัง การจ่ายเงินแบบ Exclusive กระทบทั้งหมด เนื่องจากเงินโรงพยาบาลศูนย์ฯ จะได้จำนวนมาก เพราะมีจำนวนหัวมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน ส่วนที่เหลือก็จะตัดลงมาให้โรงพยาบาลอื่นๆ ใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ (DRG) ได้เงินมาเท่าไรก็ใช้วิธีคูณและแจกไปตามเม็ดเงินที่มีอยู่

ปีนี้มีการโอนย้ายบุคลากรไปตามพื้นที่ต่าง ๆ โดยให้บุคลากรสมัครใจ ปัญหาคือบุคลากรระดับภูมิภาคไม่ได้ย้าย แต่บุคลากรระดับกระทรวงฯ จังหวัดย้ายมาอยู่ที่ภูมิภาค ระดับนโยบายไม่เดือดร้อนอะไร แต่บุคลากรระดับปฏิบัติการจะถูกจัดสรรมาลงพื้นที่จังหวัดและภูมิภาค ซึ่งตรงนี้ก็จะไปผูกพันกับงบประมาณของจังหวัด เม็ดเงินที่ลงมาจึงไม่ได้ถูกจัดสรรลงไปในด้านสุขภาพทั้งหมด แต่ต้องมาจัดสรรเป็นเงินเดือนของบุคลากรอื่น ซึ่งแต่เดิมโรงพยาบาลไม่ต้องมาคิด กังวลกับเรื่องเงินเดือน แต่พอมาในโครงการหลักประกันสุขภาพทุกเรื่องผูกโยงเข้าหากันทั้งหมดกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค)

3. การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่วัดได้ยาก

"การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องยาก ถ้าเร่งทำเพื่อเอาผลงานออกมา เราจะวัดจากอะไร อะไรจะเป็นตัวชี้วัดว่าการสร้างเสริมสุขภาพได้ผลดี ตัวอย่างเช่น การออกกำลังกายที่สนามหลวงเพียง 1 วันจะถือว่าเป็นความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพไหม การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา เป็นกระบวนการทำงานแบบต่อเนื่อง ไม่ใช้ทำวันนี้สำเร็จวันนี้ เราต้องสร้างกลไกการทำงานระดับต่าง ๆ ขึ้นมาด้วย การสร้างเสริมให้โรงเรียนชุมชน องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่เรื่องของสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลอย่างเดียว"

กรณีศึกษาที่ 4
โรงพยาบาลเอกชน(กรณีศึกษา)

โรงพยาบาลเอกชน(กรณีศึกษา)เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 100 เตียงภายใต้การดำเนินงานในรูปแบบมูลนิธิของคณะนักบุญแห่งหนึ่งในแห่งประเทศไทย โดยมีบุคลากรทั้งสิ้น 162 คน จำแนกเป็นแพทย์ประจำ 9 คน แพทย์นอกเวลา 15 คน ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 17 คน พนักงานผู้ช่วยพยาบาล 61 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน โภชนากร 1 คนและเจ้าหน้าที่ต่างๆ 56 คน มีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 200 คนต่อวันและอัตราการครองเตียง 40 เปอร์เซ็นต์

วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล เน้นคุณภาพและมาตรฐาน การพัฒนาการที่ต่อเนื่อง การให้บริการดีเลิศและการเข้าถึงชุมชน

คุณภาพ หมายถึง คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยและงานสนับสนุน
คุณภาพการบริการ
คุณภาพของกระบวนการและการบริหารจัดการ
คุณภาพบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์
คุณภาพทั่วทั้งองค์กร
การเข้าถึงมิติทางคุณภาพทั้ง 9 ด้านคือ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความปลอดภัย การเข้าถึงบริการ ความรู้ความสามารถ ความต่อเนื่อง ความรับผิดชอบ ความมุ่งมั่น ความเหมาะสม

มาตรฐาน หมายถึง มาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม
มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ (HA)
มาตรฐานทางวิชาการ

พัฒนาการต่อเนื่อง หมายถึง มีการวิเคราะห์องค์กรและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้ทันสมัยอยู่เสมอและเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การบริการที่ดี หมายถึง เจ้าหน้าที่มีจิตสำนึกของการบริการ เน้นการบริการที่ประทับใจ มีดัชนีความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือรับรู้ผลงานเป็น “หนึ่ง” เสมอ

เข้าถึงชุมชน หมายถึง ให้การสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน รวมถึงกิจกรรมสาธารณสุขชุมชนด้วย โดยเน้นให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ ในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและรักษาตนเองเบื้องต้นได้

การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลก่อนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ก่อนที่โรงพยาบาลจะเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) นั้น จะเป็นไปในลักษณะเน้นตัวบุคคลคือ เป็นการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะตัวบุคคลของกลุ่มที่เข้ามารับการรักษาหรือรับบริการในโรงพยาบาล กิจกรรมก็จะเป็นลักษณะให้คำแนะนำ ให้ความรู้ การปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วยและกิจกรรมเยี่ยมบ้านไปดูแลคนไข้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพออาการดีขึ้นให้กลับไปบ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอีกประการหนึ่งที่ทางโรงพยาบาลได้กระทำคือร่วมมือกับวัดคาทอลิกในเขตพื้นที่รับผิดชอบ สอนกิจกรรมการออกกำลังกาย การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ การจัดบอรด์นิทรรศการ การออกไปเยี่ยมตามโรงเรียนหรือโรงงานที่ร้องขอความร่วมมือมา นอกจากนี้ยังร่วมมือกับหน่วยงานโคเออร์ออกบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ บริการรักษาคนกลุ่มน้อยตามชายแดนประมาณ 1-2 ครั้ง/เดือน

นโยบาย แผนงาน มาตรการการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชน(กรณีศึกษา) แห่งนี้จะใส่ไว้ในวิสัยทัศน์และพันธกิจอยู่แล้วคือ ประเด็นการเข้าถึงชุมชน โดยพยายามดูแลชุมชนใกล้เคียงที่อยู่ในบริเวณพื้นที่ของกลุ่มลูกค้า เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคเข้ามาก็สอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์พอดี ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงไม่ได้แยกนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลออกจากนโยบายหลักของโรงพยาบาล

แผนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเองยังไม่ชัดเจน เนื่องจากว่าทางโรงพยาบาลได้นำเอาระบบคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มาใช้ในปีพ.ศ 2542 ได้มีการระดมสมองกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาล ซึ่งขณะนี้ก็อยู่ในระยะเริ่มดำเนินการพอดี มีภารกิจเร่งด่วนของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามา จึงทำให้ยังไม่ได้กำหนดแผนงานที่ชัดเจนออกมา ดังนั้นในขณะนี้การสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นไปในลักษณะบุคคลตามปัญหาของคนไข้แต่ละคน ส่วนกิจกรรมก็จะออกมาในรูปของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น การปฏิบัติตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

พอเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(1 ตุลาคม 2544)แผนการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะทำตามกรอบของทางจังหวัดที่กำหนดไว้ ซึ่งทางจังหวัดจะกำหนดพื้นที่ที่รับผิดชอบและจัดว่าช่วงไหนต้องทำกิจกรรมใดบ้าง เช่น การออกไปให้วัคซีนตามโรงเรียน หรือการออกตรวจสุขภาพนักเรียนตามโรงเรียน ทางโรงพยาบาลก็จะทำตามนั้นซึ่งมันเป็นเกณฑ์ระดับหนึ่งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบายของรัฐบาล แต่รายละเอียดปลีกย่อยก็จะมีเพิ่มเติมบ้าง

ในแง่ของมาตรการ กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลยังไม่ได้มีการกำหนดมาตรการออกมา เนื่องจากว่าในระยะปีแรกที่เข้าร่วมโครงการฯเป็นช่วงที่ทางโรงพยาบาลต้องสำรวจชุมชน เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานในด้านสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อจัดทำแฟ้มประวัติครอบครัว ซึ่งเป็นการรวบรวมศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่มาตรการการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลต่อไป

ปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

1. ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

1.1 เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์การทำงานเชิงรุกและการเข้าถึงชุมชน

ทั้งนี้เนื่องจากว่าในภาคเอกชน การออกชุมชนถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่สามารถกระทำได้ถ้าไม่มีการร้องขอจากหน่วยงานภายนอกมา เพราะรัฐเกรงว่าเอกชนจะเข้าไปในลักษณะโฆษณาชวนเชื่อหรือทำกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์ต่อโรงพยาบาล ดังนั้นลักษณะการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นการให้บริการเชิงรับมากกว่าและเป็นการให้ในระดับบุคคลในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ พอทางโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการฯ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นในการทำงานอย่างไร ต้องศึกษาแบบลองผิดลองถูกจึงทำให้ต้องใช้เวลานาน อีกประการหนึ่งคือการขาดการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในงานสร้างเสริมสุขภาพ ขาดพี่เลี้ยงจากภาครัฐเดิมที่ดูแลพื้นที่มาก่อน

1.2 ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงาน

เนื่องจากงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการฯ ทางโรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการฯมาได้ไม่นาน นโยบายยังไม่แน่นอนจึงทำให้ไม่สามารถที่จะเพิ่มอัตรากำลังที่จะมาปฏิบัติงานด้านนี้โดยเฉพาะได้ เพราะจะทำให้เกิดภาระกับต้นทุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่อไปในอนาคต ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานประจำในด้านนี้ส่วนใหญ่ จะเป็นพยาบาลที่ขอยืมตัวมาจากหน่วยงานอื่นๆ และมีการจัดทีมการทำงานเป็นแบบอาสาสมัครสหวิชาชีพที่มีการประจำอยู่แล้ว โดยมีแพทย์หนึ่งท่านที่รับผิดชอบโครงการฯเป็นผู้บริหารจัดการ ยังไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

2. ด้านชุมชน

2.1 ลักษณะของชุมชน

เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชน(กรณีศึกษา) มีเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบเป็นชุมชนเมืองหรือตลาด ทำให้เกิดการเข้าถึงชุมชนเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่ขาดประสบการณ์การเข้าหาชุมชนในเวลากลางวันไม่ค่อยพบชาวบ้าน จำเป็นต้องออกปฏิบัติงานในช่วงตอนเย็น ทางโรงพยาบาลเข้าไปก็ลำบาก จะมีปัญหาในเรื่องของค่าล่วงเวลาและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิง อีกทั้งชุมชนเมืองหรือชุมชนย่านตลาดผู้นำชุมชนยังไม่มีตัว

ตนที่ชัดเจน ทำให้การประสานงานยากเพราะไม่รู้จะประสานงานกับใคร ในการที่ทางโรงพยาบาลจะเข้าไปร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 ทัศนคติของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ

ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ยังคิดว่าไม่มีความจำเป็นในการดูแลตนเองเท่าไรเพราะเมื่อเจ็บป่วยก็สามารถมาโรงพยาบาลได้ทุกเวลา จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) แพทย์ผู้อำนวยการได้กล่าวว่า *"ผู้รับบริการยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือให้ความสนใจการสร้างเสริมสุขภาพเท่าที่ควร แล้วการให้บริการในประเทศเราเป็นอิสระ ในจุดไหนที่เขามีทางเลือก ถ้าเขาไม่พอใจ เขาก็มีโอกาสเลือกทางเลือกอื่น เขายังติดอยู่กับการกินยาการรักษาพยาบาล เขาไม่มีความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ถ้าคนไข้ไม่ปรับเปลี่ยนมันก็ไม่เกิดอะไรขึ้น"*

3. ด้านงบประมาณ

ในแง่ของโรงพยาบาลเอกชนงบประมาณจำเป็นต้องรวดเร็ว จึงจะสามารถดำรงอยู่ได้ ในส่วนงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน (30 บาทรักษาทุกโรค)ผู้อำนวยการฝ่ายบริหารกล่าวว่า *"สำหรับปีที่แล้ว (2545)ก็คือว่าได้ตามกำหนดอาจ 2-3 เดือนครั้ง แต่ในปีนี้ ตั้งแต่ตุลาคม 2545–มกราคม 2546 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์งบประมาณพึ่งมาถึงจังหวัด แล้วก็ทำเรื่องเบิกจ่าย แต่เผอิญเราคุยกันในช่วงนั้นว่า เราไม่ไหวแล้ว เพราะว่าเรามีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับ Care Refer หรือ Care Complication ที่ต้องใช้การรักษามาก โดยเฉพาะCare แฝดสยามที่ส่งไปศิริราช ค่าใช้จ่ายตกอยู่ประมาณ 2 ล้านบาทที่ทางโรงพยาบาลจ่ายให้กับโรงพยาบาลศิริราช.. ตรงจุดนี้ทางโรงพยาบาลก็ไม่ได้รับการตอบรับจากทางกระทรวงว่าจะได้รับการช่วยเหลืออย่างไรบ้าง ไม่มีอะไรที่เขาตอบมาชัดเจน โดยสรุปแล้วทางโรงพยาบาลขาดทุนไปกับโครงการนี้ทั้งหมดประมาณ 10 ล้านบาท ทำให้ช่วงนี้โรงพยาบาลตึงอยู่กับงบประมาณ ค่าใช้จ่ายสำหรับปีนี้"*

สำหรับผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์กล่าวว่า *"ยอดค่าใช้จ่ายเราเป็นเจ้าของเรื่อง เพราะว่าคนไข้ประกันอยู่กับเรา ตรงจุดนี้ก็ทำเรื่องไปกระทรวง ก็ยังไม่ได้รับการตอบรับว่าใน Care อย่างนี้เขาจะช่วยแค่ไหน อย่างไร ก็ยังไม่ชัดเจนเท่าไรในเรื่องโรคที่ซับซ้อนที่จะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายสูง มีเรื่องการผ่าตัดหัวใจ 2-3 ราย คนไข้มะเร็งที่ต้องใช้ยาเคมีบำบัดที่อยู่ในมือ 2 ราย แล้วก็ของอายุรกรรมอีกตรงจุดนี้เป็นอะไรที่ค่าใช้จ่ายสูง แล้วเราเองเป็นลูกหนี้ที่ดีไม่เคยเบี้ยวหนี้คือเราจ่ายตามกำหนดแต่เวลาที่เข้าไปในจังหวัด ปรากฏว่าเขาคุยกันเรื่องหนี้ปีที่แล้วปี 45 ว่าใครเป็นหนี้ใครเท่าไรยังไงแล้วจะจ่ายกันอย่างไร ปรากฏว่าคนที่เป็นลูกหนี้ก็ไม่มีเงินจ่ายและผลสรุปออกมาให้หักกลบลบหนี้ไปเฉยๆ ทำให้เราแย่ตรงนี้"*

อีกประการหนึ่งที่ทำให้งบประมาณของโรงพยาบาลไม่พอ ก็เนื่องจากว่าทางโรงพยาบาลได้รับจำนวนผู้ประกันตนเพียง 2,800 กว่าคนเท่านั้นเอง และประชากรส่วนใหญ่ก็จะเป็นผู้สูงอายุและมีโรงเรียนที่ต้องรับผิดชอบถึง 5 โรงเรียนด้วย ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายมากกว่ารายรับ

ส่วนดีของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า จากประสบการณ์ในการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพดีถ้วนหน้า ก็มีส่วนดีเช่นกัน เช่น ภาพพจน์ของโรงพยาบาลในชุมชนดีขึ้น ทำให้มีผู้มาใช้บริการในส่วนที่ต้องชำระเงินเองเพิ่มขึ้น ตัวผู้ปฏิบัติงานเองได้เกิดการเรียนรู้ การปรับตัวเข้ากับชุมชน เรียนรู้ระบบงานและการประสานงานกับภาครัฐมากขึ้น เป็นต้น

ผนวก ง.

แนวคำถาม แบบสอบถามและประเด็นในการสัมภาษณ์(กรณีศึกษา)

แนวคำถามสำหรับแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล
โครงการวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพ”

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

1. ความคิดเห็นของท่านต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
2. โรงพยาบาลของท่านมีการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร?
   2.1 นโยบาย
   2.2 แผนงาน
   2.3 โครงการ
   2.4 กิจกรรม
3. บทบาทของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร?
   3.1 แพทย์มีบทบาทอย่างไรบ้างในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ
   3.2 ภาระงานของแพทย์ในปัจจุบันเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร?
   3.3 ความร่วมมือของแพทย์ต่อกิจกรรม / โครงการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของท่านเป็นอย่างไร?
4. ผลตอบแทนและมาตรการจูงใจของแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพจะมีส่วนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมากน้อยเพียงใด
   4.1 โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการจูงใจและจัดสรรผลตอบแทนแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการ 30 บาทอย่างไร?
   4.2 ท่านพึงพอใจต่อผลตอบแทนและมาตรการจูงใจของแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการ 30 บาทหรือไม่
5. งบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่รัฐจัดสรรให้ เหมาะสมหรือควรปรับปรุงอย่างไร
6. โรงพยาบาลของท่านประสบกับปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไรบ้าง
7. ข้อเสนอแนะต่อแนวทางสร้างเสริมการสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

.....

แนวคำถามสำหรับแพทย์ผู้ให้บริการ
โครงการวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพ”

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำถามการวิจัย

ข้อ 1. พฤติกรรมของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคเป็นอย่างไร

คำถามย่อย

1.1 ท่านมีความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคอย่างไร

1.2 ความคิดเห็นของท่านต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นอย่างไร

1.3 ท่านปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไรบ้าง

- 1.3.1 การให้คำปรึกษาแนะนำ
- 1.3.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
- 1.3.3 การกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ
- 1.3.4 การติดตามผล
- 1.3.5 การส่งต่อไปรับบริการที่สถานบริการสร้างเสริมสุขภาพใกล้บ้าน

1.4 ท่านมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลอย่างไร

- 1.4.1 การเสนอความคิดเห็นในระดับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล
- 1.4.2 การเสนอความคิดเห็นต่อกิจกรรม / โครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล
- 1.4.3 การร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

ข้อ 2. โรงพยาบาลมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร

คำถามย่อย

2.1 โรงพยาบาลของท่านมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการเจ็บป่วยหรือไม่ อย่างไร

2.2 โรงพยาบาลของท่านมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพขณะเจ็บป่วยหรือไม่ อย่างไร

2.3 โรงพยาบาลของท่านมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพหลังเจ็บป่วยหรือไม่ อย่างไร

2.4 โรงพยาบาลของท่านมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายหรือไม่ อย่างไร

2.5 โรงพยาบาลของท่านมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านจิตใจหรือไม่ อย่างไร

2.6 โรงพยาบาลของท่านมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านสังคมหรือไม่ อย่างไร

2.7 โรงพยาบาลของท่านเปิดโอกาสให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

2.8 ท่านมีบทบาทอย่างไรบ้างในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่กล่าวมาทั้ง 7 ข้อ

คำถามการวิจัย

ข้อ 3. สภาพ / เงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

คำถามย่อย

3.1 โรงพยาบาลของท่านมีนโยบายหลักประกันสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่

และนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลกำหนดไว้ชัดเจนหรือไม่

3.2 ผู้บริหารของโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่องานด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

3.3 โรงพยาบาลของท่านมีอิสระในการพัฒนากิจกรรม / โครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของพื้นที่หรือไม่

3.4 ภาระงานของแพทย์ในปัจจุบันเป็นอุปสรรคต่อท่านในการทำหน้าที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่

3.5 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากท่านต่อวัน มากน้อยเพียงใด

3.6 งบประมาณของโรงพยาบาลที่จัดสรรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ ควรมีการปรับปรุงอย่างไร

คำถามการวิจัย

ข้อ 4. มาตรการจูงใจอะไรที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

คำถามย่อย

4.1 โรงพยาบาลของท่านจัดให้มีการเพิ่มพูนความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคหรือไม่

4.2 โรงพยาบาลของท่านได้สร้างความตระหนักของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

4.3 โรงพยาบาลของท่านมีการให้รางวัลแก่แพทย์ที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

4.4 โรงพยาบาลของท่านกำหนดให้งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระงานหลักอย่างหนึ่งของแพทย์หรือไม่

4.5 โรงพยาบาลของท่านได้นำภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ท่านปฏิบัติมาพิจารณาเป็นค่าตอบแทนหรือไม่

คำถามการวิจัย

ข้อ 5. ผลตอบแทนแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

คำถามย่อย

5.1 โรงพยาบาลของท่านได้ให้ผลตอบแทนแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่

5.2 (ถ้ามี) ผลตอบแทนแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีอะไรบ้าง

คำถามการวิจัย

ข้อ 6. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ต่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

คำถามย่อย

6.1 ท่านมีปัญหา อุปสรรคอะไรบ้างในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

6.2 ท่านอยากเห็นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นอย่างไร

.....

แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

โครงการวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพ”

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

---

1. ท่านทราบเกี่ยวกับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
2. นโบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลในด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด
3. ท่านคิดว่าแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติอย่างไรในการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะเหตุใด
4. แพทย์ในโรงพยาบาลของท่านมีบทบาทอย่างไรในการสร้างเสริมสุขภาพ
5. กระบวนการให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไรบ้างในโรงพยาบาลของท่าน มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างในการสร้างเสริมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาอุปสรรคเหล่านี้ควรทำอย่างไร แพทย์มีบทบาทหรือไม่อย่างไร
6. ในปัจจุบันมีมาตรการจูงใจและผลตอบแทนสำหรับแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่อย่างไร
7. ท่านคิดว่าควรมีการพัฒนาในเรื่องการจูงใจและผลตอบแทนแก่แพทย์หรือไม่อย่างไรในการสร้างเสริมสุขภาพ
8. ท่านอยากให้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร ใครบ้างควรมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ

แบบสอบถามผู้รับบริการ

โครงการวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพ”

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ประเภทของโรงพยาบาล

☐ 1. โรงพยาบาลศูนย์/มหาราช ☐ 2. โรงพยาบาลทั่วไป

☐ 3. โรงพยาบาลชุมชน ☐ 4. โรงพยาบาลเอกชน

ที่ตั้งของ**โรงพยาบาล** อำเภอ ……จังหวัด ……

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ☐ และเติมข้อความลงในช่องว่าง ตามข้อเท็จจริง / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ……ปี (กำหนดอายุระหว่าง 15 – 60 ปี)

☐ สถานภาพสมรส

☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส

☐ 3. ม่าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่ ☐ 4. อื่นๆ ระบุ)……

4. การศึกษาชั้นสูงสุด……..

5. อาชีพปัจจุบัน

☐ 1. รับจ้างทั่วไป ☐ 2. เกษตร

☐ 3. ลูกจ้างบริษัท ☐ 4. ราชการ / รัฐวิสาหกิจ

☐ 5. อื่น ๆ (ระบุ)…….

6. รายได้ปัจจุบัน ……บาท / เดือน

7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

8. กรณีที่มีโรคประจำตัว ท่านป่วยเป็นโรคอะไร

☐ 1. โรคเบาหวาน ☐ 2. โรคความดันโลหิตสูง
☐ 3. โรคหัวใจ ☐ 4. โรคที่เกิดจากอุบัติเหตุ
☐ 5. โรคปวดศรีษะ / ไข้หวัด ☐ 6. โรคทางเดินหายใจ
☐ 7. โรคเกี่ยวกับตา ☐ 8. โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร
☐ 9. อื่น ๆ (ระบุ).....

9. ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านมาใช้บริการของโรงพยาบาล.....ครั้ง

10. วิธีการดูแลสุขภาพของท่านที่สำคัญที่สุดคือข้อใด

☐ 1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ☐ 2. รับประทานตามคำสั่งของแพทย์
☐ 3. หมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ ☐ 4. มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
☐ 5. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจากสื่อต่าง ๆ ☐ 6. ใช้ชีวิตปกติเหมือนไม่ป่วย
☐ 7. อื่น ๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพ

11. ท่านมาโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยอาการ.....

12. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านครั้งนี้เป็นอย่างไร

☐ รุนแรง ☐ ไม่รุนแรง

13. ระยะเวลาที่ใช้ในการพบแพทย์.....นาที

14. ระยะเวลาในการพบแพทย์เหมาะสมหรือไม่

☐ เหมาะสม (ข้ามไปข้อ 16) ☐ น้อยไป
☐ มากไป ☐ อื่น ๆ
(ระบุ).....

15. ถ้าไม่เหมาะสม ควรเป็นอย่างไร (ระบุ).....

16. การให้บริการของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

<u>คำชี้แจง</u> **กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ**

การให้บริการของแพทย์	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. แพทย์มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส					
2. แพทย์เอาใจใส่ต่อท่าน					
3. แพทย์พูดจาดี					
4. แพทย์ให้คำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน					
5. แพทย์รับฟังคำบอกเล่าของท่าน					
6. แพทย์เปิดโอกาสให้ท่านซักถาม					
7. แพทย์ตอบข้อซักถามของท่านอย่างดี					
8. แพทย์มีเวลาให้กับท่านอย่างเพียงพอ					
9. แพทย์เสนอทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพร่วมไปกับการรักษาให้แก่ท่าน					
10. แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพครบถ้วน					
11. แพทย์ให้บริการที่ตรงกับความต้องการ					
12. แพทย์ได้ติดตามผลการรักษาของท่านอย่างต่อเนื่อง					
13. แพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงการเจ็บป่วยของท่าน					
14. แพทย์เคยให้คำแนะนำในการป้องกันการเจ็บป่วยครั้งนี้					
15. แพทย์ได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวระหว่างที่ท่านเจ็บป่วย					
16. แพทย์ได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำหรือไม่ให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น					

17. ท่านทราบหรือไม่ว่าโรงพยาบาลแห่งนี้จัดโครงการ / กิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน

☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ(ข้ามไปข้อ 19)

18. (ถ้าทราบ) มีโครงการ / กิจกรรมอะไรบ้างที่ท่านทราบ

(ระบุ) 1. .....

2. .....

3. .....

19. ท่านได้เข้าร่วมโครงการ / กิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่โรงพยาบาลแห่งนี้จัดขึ้นหรือไม่

☐ เข้าร่วม ☐ ไม่ได้เข้าร่วม(ข้ามไปข้อ 21)

20. ถ้าเข้าร่วมโครงการ / กิจกรรมมีโครงการ / กิจกรรมอะไรบ้างที่ท่านเข้าร่วม

(ระบุ) 1. .....

2 .....

3. .....

21. ท่านคิดว่า การสร้างเสริมสุขภาพ มีความสำคัญต่อท่านหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

22. ท่านคิดว่า ใครบ้างที่ควรมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ตัวท่าน ☐ ครอบครัว

☐ ญาติ ☐ แพทย์

☐ ทันตแพทย์ ☐ เภสัชกร

☐ พยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

ประเด็นในการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
(กรณีศึกษา)

1. วิสัยทัศน์ นโยบาย แผน มาตรการ กลยุทธหรือยุทธศาสตร์ การสร้างเสริมสุขภาพ
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ
3. แผนงานในอนาคตของโรงพยาบาลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์แพทย์ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ (กรณีศึกษา)

1. ที่มาของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ
2. วัตถุประสงค์ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ
3. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ
4. กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
5. การดำเนินกิจกรรม/โครงการ
6. ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและบทบาทหน้าที่
7. การสนับสนุนกิจกรรม / โครงการสร้างเสริมสุขภาพ
8. ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมา
9. ปัญหา อุปสรรคด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

.....

ประเด็นในการสนทนากลุ่ม
กับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล
(กรณีศึกษา)

1. กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ
2. การดำเนินกิจกรรม/โครงการ
3. ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมา
4. ปัญหา อุปสรรคด้านการดำเนินงานและแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสร้างเสริมสุขภาพ

.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ
(กรณีศึกษา)

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าร่วมในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
2. ความพึงพอใจต่อบริการ
3. ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ

.....

ผนวก จ.
ผู้ให้ข้อมูล

จ.เชียงใหม่

✧ **โรงพยาบาลศูนย์(1)**

- แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
  - แพทย์สาขาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
  - แพทย์สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์
  - แพทย์สาขาโรคมะเร็งวิทยานรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
  - แพทย์ทั่วไป
- สนทนากลุ่ม
  - พยาบาล 6 PCU
  - พยาบาล 6 PCU ศูนย์สาธารณสุข
  - พยาบาล 8 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1
  - พยาบาล 7 OPD อายุรกรรม
  - พยาบาล 6 OPD 22
  - พยาบาล 8 หอผู้ป่วยนรีเวช 2

✧ **โรงพยาบาลทั่วไป(1)**

- แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม
  - ศัลยแพทย์ กลุ่มงานอุบัติเหตุและนรีเวชวิทยา
  - แพทย์ทั่วไป
  - แพทย์ศัลยกรรมกระดูก
- สนทนากลุ่ม
  - พยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วย อบ. 2
  - พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วย อบ. 1
  - พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1
  - พยาบาลวิชาชีพ 7 OPD Med
  - พยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วยหลังคลอด
  - พยาบาลวิชาชีพ 7 คลินิกพิเศษเบอร์ 14

✧ **โรงพยาบาลชุมชน(1)**

- แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - แพทย์ทั่วไป
- สนทนากลุ่ม
  - พยาบาลเทคนิค 5 PCU
  - พยาบาลวิชาชีพ 5 ตึกผู้ป่วยหญิง
  - พยาบาลวิชาชีพ 6 OPD
  - พยาบาลวิชาชีพ 6 งานห้องคลอด

✧ **โรงพยาบาลเอกชน(1)**

- แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - กุมารเวช
  - สูติ-นรีเวช
- สนทนากลุ่ม
  - NA OPD
  - RN IPD
  - NA UC
  - NA UC
  - RN OPD / UC

จ.อุบลราชธานีและจังหวัดอำนาจเจริญ

✧ **โรงพยาบาลศูนย์(2)**

- แพทย์ผู้บริหาร
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - หัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ
  - แพทย์ทั่วไป
  - ศัลยแพทย์
  - อายุรแพทย์
  - รังสีแพทย์
  - หัวหน้าหอพิเศษส่งเสริมสุขภาพ
  - หัวหน้างานพิเศษส่งเสริมสุขภาพ
- สนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

✧ **โรงพยาบาลทั่วไป(2)**

- แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล
  - ผู้อำนวยการ
  - หัวหน้างานเวชกรรมสังคม
  - แพทย์ทั่วไป
  - แพทย์ศัลยกรรมกระดูก
  - สูติแพทย์
- สทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

✧ **โรงพยาบาลชุมชน(2)**

- แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล
  - ผู้อำนวยการ
  - แพทย์ทั่วไป
- สทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

✧ **โรงพยาบาลเอกชน(2)**

- แพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล
  - ผู้อำนวยการ
  - กุมารแพทย์
  - อายุรแพทย์
  - วิสัญญีแพทย์
- สทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

จ.สงขลา

✧ **โรงพยาบาลศูนย์(3)**

- แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - หมอศัลยกรรม รองผอ. ฝ่ายการแพทย์
  - หัวหน้าฝ่ายเวชกรรม
  - แพทย์ทั่วไป
  - กุมารแพทย์
- สนทนากลุ่ม
  - ฝ่ายการพยาบาล
  - พยาบาลส่งเสริมป้องกัน

✧ **โรงพยาบาลทั่วไป(3)**

- แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - รองผอ.ฝ่ายการแพทย์ (แพทย์เฉพาะทาง)
  - หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม(แพทย์ทั่วไป)
  - แพทย์เฉพาะทางเด็ก
  - แพทย์เฉพาะทางสูติ
- สนทนากลุ่ม
  - พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก
  - เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพ

✧ **โรงพยาบาลชุมชน(3)**

- แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - นายแพทย์ 8
  - นายแพทย์ 7
- สนทนากลุ่ม
  - พยาบาลวิชาชีพ 6
  - พยาบาลเทคนิค 6

จ.ราชบุรี

✧ **โรงพยาบาลศูนย์(4)**

- แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - หัวหน้างานเวชกรรมสังคม
  - แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมเด็ก
  - แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุ
  - แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช
  - แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูก
- สนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

✧ **โรงพยาบาลทั่วไป(4)**

- แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม
  - แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติ-นรีเวช
  - แพทย์ผู้เชี่ยวชาญศัลยกรรม
  - แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
- สนทนากลุมผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

✧ **โรงพยาบาลชุมชน(4)**

- แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - แพทย์ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ
  - แพทย์ทั่วไป
  - แพทย์ทั่วไป
- สนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

✧ **โรงพยาบาลเอกชน(4)**

- แพทย์ผู้บริหารและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
  - แพทย์เฉพาะทางกระดูก
  - แพทย์ทั่วไป
  - แพทย์ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ
- สนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแพทย์

กรณีศึกษา

✧ **โรงพยาบาลศูนย์(กรณีศึกษา)**

- แพทย์ผู้บริการและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ
- สนทนากลุ่ม
  - พยาบาล PCU
  - พยาบาลส่งเสริม
  - ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

✧ **โรงพยาบาลทั่วไป(กรณีศึกษา)**

- แพทย์ผู้บริการและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - รองผอ.ฝ่ายการแพทย์
  - แพทย์ทั่วไป
- สนทนากลุ่ม
  - บวก. สส. 7 ฝ่ายสุขศึกษา
  - บวก. สส. 6 งานส่งเสริม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
  - พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
  - พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
  - พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานพยาบาล
  - นักสังคมสงเคราะห์ 7 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

✧ **โรงพยาบาลชุมชน(กรณีศึกษา)**

- แพทย์ผู้บริการและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  - พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานสร้างเสริมสุขภาพ
- สนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ

✧ **โรพยาบาลเอกชน(กรณีศึกษา)**

- แพทย์ผู้บริการและแพทย์ผู้ให้บริการ
  - แพทย์ผู้บริหาร
  - แพทย์ผู้ให้บริการ
- สนทนากลุ่ม