

รายงานการศึกษา

เรื่อง

การสำรวจความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับปัญหา

ที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติและหนทางในการเพิ่มพูนความรู้

โดย :

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ เอี้ยวสกุล

อาจารย์ประนมพร โรจน์บรรวิทย์

รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิชัย เอกพลากร

ทุนวิจัยสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และ ขอขอบคุณ คุณณรินทร์ ทิมา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นายแพทย์ไพศาล พงศ์ชัยฤกษ์ นายแพทย์ สาทิตร โหมยคชัยวัฒน์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ นายแพทย์ชาญยุทธ คุภชาติวงศ์ นายแพทย์วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ นายแพทย์สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ นายแพทย์สุวชัย อินทรประเสริฐ ภาควิชาสูติรีเวชวิทยา แพทย์หญิงสิรินทร จันศิริกาญจน นายแพทย์วินัย วนานุกูล ภาควิชาอายุรศาสตร์ แพทย์หญิงวัชร ชื่นวัฒนกุล แพทย์หญิงพนิดา ศรีสันต์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บรรวิทย์ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งได้ให้ข้อมูลและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

การวิจัยนี้จะสำเร็จลงไม่ได้หากขาดความร่วมมือจากแพทย์ในโรงพยาบาลต่างๆ ในส่วน ภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถาม

ท้ายสุดขอขอบคุณ คุณอมรินทร์ ทักขิณเสถียร หน่วยระบาดวิทยา และเจ้าหน้าที่ธุรการ สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สำหรับการวิเคราะห์ ข้อมูล จัดเตรียมเอกสาร และการพิมพ์

C:\MSOFFICE\PAT\VP\CONTENT.DOC

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อสำรวจความคิดเห็นด้านเวชปฏิบัติของแพทย์ในสาขาอายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์ เกี่ยวกับ 1) ปัญหาที่พบบ่อยที่แนวทางเวชปฏิบัติหลากหลาย 2) ภาวะ อาการโรค หรือวิธีการรักษาที่สมควรทบทวนเป็นระบบ 3) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เปลี่ยนแปลงวิธีการทำเวชปฏิบัติ 4) ช่องทางวิธีการที่ใช้เพิ่มพูนความรู้ในปัจจุบันและอนาคต การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะโดยระยะที่หนึ่งเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามระยะที่สองเป็นการประชุมผู้มีวิสัยทัศน์และเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีการสื่อสาร

ความเห็นเกี่ยวกับเวชปฏิบัติที่หลากหลาย (1) แนวทางไม่ชัดเจนมี 54 โรคหรือวิธีการรักษาเป็นของสาขาอายุรกรรม 21 กุมารเวชกรรม 4 สูตินรีเวชกรรม 4 ศัลยกรรม 18 ออร์โธปิดิกส์ 7 ทั้ง 54 หัวเรื่องสมควรทบทวนองค์ความรู้อย่างจริงจังเพราะเป็นความประสงค์ของแพทย์ส่วนใหญ่ (2) แนวทางชัดเจนแต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ มีทั้งหมด 63 โรคหรือวิธีการรักษา เป็นสาขาอายุรกรรม 15 กุมารเวชกรรม 23 สูตินรีเวชกรรม 15 ศัลยกรรม 9 ออร์โธปิดิกส์ 1 มี 5 โรคที่แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่าแนวทางเวชปฏิบัติชัดเจนแล้ว คือ สาขาอายุรกรรม 3 โรค (CA breast, COPD, Cramping) สาขาสูตินรีเวชกรรม (Fetal distress) กุมารเวชกรรม (หุ้้นกลางอักเสบ /น้ำในช่องหูชั้นกลาง) ที่เหลือทั้งหมดสมควรเผยแพร่ความรู้ให้แพทย์ทราบ (3) แนวทางชัดเจนแพทย์ทราบแต่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากเหตุผลอื่นมี 22 โรคเป็นของสาขาอายุรกรรม 6 สูตินรีเวชกรรม 10 ศัลยกรรม 6 ในจำนวนนี้มีเพียง 5 โรคที่แพทย์คิดว่าองค์ความรู้ชัดเจน คือ สาขาสูตินรีเวชกรรม 4 โรค (Ectopic pregnancy, STD, Myoma uteri, Antinatal care) สาขาศัลยกรรม (Appendicitis) ที่เหลืออีก 17 โรค ยังต้องเผยแพร่ความรู้ เพราะแพทย์ยังไม่ชัดเจนในแนวทางเวชปฏิบัติจริงๆ หรือสมควรหาสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามแนวทางจึงเกิดเวชปฏิบัติหลากหลาย

สามปัจจัยแรกที่แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าจะส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำเวชปฏิบัติ คือ องค์ความรู้ เครื่องมือแพทย์/เทคโนโลยีทางการแพทย์ และเจตคติของแพทย์ แหล่งความรู้ทางวิชาการในปัจจุบันและอนาคตที่แพทย์เลือกใช้มากที่สุด คือ สถาบันวิชาชีพ (สมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย และมหาวิทยาลัย) วิธีการเพิ่มพูนความรู้ในปัจจุบันและอนาคตที่แพทย์เข้าร่วมมากที่สุด คือ การประชุมวิชาการ การฝึกอบรมและการดูงาน ตามลำดับ สื่อสิ่งพิมพ์ในปัจจุบันที่แพทย์ใช้มากที่สุด สามอันดับแรก คือ ตำราและวารสารในประเทศ คู่มือ/เอกสารการประชุมวิชาการ ตำราและวารสารต่างประเทศ อนาคตแพทย์เลือกใช้สื่อสิ่งพิมพ์ทั้งสามประเภทในสัดส่วนใกล้เคียงกัน สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในปัจจุบันแพทย์ใช้น้อยมาก ยกเว้น มัลติมีเดีย ซีดีรอมและดิสเก็ต ในอนาคตแพทย์ต้องการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิดเพิ่มขึ้นหลายเท่า สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่คาดว่าจะมีแพทย์ใช้มาก

ที่สุดสามลำดับแรก คือ อินเทอร์เน็ต มัลติมีเดีย-ซีดีรอมและดิสเกตต์ และดาวเทียม ตามลำดับ
 สื่อไฟฟ้าที่แพทย์เลือกใช้ในปัจจุบัน คือ วิทยุ โทรทัศน์ เทปบันทึกเสียง และวิทยุ ตามลำดับ
 ในอนาคต สื่อไฟฟ้ามีแพทย์เลือกใช้น้อยลง

การแสดงความคิดเห็นของแพทย์ต่อปัจจัยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำเวชปฏิบัติ
 แหล่งความรู้ วิธีการเพิ่มพูนความรู้ และสื่อที่แพทย์ใช้ แตกต่างกันตามปัจจัยด้านคุณวุฒิ วิทยุ
 ประเภทของโรงพยาบาลและภูมิภาค นอกจากนี้แพทย์ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอนาคต มีจำนวนลดลง
 มาก ยกเว้น สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลงานวิจัย พบว่า ปัญหาความไม่ชัดเจนของวิชาการเกี่ยวกับภาวะ อาการ โรคหรือวิธีการรักษาโรคที่มีเวชปฏิบัติหลากหลายตามสาขาวิชา วุฒิการศึกษา และประเภทของโรงพยาบาล สมควรจะมีการทบทวนองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ (Systematic review) จัดทำเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและเผยแพร่ความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาคุณภาพบุคลากรและสถานบริการ ดังนี้

1.1 เผยแพร่ผลงานวิจัยให้กับสมาคม วิทยาลัย ราชวิทยาลัยและโรงเรียนแพทย์ เพื่อตระหนักถึงปัญหาเวชปฏิบัติที่หลากหลาย และนำไปพัฒนาการศึกษาระดับแพทยศาสตรบัณฑิต และระดับหลังปริญญา ตลอดจนพิจารณาจัดทำ แนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

1.2 เลือกกลุ่มโรคที่แนวทางไม่ชัดเจน จำนวน 54 โรคในสาขาอายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรม และออร์โธปิดิกส์ มาทดลองจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน โดยเน้นการมีส่วนร่วม ความร่วมมือและการยอมรับเวชปฏิบัติของสถาบันวิชาชีพ และผู้ใช้เวชปฏิบัติ ในขั้นตอนการทบทวนองค์ความรู้ในการจัดทำ การทดลองนำไปปฏิบัติและการประเมินผล

1.3 เพื่อผลในการปฏิบัติ ควรเผยแพร่แนวทางเวชปฏิบัติในรูปคู่มือที่แพทย์สามารถศึกษาหรือทบทวนได้ทันที ตีพิมพ์ในวารสารในประเทศรวมทั้งจัดทำสื่อต่างๆ โดยในขั้นแรกสมควรเผยแพร่กลุ่มโรคที่แนวทางชัดเจนและแพทย์ไม่ทราบ 58 โรคในสาขาอายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรม และออร์โธปิดิกส์ และติดตามผลในการนำไปปฏิบัติเพื่อเป็นแบบอย่างในการเผยแพร่ต่อไป

2. ควรมีการสัมมนาเกี่ยวกับรูปแบบการศึกษาต่อเนื่องที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพที่ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัย สถาบันวิชาชีพ วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย สมาคม กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาวิชาการของแพทย์ให้ทันสมัยรวมทั้งเพื่อให้ได้แนวทางที่ชัดเจนในการปรับปรุงเวชปฏิบัติที่หลากหลาย และเผยแพร่เวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยที่เหมาะสมกับแพทย์ในโรงพยาบาล

3 พัฒนาระบบข่าวสารข้อมูล (Information technology) เพื่อให้แพทย์แสวงหาความรู้ด้วยตนเองอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนา Computer technology, Communication technology และ Contemporary technology

4 ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับ

- 4.1 กลุ่มโรคที่แนวทางชัดเจน แพทย์ทราบแต่ไม่ปฏิบัติตาม จำนวน 17 โรคในสาขาอายุรกรรม สูติรีเวชกรรม และศัลยกรรม
- 4.2 ผลของการนำแนวทางเวชปฏิบัติที่ผ่านการจัดทำมาตรฐานไปใช้ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ
- 4.3 ผลกระทบของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติที่ได้มาตรฐานต่อค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

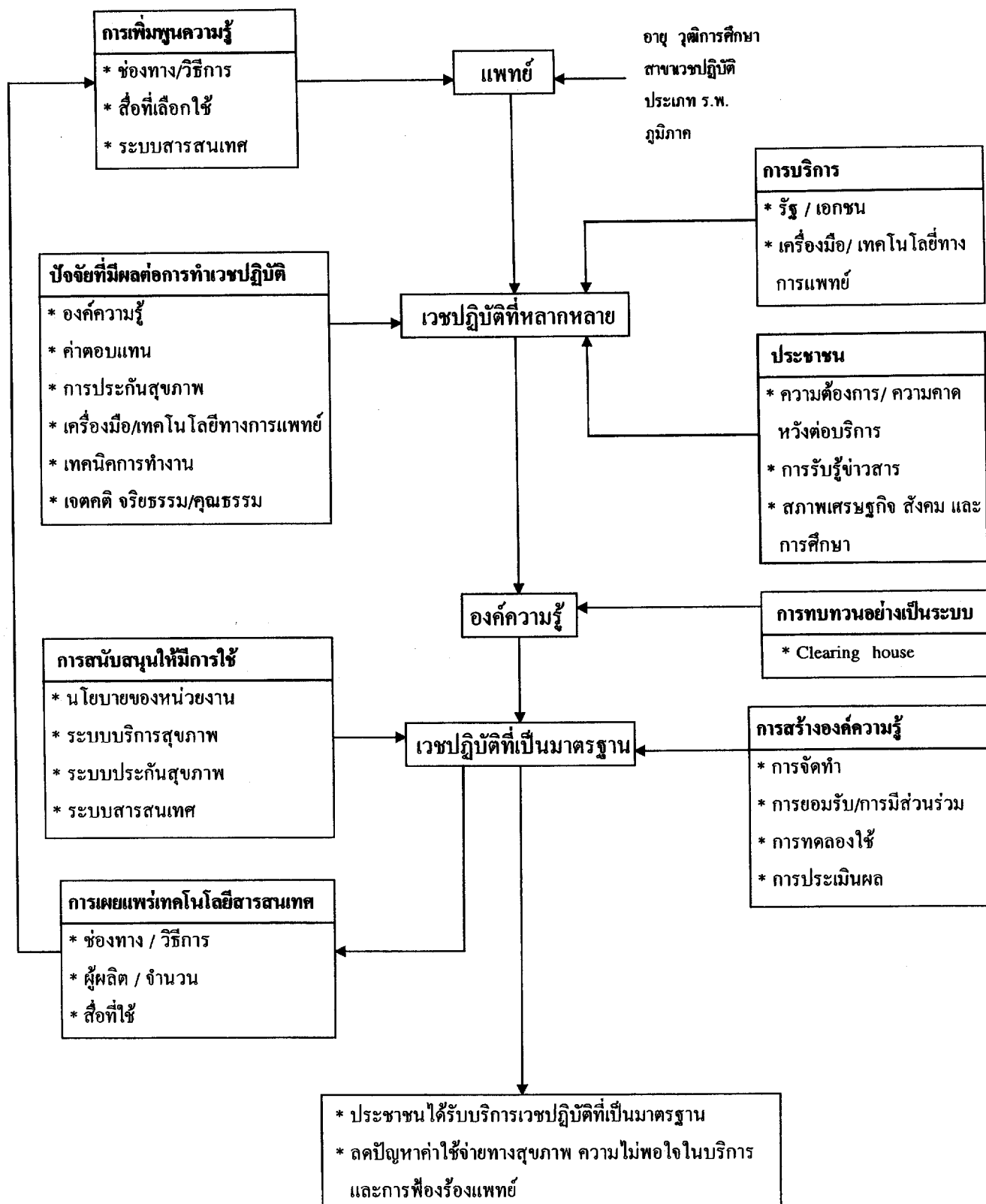
การพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและการศึกษาที่ต่อเนื่องยาวนาน ทำให้ระบบต่างๆในสังคม รวมทั้งระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลง ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพกำลังประสบปัญหาสำคัญอันเกิดจากความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมีราคาแพง รัฐจ่ายน้อยประชาชนจ่ายมาก ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง มีปัญหาการควบคุมคุณภาพของบริการ การดูแลรักษาใช้มากกว่ารักษาค้น การขาดประสิทธิภาพของระบบ การขาดแคลนกำลังคนที่เหมาะสม การฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีแนวโน้มสูงขึ้น การขาดการประสานงานที่ดีระหว่างสถานพยาบาลรัฐและเอกชน

สำหรับประเทศไทย การปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยพิจารณาความต้องการของประชาชนเป็นพื้นฐาน ควรมีลักษณะที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เป็นระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ดูแล “คน” ไม่ใช่เพียงแค่ดูแล “ไข้” มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการมีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ และมีการพัฒนาบ่มเพาะความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม มีความหลากหลาย และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น

การกำหนดมาตรฐานการรักษาหรือเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน (Standard guideline) เป็นกลไกหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ และบุคลากรของรัฐ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพถูกต้องตามหลักวิชาการ ในประเทศไทย ความพยายามในการพัฒนาแนวทางการให้บริการนี้มีน้อย พ.ศ. 2529-2534 กระทรวงสาธารณสุขโดย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้จัดทำมาตรฐานการบำบัดโรคโดยใช้ยา 10 เรื่อง พบว่า มีการนำไปปฏิบัติค่อนข้างน้อย ในปัจจุบันแพทยสภาและสถาบันวิชาชีพ สมาคม/ วิทยาลัย/ ราชวิทยาลัย ได้ดำเนินการในเรื่องนี้อยู่บ้าง อาทิเช่น การจัดทำมาตรฐานการรักษาโรคทางอายุรศาสตร์ มาตรฐานการรักษาโรคหอบหืด มาตรฐานการรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ระบบหายใจในเด็ก การรักษาวัณโรคโดยระบบยามาตรฐานระยะสั้น

การสำรวจปัญหาเวชปฏิบัติของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ 5 สาขา : อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรม และออร์โธปิดิกส์ เพื่อพิจารณาภาวะ อาการ โรคหรือกลุ่มโรคที่สมควรทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน (Standard guideline) เป็นหนทางทำให้เกิดความชัดเจนในสภาพปัญหาที่แพทย์ประสบอยู่ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำเวชปฏิบัติ ช่องทางและวิธีการที่แพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐใช้เพิ่มพูนความรู้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้ทราบข้อคิดเห็นและความต้องการของแพทย์อันเป็นประโยชน์ในการจัดทำเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การเผยแพร่และการสนับสนุนต่อไป

กรอบความคิดในการวิจัย



การศึกษาระยะที่ 1 : การสำรวจความคิดเห็นของแพทย์โดยแบบสอบถาม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเวชปฏิบัติของแพทย์ในสาขาอายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติรีเวชกรรม ศัลยกรรม และออร์โธปิดิกส์ เกี่ยวกับ

1. ปัญหาที่พบบ่อยที่แนวทางเวชปฏิบัติยังไม่ชัดเจน หลากหลาย หรือหาข้อมูลไม่ได้รวมทั้งปัญหาที่มีแนวทางชัดเจนแต่แพทย์ส่วนใหญ่ในประเทศไทยมีเวชปฏิบัติที่หลากหลายจากความไม่เท่าทันความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป
2. ภาวะ อาการ โรคหรือกลุ่มโรค หรือวิธีการรักษาที่สมควรทบทวนเป็นระบบรวมทั้งแนวทางเวชปฏิบัติ (standard guidelines)
3. ปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เปลี่ยนแปลงวิธีการในการทำเวชปฏิบัติ
4. ช่องทางและวิธีการที่ใช้เพิ่มพูนความรู้ในปัจจุบัน
5. ช่องทางและวิธีการที่ประสงค์จะใช้ในการเพิ่มพูนความรู้ในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (cross-sectional descriptive) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองร่วมกับผู้เชี่ยวชาญสาขาละ 2 คน ในสาขาอายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติรีเวชกรรม ศัลยกรรม และออร์โธปิดิกส์ สำหรับการเลือกภาวะ อาการ โรค หรือวิธีการรักษาโรคของผู้เชี่ยวชาญจะเลือกจากปัญหาที่พบบ่อย ความรุนแรงและการสูญเสียโรคเฉพาะสาขา โรคที่ต้องอาศัยอุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษ และผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาได้จัดกลุ่มปัญหาเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่มเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติว่า (1) แนวทางไม่ชัดเจน (2) แนวทางชัดเจน แต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ (3) แนวทางชัดเจนแพทย์ทราบแต่ไม่ปฏิบัติด้วยเหตุผลอื่น ประชากรเป้าหมาย มีดังนี้

Inclusion criteria : แพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในส่วนภูมิภาค

Exclusion criteria : แพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานใน กทม. หรือในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงทั่วประเทศ หรือ หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค รวมทั้งแพทย์ที่สังกัดส่วนราชการอื่น หรือโรงพยาบาลเอกชน

ประชากรที่ศึกษา เก็บจากโรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลทั่วไป สาขาละ 2 คน
โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30-120 เตียงทุกแห่งในส่วนภูมิภาค สาขาละ 1 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง
แยกเป็น 3 กลุ่มวุฒิการศึกษา คือ

กลุ่ม พ.บ.

หมายถึง ผู้จบ พ.บ. หรือ พ.บ. และวุฒิการศึกษานอื่นที่ไม่
ตรงกับสาขาของแบบสอบถามและทำเวชปฏิบัติทุกสาขา

กลุ่มวุฒิปัตรีและกลุ่มอนุมัติปัตรี หมายถึง ผู้จบการศึกษาหลังปริญญาตรงตามสาขาที่
ตอบแบบสอบถาม

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2540 ได้แบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์
1,226 ฉบับจากจำนวนที่คาดว่าจะได้รับคืน 1,308 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับแบบสอบถาม 93.73 %
ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS และ Epi info ใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 1 แบบสอบถามทั้งหมด 1,226 ฉบับ แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 71.53 และเพศ
หญิง ร้อยละ 28.47 อายุอยู่ในช่วง 21-59 ปี เฉลี่ย 33 ปี ปฏิบัติการอยู่ใน 5 สาขา ได้แก่ อายุรกรรม
ร้อยละ 20.80 กุมารเวชกรรม ร้อยละ 21.86 สูติรีเวชกรรม ร้อยละ 20.15 ศัลยกรรม ร้อยละ 19.82
และออร์โธปิดิกส์ ร้อยละ 17.37 ส่วนใหญ่เป็นผู้มีวุฒิการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต (ร้อยละ 47.39)
ได้รับวุฒิปัตรี (ร้อยละ 45.02) และอนุมัติปัตรี (ร้อยละ 7.59) ตามลำดับ ปัจจุบันทำงานอยู่ในโรง
พยาบาลชุมชน ร้อยละ 52.45 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 32.46 และโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 15.09
และกระจายอยู่ในทุกจังหวัด ยกเว้น กรุงเทพฯ ตามภูมิภาคต่างๆ โดยร้อยละ 11.66 อยู่ในภาคกลาง
ภาคตะวันออก ร้อยละ 6.53 ภาคเหนือ ร้อยละ 25.29 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 27.98 ภาค
ใต้ ร้อยละ 18.35 ภาคตะวันตก ร้อยละ 10.20

2. ปัญหาการให้บริการเวชปฏิบัติ และ ภาวะ อาการ โรค วิธีการรักษาที่สมควรทบทวนให้เป็นระบบ

1. สาขาอายุรกรรม (แผนภูมิ 1 - 4)

1.1 แนวทางเวชปฏิบัติไม่ชัดเจน

จากการที่แพทย์ให้ความเห็นเกี่ยวกับเวชปฏิบัติที่หลากหลายใน 2 ส่วน คือ ปัญหาการทำเวชปฏิบัติ 13 โรค และภาวะ อาการ โรคที่สมควรทบทวนให้เป็นระบบอีก 13 โรค รวม 26 โรค แต่มีข้อโรคซ้ำกัน 5 โรค (AIDS, Hepatitis, Osteoporosis, Dysphagia, Peptic ulcer) ในจำนวน 21 โรคนี้ มีกลุ่มโรคที่แพทย์มากกว่า 50 % ในทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค เห็นว่ามีปัญหาเวชปฏิบัติตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ (1) Pulmonary hypertension (75.29 %) (2) SLE (74.12 %) (3) Occupational diseases (70.59 %) (4) Atypical mycobacterium infection (70.59 %) (5) Antiviral therapy in AIDS (69.80 %) (6) Chronic viral hepatitis (63.20 %) (7) Osteoporosis (63.14 %)

ทั้งนี้ โรคดังกล่าวข้างต้นพบปัญหาในขั้นตอนต่างๆ ของเวชปฏิบัติ กล่าวคือ

(1) Pulmonary hypertension เป็นภาวะที่แพทย์กลุ่ม พ.บ. อนุมัติบัตร โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป มีปัญหาการวินิจฉัยโรค (62.88, 65, 58.82, 62.04 %) และอนุมัติบัตรมีปัญหาการรักษาด้วยยา (60 %) เทคนิคการรักษา (50 %)

(2) Atypical mycobacterium infection เป็นปัญหาที่พบในทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา และทุกประเภทโรงพยาบาลเกี่ยวกับขั้นตอนการวินิจฉัยโรค (55.69 %)

(3) SLE มีปัญหาในการวินิจฉัยโรคโดยกลุ่มอนุมัติบัตร โรงพยาบาลชุมชน (55, 54.01 %) เทคนิคการรักษาโดยกลุ่ม พ.บ. และโรงพยาบาลชุมชน (51.52, 51.82 %)

(4) Chronic hepatitis มีปัญหาการรักษาด้วยยาในกลุ่ม พ.บ. และโรงพยาบาลศูนย์ (50, 55.88 %)

(5) Occupational diseases ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษาและทุกประเภทโรงพยาบาล มีปัญหาการวินิจฉัยโรค (54.12 %) และโรงพยาบาลศูนย์มีปัญหาการป้องกันโรค (52.94 %)

(6) Antiviral therapy in AIDS มีปัญหาการรักษาด้วยยาในทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา (59.61 %) ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (55.95, 64.96 %)

นอกจากนี้ยังมีอีก 3 โรคได้รับความเห็นจากแพทย์ผู้ตอบในสัดส่วนสูงในบางกลุ่ม ดังนี้

(1) Hormonal replacement therapy มีปัญหาเวชปฏิบัติในกลุ่ม พ.บ. (78.79 %) อนุมัติบัตร (70 %) โรงพยาบาลชุมชน (80.29 %) ทุกภูมิภาค (65.49 %) โดยที่กลุ่มอนุมัติบัตรมีปัญหาด้านการวินิจฉัยโรค (50 %) กลุ่ม พ.บ. และโรงพยาบาลชุมชน มีปัญหาการรักษาด้วยยา (65.15, 64.96 %) เทคนิค

การรักษาโดยกลุ่มอนุมติบัตรและโรงพยาบาลชุมชน (50, 52.55 %) (2) Irritable bowel มีปัญหาเวชปฏิบัติในกลุ่ม พ.บ. และอนุมติบัตร (57.58, 70 %) ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน (55.88, 59.12 %) ทุกภูมิภาค (54.51 %) ยกเว้น ภาคกลางและภาคเหนือ (3) Dysphagia มีปัญหาเวชปฏิบัติในกลุ่ม พ.บ. (56.82 %) กลุ่มอนุมติบัตร (50 %) ในโรงพยาบาลชุมชน (58.39 %) ภาคเหนือและอีสาน (50, 60.98 %)

อนึ่งกลุ่มโรคที่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่คิดว่าเป็นปัญหาในการรักษาผู้ป่วย มีอยู่ 2 เรื่อง คือ Asymptomatic hyperuricemia, Organophosphate poisoning (38.43 , 27.84 %)

แพทย์ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ในทุกกลุ่มวุฒิการศึกษาและทุกประเภทโรงพยาบาล เห็นควรให้ทบทวนองค์ความรู้ ตามลำดับความสำคัญดังนี้

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. AIDS (80.39 %) | 7. Osteoporosis (61.57 %) |
| 2. Stroke (72.94 %) | 8. Vertigo (60.78 %) |
| 3. Glomerular nephritis (67.45 %) | 9. Dysphagia (57.65 %) |
| 4. Chronic viral hepatitis (67.06 %) | 10. Pain controlled in malignancy (56.86 %) |
| 5. Peptic ulcer (63.92 %) | 11. Pain controlled in Neuropathy (56.86 %) |
| 6. Abnormal motor movement (61.96 %) | |

นอกจากนี้กลุ่ม พ.บ. ร้อยละ 62.12 อนุมติบัตรร้อยละ 65 และโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 62.77 และภูมิภาค (54.90 %) ยกเว้น ภาคตะวันตก ขอให้ทบทวนองค์ความรู้ของ Numbness และกลุ่ม พ.บ. ร้อยละ 57.58 อนุมติบัตรร้อยละ 60 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 58.39 และทุกภูมิภาค (54.90 %) ยกเว้น ภาคเหนือ ขอให้ทบทวนองค์ความรู้ของ Osteoarthritis

1.2 แนวทางชัดเจนแต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ

กลุ่มโรคที่องค์ความรู้ชัดเจน แต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ มีอยู่ 15 โรคโดยแพทย์ให้ความเห็นในส่วนของปัญหาเวชปฏิบัติ 5 โรคและในส่วน of โรคที่สมควรทบทวนองค์ความรู้อีก 11 โรค แต่มีซ้ำกัน 1 โรค (Dyslipidemia)

ในจำนวนนี้มี 4 โรคที่มีปัญหาเวชปฏิบัติซึ่งสัดส่วนผู้ตอบแตกต่างกันหากพิจารณาตามกลุ่มวุฒิการศึกษา ประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค ดังนี้ (1) CA prostate ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา (63.14 %) และโรงพยาบาลทั่วไป (51.19 %) โรงพยาบาลชุมชน (74.45 %) ทุกภูมิภาค (63.14 %) ยกเว้น ภาคกลาง มีปัญหาเวชปฏิบัติ โดยที่ร้อยละ 50 ของกลุ่มอนุมติบัตรมีปัญหาการรักษาด้วยยา (2) Rheumatoid arthritis เป็นปัญหาเวชปฏิบัติของกลุ่ม พ.บ. (68.94 %) กลุ่มอนุมติบัตร (95 %) โรงพยาบาลศูนย์ (55.88 %) โรงพยาบาลชุมชน (72.26 %) ทุกภูมิภาค (61.18 %) (3) CA Breast ซึ่งร้อยละ 60 ของกลุ่มอนุมติบัตร และ 51.09 % ของโรงพยาบาลชุมชน ภาคอีสาน ภาคเหนือ ภาค

ตะวันตก (52.44, 50, 50 %) มีปัญหาเวชปฏิบัติ และ 50 % ของกลุ่มอนุมติบัตรมีปัญหาการรักษาด้วยยา (4) Dyslipidemia ซึ่งแพทย์กลุ่ม พ.บ. และอนุมติบัตร (58.33, 60 %) โรงพยาบาลชุมชน (62.77 %) และภาคอีสาน (59.76 %) มีปัญหาเวชปฏิบัติโดยที่ 50 % ของกลุ่มอนุมติบัตรมีปัญหาการรักษาด้วยยา

อนึ่งมี 1 โรคที่สัดส่วนความเห็นผู้ตอบเกี่ยวกับปัญหาเวชปฏิบัติค่อนข้างต่ำ คือ COPD (36.86 %)

อย่างไรก็ตามแพทย์ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ในทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภท โรงพยาบาล และทุกภูมิภาค เห็นควรทบทวนองค์ความรู้ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| 1. Thyroid Nodule (82.75 %) | 5. Headache (66.27 %) |
| 2. Epilepsy (75.69 %) | 6. Migraine (63.53 %) |
| 3. Tbc in the elderly (70.98 %) | 7. Chest pain (62.35 %) |
| 4. Dyslipidemia (66.67 %) | 8. Dyspepsia (59.61 %) |

มี 3 โรคซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่ม พ.บ. อนุมติบัตร โรงพยาบาลชุมชน และทุกภูมิภาค ประสงค์ให้ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ Back pain, Allergic rhinitis และ Cramping

1.3 แนวทางเวชปฏิบัติชัดเจน แพทย์ทราบแต่ไม่ปฏิบัติตามด้วยเหตุผลอื่น

กลุ่มโรคที่แพทย์มีเวชปฏิบัติหลากหลาย ทั้งที่องค์ความรู้ชัดเจนและแพทย์ส่วนใหญ่ทราบแล้วมีอยู่ 8 โรค มีข้อขัดกันในส่วนระบุปัญหาและความต้องการให้ทบทวนความรู้ 2 โรค (Pancreatitis, Diarrhea) โดยที่ 3 โรคซึ่งแพทย์ประสงค์ให้ทบทวนความรู้ คือ Nephrotic syndrome, Hypertension, UGI bleeding (79.22, 70.59, 66.27 %)

กลุ่มโรคที่แพทย์ในกลุ่ม พ.บ. ร้อยละ 61.36 อนุมติบัตรร้อยละ 60 โรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 52.94 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 63.50 และทุกภูมิภาค (51.76 %) ยกเว้น ภาคกลาง มีปัญหาเวชปฏิบัติเกี่ยวกับ Acute myocardial infarction นอกจากนี้ Pancreatitis ซึ่งกลุ่มที่มีปัญหา คือ พ.บ. (54.55 %) อนุมติบัตร (65 %) โรงพยาบาลชุมชน (60.58 %) ภาคอีสานและภาคตะวันออก (57.32, 53.85 %) และร้อยละ 56.82 ของ พ.บ. ร้อยละ 60 ของอนุมติบัตร มากกว่าร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน ทุกภูมิภาค (53.73 %) ยกเว้น ภาคเหนือ และ ภาคใต้ ต้องการให้ทบทวนองค์ความรู้

Acute diarrhea เป็นโรคที่แพทย์มีปัญหาการรักษาผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ (19.22 %) แต่ความคิดเห็นเปลี่ยนไปเกี่ยวกับความประสงค์ให้ทบทวนความรู้โดยความเห็นของทุกประเภทโรงพยาบาล (54.90 %) กลุ่ม พ.บ. (59.85 %) อนุมติบัตร (55 %) และทุกภูมิภาค (54.90 %) ยกเว้น ภาคเหนือ

2. สาขามารเวชกรรม (แผนภูมิที่ 5 - 8)

2.1 แนวทางเวชปฏิบัติไม่ชัดเจน

กลุ่มโรค 4 โรคที่ผู้เชี่ยวชาญระบุว่าองค์ความรู้ไม่ชัดเจนและแพทย์ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค คิดตรงกันว่ามีปัญหาการรักษาผู้ป่วย (63.81 %) และต้องการให้ทบทวนองค์ความรู้ คือ Recurrent abdominal pain (71.64 %)

โรคที่ผู้ตอบมีความเห็นเกี่ยวกับปัญหาการรักษาผู้ป่วยในสัดส่วนที่ต่ำกว่า 40 % มี 2 โรค คือ Constipation & encopresis (42.54 %), Chronic cough (42.91 %) โดยที่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นตามวุฒิการศึกษา ตามประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค มีความเห็นใกล้เคียงกันว่าไม่มีปัญหาเวชปฏิบัติ แต่มีความเห็นในสัดส่วนสูงขึ้นต่อการทบทวนความรู้ (Constipation & encopresis - 61.19 %, Chronic cough - 73.13 %)

Skin disease เป็นโรคที่แพทย์ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค มีปัญหาการรักษาผู้ป่วย (60.45 %) โดยเฉพาะกลุ่มวุฒิบัตรและโรงพยาบาลทั่วไปมีปัญหาการวินิจฉัยโรค (50.41, 51.71 %) แต่เมื่อถามเกี่ยวกับความประสงค์ในการทบทวนองค์ความรู้ ปรากฏว่ากลุ่ม พ.บ. ร้อยละ 67.72 อนุมัติบัตร 66.67 โรงพยาบาลชุมชน (67.39 %) และทุกภูมิภาค (60.45 %) ต้องการให้ทบทวน ยกเว้น กลุ่มวุฒิบัตร โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความเห็นลดลง (46.34, 44.19, 49.34, 41.18 %)

2.2 แนวทางเวชปฏิบัติชัดเจนแต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ

แพทย์ให้ความเห็นเกี่ยวกับเวชปฏิบัติที่หลากหลายใน 2 ส่วน คือ ปัญหาการทำเวชปฏิบัติ 15 โรค และภาวะ อาการ โรคที่สมควรทบทวนให้เป็นระบบอีก 15 รวม 30 โรค แต่มีชื่อโรคที่ซ้ำกันหรือกลุ่มโรคใกล้เคียงกัน 7 โรค (Delay development, HIV, Nutrition, Allergic rhinitis, Asthma, Tuberculosis, Immunization) ในจำนวน 23 โรคนี้ แพทย์ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค คิดว่ามีปัญหาเวชปฏิบัติตามลำดับความสำคัญดังนี้

- | | |
|--|---|
| 1. โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม (92.16 %) | 5. โรคมะเร็ง (70.90 %) |
| 2. ความผิดปกติแต่กำเนิด (85.07 %) | 6. Delay development (68.66 %) |
| 3. Delay speech (82.84 %) | 7. โรคระบบ Orthopedics เกือบทั้งหมด (64.55 %) |
| 4. โรคเกี่ยวกับสารพิษโดยเฉพาะพิษตะกั่ว (72.76 %) | 8. HIV infection & AIDS (61.19 %) |

สำหรับปัญหาในขั้นตอนการรักษามี ดังนี้

(1) โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นโรคที่ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาลมีปัญหาการวินิจฉัยโรค (81.34 %) ร้อยละ 50.39 ของกลุ่ม พ.บ. และโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 55.81 มีปัญหาการรักษาด้วยยา ร้อยละ 61.11 ของอนุมัติบัตร และโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 62.79 มีปัญหา

เทคนิคการรักษา นอกจากนี้ ร้อยละ 62.60 ของวุฒิบัตร ร้อยละ 72.22 ของอนุมัติบัตร ร้อยละ 74.42 ของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 58.62 มีปัญหาการป้องกันโรค

(2) ความผิดปกติแต่กำเนิด ร้อยละ 66.67 ของกลุ่มอนุมัติบัตร และร้อยละ 53.49 ของโรงพยาบาลศูนย์ มีปัญหาการวินิจฉัยโรค ที่มีปัญหาเทคนิคการรักษาเป็นกลุ่มอนุมัติบัตร (61.11 %) นอกจากนี้กลุ่มวุฒิบัตร (62.60 %) อนุมัติบัตร (66.67 %) และโรงพยาบาลทั่วไป (89.66 %) มีปัญหาการป้องกันโรค

(3) โรคเกี่ยวกับสารพิษ ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา (81.34 %) โรงพยาบาลศูนย์ (51.16 %) โรงพยาบาลชุมชน (65.94 %) มีปัญหาการวินิจฉัยโรค

(4) โรคมะเร็ง ซึ่งร้อยละ 50 ของกลุ่มอนุมัติบัตร และร้อยละ 52.87 ของโรงพยาบาลทั่วไป มีปัญหาการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 56.32 ของโรงพยาบาลทั่วไป มีปัญหาการรักษาด้วยยา

(5) โรคระบบ Orthopedics เกือบทั้งหมดซึ่งกลุ่ม พ.บ. (54.33 %) กลุ่มอนุมัติบัตร (61.11%) และโรงพยาบาลชุมชน (61.59 %) มีปัญหาเทคนิคการรักษา

(6) Delay speech กลุ่มอนุมัติบัตร (55.56 %) มีปัญหาการวินิจฉัยโรค กลุ่ม พ.บ. (63.78%) กลุ่มอนุมัติบัตร (83.83 %) และทุกประเภทโรงพยาบาล (58.21 %) มีปัญหาเทคนิคการรักษา

(7) Delay development ซึ่งกลุ่มอนุมัติบัตร (50 %) มีปัญหาการวินิจฉัยโรค กลุ่ม พ.บ. (55.91 %) กลุ่มอนุมัติบัตร (66.67 %) โรงพยาบาลชุมชน (58.70 %) มีปัญหาเทคนิคการรักษา

(8) HIV infection & AIDS ร้อยละ 50 ของกลุ่มอนุมัติบัตร มีปัญหาการป้องกันโรค

กลุ่มโรคที่มีปัญหาเวชปฏิบัติในทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ทุกภูมิภาค ยกเว้น ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ คือ ทพโภชนาการ (54.85 %) และ เป็นความประสงค์ของทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค ให้ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ Protein-calorie nutrition (64.93 %) นอกจากนี้โรคภูมิแพ้จมูก หอบหืด เป็นปัญหาที่ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล ทุกภูมิภาค ยกเว้น ภาคอีสาน และภาคใต้ ที่แพทย์ส่วนใหญ่มีปัญหาการรักษาผู้ป่วย (52.16 %) และต้องการให้ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ Asthma (82.09 %) และ Allergic rhinitis prevention (73.51 %) อนึ่งการให้วัคซีนหัด และ Tuberculosis ไม่เป็นปัญหาสำหรับแพทย์ผู้ตอบส่วนใหญ่ (22.76, 45.52 %) แต่ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค ยังต้องการให้ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ Immunization, Tuberculosis (81.34, 85.07 %)

อนึ่งมี 2 โรคที่บางกลุ่มมีปัญหาเวชปฏิบัติ (1) ปัสสาวะรดที่นอนซึ่งแพทย์ ทุกวุฒิการศึกษา (60.82 %) ในโรงพยาบาลทั่วไป (58.62 %) และโรงพยาบาลชุมชน (65.94 %) ทุกภูมิภาค (60.82%) ยกเว้น ภาคใต้ มีปัญหาเวชปฏิบัติ และกลุ่ม พ.บ. (51.77 %) อนุมัติบัตร (55.56 %) มีปัญหาเทคนิคการรักษา และร้อยละ 50 ของอนุมัติบัตรมีปัญหาการป้องกันโรค (2) Overuse of antibiotics มี

ปัญหาเวชปฏิบัติในกลุ่มวุฒิบัตร (56.91%) อนุมัติบัตร (61.11 %) ในโรงพยาบาลศูนย์ (60.47 %) และโรงพยาบาลทั่วไป (55.17 %)

ภาวะ อาการ โรคที่แพทย์ส่วนใหญ่มีปัญหาในสัดส่วนค่อนข้างต่ำ คือ หูชั้นกลางอักเสบ/ น้ำในช่องหูชั้นกลาง (36.19 %)

อย่างไรก็ตาม แพทย์มากกว่าร้อยละ 50 ในทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค ต้องการให้ทบทวนองค์ความรู้ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. HIV infection (85.07 %) | 8 Sepsis & septic shock (79.10 %) |
| 2. Neonatal resuscitation (83.21 %) | 9. Allergic rhinitis prevention (73.51 %) |
| 3. Asthma (82.09 %) | 10. ARI (72.39 %) |
| 4. Delay development (81.72 %) | 11. โรคในกลุ่มจิตเวชเด็ก เช่น ADHD, Autism (70.52 %) |
| 5. Immunization (81.34 %) | 12. Headache (68.28 %) |
| 6. CPR (81.34 %) | 13. Peptic ulcer (66.04 %) |
| 7. Delay speech (80.60 %) | 14. Protein-calorie nutrition (64.93 %) |

8. สาขาสุนทรเวชกรรม (แผนภูมิ 9 - 12)

8.1 แนวทางไม่ชัดเจน

แพทย์ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค มีความเห็นว่าแนวทางเวชปฏิบัติไม่ชัดเจนตรงกับความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คือ (1) มีปัญหาเวชปฏิบัติเกี่ยวกับ Endometriosis (67.21 %) (2) ให้ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ Endometriosis, Menopause และ Prolong labour (71.66, 77.33, 71.66 %) แต่ Premature labour ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า มีปัญหาเวชปฏิบัติในสัดส่วนค่อนข้างต่ำ (36.44 %) และประสงค์ให้ทบทวนองค์ความรู้ในสัดส่วนสูงขึ้นมาก (74.49 %)

8.2 แนวทางชัดเจน แต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ

จาก 19 โรคที่ให้แพทย์ตอบในส่วนที่เป็นปัญหาเวชปฏิบัติ 8 โรค และ ความต้องการให้ ทบทวนองค์ความรู้ 11 โรคแต่มีชื่อโรคซ้ำกัน 4 โรค (Infertility, Pregnancy induced hypertension, Acute PID, Septic abortion) ใน 15 โรคนี้ แพทย์ส่วนใหญ่มีปัญหาในการรักษาผู้ป่วยตามลำดับ ความสำคัญ ดังนี้

(1) Infertility แพทย์ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค มีปัญหา เวชปฏิบัติ (83.81 %) ร้อยละ 60 ของอนุมัติบัตรมีปัญหาการวินิจฉัยโรค และกลุ่ม พ.บ. (53.70 %)

กลุ่มอนามัยบัตร (60 %) โรงพยาบาลชุมชน (52.80 %) มีปัญหาการรักษาด้วยยา กลุ่ม พ.บ. (63.89 %) โรงพยาบาลศูนย์ (52.63 %) และโรงพยาบาลชุมชน (60 %) มีปัญหาเทคนิคการรักษา

(2) Genetic counseling ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค มีปัญหาเวชปฏิบัติ (81.38 %) และ มีปัญหาการวินิจฉัยโรค (63.97 %)

(3) Hormonal replacement แพทย์กลุ่ม พ.บ. (79.63 %) โรงพยาบาลชุมชน (76.80 %) ทุกภูมิภาค (55.47 %) ยกเว้น ภาคตะวันออก และ ภาคตะวันตก มีปัญหาเวชปฏิบัติ โดยร้อยละ 62.96 ของกลุ่ม พ.บ. และ 62.40 ของโรงพยาบาลชุมชนมีปัญหาการรักษาด้วยยา

(4) Fetal distress แพทย์ผู้ตอบส่วนใหญ่ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค มีปัญหาเวชปฏิบัติในสัดส่วนค่อนข้างน้อย (35.63 %)

มี 3 โรคที่เวชปฏิบัติไม่เป็นปัญหากับแพทย์ผู้ตอบ คือ Pregnancy induced hypertension, Acute PID และ Septic abortion (28.78, 27.94, 27.13 %) แต่ประสงค์ให้ทบทวนองค์ความรู้ (76.11, 69.23, 64.78 %)

อนึ่ง ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค ต้องการให้ทบทวนความรู้ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

- | | |
|---|--|
| 1. Thalassemia in pregnancy (83.40 %) | 7. Post menopausal bleeding (72.06 %) |
| 2. Amenorrhea (78.14 %) | 8. Abnormal vaginal bleeding (72.06 %) |
| 3. A.P.H. (76.52 %) | 9. Carcinoma of cervic (71.66 %) |
| 4. Pregnancy induced hypertension (76.11 %) | 10 Acute PID (69.23 %). |
| 5. Infertility (75.30 %) | 11. Septic abortion (64.78 %) |
| 6. Molar pregnancy (74.90 %) | |

3.3 แนวทางชัดเจน แพทย์ทราบ แต่ไม่ปฏิบัติตามด้วยเหตุผลอื่น

เวชปฏิบัติที่ยังหลากหลายอยู่ทั้งที่แนวทางเวชปฏิบัติชัดเจนแล้วและแพทย์ทราบแล้ว ตามความเห็นของแพทย์ผู้ตอบมีอยู่ 10 โรค เป็นความเห็นในส่วนปัญหาเวชปฏิบัติ 6 โรค และในส่วนองค์ความรู้ที่ต้องการทบทวน 5 โรคแต่มีซ้ำกัน 1 โรค (HIV in pregnancy) กลุ่มโรคที่แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่ามีปัญหาการรักษาผู้ป่วย คือ (1) HIV in pregnancy (59.11 %) (2) Preinvasive cancer of cervic แพทย์กลุ่ม พ.บ. ในโรงพยาบาลชุมชน และภาคใต้ คิดว่ามีปัญหาเวชปฏิบัติ (55.56, 52.80, 66.67 %)

กลุ่มโรคที่แพทย์ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา และในทุกประเภทโรงพยาบาล ไม่มีปัญหาเวชปฏิบัติ คือ Ectopic pregnancy, STD, Myoma uteri, Antinatal care (31.58, 29.96, 29.15, 27.13 %)

อนึ่งแพทย์ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค ประสงค์ให้ทบทวนองค์ความรู้ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

1. HIV in pregnancy (85.02 %)
2. Abnormal papsmear (80.16 %)
3. P.P.H. (74.49 %)
4. Vaginal discharge (63.97 %)
5. Contraception (63.56 %)

4. สาขาศัลยกรรม (แผนภูมิที่ 13 - 16)

4.1 แนวทางไม่ชัดเจน

จาก 27 โรคในส่วนของปัญหาเวชปฏิบัติ 16 โรคและในส่วนของการทบทวนองค์ความรู้อีก 11 โรคแต่มีซ้ำกัน 9 โรค (Lower G.I. hemorrhage, Pancreatic cancer, Hepatocellular carcinoma, Soft tissue sarcoma, Nipple discharge, Breast cancer, Pancreatitis, Gall stones, Obstructive jaundice) และในจำนวน 18 โรคนี้กลุ่มโรคที่แพทย์ส่วนใหญ่มากกว่า 50 % ในทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค มีความเห็นตรงกับผู้เชี่ยวชาญว่ามีปัญหาในการรักษาผู้ป่วย ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

1. Choice of elective surgical treatment in esophageal varice hemorrhage (72.84 %)
2. Palliative treatment of malignant bile duct obstruction (71.60 %) และร้อยละ 53.15 ของ พ.บ. มีปัญหาการผ่าตัด
3. Lower G.I. hemorrhage (70.37 %) และกลุ่มวุฒิบัตรร้อยละ 50.86 โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 53.85 โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 51.35 มีปัญหาการวินิจฉัยโรค
4. Tuberculosis of the G.I. tract (60.08 %) และกลุ่ม พ.บ. ร้อยละ 52.25 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 51.54 มีปัญหาการวินิจฉัยโรค
5. Pancreatic cancer (58.44 %) และกลุ่มอนุมัติบัตรร้อยละ 56.25 มีปัญหาการวินิจฉัยโรค
6. Hepatocellular carcinoma (58.44 %)
7. Soft tissue sarcoma (57.20 %) ยกเว้น ภาคใต้ (48.84 %)
8. Nipple discharge (54.73 %) ยกเว้น ภาคตะวันออก (42.86 %)
9. Corrosive esophagitis (54.73 %) ยกเว้น ภาคตะวันตก (46.51 %)

กลุ่มโรค 3 โรคที่สัสด่วนผู้ตอบมีปัญหาค่อนข้างสูงในกลุ่ม พ.บ. อนุมัติบัตร โรงพยาบาลชุมชน และบางภูมิภาค คือ Thyroid carcinoma (63.96, 56.25, 61.54 %) และภาคเหนือ ภาคตะวันตก และภาคใต้ (58.46, 53.49, 52 %), Common bile duct stone (63.96, 87.50, 66.15 %) และภาคตะวันออก

ออก ภาคเหนือ ภาคอีสาน (64.29, 58.46, 52.24 %), Routine operative cholangiography (55.86, 31.15, 52.31 %) และภาคเหนือ ภาคอีสาน (52.31, 50.75 %)

นอกจากนี้ แพทย์บางกลุ่ม มีปัญหาเวชปฏิบัติ (1) Breast cancer มีแพทย์กลุ่มวุฒิบัตร อนุมัติบัตร โรงพยาบาลศูนย์ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ (57.66, 56.25, 51.28, 50, 53.85, 56 %) (2) Pancreatitis มีกลุ่มอนุมัติบัตร (56.25 %) (3) Gall stones มีกลุ่ม พ.บ. อนุมัติบัตร โรงพยาบาลชุมชน และภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคใต้ (61.25, 62.50, 59.23, 50.77, 50.75, 56 %) (4) Obstructive jaundice มีกลุ่ม พ.บ. อนุมัติบัตร โรงพยาบาลชุมชน และภาคอีสาน (50.45, 68.75, 50, 56.72 %)

อนึ่ง กลุ่มโรคที่ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค ประสงค์ให้ ทบทวนความรู้ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. Bleeding esophageal varices (75.72 %) | 7. Breast cancer (67.49 %) |
| 2. Lower G.I. hemorrhage (75.72 %) | 8. Hepatocellular carcinoma (66.26 %) |
| 3. Obstructive jaundice (74.49 %) | 9. Soft tissue tumours (65.84 %) |
| 4. Asymotomatic gall stone (71.60 %) | 10 Soft tissue sarcoma (62.96 %). |
| 5. Nipple discharge (69.55 %) | 11. Pancreatic cancer (60.49 %) |
| 6. Acute pancreatitis (68.72 %) | |

4.2 แนวทางชัดเจน แต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ

จาก 15 โรคที่เป็นปัญหาเวชปฏิบัติ 8 โรคและทบทวนความรู้ 7 โรค แต่มีซ้ำกัน 6 โรค (Enterocutaneous fistula, Thyrotoxicosis, Breast mass, Anal fissure, Hemorrhoids-Prolapsed, Bleeding)

กลุ่มโรคที่ผู้ตอบส่วนใหญ่มีปัญหาเวชปฏิบัติ คือ (1) Treatment of achalasia ทุกกลุ่มวุฒิ การศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค มีปัญหาเวชปฏิบัติ (76.13%) โดยที่ร้อยละ 57.66 ของ พ.บ. อนุมัติบัตร ร้อยละ 68.75 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 63.08 มีปัญหาการวินิจฉัยโรค กลุ่ม พ.บ. ร้อยละ 52.25 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 50.77 มีปัญหาการผ่าตัด กลุ่ม พ.บ. ร้อยละ 50.45 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 50.77 มีปัญหาการตัดสินใจระหว่างให้ยา/ผ่าตัด (2) Thyrotoxicosis มีปัญหาเวชปฏิบัติในกลุ่ม พ.บ. อนุมัติบัตร และโรงพยาบาลชุมชน (52.25, 50, 52.31 %) (3) Enterocutaneous fistula มีปัญหาในกลุ่ม พ.บ. และโรงพยาบาลชุมชน (53.15, 50 %) (4) Peptic ulcer มีปัญหาในกลุ่มอนุมัติบัตร (62.50 %) (5) Hemorrhoids - Prolapsed, Bleeding มีปัญหาในกลุ่มอนุมัติบัตร (56.25, 50 %)

อนึ่ง แพทย์ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค ประสงค์ให้ทบทวนความรู้ตามลำดับความสำคัญดังนี้ (1) Breast mass (74.49 %) (2) Thyrotoxicosis (74.07 %) (3) Acute abdomen (67.49 %) (4) Colorectal cancer (64.20 %) (5) Hemorrhoids (62.96 %) (6) Enterocutaneous fistula (60.08 %) (7) Anal fissure (56.38 %) ยกเว้น ภาคกลาง (48.28 %)

4.8 แนวทางชัดเจน แพทย์ทราบแต่ไม่ปฏิบัติตามเพราะเหตุผลอื่น

จาก 9 โรคซึ่งเป็นปัญหาเวชปฏิบัติ 6 โรค ทบทวนความรู้ 3 โรค แต่มีชื่อซ้ำกัน 3 โรค (Gastric cancer, Upper G.I. hemorrhage, Anal fistula) ทั้ง 6 โรคนี้ยังมีเวชปฏิบัติหลากหลายเนื่องจากการประกอบเวชปฏิบัติมีปัญหาในกลุ่ม พ.บ. และอนุมัติบัตร และ ในโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับ (1) Gastric cancer (59.46, 56.25, 50 %) และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (50, 53.85 %), (2) Upper G.I. hemorrhage (52.25, 56.25, 54.62 %) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (71.43 %) (3) Anal fistula มีปัญหาเวชปฏิบัติค่อนข้างต่ำ (31.69 %) แต่ต้องการให้ทบทวนความรู้สูงขึ้น (62.55 %)

แพทย์กลุ่ม พ.บ. อนุมัติบัตร และ ในโรงพยาบาลทั่วไป มีปัญหาเวชปฏิบัติเกี่ยวกับ Rectal cancer (54.05, 68.75, 70.27 %) และในโรงพยาบาลชุมชนมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป คือ Surgical management of acute colonic obstruction (56.76, 50, 53.08 %)

Appendicitis ผู้ตอบส่วนมากมีความชัดเจนในแนวทางและไม่มีปัญหาเวชปฏิบัติ (14.81 %)

อนึ่ง แพทย์ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค ต้องการให้ทบทวนองค์ความรู้ ตามลำดับดังนี้ (1) Upper G.I. hemorrhage (76.54 %) (2) Anal fistula (62.55 %) (3) Gastric cancer (61.73 %)

5. สาขาออร์โธปิดิกส์ (แผนภูมิที่ 17 - 19)

5.1 แนวทางไม่ชัดเจน

แพทย์ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ในกลุ่มทุกวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค มีปัญหาในการรักษาผู้ป่วยเกี่ยวกับ (1) Arthroplasty & arthroscope (76.06 %) ซึ่งกลุ่ม พ.บ. (50.49 %) วุฒิบัตร (64.84 %) โรงพยาบาลทุกประเภท (55.87 %) มีปัญหาเทคนิคการรักษานอกจากนี้ กลุ่ม พ.บ. ร้อยละ 58.25 โรงพยาบาลศูนย์ (54.84 %) โรงพยาบาลชุมชน (56.64 %) มีปัญหาการผ่าตัด (2) Microsurgery ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา และทุกประเภทโรงพยาบาล มีปัญหาเวชปฏิบัติ (73.71 %) กลุ่ม พ.บ. ร้อยละ 54.37 วุฒิบัตรร้อยละ 57.14 โรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 70.97 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 53.10 มีปัญหาการผ่าตัด (3) Spinal surgery & spinal fixation ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษาและทุกประเภทโรงพยาบาล มีปัญหาเวชปฏิบัติ (71.83 %) กลุ่ม พ.บ. ร้อยละ 50.49 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 51.33 มีปัญหาเทคนิคการรักษา และกลุ่ม พ.บ. ร้อยละ 60.19 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 58.41 มีปัญหาการผ่าตัด

ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค มากกว่าร้อยละ 50 ให้บทพ้องความรู้

- (1) Arthristis (inflammatory and noninflammatory join disease) (79.81 %)
- (2) Spine and back pain (74.18 %)
- (3) Trauma (71.36 %)
- (4) Hand (67.14 %)

5.2 แนวทางชัดเจนแต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ

แพทย์ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในการรักษาผู้ป่วยเกี่ยวกับ Musculoskeletal tumor (79.34 %) โดยวุฒิบัตรร้อยละ 51.65 อนุมัติบัตรร้อยละ 57.89 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 51.33 มีปัญหาการวินิจฉัยโรค และร้อยละ 64.52 ของโรงพยาบาลศูนย์ มีปัญหาการผ่าตัด และให้บทพ้องความรู้ของ Tumor (71.83 %)

8. ปัจจัยที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทางเวชปฏิบัติ (แผนภูมิที่ 20)

แพทย์มากกว่าร้อยละ 70 แสดงความเห็นว่าคุณค่าทางวิชาการ เทคโนโลยีทางการแพทย์ และเจตคติของแพทย์ เป็นสามปัจจัยแรกที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาผู้ป่วย ในสัดส่วนดังนี้ 86.30, 76.26 และ 71.36 ตามลำดับ สำหรับเทคนิคการทำงาน ค่าตอบแทน และระบบประกันสุขภาพ มีแพทย์ให้คำตอบร้อยละ 47.63, 38.66 และ 25.53 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอายุ วุฒิการศึกษา สาขาเวชปฏิบัติ ประเภทของโรงพยาบาล และภูมิภาคพบว่า แพทย์ในกลุ่มวุฒิบัตร (90.40) แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ (88.65) และอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (90.38) ให้ความสำคัญต่อองค์ความรู้สูงกว่ากลุ่มอื่น สำหรับเทคโนโลยีทางการแพทย์ แพทย์กลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป ให้ความสำคัญถึงร้อยละ 87.50 ส่วนแพทย์ในภาคกลางให้ความสำคัญเพียงร้อยละ 69.93 แพทย์ทุกกลุ่มให้ความสำคัญต่อเจตคติในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนปัจจัยเรื่องค่าตอบแทน แพทย์กลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป และแพทย์ในภาคกลาง เห็นด้วยถึงร้อยละ 50.0 และ 44.06 ตามลำดับ ในขณะที่แพทย์กลุ่มอนุมัติบัตรเห็นด้วยเพียงร้อยละ 25.8 ปัจจัยเรื่องเทคนิคการทำงาน แพทย์ในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไปและแพทย์ในภาคกลาง ให้ความสำคัญสูงถึงร้อยละ 58.75 และ 60.84 ตามลำดับ ปัจจัยเรื่องระบบประกันสุขภาพ มีแพทย์ในกลุ่มอายุกรรม (30.59) และแพทย์ในภาคตะวันออก (40.0) แสดงความเห็นด้วยสูงกว่ากลุ่มอื่น

ทุกกลุ่มวุฒิการศึกษา ทุกประเภทโรงพยาบาล และทุกภูมิภาค มากกว่าร้อยละ 50 ให้บทพบนองค์ความรู้

- (1) Arthristis (inflammatory and noninflammatory join disease) (79.81 %)
- (2) Spine and back pain (74.18 %)
- (3) Trauma (71.36 %)
- (4) Hand (67.14 %)

5.2 แนวทางชัดเจนแต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ

แพทย์ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในการรักษาผู้ป่วยเกี่ยวกับ Musculoskeletal tumor (79.34 %) โดยวุฒิบัตรร้อยละ 51.65 อนุมัติบัตรร้อยละ 57.89 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 51.33 มีปัญหาการวินิจฉัยโรค และร้อยละ 64.52 ของโรงพยาบาลศูนย์ มีปัญหาการผ่าตัด และให้บทพบนความรู้ของ Tumor (71.83 %)

3. ปัจจัยที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทางเวชปฏิบัติ (แผนภูมิที่ 20)

แพทย์มากกว่าร้อยละ 70 แสดงความเห็นว่ ความรู้ทางวิชาการ เทคโนโลยีทางการแพทย์ และเจตคติของแพทย์ เป็นสามปัจจัยแรกที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาผู้ป่วย ในสัดส่วนดังนี้ 86.30, 76.26 และ 71.36 ตามลำดับ สำหรับเทคนิคการทำงาน ค่าตอบแทน และระบบประกันสุขภาพ มีแพทย์ให้คำตอบร้อยละ 47.63, 38.66 และ 25.53 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอายุ วุฒิการศึกษา สาขาเวชปฏิบัติ ประเภทของโรงพยาบาล และภูมิภาคพบว่า แพทย์ในกลุ่มวุฒิบัตร (90.40) แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ (88.65) และอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (90.38) ให้ความสำคัญต่อองค์ความรู้สูงกว่ากลุ่มอื่น สำหรับเทคโนโลยีทางการแพทย์ แพทย์กลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป ให้ความสำคัญถึงร้อยละ 87.50 ส่วนแพทย์ในภาคกลางให้ความสำคัญเพียงร้อยละ 69.93 แพทย์ทุกกลุ่มให้ความสำคัญต่อเจตคติในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนปัจจัยเรื่องค่าตอบแทน แพทย์กลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป และแพทย์ในภาคกลาง เห็นด้วยถึงร้อยละ 50.0 และ 44.06 ตามลำดับ ในขณะที่แพทย์กลุ่มอนุมัติบัตรเห็นด้วยเพียงร้อยละ 25.8 ปัจจัยเรื่องเทคนิคการทำงาน แพทย์ในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไปและแพทย์ในภาคกลาง ให้ความสำคัญสูงถึงร้อยละ 58.75 และ 60.84 ตามลำดับ ปัจจัยเรื่องระบบประกันสุขภาพ มีแพทย์ในกลุ่มอายุกรรม (30.59) และแพทย์ในภาคตะวันออก (40.0) แสดงความเห็นด้วยสูงกว่ากลุ่มอื่น

4. แหล่งความรู้ทางวิชาการ (แผนภูมิที่ 21)

ปัจจุบัน แพทย์เลือกใช้แหล่งความรู้ทางวิชาการจาก สมาคม/ วิทยาลัย/ ราชวิทยาลัยร้อยละ 69.66 มหาวิทยาลัยร้อยละ 55.22 บริษัทฯและเครื่องมือแพทย์ร้อยละ 38.09 และแพทยสภาร้อยละ 31.40 ตามลำดับ

แพทย์ที่เลือกใช้แหล่งความรู้จาก สมาคม/ วิทยาลัย/ ราชวิทยาลัย สูงได้แก่ แพทย์กลุ่มวุฒิบัตร (85.87) และอนุมัติบัตร (75.27) แพทย์กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ (82.91 และ 86.49) ตามลำดับ

แพทย์ที่เลือกใช้แหล่งความรู้จากมหาวิทยาลัยสูงได้แก่ แพทย์กลุ่มอนุมัติบัตร และแพทยศาสตร์บัณฑิต (65.59 และ 61.79 ตามลำดับ)

แพทย์ในภาคกลาง มีแนวโน้มได้รับความรู้จากบริษัทฯและเครื่องมือแพทย์มากกว่ากลุ่มอื่น (46.85) แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนได้ความรู้อันเป็นประโยชน์ในการทำงานจากแพทยสภาสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ (38.40) ในขณะที่แพทย์ออร์โธปิดิกส์ อาศัยแหล่งความรู้จากแพทยสภาน้อยกว่ากลุ่มอื่น (21.13)

อนาคต จำนวนแพทย์ที่ให้คำตอบลดลงเกือบครึ่ง แหล่งความรู้ที่คาดว่าแพทย์จะเลือกใช้มีดังนี้ สมาคม/ วิทยาลัย/ ราชวิทยาลัย (43.15) มหาวิทยาลัย (39.40) แพทยสภา (20.80) และบริษัทฯและเครื่องมือแพทย์ (18.03) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า แพทย์ทุกกลุ่มมีแนวโน้มใช้แหล่งความรู้จากสมาคม/ วิทยาลัย/ ราชวิทยาลัย ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ยกเว้น อายุรแพทย์ มีผู้ให้คำตอบลดลง (34.90) การใช้แหล่งความรู้จากมหาวิทยาลัยแตกต่างกันตาม อายุ วุฒิการศึกษา และสถานที่ทำงาน แพทย์ในกลุ่ม พ.บ. (50.43) แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (46.35) และแพทย์ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี (45.49) มีแนวโน้มเลือกใช้แหล่งความรู้จากมหาวิทยาลัยสูงกว่ากลุ่มอื่น ในขณะที่แพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ออกเลือกใช้น้อยเพียงร้อยละ 23.75

อนาคต แพทย์ทุกกลุ่มเลือกใช้แหล่งความรู้จากแพทยสภา บริษัทฯและเครื่องมือแพทย์ในสัดส่วนไม่แตกต่างกัน

5. วิธีการเพิ่มพูนความรู้ (แผนภูมิที่ 22)

ปัจจุบัน แพทย์เลือกเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ การประชุมวิชาการ (87.85) การฝึกอบรม (69.74) และการดูงาน (51.06) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่เกี่ยวข้อง พบว่า แพทย์ทุกกลุ่มเลือกการประชุมวิชาการในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ยกเว้นแพทย์ในภาคตะวันตก มีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มอื่น (96.0) สำหรับการฝึกอบรม แพทย์ในกลุ่มอนุมัติบัตร (83.87) แพทย์กลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป และ แพทย์ในภาคตะวันตก (77.60) มีแนวโน้มสูง ส่วนการดูงาน แพทย์ในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป (71.25) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ (68.65) และภาคตะวันออก (66.25) มีแนวโน้มสูง ส่วนแพทย์กลุ่ม พ.บ. (40.96) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (41.37) เลือกวิธีการดูงานน้อยกว่ากลุ่มอื่น

อนาคต จำนวนคำตอบลดลงเกือบครึ่ง แพทย์เลือกวิธีการเพิ่มพูนความรู้ดังนี้ การประชุมวิชาการ (42.99) การฝึกอบรม (40.70) และการดูงาน (35.89) เมื่อพิจารณาตัวแปรต่างๆ พบว่า แพทย์ทุกกลุ่มเลือกเข้าประชุมวิชาการและฝึกอบรมใกล้เคียงกัน ส่วนการดูงาน แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ยังคงเลือกวิธีการนี้สูงกว่ากลุ่มอื่น (46.49)

8. การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ (แผนภูมิที่ 23)

ปัจจุบัน สื่อสิ่งพิมพ์ที่แพทย์ส่วนใหญ่นิยมใช้ ได้แก่ ตำราในประเทศ (92.50) วารสารในประเทศ (91.76) คู่มือ/เอกสารการประชุมวิชาการ (86.79) ตำราต่างประเทศ (84.91) วารสารต่างประเทศ (66.80) เอกสารบริษัทฯ (54.16) และเอกสารบริษัทเครื่องมือแพทย์ (43.15) ตามลำดับ แพทย์ทุกสาขาเวชปฏิบัติใช้สื่อสิ่งพิมพ์ทุกประเภทไม่ต่างกัน เมื่อพิจารณาสื่อสิ่งพิมพ์แต่ละประเภท พบว่า แพทย์ทุกกลุ่มใช้ตำราและวารสารภายในประเทศในสัดส่วนใกล้เคียงกัน แพทย์กลุ่มวุฒิบัตร และแพทย์ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ใช้ตำราและวารสารต่างประเทศสูงกว่ากลุ่มอื่น (91.12 และ 83.88 , 92.5 และ 91.25 ตามลำดับ)

ตรงกันข้าม แพทย์กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี วุฒิ พ.บ. และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนใช้วารสารต่างประเทศเพียงร้อยละ 57.69 , 50.09 และ 66.80 ตามลำดับ

อนาคต แพทย์เลือกใช้ตำราและวารสารทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (41.52, 40.46, 41.48 และ 42.17 ตามลำดับ) เลือกใช้คู่มือ / เอกสารประชุมวิชาการ ร้อยละ 38.42 เอกสารบริษัทฯ และเครื่องมือแพทย์ ร้อยละ 20.80 และ 17.78 ตามลำดับ

7. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (แผนภูมิที่ 24)

ปัจจุบัน จำนวนแพทย์ที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์น้อยกว่าสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อไฟฟ้ามาก สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่แพทย์เลือกใช้ มีดังนี้ มัลติมีเดีย ซีดีรอม และคิสเกตต์ (18.11 และ 13.62) อินเทอร์เน็ต (6.85) คาวเทียม (4.16) Fax Printout (3.26) และ Audiotext (2.53) ตามลำดับ

การใช้สื่อประเภทนี้มีแนวโน้มต่างกันตามวุฒิการศึกษา อายุ สาขาเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลและภูมิภาค ดังนี้ มัลติมีเดีย ซีดี รอม ดิสเกตต์ และอินเทอร์เน็ต ใช้มากในแพทย์กลุ่มวุฒิบัตร (27.9, 18.66 และ 10.69 ตามลำดับ) อายุรแพทย์ (25.88, 16.08 และ 8.63 ตามลำดับ) สูติแพทย์ (19.43, 18.62 และ 7.29 ตามลำดับ) แพทย์กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป (กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี ใช้เพียง 13.40, 11.14 และ 5.70 ตามลำดับ) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลชุมชนใช้เพียง 10.73, 10.58 และ 3.73 ตามลำดับ) และอยู่ในภาคใต้ (26.22, 18.22 และ 10.22 ตามลำดับ) ดาวเทียม Fax Printout และ Audiotext มีแนวโน้มการใช้ต่างกัน ดังนี้ ดาวเทียมใช้มากในสาขาอายุรกรรม (7.84) กลุ่มแพทย์อายุ 35 ปีขึ้นไป (กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปีใช้เพียง 1.99)

อนาคต แพทย์ต้องการใช้สื่อกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นหลายเท่า สื่อที่แพทย์ส่วนใหญ่ต้องการใช้มีดังนี้ อินเทอร์เน็ต (54.49) มัลติมีเดีย ซีดี-รอม และดิสเกตต์ (52.53 และ 39.73) ดาวเทียม (34.01) Fax Printout (28.38) และ Audiotext (28.96) ตามลำดับ

การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ทุกประเภทมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมาก ความต้องการใช้ ซีดี-รอม และดิสเกตต์ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวุฒิการศึกษา อายุ ประเภทโรงพยาบาล และสาขาเวชปฏิบัติ มีแนวโน้มใกล้เคียงกันแต่แตกต่างกันตามภูมิภาค ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแพทย์ใช้ ซีดี-รอม และดิสเกตต์ เพียงร้อยละ 40.0, 40.0 และ 31.25, 27.11 ตามลำดับ ความต้องการใช้อินเทอร์เน็ตต่างกันตามวุฒิการศึกษา ประเภทโรงพยาบาล และภูมิภาค กลุ่มแพทย์ พ.บ. วุฒิบัตร และอนุมัติบัตร ที่คาดว่าจะใช้ร้อยละ 49.91, 53.76 และ 59.42 ตามลำดับ

กลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ คาดว่า จะใช้ ร้อยละ 50.70, 59.55 และ 56.76 ตามลำดับ แพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องการใช้ร้อยละ 58.20 ขณะที่แพทย์ในภาคตะวันออก ต้องการเพียงร้อยละ 42.50 ความต้องการใช้ดาวเทียม Audiotext และ Fax Printout ทุกกลุ่มไม่ต่างกัน ยกเว้นภูมิภาค ภาคตะวันตก และตะวันออก มีแนวโน้มความต้องการต่ำกว่าภาคอื่นๆ เล็กน้อย

8. การใช้สื่อไฟฟ้า (แผนภูมิที่ 25)

ปัจจุบัน สื่อไฟฟ้าที่แพทย์ใช้มีดังนี้ วิดีทัศน์ (52.04) โทรทัศน์ (48.95) เทปบันทึกเสียง (33.18) และวิทยุ (30.34) ตามลำดับ

แพทย์เลือกใช้วิดีโอทัศน์แตกต่างกันตาม วุฒิการศึกษา อายุ ประเภทของโรงพยาบาล แพทย์ พ.บ. ใช้เพียง 40.10 ส่วนแพทย์วุฒิบัตรและอนุมัติบัตร ใช้ 63.59 และ 58.06 ตามลำดับ แพทย์กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี ใช้ 45.62 แพทย์กลุ่มอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปใช้ 59.44 และ 76.25 ตามลำดับ

แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนใช้ 40.12 แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีสัดส่วนการใช้ใกล้เคียงกัน (67.57 และ 64.07)

กลุ่มแพทย์ที่เลือกใช้สื่อความรู้จากโทรทัศน์เกินครึ่งได้แก่ แพทย์ในกลุ่ม พ.บ. (51.64) กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี (52.39) แพทย์ในสาขากุมารเวช และสูติ-นรีเวช (51.12 และ 51.01) แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (52.41) อยู่ในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (50.22 และ 55.98) การใช้เทปบันทึกเสียง แม้จะมีปริมาณไม่ถึงครึ่ง แต่แตกต่างกันในกลุ่มอายุ วุฒิการศึกษา ประเภทของโรงพยาบาลและภูมิภาค ดังนี้ กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี กลุ่มอายุ 35-45 ปี และกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป ใช้เทปในสัดส่วนร้อยละ 45.62, 59.44 และ 76.25 ตามลำดับ กลุ่มวุฒิปริญญาตรี และอนุปริญญาตรีใช้มากกว่ากลุ่ม พ.บ. (39.31, 38.71 และ 26.51 ตามลำดับ) กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ใช้มากกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (40.54, 39.95 และ 26.91 ตามลำดับ) กลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคกลางใช้เพียง 26.57 ในขณะที่แพทย์ในภาคตะวันออกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้ร้อยละ 36.25 และ 37.32

การใช้วิทยุ มากกว่าร้อยละ 30 ของแพทย์ที่เลือกใช้อาศัยอยู่ในกลุ่ม พ.บ. (32.26) อายุ <35 ปี และ 45 ปีขึ้นไป (31.96 และ 35.0) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (31.88) ภาคตะวันออกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (36.25 และ 36.73) สาขาสูติ-นรีเวชและศัลยกรรม (34.41 และ 30.45)

อนาคต สื่อไฟฟ้าทุกประเภทมีแพทย์เลือกใช้น้อยลง ดังนี้ วิทยุทัศน์ (25.20) โทรทัศน์ (19.32) เทปบันทึกเสียง (14.76) และวิทยุ (12.89)

เมื่อพิจารณาตามตัวแปร วิทยุทัศน์ยังเป็นสื่อที่แพทย์บางกลุ่ม คาดว่าจะใช้ต่อไปได้แก่ แพทย์กลุ่มอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป (33.75) แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ (32.97) อยู่ในภาคกลางและภาคตะวันตก (31.47 และ 30.40)

การอภิปรายผล

ก. ปัญหาการให้บริการเวชปฏิบัติ และ ภาวะ อาการ โรค วิธีการรักษาที่สมควรทบทวนให้เป็นระบบ

ในภาพรวมแพทย์ส่วนใหญ่ (มากกว่า 50%) ที่คิดว่ากลุ่มโรคมีปัญหาเวชปฏิบัติ นั้น จะเห็นได้ว่ากลุ่ม พ.บ. และกลุ่มอนุมัติบัตรมีลักษณะคล้ายกัน ในขณะที่กลุ่มวุฒิบัตรจะเห็นว่าเป็นปัญหาเวชปฏิบัติ น้อยกว่าในทุกสาขา ยกเว้น สาขาออร์โธปิดิกส์ที่ทุกกลุ่มมีปัญหาเหมือนกัน และกลุ่มวุฒิบัตรมีสัดส่วนสูงกว่าอีก 2 กลุ่ม แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจะมีปัญหาทางเวชปฏิบัติสูงกว่าแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกสาขาวิชา ทั้งนี้เพราะแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจะมีสัดส่วนของแพทย์ทั่วไปมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จะมีแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่สูงกว่า จึงน่าจะมีปัญหาทางเวชปฏิบัติ น้อยกว่า สำหรับขั้นตอนการรักษาผู้ป่วย แพทย์ส่วนใหญ่จะมีปัญหาการวินิจฉัยโรคมกกว่าขั้นตอนอื่นๆ โดยที่ขั้นตอนการป้องกันโรคนั้น แพทย์จะมีปัญหาค่อนข้างน้อยหรือเกือบจะไม่มีเลย ซึ่งแสดงว่าอาจจะไม่มีปัญหาจริงหรือไม่ได้ใส่ใจหรือไม่ได้ปฏิบัติเลยไม่มีปัญหา

ความเห็นของผู้ตอบในส่วนของปัญหาเวชปฏิบัติจะมีสัดส่วนน้อยกว่าความต้องการให้ทบทวนองค์ความรู้ แสดงว่าผู้ตอบอาจจะยังไม่มั่นใจในแนวทางปฏิบัติของตนเอง หรือมั่นใจแต่ต้องการให้ผู้เชี่ยวชาญทบทวนความรู้ใหม่ๆ ให้อีก เช่น Immunization, Acute PID เป็นต้น

เป็นที่น่าสังเกตว่าความเห็นผู้เชี่ยวชาญต่างสาขาวิชาจะต่างกันเกี่ยวกับองค์ความรู้ว่ามีความไม่ชัดเจนหรือมีความชัดเจนที่แพทย์ทราบและไม่ปฏิบัติเกี่ยวกับ HIV, Peptic ulcer, Acute abdomen, Back pain, Pancreatitis, CA breast, Hormonal replacement แต่หากจะพิจารณาปัญหาและความต้องการแล้ว โรคที่เป็นปัญหาในหลายสาขาวิชาเหล่านี้ รวมทั้ง Headache, Asthma/Allergic rhinitis, Tumor หรือ CA ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ควรจะได้มีการพิจารณาอย่างจริงจังว่าควรมีการทบทวนองค์ความรู้ใหม่ๆ และหรือเผยแพร่ให้เข้าถึงแพทย์ในทุกกลุ่มได้อย่างไร เนื่องจากจำนวนแพทย์ผู้ตอบไม่ว่าในส่วนปัญหาเวชปฏิบัติ หรือความต้องการให้ทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ อยู่ในสัดส่วนมากกว่าครึ่งของผู้ตอบ

อนึ่ง หัวข้อโรคหรือวิธีการรักษาในกลุ่มที่ (1) แนวทางเวชปฏิบัติไม่ชัดเจน สมควรมีการทบทวนองค์ความรู้ อย่างจริงจัง และเผยแพร่ให้แพทย์ทราบอย่างมีประสิทธิภาพ (2) ในส่วนที่องค์ความรู้ชัดเจนแต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ สมควรพิจารณาแนวทางเวชปฏิบัติ สาเหตุของการสื่อสารและปรับปรุงกลยุทธการเผยแพร่ (3) แนวทางเวชปฏิบัติชัดเจนแพทย์ทราบแต่ไม่ปฏิบัติ น่าจะมีการวิจัยเพิ่มเติมสาเหตุของการไม่ปฏิบัติว่าเป็นปัญหาจากความรู้ เช่น ขาดความรู้ รู้แต่ลืม ขาดทักษะหรือปัญหาการบริหารงาน เช่น ขาดอุปกรณ์ ขาดทีมงาน เป็นต้น กล่าวโดยสรุปควรมีการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ เพราะหากพิจารณาแล้ว กลุ่มโรคส่วนใหญ่มีปัญหาเวชปฏิบัติและ

ต้องการให้ทบทวนความรู้เกือบทุกโรค แม้แต่ Diarrhea, Headache ภาวะทุพโภชนาการ จึงน่าจะมีระบบการศึกษาต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูไม่ให้แพทย์ลืม

อย่างไรก็ตาม ปัญหาทางการแพทย์มีอยู่มากมายหลายอย่าง การพิจารณาหัวข้อทางวิชาการ โดยอาศัยการคัดเลือกจากความเห็นผู้เชี่ยวชาญอาจจะยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด หัวข้อเหล่านี้น่าจะเป็นจุดเริ่มต้นของการพิจารณาทบทวนองค์ความรู้บนพื้นฐานของวรรณคดีหรือหลักฐาน (evidence based) การจัดทำ clearing house โดยองค์กรวิชาชีพเพื่อคัดกรองหัวข้อเวชปฏิบัติที่หลากหลายที่สำคัญและเท่าทันวิชาการในอนาคตต่อไป

ข. ปัจจัยที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำเวชปฏิบัติ

จากข้อมูล ภาพรวมความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องปัจจัยที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำเวชปฏิบัติ สรุปและเชื่อมโยงดังนี้ การทำเวชปฏิบัติหรือการดูแลรักษาผู้ป่วยขึ้นกับความรู้วิชาการของแพทย์ มีเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นเครื่องมือ ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและเจตคติของแพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกทำเวชปฏิบัติ สำหรับคำตอบแทน เทคนิคการทำงานและการประกันสังคม แม้จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเวชปฏิบัติและระบบบริการสุขภาพแต่แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าในปัจจุบัน ปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงวิธีการทำเวชปฏิบัติ น้อยกว่าองค์ความรู้ เครื่องมือแพทย์/เทคโนโลยีและเจตคติของแพทย์

แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ มีแนวโน้มให้ความสำคัญต่อองค์ความรู้ เครื่องมือแพทย์/เทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับลักษณะการทำงานของโรงพยาบาลศูนย์ ที่เน้นบริการด้านการรักษา และพัฒนาความรู้ทางการแพทย์ให้ทันสมัย

แพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้ความสำคัญต่อองค์ความรู้มากที่สุด แพทย์ในภาคกลางให้ความสำคัญต่อองค์ความรู้ เครื่องมือแพทย์/เทคโนโลยีทางการแพทย์น้อยกว่าภาคอื่น แต่ให้ความสำคัญต่อเทคนิคการทำงาน ค่าตอบแทนสูงกว่าภาคอื่น แพทย์ในภาคตะวันออกและภาคกลางให้ความสำคัญต่อการประกันสุขภาพสูงกว่าภาคอื่น อาจเนื่องจากโอกาสการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สภาพเศรษฐกิจและสังคม และลักษณะผู้รับบริการที่ต่างกัน แพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคกลางมีโอกาสดูแลหาข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีทางการแพทย์มาก ผู้รับบริการ สนใจคุณภาพการบริการ และมีแรงงานอุตสาหกรรมในภาคกลางและภาคตะวันออกมากกว่าภาคอื่น ทำให้มีจำนวน ผู้ใช้บริการที่มีประกันสุขภาพมาก

แพทย์กลุ่มอนุรักษนิยม ให้ความสำคัญองค์ความรู้ เจตคติ และเทคนิคการทำงานสูงกว่ากลุ่มอื่นและให้ความสำคัญ เครื่องมือแพทย์/เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าตอบแทน และการประกันสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอื่น อาจเนื่องจากแพทย์กลุ่มอนุรักษนิยมบางส่วนปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และทำงานด้านวิชาการ แพทย์กลุ่มอนุรักษนิยม และ พ.บ. ให้ความสำคัญต่อ

เจตคติแพทย์ เทคนิคการทำงาน และค่าตอบแทนในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แต่กลุ่มวุฒิบัตรให้ความสำคัญของความรู้และเครื่องมือแพทย์/เทคโนโลยีทางการแพทย์สูงกว่าเล็กน้อย เนื่องจากแพทย์ในกลุ่มวุฒิบัตรส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

แพทย์กลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี ให้ความสำคัญของความรู้และเครื่องมือแพทย์/เทคโนโลยีทางการแพทย์เท่ากันและให้ความสำคัญเทคนิคการทำงาน ค่าตอบแทน และการประกันสุขภาพ มากกว่าแพทย์กลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี อาจเนื่องจากแพทย์กลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี มีประสบการณ์การทำงานนาน ผ่านการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่า นอกจากนี้แพทย์บางส่วนอยู่ในตำแหน่งผู้บริหารหรือเกี่ยวข้องกับการบริการจึงเน้นความสำคัญของการประกันสุขภาพ ค่าตอบแทน และเทคนิคการทำงาน

ค. แหล่งเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ

ในปัจจุบันและอนาคต แหล่งเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการที่แพทย์เลือกใช้มากที่สุด ได้แก่ สมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย และมหาวิทยาลัย ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากสมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัยเป็นสถาบันที่ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ระดับหลังปริญญาและเป็นที่ยอมรับของแพทย์ทุกสาขา รูปแบบและวิธีการจัดประชุมหรือฝึกอบรมมีหลากหลาย แพทย์มีโอกาสร่วมกิจกรรมได้มาก

แหล่งความรู้ทางวิชาการในปัจจุบันแหล่งความรู้ทางวิชาการในปัจจุบันที่แพทย์เลือกใช้เกี่ยวข้องกับคุณวุฒิ วิทยุฒิ ขนาดของโรงพยาบาลและการกระจายตัวของแพทย์ตามภูมิภาค เมื่อพิจารณาตัวแปรต่างๆ พบว่า แพทย์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปเลือกแหล่งความรู้ทางวิชาการ สมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย เป็นลำดับแรกในสัดส่วนที่ต่างจากแพทย์อายุน้อยกว่า 35 ปี และมีแนวโน้มได้รับข้อมูลจากบริษัทฯ และเครื่องมือแพทย์มากกว่า แต่เลือกเพิ่มพูนความรู้จากมหาวิทยาลัยและแพทยสภาในสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มแพทย์อายุน้อยกว่า 35 ปี

การเลือกแหล่งความรู้ทางวิชาการต่างกันตามประเภทของโรงพยาบาล แพทย์โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เพิ่มพูนความรู้จากสมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย เป็นลำดับแรกในสัดส่วนที่สูงกว่าแพทย์โรงพยาบาลชุมชน และได้รับข้อมูลจากบริษัทฯ และเครื่องมือแพทย์มากกว่าแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต้องการเพิ่มพูนความรู้จากมหาวิทยาลัยและแพทยสภาในสัดส่วนที่สูงกว่าแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการศึกษา แพทย์กลุ่มวุฒิบัตรและอนุมัติบัตร เลือกเพิ่มพูนความรู้จากสมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย เป็นลำดับแรกในสัดส่วนที่สูงกว่าแพทย์กลุ่ม พ.บ. และแพทย์กลุ่ม พ.บ. เพิ่มพูนความรู้จากมหาวิทยาลัยเป็นลำดับแรกในสัดส่วนที่ต่างจากแพทย์กลุ่ม วุฒิบัตร และอาศัยแหล่งความรู้จากแพทยสภา บริษัทฯ และเครื่องมือแพทย์ ในสัดส่วนใกล้เคียงกับแพทย์กลุ่มอนุมัติบัตร

พิจารณาตามภูมิภาค แพทย์ทุกภูมิภาคเลือกเพิ่มพูนความรู้จากสมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัย บริษัทฯ และเครื่องมือแพทย์ และแพทยสภา ตามลำดับ แพทย์ในภาคตะวันตกนิยมเพิ่มพูนความรู้จากสมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย ในสัดส่วนที่สูงกว่าภูมิภาคอื่น และแพทย์ในภาคเหนือเลือกเพิ่มพูนความรู้จากสมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัยเป็นลำดับแรก แต่มีสัดส่วนน้อยกว่าแพทย์ในภูมิภาคอื่น แพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเลือกเพิ่มพูนความรู้จากมหาวิทยาลัยเป็นลำดับที่สอง และมีสัดส่วนสูงกว่าแพทย์ในภูมิภาคอื่น แพทย์ในภาคกลางได้รับข้อมูลวิชาการจากบริษัทฯ และเครื่องมือแพทย์มากที่สุด

จากข้อมูลดังกล่าว แพทย์กลุ่ม พ.บ. ส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและอายุน้อยกว่า 35 ปี เลือกเพิ่มพูนความรู้จากมหาวิทยาลัยมากกว่าแพทย์กลุ่มวุฒิบัตร เนื่องจากแพทย์กลุ่มนี้จบการศึกษาไม่นานนัก ต้องการเพิ่มพูนความรู้อย่างเป็นระบบเมื่อหมดภาระการใช้ทุน หรือปฏิบัติงานไปได้ระยะหนึ่งแล้ว แพทย์กลุ่มวุฒิบัตร และอนุมัติบัตร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์และมีอายุมากกว่า 35 ปี ต้องการเพิ่มพูนความรู้จากสมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย มากกว่าแพทย์วุฒิ พ.บ. เนื่องจากการทำงานที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต้องให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนกว่าโรงพยาบาลชุมชน และสมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ตรงความต้องการและเป็นที่ยอมรับของกลุ่มแพทย์ดังกล่าว

แหล่งความรู้ทางวิชาการในอนาคต จำนวนคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามลดลงมากเนื่องจากแพทย์บางส่วนยังไม่แน่ใจ ไม่ตัดสินใจจะใช้แหล่งความรู้ประเภทใด จากข้อมูลที่รวบรวมได้แพทย์ส่วนใหญ่เลือกแหล่งความรู้ตามลำดับดังนี้ สมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัย แพทยสภาและบริษัทฯ และเครื่องมือแพทย์ ในอนาคตแพทย์ส่วนใหญ่คาดว่า แพทยสภาจะเป็นแหล่งความรู้ทางวิชาการที่แพทย์เลือกใช้มากกว่าบริษัทฯ และเครื่องมือแพทย์

แพทย์กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และวุฒิ พ.บ. มีแนวโน้มจะเพิ่มพูนความรู้ในมหาวิทยาลัยมากกว่ากลุ่มแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีการศึกษาวุฒิบัตรและอนุมัติบัตร นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มจะเพิ่มพูนความรู้โดยเข้าร่วมกิจกรรม สมาคม/วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับแพทย์กลุ่มอายุ 35-45 ปี ที่มีการศึกษาวุฒิบัตร และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ข้อมูลนี้แสดงว่าแพทย์ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและมีวุฒิ พ.บ. มีความสนใจเพิ่มพูนความรู้ในมหาวิทยาลัยและสถาบันวิชาชีพต่างๆ เพิ่มขึ้นในอนาคต

ง. วิธีการเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ

ปัจจุบัน วิธีการเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการในปัจจุบันที่แพทย์เลือกมากที่สุด ตามลำดับได้แก่ การประชุมวิชาการ การฝึกอบรม และการดูงาน ทั้งนี้เนื่องจาก การประชุมวิชาการ การฝึกอบรมและ

การดูงาน มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน วิธีการเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการของแพทย์แตกต่างกันตามอายุ วุฒิการศึกษาและประเภทของโรงพยาบาล

แม้ว่าแพทย์ทุกกลุ่มเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการในสัดส่วนใกล้เคียงกัน แต่การฝึกอบรมและการดูงานแตกต่างกันชัดเจน แพทย์ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี วุฒิ พ.บ. และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ โดยการฝึกอบรมและการดูงานน้อยกว่าแพทย์กลุ่มอื่น เปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค แพทย์ที่อยู่ในภาคตะวันตกเข้าร่วมการประชุมวิชาการและการฝึกอบรมสูงสุด แพทย์ในภาคตะวันออกเลือกการดูงานสูงสุด แพทย์ในภาคกลางเลือกเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการด้วยการศึกษาทุกวิธีน้อยกว่าภาคอื่น

อนาคต จำนวนคำตอบในอนาคตลดลงมาก แพทย์ส่วนใหญ่ไม่สามารถให้คำตอบที่แน่นอนจากข้อมูลที่รวบรวมได้ แพทย์เลือกเพิ่มพูนความรู้ด้วยการประชุมวิชาการ การฝึกอบรม และการดูงานในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

เมื่อพิจารณาตามคุณวุฒิและวัยวุฒิของแพทย์ แพทย์ทุกกลุ่มเลือกวิธีการศึกษาในสัดส่วนใกล้เคียงกัน พิจารณาตามประเภทของโรงพยาบาลและภูมิภาค แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนผู้เลือกการประชุมวิชาการสูงสุด และเลือกการฝึกอบรมในสัดส่วนเท่ากับการดูงาน แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนผู้เลือกการประชุมวิชาการน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป แพทย์ในภาคเหนือต้องการโอกาสประชุมวิชาการหรือฝึกอบรมมากกว่าภาคอื่นๆ ตรงกันข้ามกับภาคใต้ที่นิยมการฝึกอบรมหรือการดูงานน้อยกว่าเมื่อเทียบกับภาคอื่น

เหตุผลที่แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์นิยมการเพิ่มพูนความรู้มากกว่าแพทย์กลุ่มอื่นทั้งในปัจจุบันและอนาคตเป็นไปได้ว่า แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์มักพบปัญหาที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่าปัญหาที่พบในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องหาความรู้เพิ่มเติมทุกวิธี เมื่อมองมุมกลับอาจเป็นไปได้ว่า แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์มีโอกาสดำเนินไปเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มากกว่าแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากมีผู้ปฏิบัติงานแทนได้ง่ายกว่า

เมื่อพิจารณาแยกสาขา พบว่า แพทย์สาขากุมารเวชศาสตร์นิยมการประชุมวิชาการมากที่สุด ในปัจจุบัน ตามมาด้วยสาขาอายุรศาสตร์ เมื่อพิจารณาการฝึกอบรมหรือดูงานของทุกสาขา พบว่าตอบใกล้เคียงกัน สรุปได้ว่าไม่มีข้อแตกต่างระหว่างสาขาทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

จ. การใช้สื่อเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการในปัจจุบันและอนาคต

1. สื่อสิ่งพิมพ์

ปัจจุบันสื่อสิ่งพิมพ์ที่แพทย์ใช้มากที่สุดได้แก่ ตำราในประเทศ วารสารในประเทศ คู่มือและเอกสารการประชุม ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่า ตำราและวารสารต่างประเทศเป็นที่นิยมน้อยกว่าแต่คำตอบในอนาคตแพทย์ส่วนใหญ่มีความประสงค์ที่จะใช้วารสารและตำราต่างประเทศมากที่สุด

และใช้ตำราในประเทศเป็นอันดับสาม โดยที่วารสารในประเทศและเอกสารประกอบการประชุม จะใช้น้อยลง เป็นไปได้ว่าแพทย์จำเป็นต้องใช้ตำราในประเทศ วารสารในประเทศและเอกสารการประชุมวิชาการ แม้ว่าอยากจะใช้วารสารและตำราต่างประเทศมากกว่า เนื่องจากขาดวารสารและตำราต่างประเทศให้อ่านหรือชอบอ่านภาษาไทยมากกว่าเพราะใช้เวลาน้อยกว่าการอ่านภาษาอังกฤษ ส่วนเอกสารประกอบการประชุมเป็นเอกสารที่หาอ่านได้ง่ายจึงนิยมใช้

แพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความสนใจในสื่อต่างๆ คำตอบสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใช้ในปัจจุบันเฉลี่ยแล้วตอบมากกว่าคนละ 5 ข้อ แต่คำตอบเรื่องในอนาคตแพทย์ตอบลดลงเฉลี่ยคนละ 2 ข้อ แสดงว่าแพทย์ไม่แน่ใจว่าในอนาคตจะใช้สื่อสิ่งพิมพ์ต่อไปหรือไม่

เมื่อพิจารณาตัวแปรอื่นๆ ที่สำคัญจะพบว่า แพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีจะใช้สื่อสิ่งพิมพ์เฉลี่ยมากกว่าในกลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ตำราและวารสารต่างประเทศมากกว่าแพทย์ที่อายุน้อยกว่า เหตุผลที่อาจเป็นไปได้คือ แพทย์ที่มีอายุมากกว่าเห็นความสำคัญของเอกสารภาษาอังกฤษมีความสามารถในการอ่านภาษาอังกฤษมากกว่า หรือมีเวลาอ่านหนังสือมากกว่าแพทย์ที่มีอายุน้อยกว่า ในอนาคตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามจะใช้สื่อสิ่งพิมพ์ทุกประเภทใกล้เคียงกันในทุกอายุ

แพทย์กลุ่มวุฒิปัตร์ส่วนใหญ่ ใช้ตำราต่างประเทศและวารสารต่างประเทศมากกว่าแพทย์ในกลุ่มอื่น (91.12 และ 83.88% ตามลำดับ) ส่วนแพทย์กลุ่ม พ.บ. ใช้ตำราและวารสารในประเทศเป็นหลัก (94.49 และ 91.91% ตามลำดับ) ซึ่งจะคล้ายๆกับแพทย์กลุ่มอนุมัติบัตร คือ ใช้ตำราในประเทศ 90.32% และวารสารในประเทศ 94.26% ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมวุฒิปัตร์มีความสนใจในเอกสารต่างประเทศมากกว่าเอกสารในประเทศ เนื่องจากการฝึกอบรมจากสถาบันส่งเสริมการใช้เอกสารต่างประเทศมากกว่า ส่วนคำตอบการใช้สื่อสิ่งพิมพ์อนาคตของแพทย์กลุ่มอนุมัติบัตรเป็นกลุ่มที่มีคำตอบการใช้สื่อเอกสารน้อยลง

เมื่อพิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับสถานที่ทำงานพบว่า แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้วารสารต่างประเทศน้อยที่สุด อาจเนื่องจากขาดวารสารต่างประเทศในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้พบว่า แพทย์โรงพยาบาลชุมชนได้รับความรู้จากเอกสารบริษัทยาหรือบริษัทเครื่องมือแพทย์น้อยกว่าโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์เช่นกัน การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ในอนาคตแพทย์ทุกประเภทของโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันมีความต้องการใช้วารสารและตำราต่างประเทศมากที่สุด โดยมีตำราในประเทศรองลงมา

เมื่อพิจารณาแยกตามภูมิภาคพบว่า แพทย์ที่ทำงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้สื่อสิ่งพิมพ์ทั้งในปัจจุบันและอนาคตน้อยกว่าภาคอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถหาคำอธิบายได้ขณะนี้

คำตอบของแพทย์ในสาขาต่างๆ ส่วนใหญ่เลือกใช้สื่อสิ่งพิมพ์ทุกประเภทใกล้เคียงกันแต่แพทย์สาขาอายุรศาสตร์มีส่วนการใช้ตำราต่างประเทศมากกว่า ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2. การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์

เป็นที่น่าสังเกตว่า ปัจจุบันจำนวนแพทย์ที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มีน้อยมาก คือ มีผู้ตอบเฉลี่ยเพียง 0.47 ข้อต่อคน อาจเป็นเพราะสื่อชนิดนี้ต้องอาศัยความรู้ทักษะพิเศษหรือเนื่องจากสื่อดังกล่าวเป็นสื่อที่ใช้งบประมาณมากกว่าสื่ออื่นๆ สื่ออิเล็กทรอนิกส์เป็นสื่อที่แพทย์อยากใช้มากในอนาคตโดยมีผู้ตอบคำถามในอนาคตถึง 2.38 ข้อต่อคน

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่นิยมทั้งในปัจจุบันและอนาคต คือ ซีดีรอม ดิสเกตต์ และ อินเทอร์เน็ต ทั้งสามสื่ออาศัยเครื่องคอมพิวเตอร์ ดังนั้นการพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์จำเป็นต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก สำหรับสื่อดาวเทียมยังมีผู้ใช้น้อยและมีความต้องการเพิ่มขึ้นในอนาคตพอสมควร สื่อดาวเทียมเป็นสื่อที่แปรตามจำนวนเครื่อง เครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุข

แพทย์ส่วนใหญ่ที่สนใจในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ กลุ่มแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป กลุ่มวุฒิบัตรและอนุมัติบัตร กลุ่มที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในปัจจุบันกลุ่มที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ คือ กลุ่มที่อยู่ในภาคใต้มากที่สุดแต่ในอนาคตแพทย์ทุกภูมิภาคสนใจการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ใกล้เคียงกัน สาขาวิชาที่นิยมใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในปัจจุบัน คือ สาขาอายุรศาสตร์ สูตินรีเวชศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์ตามลำดับ

กลุ่มที่ต้องการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ปัจจุบันเป็นกลุ่มที่อ่านตำราภาษาไทยและต่างประเทศใกล้เคียงกัน อ่านวารสารภาษาไทยมากกว่าภาษาต่างประเทศ และอ่านสิ่งพิมพ์ภาษาไทยมากกว่าภาษาต่างประเทศ ในอนาคต กลุ่มนี้เลือกใช้สิ่งพิมพ์น้อยลงประมาณครึ่งหนึ่งทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ แต่แนวโน้มการใช้สิ่งพิมพ์ภาษาต่างประเทศสูงกว่าภาษาไทยทุกกลุ่ม

3 การใช้สื่อไฟฟ้า

อนาคตคำตอบของการใช้สื่อไฟฟ้าทั้งกลุ่มมีจำนวนน้อยกว่าครึ่ง ยกเว้น วิดีทัศน์เพียงอย่างเดียวที่มีมาก ดังนั้นการใช้สื่อไฟฟ้าเพื่อทบทวนและพัฒนาความรู้วิชาการจึงเป็นวิธีที่ไม่ได้รับความนิยมในกลุ่มแพทย์ส่วนใหญ่ ยกเว้น การใช้วีดิทัศน์ นิยมใช้ในกลุ่มแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี แพทย์ในกลุ่มวุฒิบัตรและอนุมัติบัตร แพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ และกระจายในสัดส่วนใกล้เคียงกันในทุกๆ ภาคของประเทศ แพทย์ทุกสาขามีสัดส่วนการใช้วีดิทัศน์ไม่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นอยู่กับทฤษฎีทางสังคมค่อนข้างมากอาจจะเริ่มด้วยการเพิ่มความรู้โดยทำให้รับรู้มาตรฐานเวชปฏิบัติ แต่การเปลี่ยนพฤติกรรมอาจขึ้นอยู่กับเจตคติ ค่านิยมของตนเอง สังคมและสิ่งแวดล้อมมีส่วนร่วมด้วยซึ่งต้องอาศัยผู้นำในองค์กรนั้นมีบทบาทในการชักนำให้ปฏิบัติตาม⁽⁵⁾ นอกจากนี้การที่จะให้แพทย์นำมาตรฐานเวชปฏิบัติมาใช้ควรเริ่มจากความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือมีส่วนร่วมในการจัดทำ อาจจะให้วิทยาลัย/ราชวิทยาลัย/สมาคม/มหาวิทยาลัยซึ่งเป็นแหล่งความรู้ มีความแม่นยำในเนื้อหาและมีประสบการณ์ในการจัดทำ

ให้ได้คุณภาพดีเป็นผู้ดำเนินการ และให้ส่วนภูมิภาคซึ่งเป็นผู้ใช้สามารถดัดแปลงตามความต้องการของพื้นที่ได้ การจะเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปฏิบัติให้ได้ผลดีจำเป็นต้องใช้วิธีการร่วมโดยผสมผสานกระบวนการจัดทำ การนำไปปฏิบัติและการประเมินผลร่วมกันอาจใช้กลยุทธ์การตลาด (marketing) การประเมินผล การ audit และ feedback ⁽⁶⁾ เช่น computer reminder, peer review ด้วยการไปเยี่ยมชมไปกับการให้เอกสารสิ่งพิมพ์ การตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ หรือใช้สื่ออื่นๆ เช่น วิทยุทัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น อาจเป็นได้ว่าเอกสารสิ่งพิมพ์เป็นวิธีการให้การศึกษาต่อเนื่องได้ง่าย ประหยัด แต่ให้ผลในการเปลี่ยนพฤติกรรมค่อนข้างน้อย ⁽⁷⁾ ที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้มีการติดต่อสองทางระหว่างคณะผู้จัดทำ และ แพทย์ผู้ปฏิบัติในส่วนภูมิภาคเพื่อความชัดเจนในการปฏิบัติงาน ผลสำเร็จของแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ทั้งสภาพแวดล้อมทางคลินิก วิธีการจัดทำ การส่งต่อไปยังแพทย์และการนำไปปฏิบัติ

การศึกษาระยะที่ 2 : เทคโนโลยีการสื่อสารและช่องทางที่เหมาะสมในการได้รับ ข้อมูลของแพทย์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์เกี่ยวกับ

1. แนวทางการจัดทำเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
2. เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้
3. การเผยแพร่เวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
4. แนวทางการใช้เวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
5. พัฒนาศักยภาพการค้นคว้าด้วยตนเองของแพทย์

วิธีการศึกษา

ดำเนินการ 2 ลักษณะ คือ (1) Focus group กลุ่มตัวอย่างของ Focus group จำนวน 17 คนมี Inclusion criteria : แพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร แพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติและเป็นสมาชิกสมาคม ราชวิทยาลัย/วิทยาลัย แพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติและเป็นตัวแทนจากกลุ่มศึกษาระยะ ที่ 1 นักวิชาการทางเทคโนโลยีการสื่อสารและผู้วิจัย

(2) Interview จำนวน 8 คน กลุ่มตัวอย่างมี Inclusion criteria : แพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติและเป็นตัวแทนจากกลุ่มศึกษาระยะที่ 1 ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ (ราชบุรี สมุทรสาคร นครปฐม นครราชสีมา พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี)

การวิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับ Focus group ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นความคิดเห็นจากการประชุมกลุ่มตัวอย่างและให้ผู้เสนอความคิดเห็นเป็นผู้ตรวจแก้ไขรายงาน และสำหรับ Interview ผู้วิจัยได้ซักถามความเห็นเพิ่มเติมข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งเป็น one way communication โดยที่การสัมภาษณ์เป็น two ways communication ทำให้ได้ข้อมูลที่ให้ความกระจ่างจากแบบสอบถามมากขึ้น

สรุปข้อคิดเห็นตลอดจนข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. เห็นด้วยกับการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Guideline) หรือแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน (Standard guideline) โดย

1.1 เป้าหมายเพื่อ พัฒนาศักยภาพการบริการ

1.2 กลุ่มเป้าหมาย แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

1.3 หัวข้อในการจัดทำ ควรกำหนดหลักเกณฑ์ (Criteria) ในการเลือกเรื่องหรือจัดกลุ่มปัญหาเวชปฏิบัติ (ผลการวิจัยระยะที่ 1) โดยผสมผสานแนวคิด 3 ทางคือ ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ องค์ความรู้ และปัญหา/ความต้องการของผู้ใช้เวชปฏิบัติ

1.4 เนื้อหาความรู้และโครงสร้าง แนวทางปฏิบัติควรมีลักษณะองค์รวม (Holistic) และผสมผสานกัน (Integrate) เชื่อมโยงเนื้อหาระหว่างสาขา ร่วมกับการเจาะลึกเนื้อหาในสาขาที่เกี่ยวข้อง และกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ (Minimum requirement) สำหรับโรงพยาบาลแต่ละระดับ เนื้อหาควรได้รับการทบทวนให้ทันสมัย (Clearing house) และเป็นที่ยอมรับของโรงเรียนแพทย์/สถาบันวิชาชีพ

1.5 แนวทางการจัดทำ เลือกหัวข้อที่ผ่านการพิจารณา (จาก 1.3) มาศึกษาเป็นโครงการ นำร่อง (Pilot Study) ในแต่ละสาขา ทบทวนองค์ความรู้ (Systematic reviews) ทางวิชาการ และเจาะลึกข้อมูลในพื้นที่เกี่ยวกับเวชปฏิบัติที่มีปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลและจัดทำเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในทุกขั้นตอน ความร่วมมือจากโรงเรียนแพทย์และสถาบันวิชาชีพ และการยอมรับเวชปฏิบัติดังกล่าว

1.6 ผู้จัดทำ นักวิชาการ ร่วมกับโรงเรียนแพทย์/สถาบันวิชาชีพ และผู้ใช้เวชปฏิบัติ ใน โรงพยาบาลแต่ละระดับ

2. เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้

2.1 สื่อการศึกษา สามารถจัดใส่เนื้อหาที่เป็นแนวทางเวชปฏิบัติได้ทุกสื่อ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเลือกได้ตามความถนัดและความสนใจ

2.2 เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมด้านความเร็วและการเข้าถึงในรูปการติดต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข สมาคม/วิทยาลัย/ ราชวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย และต่างประเทศ สามารถติดต่อถึงกันและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันได้ ดังนี้

2.2.1 ระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งต้องมีเครื่อง Modem

- CD Rom และ Diskette
- Internet ทั้งในรูปของ E-mail และ World Wide Web ผ่านสายโทรศัพท์
- Desk top conference ผ่านสายโทรศัพท์
- Distant learning เช่น NECTEC เป็นจุดติดตั้งสอนทางไกลที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ครั้งละ 20-25 คน และจะมีอุปกรณ์การสอบผู้เข้าอบรมด้วย

- 2.2.2 การส่งสัญญาณดาวเทียมตามโครงการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการติดตั้งสถานีรับส่งสัญญาณดาวเทียมทั่วประเทศ ไปแล้ว 20 จุด มีระบบย่อย 4 ระบบ ⁽¹⁾ ดังนี้
- ระบบประชุมทางไกล (Teleconference)
 - ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล (Medical consultation) ที่มีระบบย่อย 3 ระบบ โดยระบบแรกสามารถใช้ระบบการรับส่งภาพ x-ray โดยผ่านการ scan film เพื่อเก็บลงใน file ของเครื่องคอมพิวเตอร์ก่อนส่ง file ดังกล่าวไปโรงพยาบาลที่ให้คำปรึกษาและผู้ส่ง ผู้รับสามารถพูดโต้ตอบโดยผ่านไมโครโฟน ระบบที่ 2 เป็นระบบ Telecardiology ซึ่งรับส่งคลื่นหัวใจ และเสียงปอดโดยผ่านอุปกรณ์เชื่อมต่อมายังอุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ และ ระบบที่ 3 เป็นระบบ Telepathology เป็นระบบส่งภาพจากกล้องจุลทรรศน์ส่งสัญญาณไปยังโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง
 - ระบบการศึกษาทางไกล (Distance learning) เป็นระบบส่งภาพยนตร์ หรือสารคดี โดยที่โรงพยาบาลต่างๆ ในโครงการสามารถรับส่งสัญญาณ ดังกล่าวได้พร้อมกันทุกแห่ง และสามารถจัดหลักสูตรการเรียนการสอนทางไกลสำหรับบุคลากรที่ประจำอยู่โรงพยาบาลในชนบทได้
 - ระบบเชื่อมต่อเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ เป็นระบบเชื่อมต่อจากโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งเป็นจุดติดตั้งของโครงการมายังศูนย์คอมพิวเตอร์
- 2.2.3 Audiotext หรือ การนำเสนอข้อมูลที่จัดเตรียมไว้ในรูปของเสียงโดยสื่อสารแบบอินเตอร์แอคทีฟผ่านสายโทรศัพท์ ซึ่งที่ประชุมได้ให้ความเห็นว่าขณะนี้เป็นการบริการที่จัดทำสำหรับประชาชนทั่วไปมากกว่า แต่หากจะเตรียมสำหรับแพทย์ก็สามารถทำได้

3. การเผยแพร่เวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

3.1 สื่อที่เผยแพร่ควรเป็น multimedia สอดคล้องกับสื่อที่แพทย์ใช้ในปัจจุบันและคาดว่าจะใช้ในอนาคต สื่อที่ควรพิจารณาเผยแพร่ ได้แก่ วารสารสิ่งพิมพ์ภายในประเทศ หนังสือคู่มือ (Handbook) CD Rom และ Diskette, Internet, Telemedicine, วิดิทัศน์, โทรศัพท์ และโครงการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียม

3.2 การผลิตสื่อ รัฐอาจจะให้เอกชนร่วมลงทุนในการผลิตและเผยแพร่สื่อบางประเภท เช่น หนังสือคู่มือ CD Rom และ Diskette, วิดิทัศน์ และควรศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย

ในการลงทุนผลิตสื่อ

3.3 โรงเรียนแพทย์/ สถาบันวิชาชีพ/ แพทยสภาและหน่วยงานวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข เป็นแหล่งความรู้ที่แพทย์ยอมรับและใช้เพิ่มพูนความรู้ จึงเป็นแหล่งเผยแพร่ที่ดี

3.4 วิธีการ เผยแพร่ผ่านการประชุมวิชาการ Conference และ Grandround หรือผ่านการสั่งการจากผู้บริหารระดับสูง ของกระทรวงสาธารณสุขให้ทุกโรงพยาบาลในสังกัดปฏิบัติตาม

4. แนวทางการใช้เวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

4.1 กระทรวงฯ ควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้สถานพยาบาลและบุคลากรทุกระดับนำไปปฏิบัติ การกำหนดใช้แนวทางเวชปฏิบัติ (Guideline) หรือแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน (Standard guideline) ควรพิจารณาผลกระทบโดยเฉพาะความรับผิดชอบในด้านกฎหมายที่อาจนำไปฟ้องร้องได้

4.2 แพทยศาสตรศึกษา สถาบันวิจัยฯควรกระตุ้นโรงเรียนแพทย์และสถาบันวิชาชีพให้ตระหนักถึงปัญหาเวชปฏิบัติที่หลากหลาย จัดทำและสนับสนุนการใช้เวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

4.3 สนับสนุนการพัฒนาทางวิชาการ โดยกำหนดเงื่อนไขเพื่อสนับสนุนให้แพทย์เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสม ตัวอย่างเช่น

- จัดให้มีระบบการสอบหรือการให้เครดิตทางวิชาการ แก่แพทย์ที่เข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการต่างๆ และให้นำเครดิตดังกล่าวเป็นผลงานในการขอเลื่อนตำแหน่งหรือพิจารณาความดีความชอบ
- สนับสนุนองค์กรวิชาการต่างๆ ให้มีกฎเกณฑ์ในการส่งเสริมการพัฒนาวิชาการ ศึกษาต่อเนื่อง เช่น การกำหนดอายุของใบวุฒิบัตร ใบอนุมัติบัตรวิชาชีพ และ กำหนดความต้องการขั้นต่ำในการต่ออายุ ใบวุฒิบัตร ใบอนุมัติบัตร โดยต้องเข้าร่วมประชุมวิชาการของสถาบันตามเครดิตที่กำหนดเป็นต้น

4.4 การพัฒนาเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ติดตามการใช้เวชปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงเวชปฏิบัติให้เหมาะสม

5. กำหนดทิศทางการพัฒนาศักยภาพการค้นคว้าด้วยตนเองของแพทย์

5.1 ส่งเสริมการใช้ IT ทางการแพทย์ เพื่อการสืบค้นข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ (Medical Information) การติดตามข้อมูลสารสนเทศ การศึกษาทางไกลนอกระบบ และการใช้ Telemedicine

5.2 จัดหาอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง Computer Technology Communication Technology และ Contemporary Technology

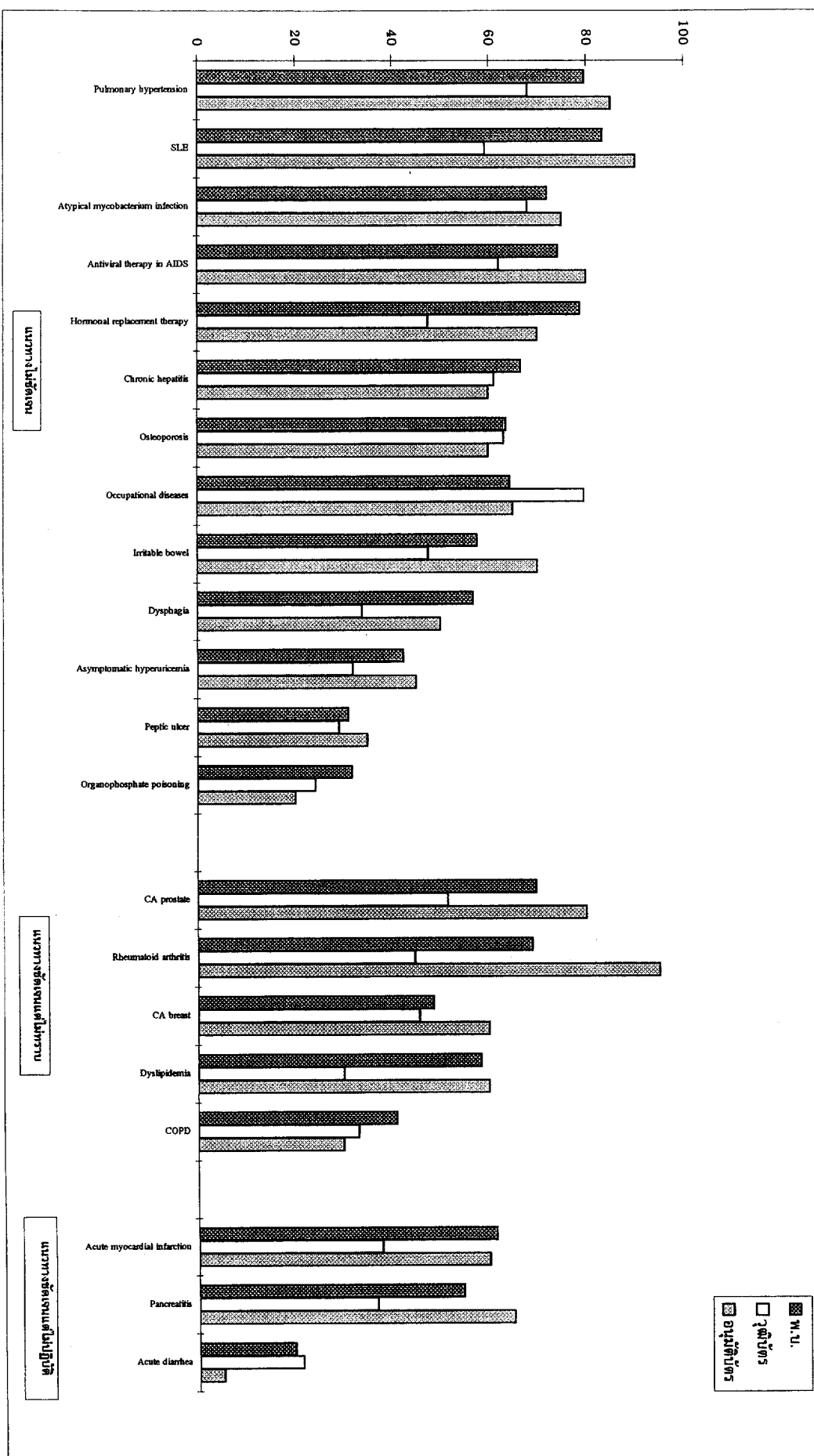
5.3 พัฒนาระบบบริการสารสนเทศ ห้องสมุดทุกระดับ และเชื่อมโยงกับโรงเรียนแพทย์ สถาบันวิชาชีพให้เป็นเครือข่าย สามารถค้น และบริการข้อมูลได้เร็ว

บรรณานุกรม

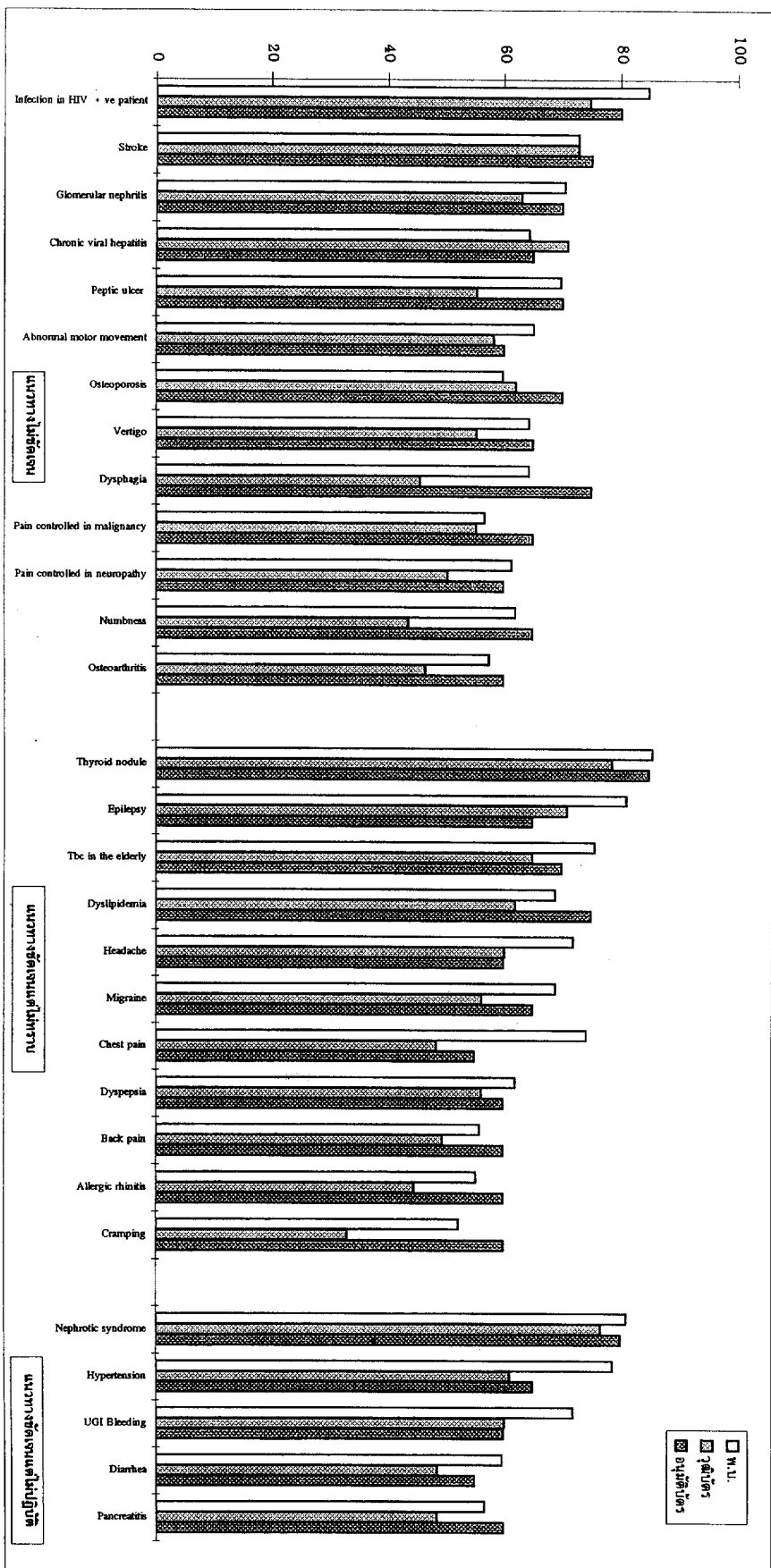
1. รามาธิบดีจัดตั้งสถานีรับส่งสัญญาณความถี่ เป็นคณะแพทย์แห่งแรกในโครงการแพทย์ทางไกล
จุลสารข่าวรามารับดี 2540 ; 6 : 2 .
2. เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 11 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย 2538.
3. นายประจักษ์ Internet บริการยอคิด แพทยสภาสาร 2538 : 24 (1)
4. สุทัศน์ ชูติกร อินเทอร์เน็ตกับการแพทย์ แพทยสภาสาร 2539 : 25 (3) : 184
5. สุจินดา แจ่มสว่าง และคณะ วิเคราะห์การใช้เทคโนโลยีโทรทัศนเป็นสื่อเสริมในการศึกษาวิชาประสาท
กายวิภาคศาสตร์ของนักศึกษาแพทย์ สารศิริราช 2538 : 47 (2).
6. นิพนธ์ พวงวรินทร์ การประชุมนานาชาติ ครั้งที่ 3 เกี่ยวกับโรคความผิดปกติของการเคลื่อนไหว
ไหว สารศิริราช 2538 : 47 (1).
7. อนุช เพียรกิจกรรม ปัญหาการกระจายแพทย์ สารศิริราช 2538 : 47 (1) : 54.
8. Woolf SH. Practice guidelines : a new reality in medicine III. impact on patient care. Arch
Intern Med 1993; 153:2646-2654.
9. Selker HP. Criteria for adoption in practice of medical practice guidelines. Am J Cardiol
1993;71:339-341.
10. Haines A, Feder G. Guidance on guidelines (editorial). BMJ 1992; 305:785-786.
11. Emslie C, Grimshaw J, Templeton A. Do clinical guidelines improve general practice
management and referral of infertile couples? BMJ 1993; 306: 1728-1731.
12. Haines A, Jones R. Implementing findings of research. BMJ 1994; 308: 1488-1492.
13. Conroy M, Shannon W. Clinical guidelines: their implementation in general practice. Br J
Gen Pract 1995; 45:371-375.
14. Woolf SH. Practice guidelines : a new reality in medicine I. recent development. Arch Intern
Med 1990; 150:1811-1818.
15. Woolf SH. Practice guidelines, a new reality in medicine II. methods of developing
guidelines. Arch Intern Med 1992; 152:946-952.
16. Lomas J, Anderson GM, Domnick-pierre K et al. Do practice guidelines guide practice?
The effects of a consensus statement on the practice of physicians. N Eng J Med 1989;
321:1301-1311.
17. Grimshaw JM. Effect of clinical guidelines on medical practice : a systematic review of
rigorous evaluations. Lancet 1993; 342:1317-1322.

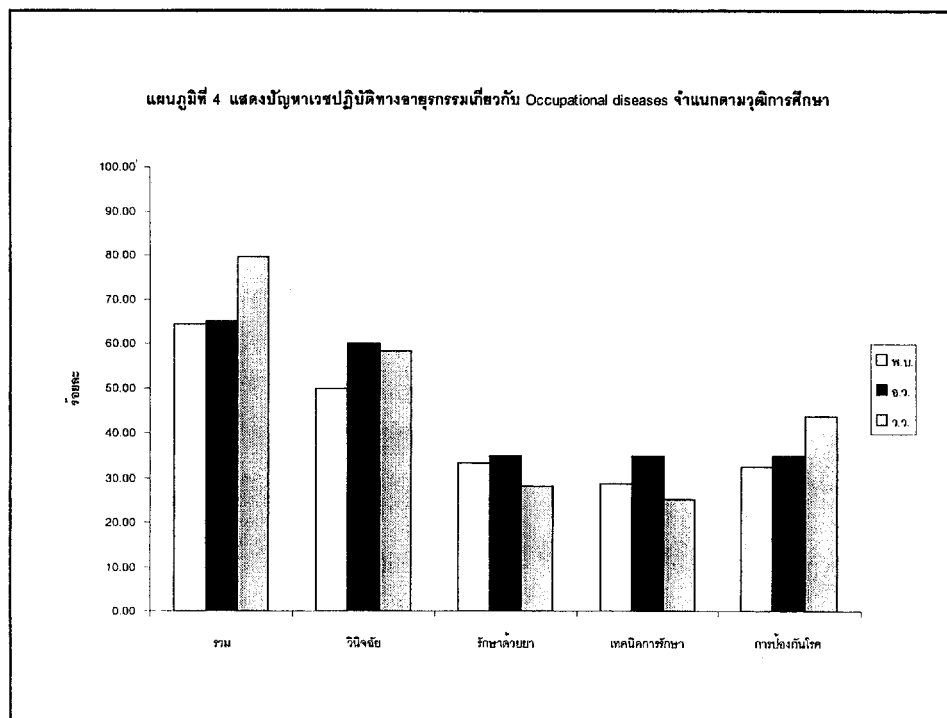
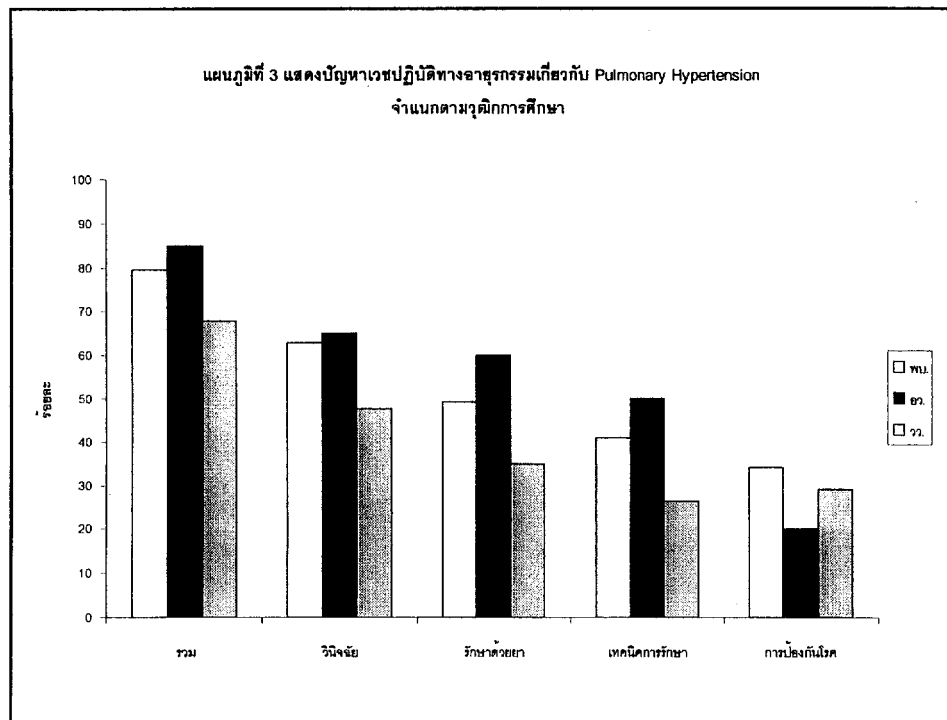
ภาคผนวก

แผนภูมิที่ 1 : ปัญหาการให้บริการเวชปฏิบัติทางอายุรกรรม จำแนกตามวุฒิการศึกษา

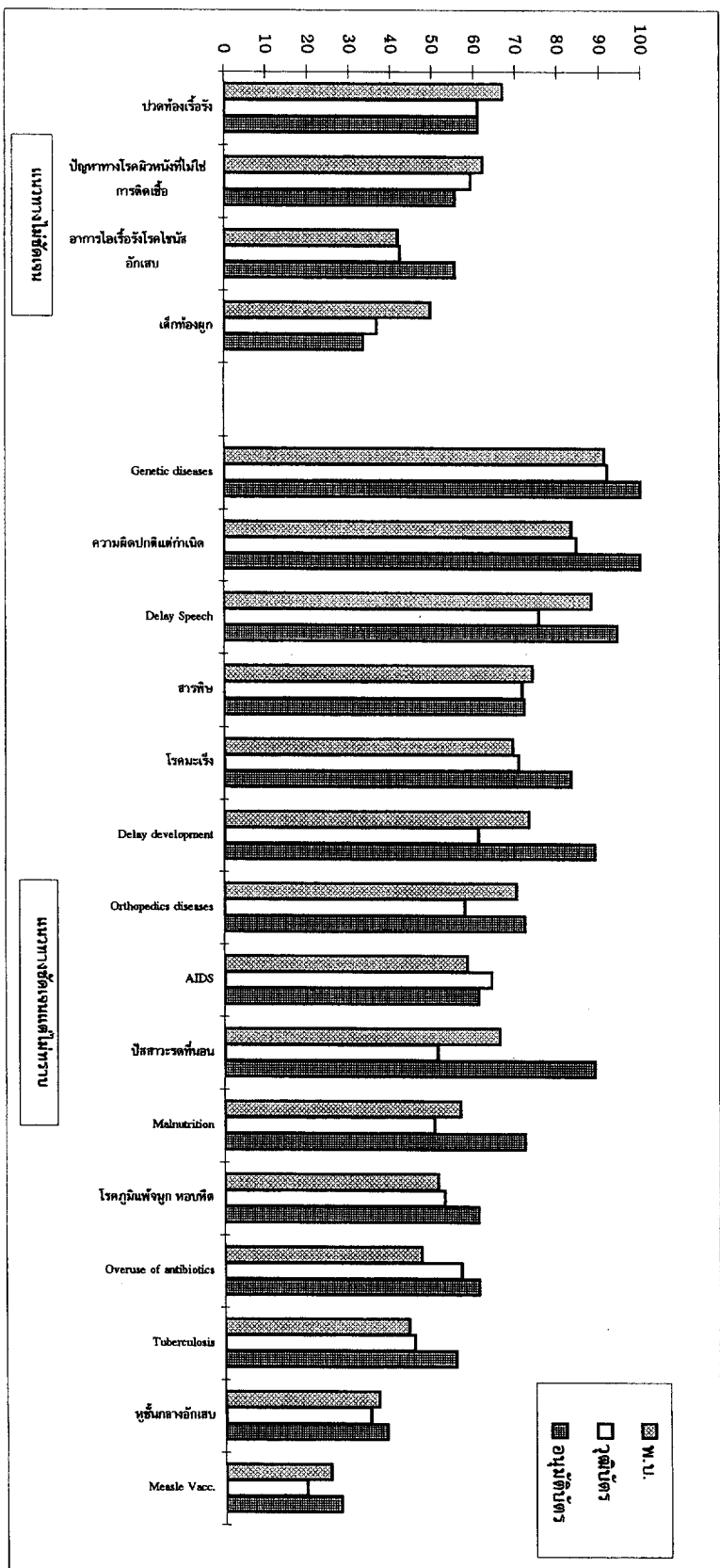


แผนภูมิที่ 2 : ภาวะอาการโรค ทางอายุรกรรมที่สมควรทบทวนให้เป็นระบบ จำแนกตามวุฒิการศึกษา

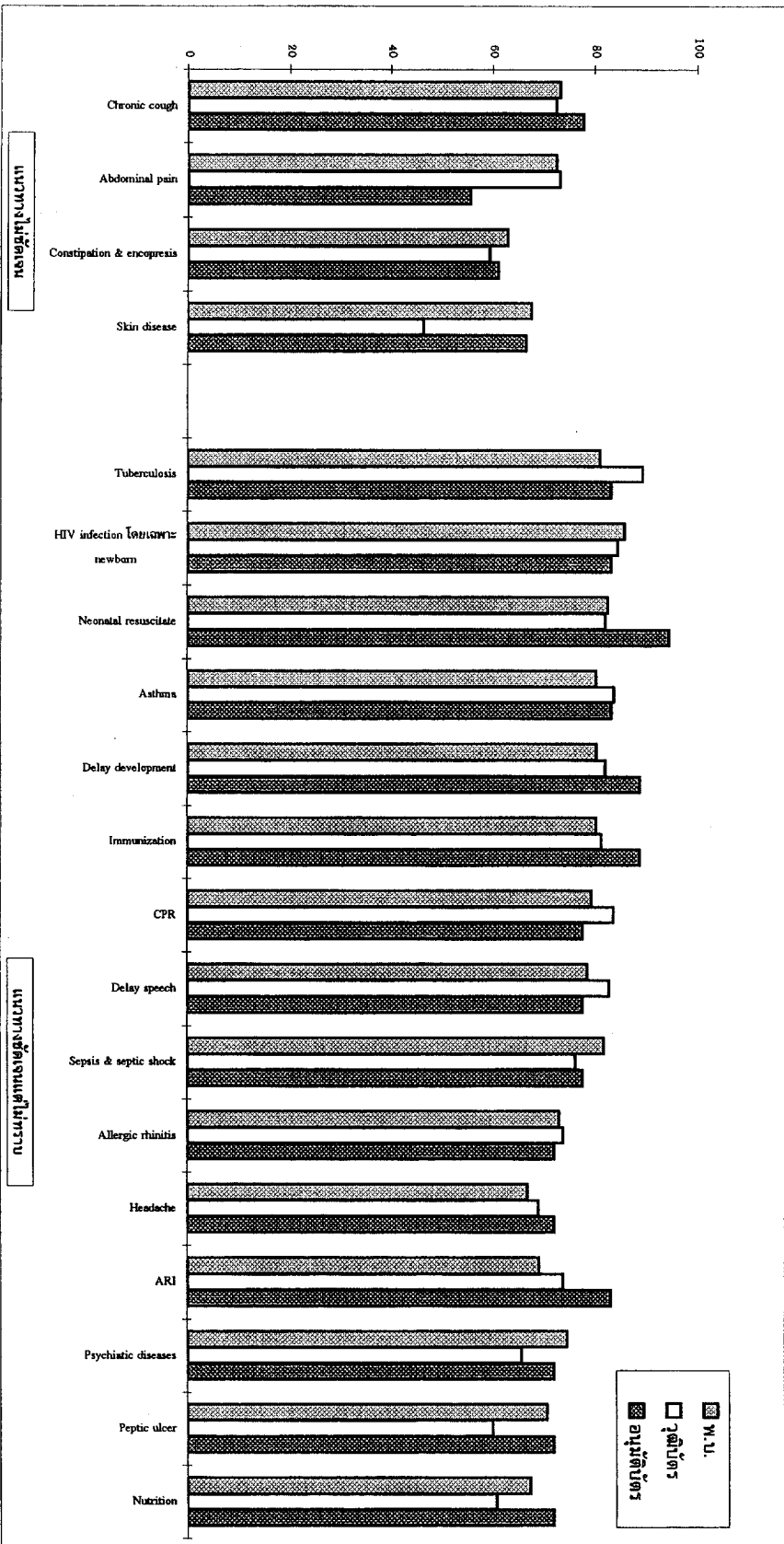


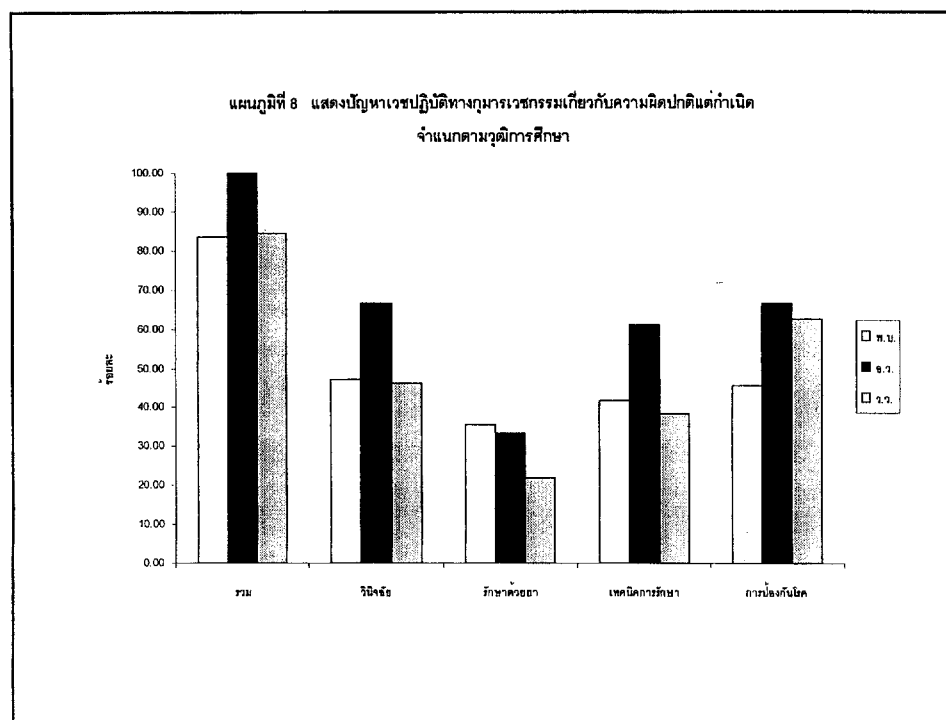
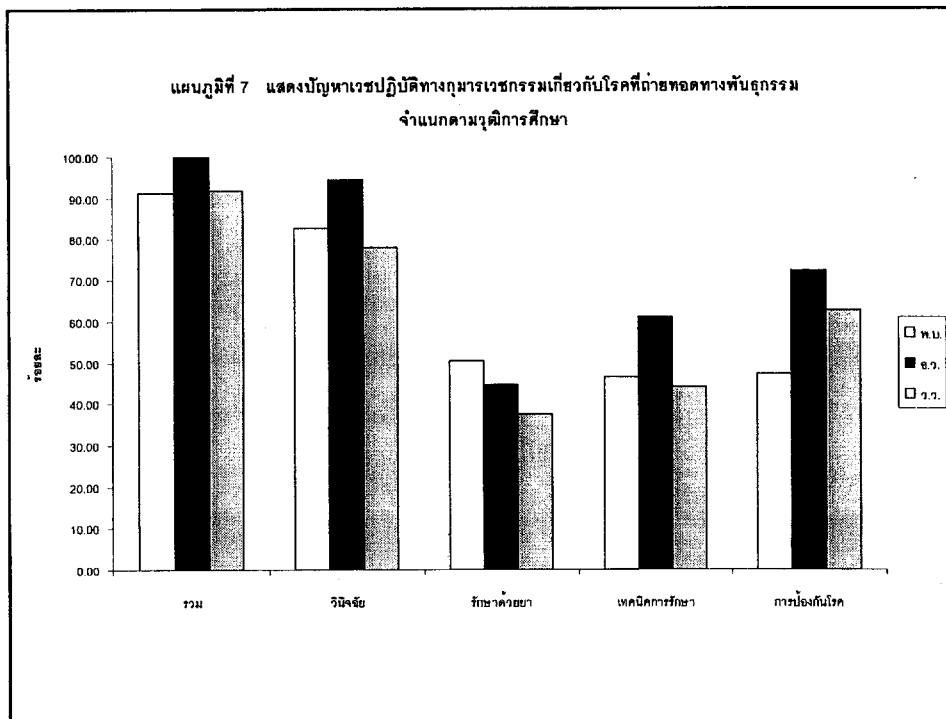


แผนภูมิที่ 5 : ปัญหาการให้เวชปฏิบัติทางกุมารเวชกรรม จำแนกตามวุฒิการศึกษา

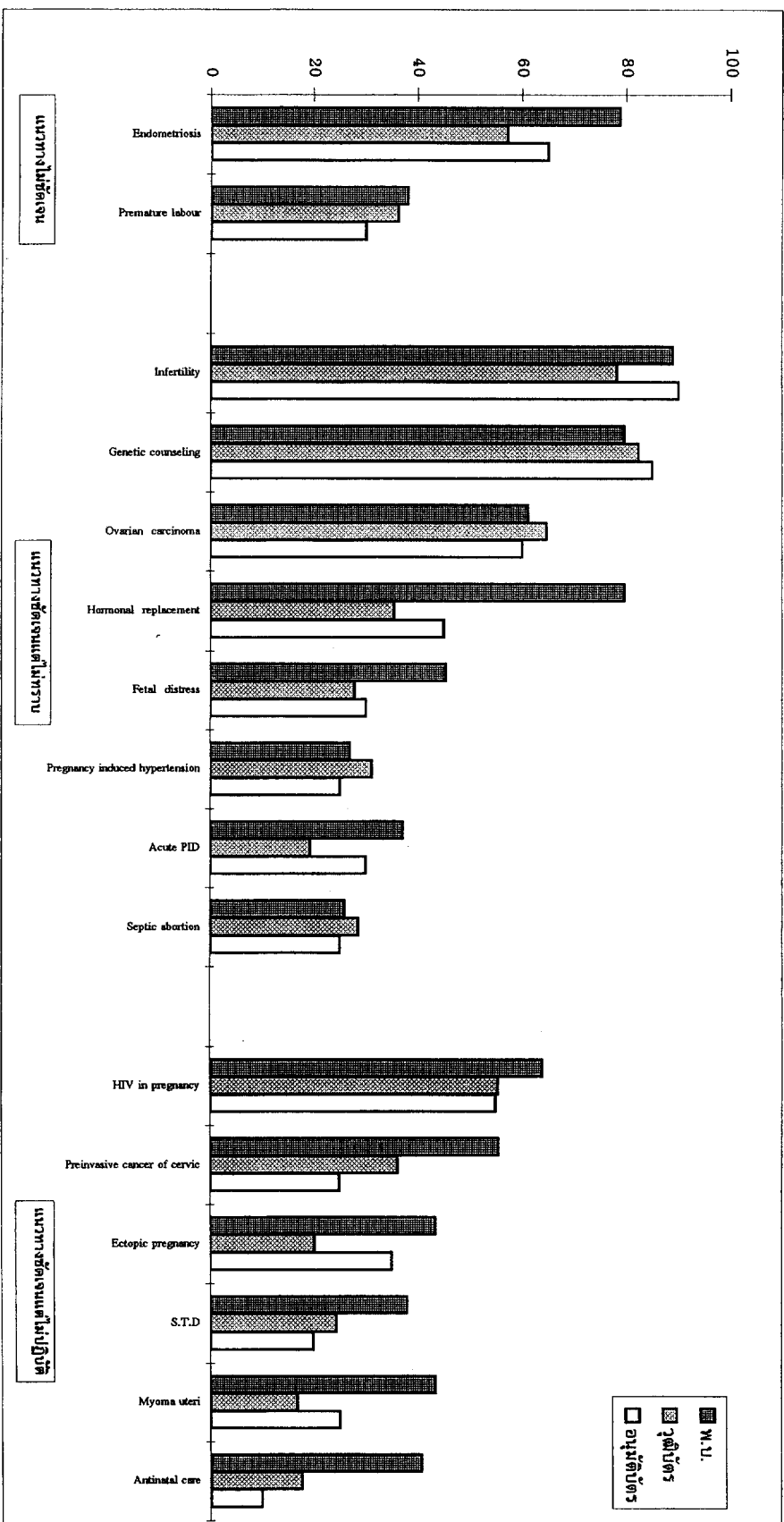


แผนภูมิที่ 6 : ภาวะอาการโรค/กลุ่มโรค ทางกุมารเวชกรรม ที่สมควรทบทวนให้เป็นระบบ จำแนกตามวุฒิการศึกษา

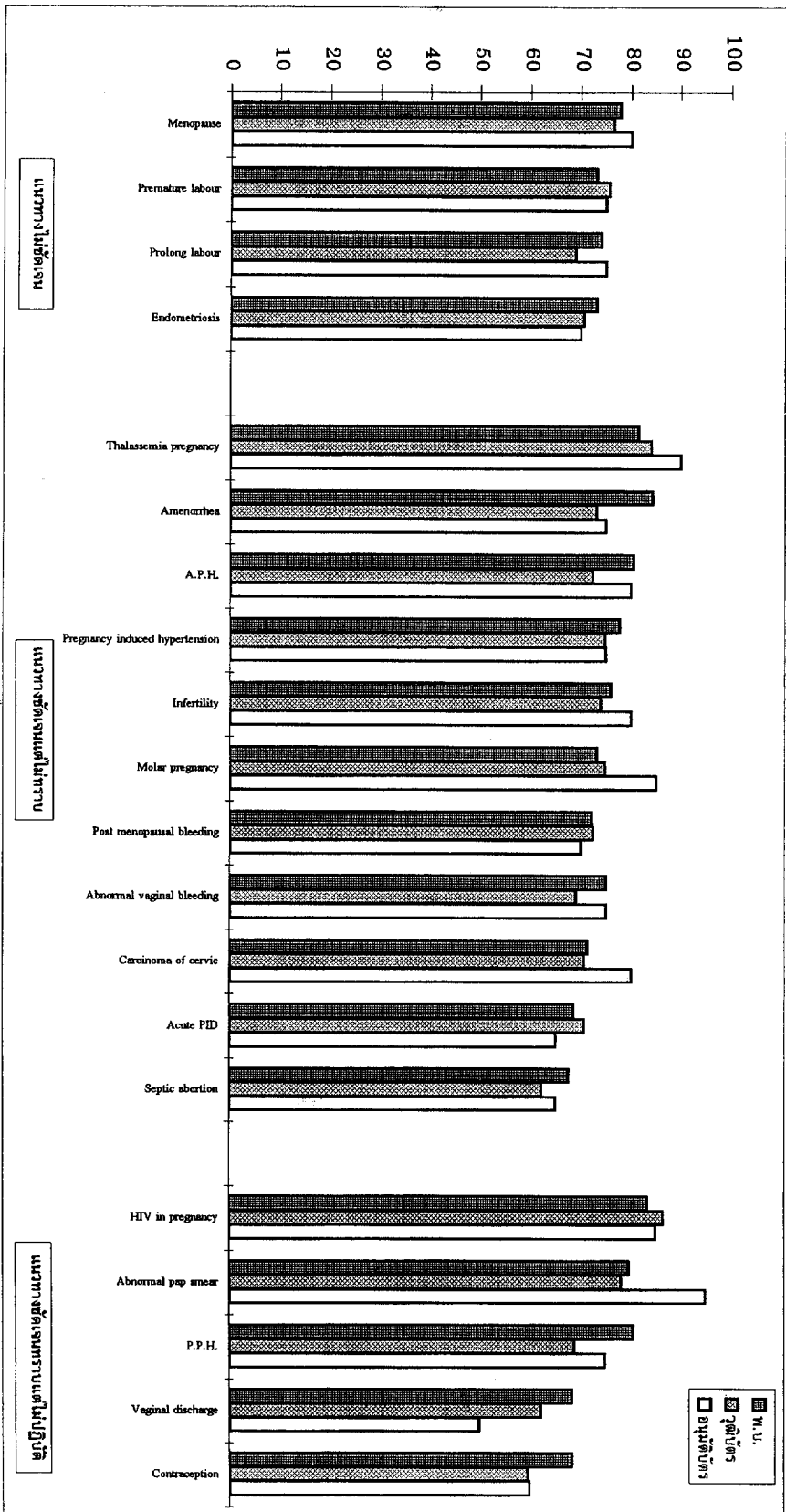




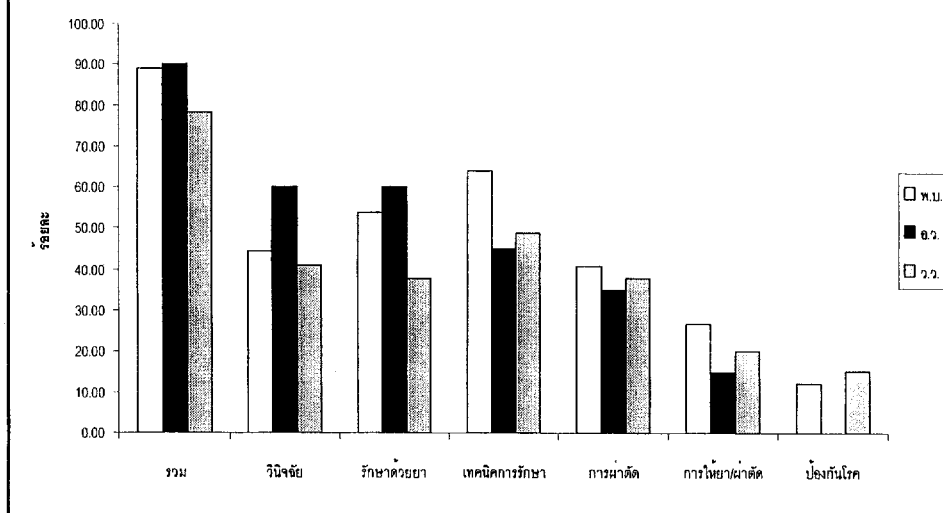
แผนภูมิที่ 9 : ปัญหาการให้บริการเวชปฏิบัติทางสูตินรีเวชกรรม จำแนกตามวุฒิการศึกษา



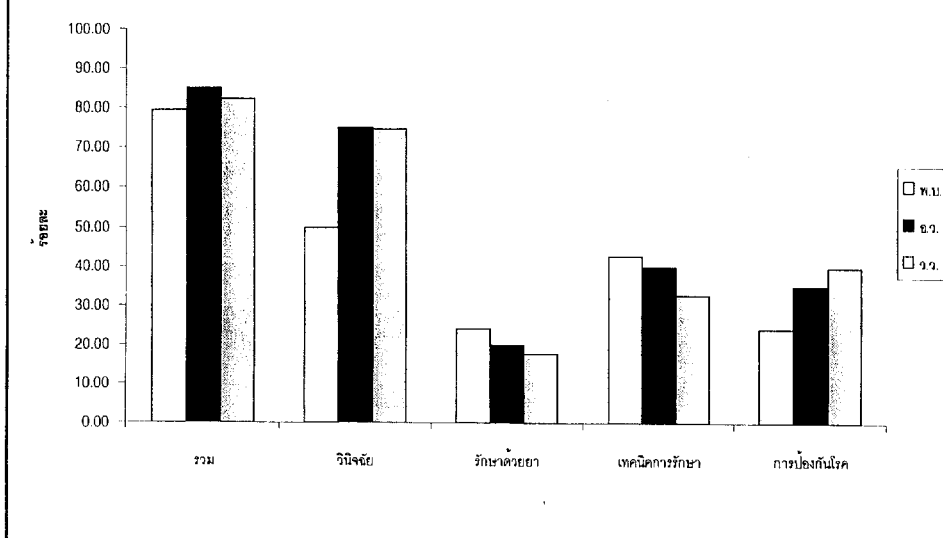
แผนภูมิที่ 10 : ภาวะอาการโรคทางสูตินรีเวชกรรมที่สมควรหาพบให้เป็นระบบ จำแนกตามวุฒิการศึกษา



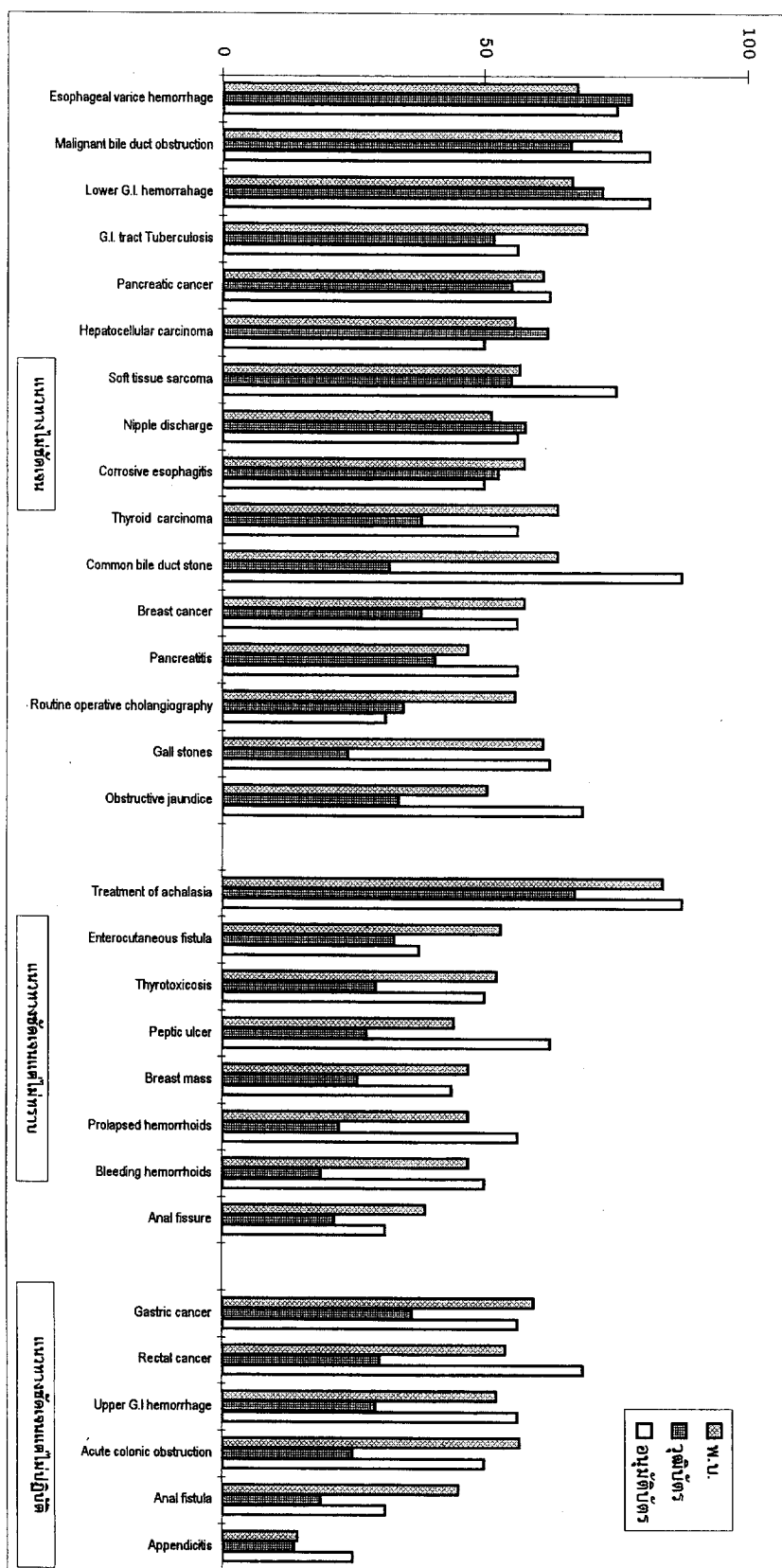
แผนภูมิที่ 11 แสดงปัญหาเวชปฏิบัติทางสูติรีเวชกรรมเกี่ยวกับ Infertility
จำแนกตามวุฒิการศึกษา



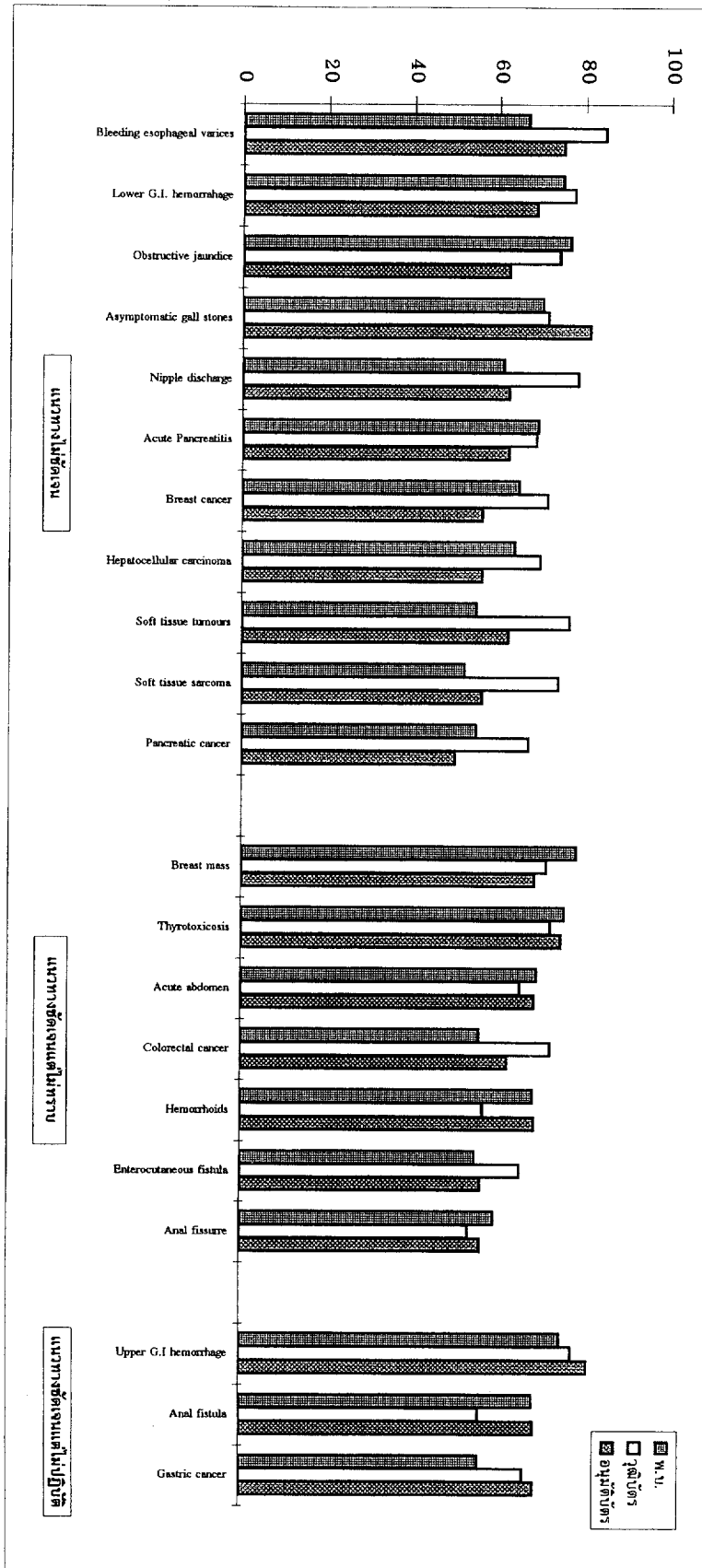
แผนภูมิที่ 12 แสดงปัญหาเวชปฏิบัติทางสูติรีเวชกรรมเกี่ยวกับ Genetic counseling
จำแนกตามวุฒิการศึกษา



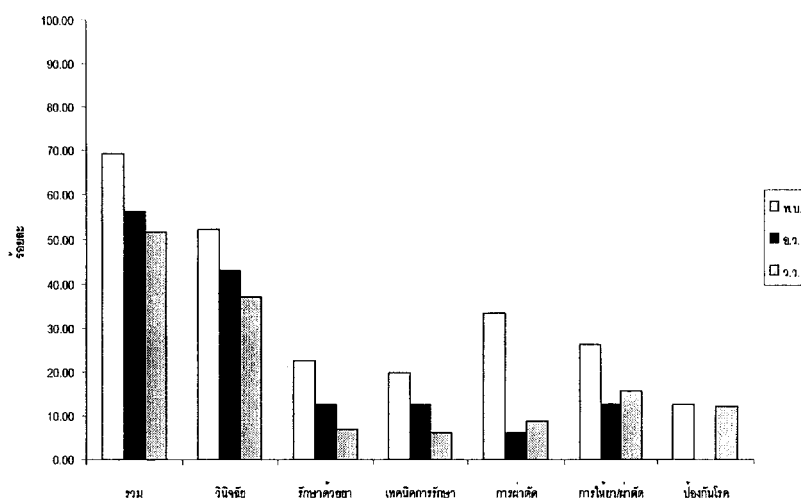
แผนภูมิที่ 13 : ปัญหาการให้บริการเวชปฏิบัติสาขาศัลยกรรม จำแนกตามวุฒิการศึกษา



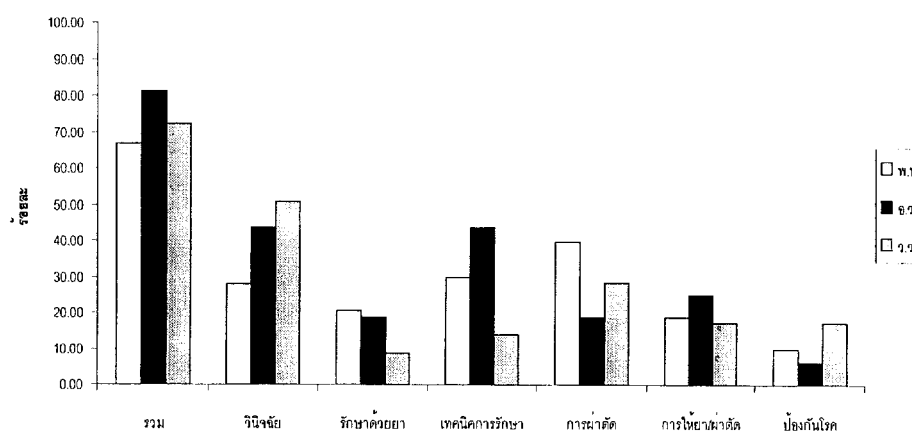
แผนภูมิที่ 14 : ภาพอาการโรคทางอวัยวะที่มีสมควรพบตามให้เป็นระบบ จำแนกตามวุฒิการศึกษา



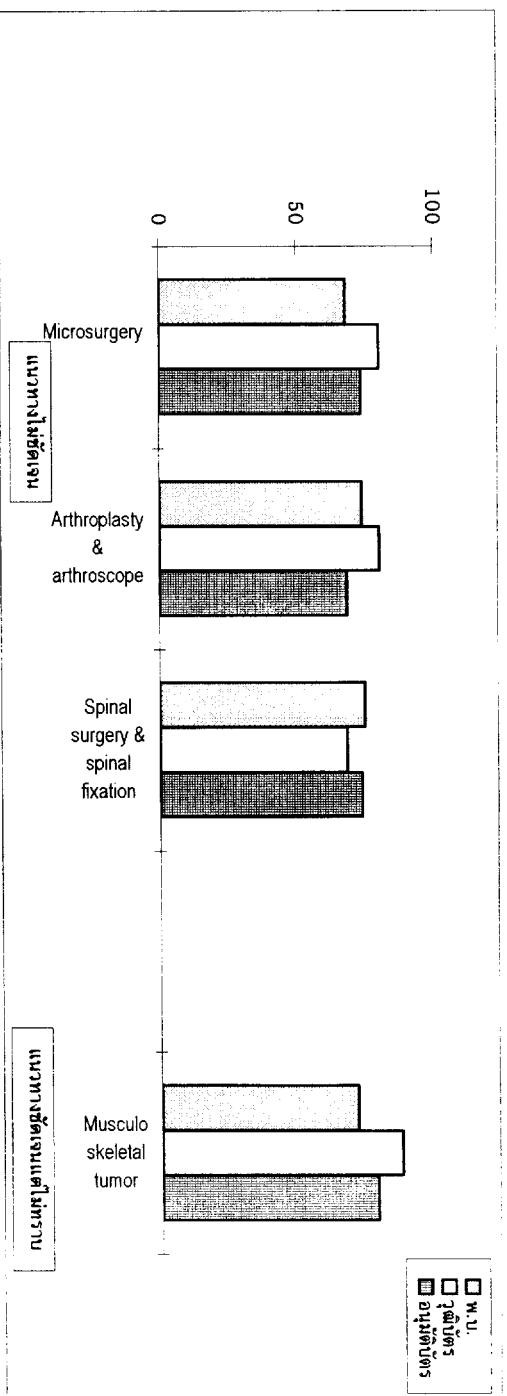
แผนภูมิที่ 15 แสดงปัญหาเวชปฏิบัติทางด้านศัลยกรรมเกี่ยวกับ Tuberculosis of the G.I tract
จำแนกตามวุฒิการศึกษา



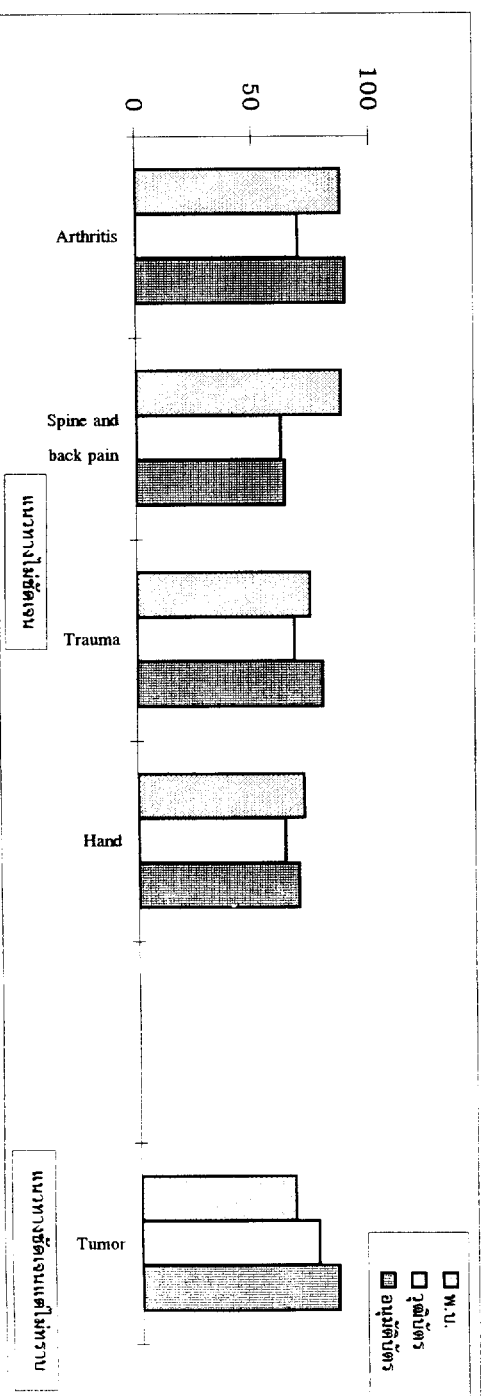
แผนภูมิที่ 16 แสดงปัญหาเวชปฏิบัติทางด้านศัลยกรรมเกี่ยวกับ Lower G.I hemorrhage
จำแนกตามวุฒิการศึกษา

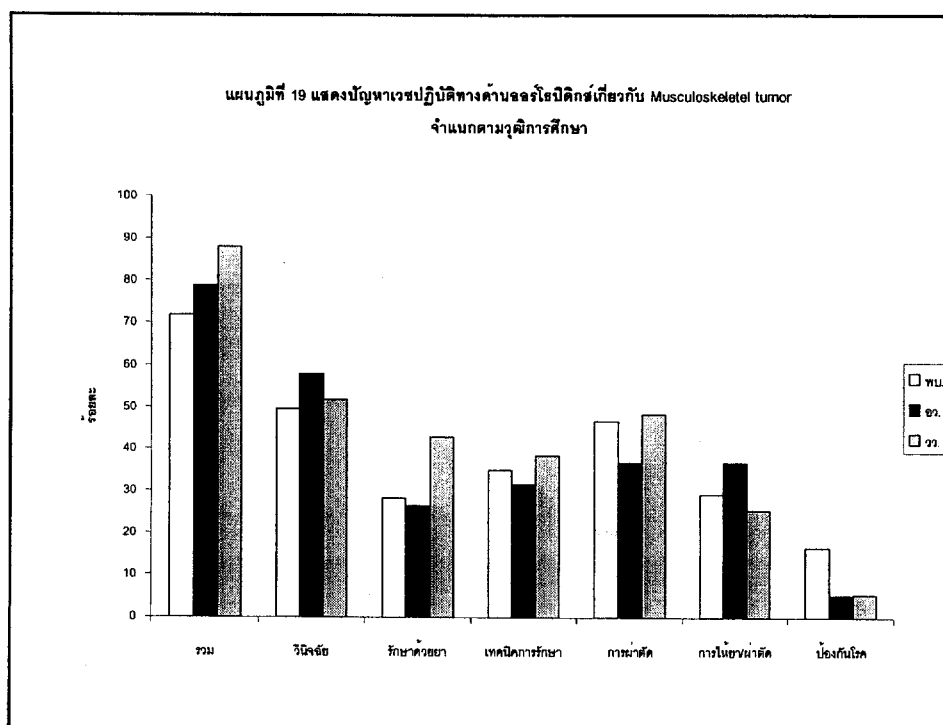


แผนภูมิที่ 17 : ปัญหาที่พบในการให้บริการทางออร์โธปิดิกส์ จำแนกตามวุฒิการศีกษา

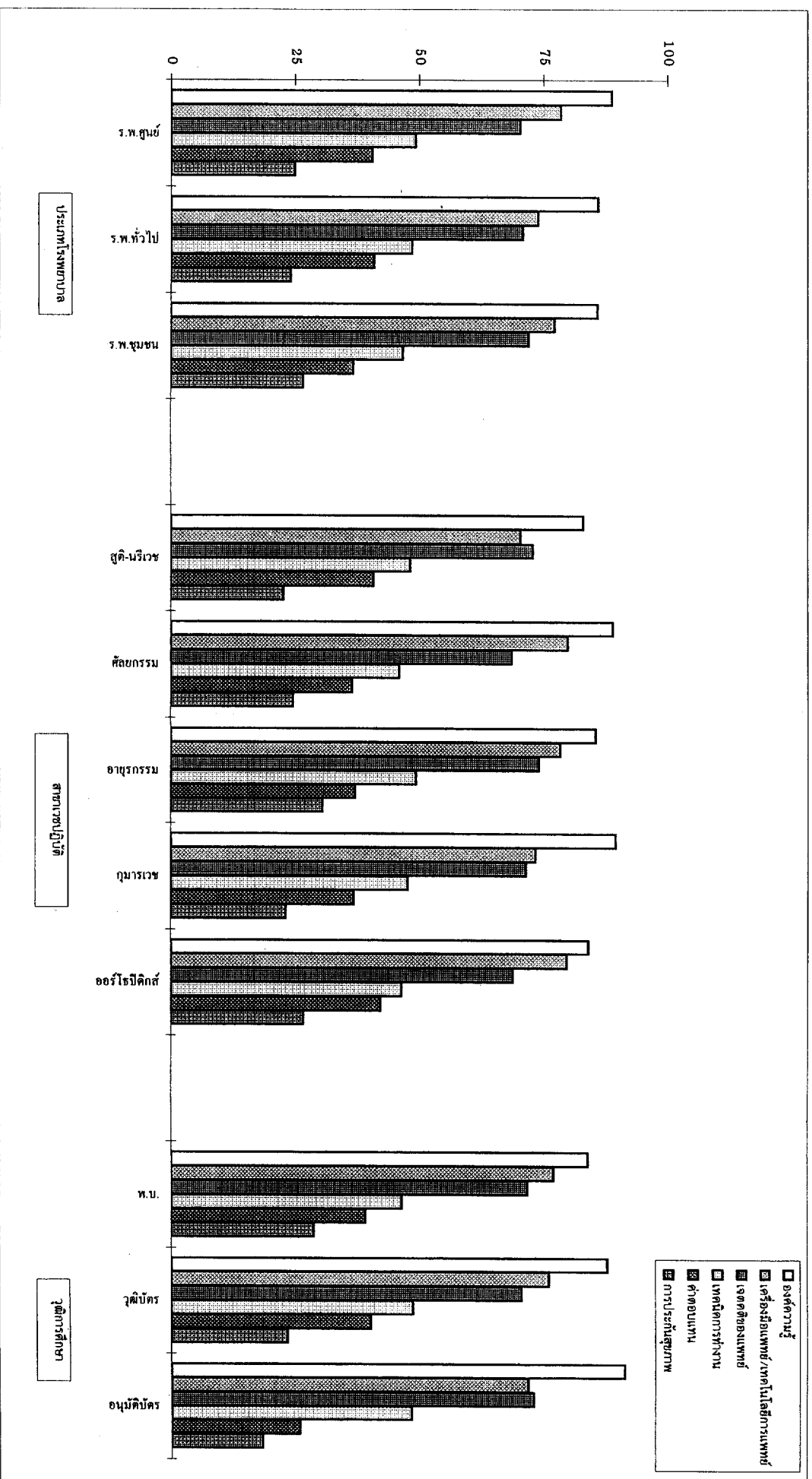


แผนภูมิที่ 18 : ภาวะอาการโรคทางออร์โธปิดิกส์ที่สมควรทบทวนให้เป็นระบบ จำแนกตามวุฒิการศีกษา

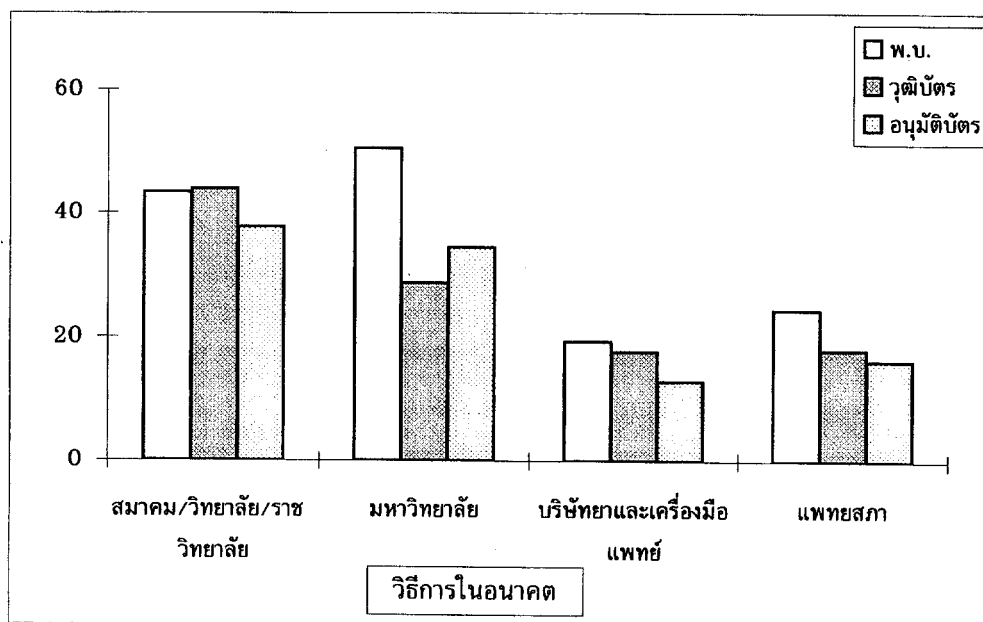
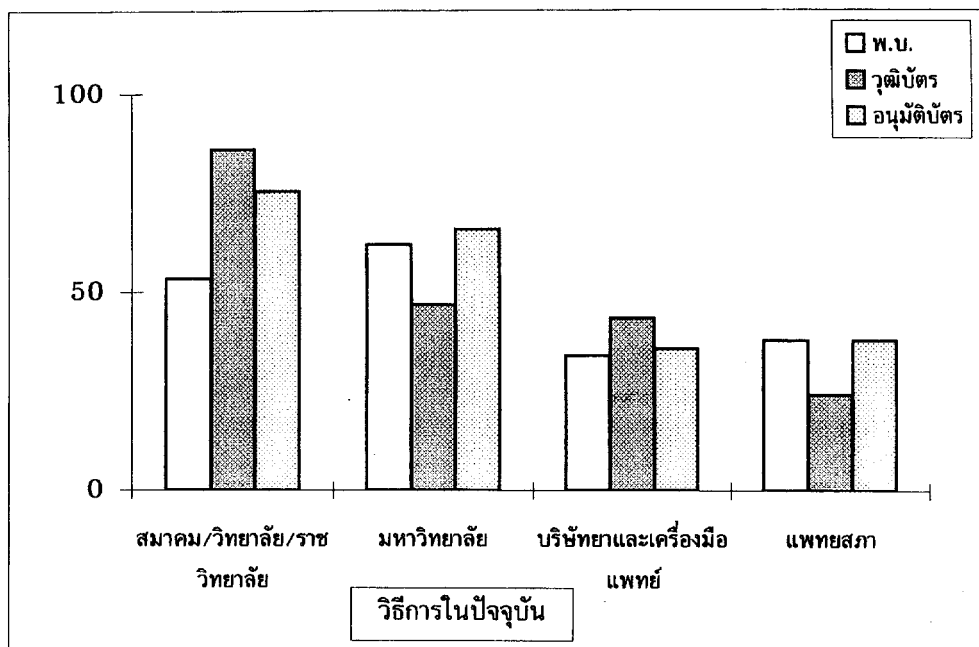




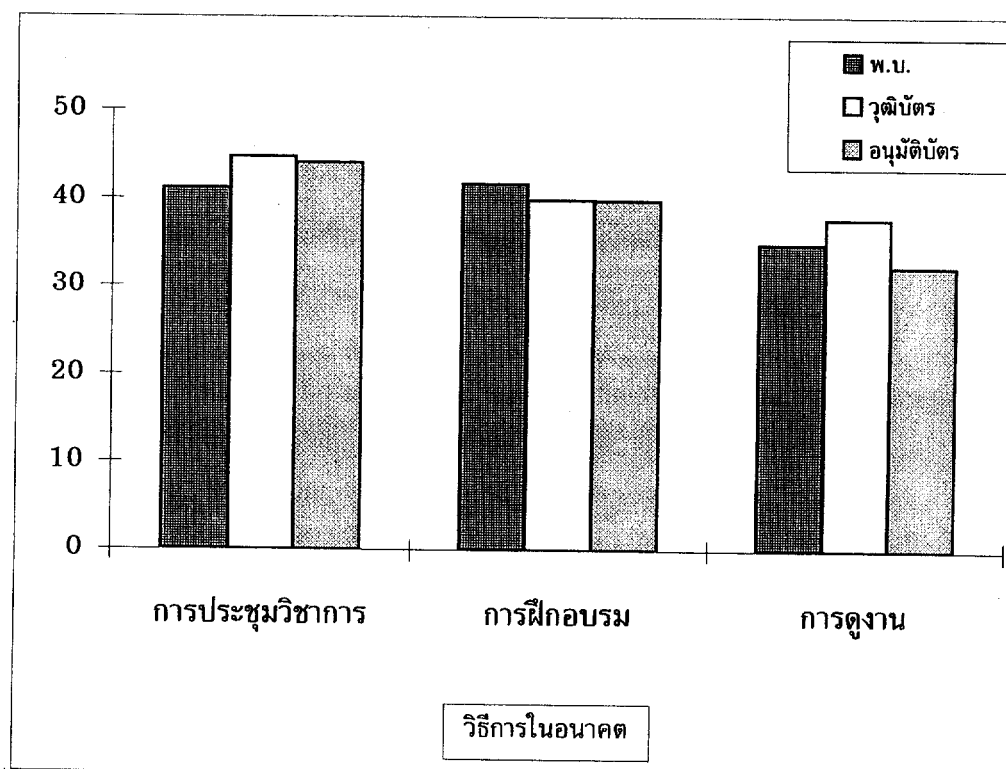
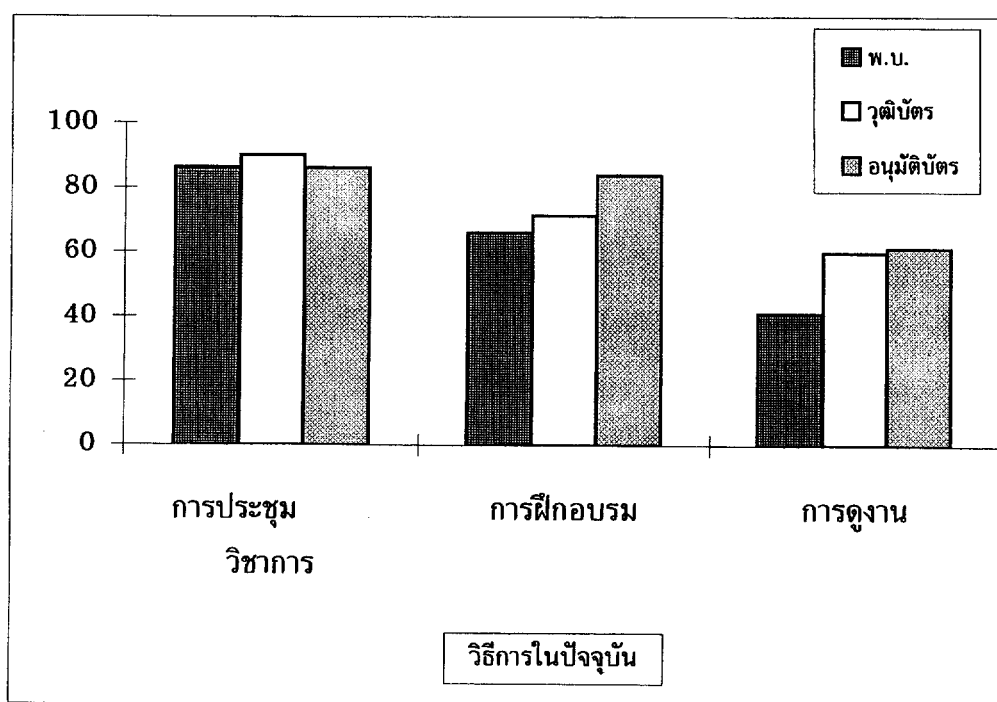
แผนภูมิที่ 20 ภาพรวมปัจจัยที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำเวชปฏิบัติ



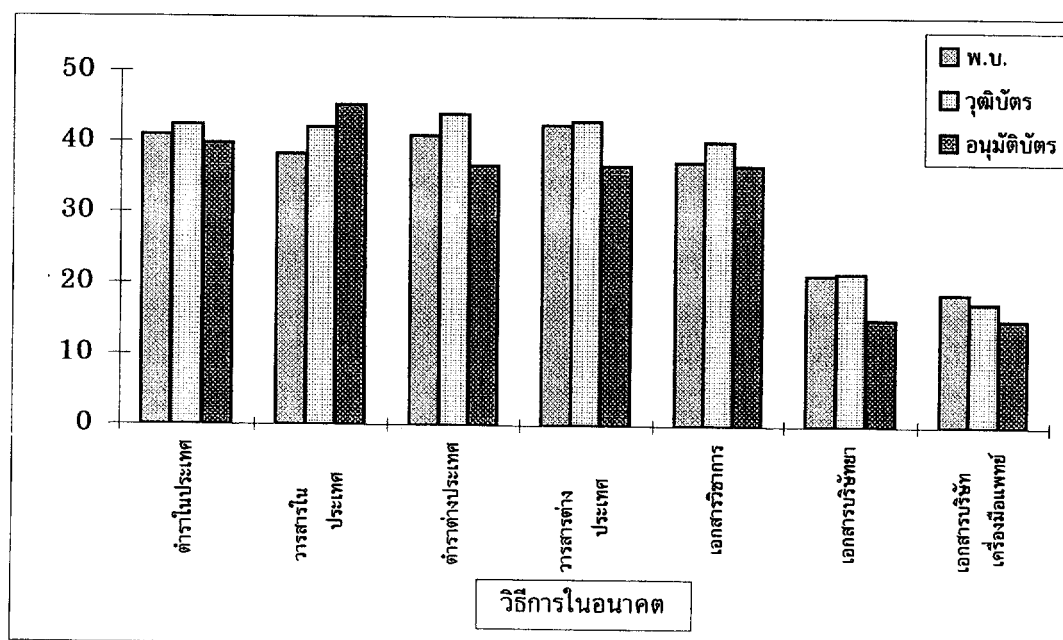
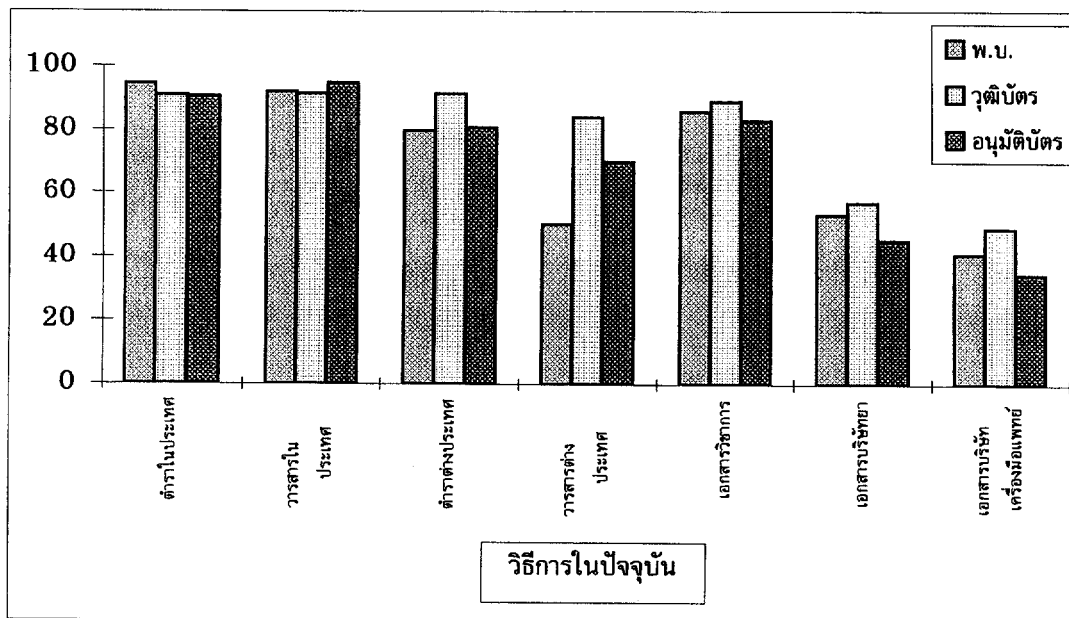
แผนภูมิที่ 21 แหล่งความรู้ทางวิชาการ จำแนกตามวุฒิการศึกษา



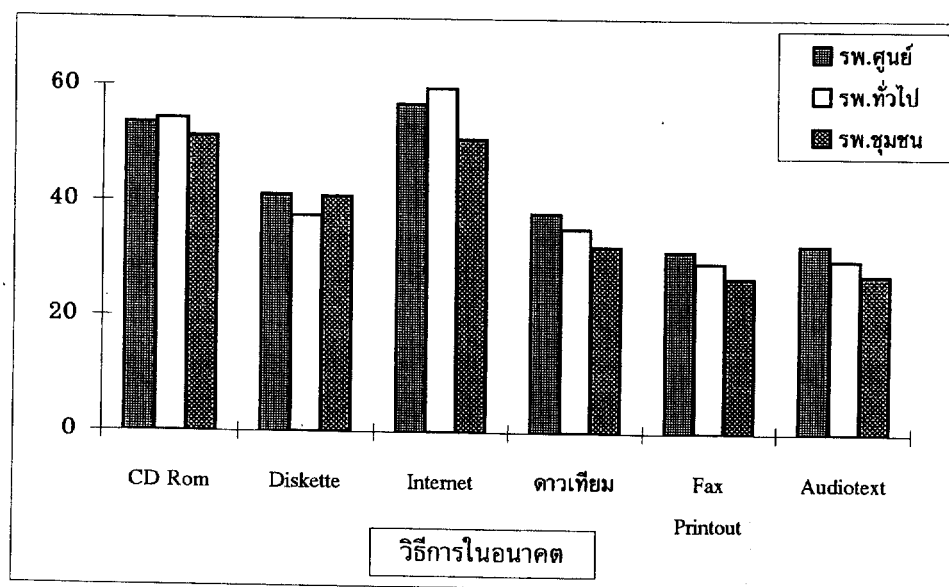
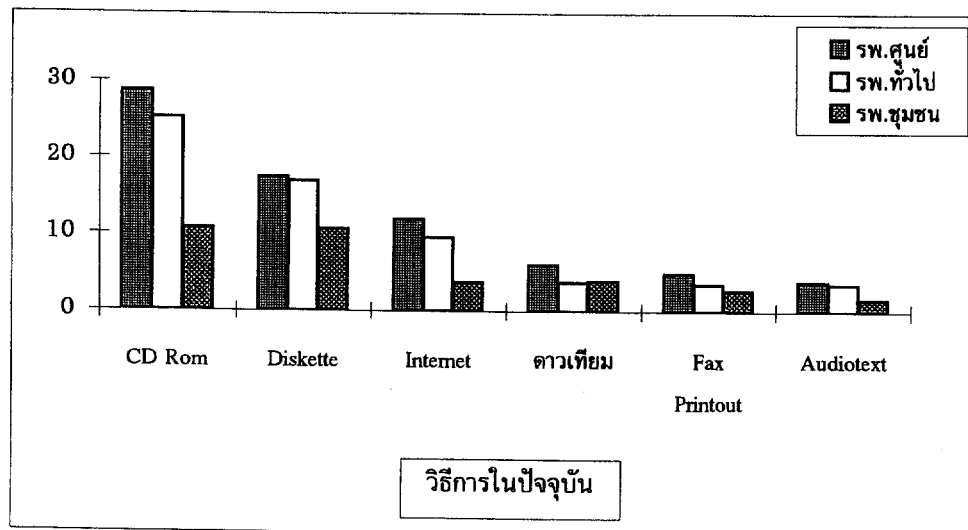
แผนภูมิที่ 22 การศึกษาเพื่อเพิ่มพูนความรู้ จำแนกตามวุฒิการศึกษา



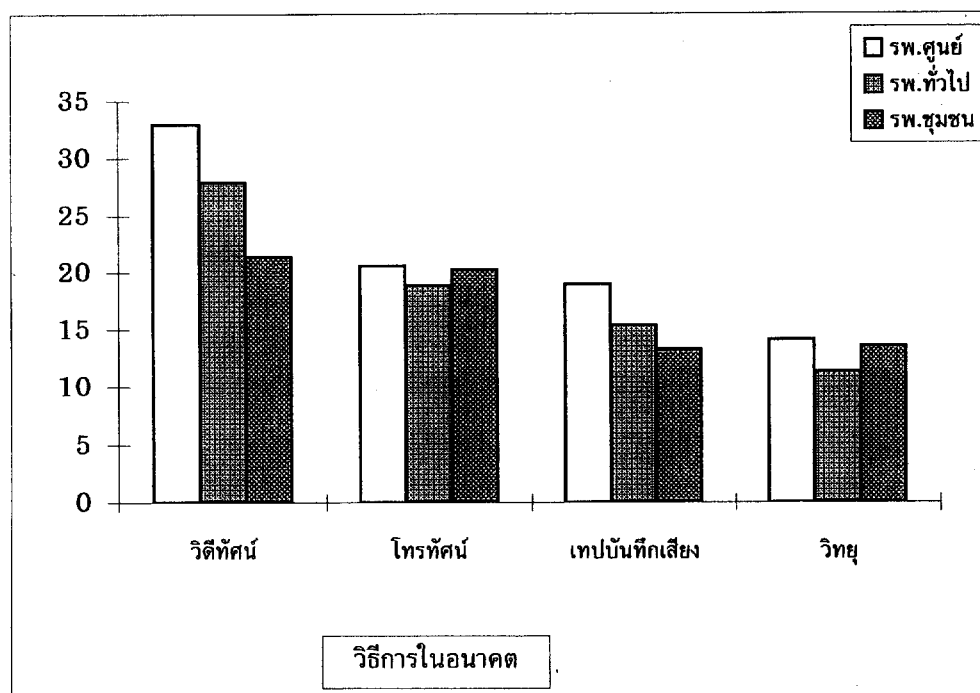
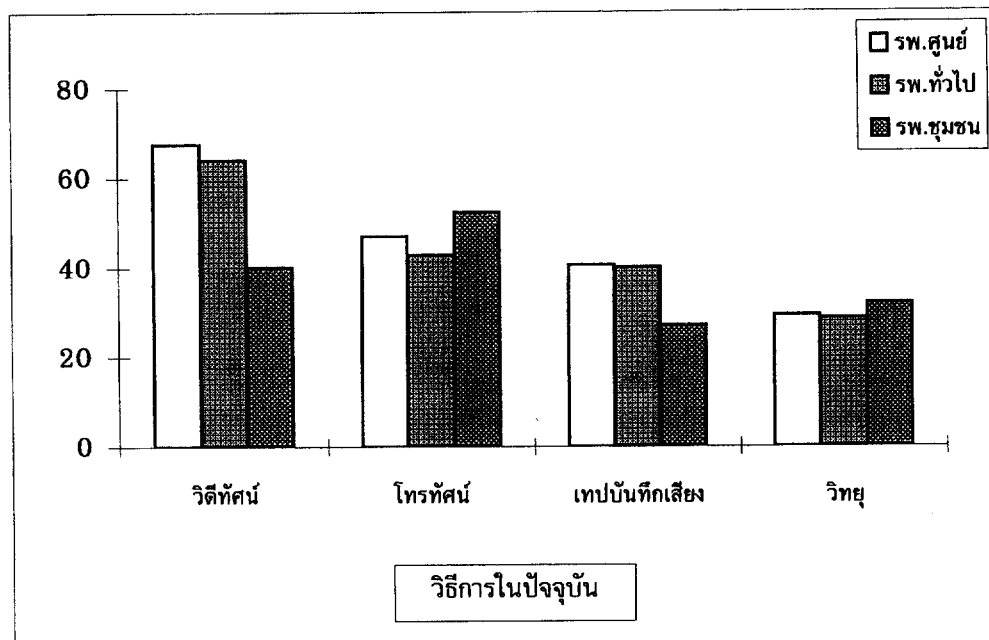
แผนภูมิที่ 23 การใช้สื่อพิมพ์ จำแนกตามวุฒิการศึกษา



แผนภูมิที่ 24 การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล



แผนภูมิที่ 25 การใช้สื่อไฟฟ้า จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล



แผนภูมิที่ 26 ภาพรวมการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อไฟฟ้า ในปัจจุบัน-อนาคต

