



วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
Journal of Primary care and family Medicine

PCFM

Vol. 7 No. 3 JUL - SEP 2024

ISSN 2651-0553



บุเดษฐ์
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย
Series 1



บทบรรณาธิการ

- ชุดผลการศึกษาเพื่อทบทวน 25 ปีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย 183
สุพัตรา ครีวณิชชากร

บทความปริทรรศน์

- บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง 185
ของประเทศไทย : บททวนวรรณกรรมร่วมกับกรณีศึกษา
โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก
ใจนคั้กตี้ ทองคำเจริญ

บทความพิเศษ

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยกับการสร้างองค์ความรู้ในระบบสุขภาพไทย 199
สุพัตรา ครีวณิชชากร

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 209
ที่จัดทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ (2543-2566)
จตุพร เชียงแรง, วลาลิกา รัตนจันทร์, ใจนคั้กตี้ ทองคำเจริญ, สุพัตรา ครีวณิชชากร
- การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 217
ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว: “โครงการประเมินผลกระทบของ
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วง 2 ทศวรรษ (2534-2566)”
ธัชวิทย์ ลุธรอม, วลาลิกา รัตนจันทร์, ใจนคั้กตี้ ทองคำเจริญ, สุพัตรา ครีวณิชชากร
- การทบทวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพแม่และเด็กที่ได้รับการตีพิมพ์โดย
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย: “โครงการประเมินผลกระทบของ
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ” 225
ชญาณิค รัตนกาญจน์, สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์, ใจนคั้กตี้ ทองคำเจริญ,
สุพัตรา ครีวณิชชากร

- การบททวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิต 233
ที่จัดทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ (2543-2566)
สมนญ พงศานุรักษ์, วลาลิกา รัตนจันทร์, ใจชนก ใจชนก, ทองคำเจริญ,
สุพัตรา ครรภ์นิชชากร
- บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยต่อการพัฒนาการดูแล 241
ประคับประคองในช่วง 2 ทศวรรษ¹
ธนพล ตั้งสกุล, อรรถกร รักษาลัตต์ย์, ใจชนก ใจชนก, ทองคำเจริญ,
สุพัตรา ครรภ์นิชชากร
- 25 ปี วิวัฒนาการหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 252
ประเทศไทย : การศึกษาเชิงคุณภาพ
อรุณี ทิพย์วงศ์, นิติตา นาทประยุทธ์, สถาพร คุณผล, สุพัตรา ครรภ์นิชชากร
- ลักษณะการทำงาน ปัญหาอุปสรรคและความต้องการของ 263
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย
อรรถกร รักษาลัตต์ย์ นิยม บุญทัน, จารุวรรณ เถื่อนมั่น,
สุพัตรา ครรภ์นิชชากร
- การความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และ 275
ไส้ตrongจากการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตrongในผู้ที่มีผลบวก
จากการตรวจเลือดແงในอุจจาระของโรงพยาบาลมหามหาด จังหวัดสงขลา
瓦斯นา อชิรเสนา

Content

PCFM 2024;7(3): Jul - Sep

PCFM

EDITORIAL

- **25-Year Review of Family Medicine in Thailand: Study Results** 183
Supattra Srivanichakorn

REVIEW ARTICLE

- **Role of Family Physicians in the Development of Palliative Care in Thailand: A Narrative Review and Maesot Palliative Care Model, Tak, Thailand** 185
Rojanasak Thongkhamcharoen

SPECIAL ARTICLE

- **Thai Family Physician and Knowledge Building in The Thai Healthcare System** 199
Supattra Srivanichakorn, Rojanasak Thongkhamcharoen

ORIGINAL ARTICLES

- **A Scoping Review of the Non-Communicable Diseases (NCDs) Research Conducted By Family Physicians During The Two Decades of the Thai Family Physician (2000-2023)** 209
Jatuporn Chiangrang, Valika Rattanachan, Rojanasak Thongkhamcharoen, Supattra Srivanichakorn
- **A Scoping Review of the Geriatric Care Research Conducted by Family Physicians: “Two Decades of Thai Family Physician Impact Evaluation (TFPIME) Project (1991-2023)”** 217
Tatchawit Sutham, Valika Rattanachan, Rojanasak Thongkhamcharoen, Supattra Srivanichakorn
- **Scoping Review of the Maternal And Child Health Research Published by Thai Family Physicians: “The Two Decades of Thai Family Physician Impact Evaluation (TFPIME) Project”** 225
Chayanit Ratanakarn, Sirinrat Sangsirilak, Rojanasak Thongkhamchareon, Supattra Srivanichakorn
- **A Scoping Review of Mental Health Research Conducted by Family Physicians During Two Decades of the Thai Family Physician (2000-2023)** 233
Somthanon Pongsananurak, Valika Rattanachan, Rojanasak Thongkhamcharoen, Supattra Srivanichakorn

Content

PCFM 2024;7(3): Jul - Sep

PCFM

- **Contribution of Thai Family Physicians to Palliative Care Development in Two Decades: A Scoping Review** 241
Nutthapan Likitkumchorn, Yanisa Supasirisun
- **Twenty-Five-Year Evolution of Family Medicine Residency Training Program in Thailand: A Qualitative Study** 252
Arunee Tipwong, Nisita Natprayut, Satang Supapon, Supattra Srivanichakorn
- **Working Characteristics, Obstacles, and Needs of Thai Family Physicians** 263
Attakorn Raksasataya, Niyom Boonthan, Jaruwan Thuanman, Supattra Srivanichakorn
- **Prevalence and Factors Associated with Colorectal Cancer Detection by Colonoscopy Among Individuals Testing Positive for Fecal Immunochemical Test (FIT) at Namom Hospital, Songkhla Province** 275
Wasana Achirasena



The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ที่ปรึกษา (Advisor)

พญ. สุพัตรา ศรีวนิชชากร

พญ. สายรัตน์ นกน้อย

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ผศ. ดร. นพ. ชัยศิริ อังกูรavarannath

นพ. สถากร ศุภผล

รองบรรณาธิการ (Editors)

นพ. ใจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

นพ. ปกรณ์ ทองวีล

ผศ. พญ. กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ผศ. นพ. กฤษณะ สุวรรณภูมิ

พญ. สกัญญา หั้งสพฤกษ์

พญ. อรุณี ทิพย์วงศ์

ผศ. นพ. นนท์ ไสวัณณะ

พญ. ศิรินภา ศิริพร ณ ราชสีมา

รศ. พญ. ปัทมา โภมุขบุตร

รศ. พญ. สรณ่า แก้วพิทุลย์

ดร. พญ. จิรฉา บุตรแก้ว

ทพญ. ปิยะดา ประเสริฐสม

ภก. จิรภัทร์ ฉันทพันธุ์

ดร. สุรศักดิ์ อธิคมานนท์

น.ส. ผกการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ

รศ. ดร. พญ. รัญญาตัน โโนทัยสินทวี

รศ. นพ. กรภัทร มยุรະสาคร

พญ. สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล

พญ. อรัวรรณ ตะเวทิพวงศ์

ผศ. นพ. กิตติพล นาควีโรจน์

ดร. นพ. วิน เตชะเคหะกิจ

ผศ. ดร. พญ. ศิรินาถ คงศิริ

รศ. นพ. อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์

ภก. จตุพร ทองอิม

ผศ. ดร. ภัทร์ แสงไชยสุริยา

คุณสุรีรัตน์ ธนากิจ

บทบรรณาธิการ

ชุดผลการศึกษาเพื่อทบทวน 25 ปีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย

สุพัตรา ศรีวนิชชากร

ที่ปรึกษาวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

นับแต่ปี พ.ศ. 2542 จนถึงปัจจุบันเป็นเวลากว่าสองทศวรรษ ที่ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้นโดยที่ปรับเปลี่ยน ต่อยอดมารยาการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อตอบสนองต่อการกระจายแพทย์เพิ่มการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน และเพิ่มคุณภาพของหน่วยบริการด้านแรกทั้งที่อยู่ในเขตชนบท และเขตเมือง เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จึงได้จัดตั้งให้มีคณะกรรมการเพื่อทบทวนผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในรอบกว่าสองทศวรรษ ทั้งในส่วนที่เป็นระบบการผลิตและการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในลักษณะต่าง ๆ พร้อมกับทบทวน รวบรวมศึกษาถึงผลลัพธ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากผลผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในประเทศไทย บริโภคคุณภาพและการกระจายของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ความยอมรับ ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทบทวนศึกษาผลลัพธ์ที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์ความรู้วิชาการ เพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตลอดจน ผลกระทบของการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไปปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบวนการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพ ประชากรกลุ่มเปราะบาง การเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพและพื้นฟูสุขภาพประชาชน

กลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาระบบบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง กับการพัฒนาระบบงานปฐมภูมิ (ดังภาพกรอบแนวคิด)

บทความในวารสารฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการนำเสนอผลการศึกษาทบทวนในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่

การทบทวนพัฒนาการของการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ในรอบ 25 ปี ในภาพรวม รวมทั้งศึกษาทบทวนประเด็นเฉพาะที่เกี่ยวข้อง การจัดการด้านระบบและชุมชน (ข้อ 1 ในภาพกรอบแนวคิด)

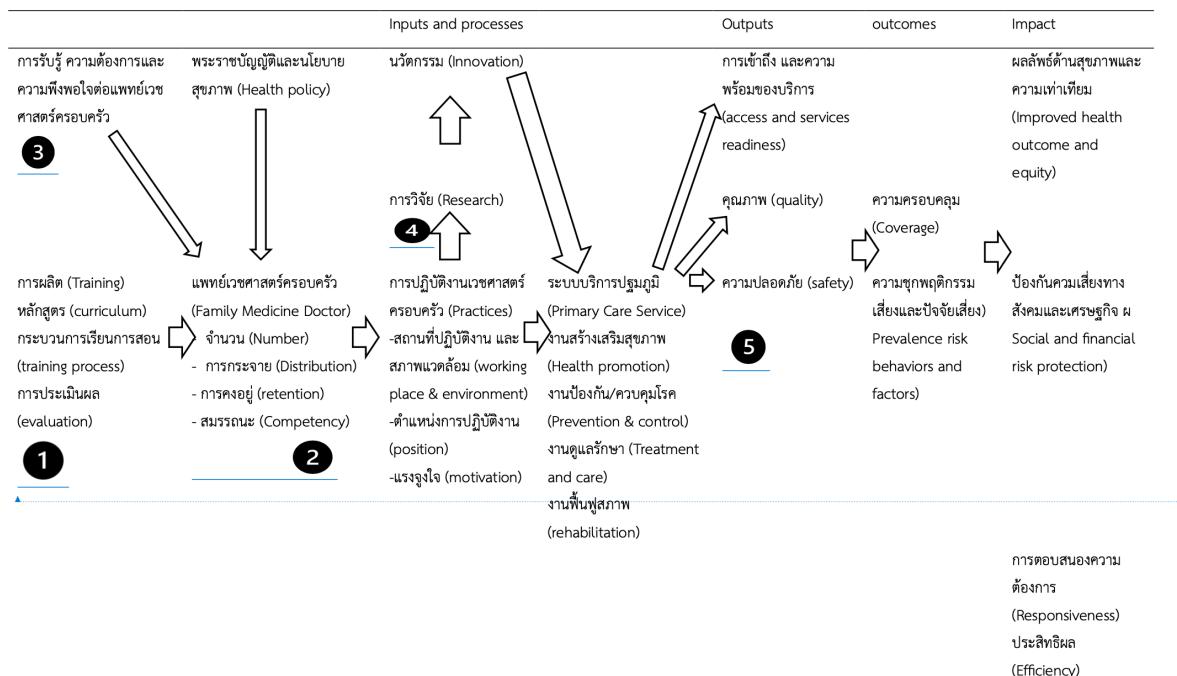
การศึกษาถึงการกระจายของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย พร้อมกับ สถานการณ์การปฏิบัติงาน ความพึงพอใจ และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น (ข้อ 2 ในภาพกรอบแนวคิด)

การทบทวนผลงานวิชาการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จากการทบทวน รวบรวมผลงานตีพิมพ์โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในรอบกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งรวมผลงานเป็นด้านต่าง ๆ ใน 5 ประเด็น คือ ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการดูแลปรัชบัปประกอบ การดูแลป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ การดูแลด้านสุขภาพจิต และการดูแลด้านแม่และเด็ก (ข้อ 4 ในภาพกรอบแนวคิด)

การศึกษาถึงความยอมรับ และความพึงพอใจต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยทีมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ข้อ 3 ในภาพกรอบแนวคิด)

ซึ่งทั้งหมดนี้ เป็นผลการศึกษาทบทวนในส่วนแรก ที่เป็นการศึกษาเบื้องต้นในระยะเวลาสั้น ที่อาจจะยังไม่สมบูรณ์ที่ซึ่งมีแผนที่จะมีการศึกษาลงลึกในบางประเด็น ต่อไป ส่วนที่เป็นผลลัพธ์การดำเนินงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีบทบาทต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ ในด้านต่าง ๆ ยังอยู่ในระหว่างการรวบรวมศึกษา แต่เบื้องต้นในวารสารฉบับนี้ มีการนำเสนอผลลัพธ์เฉพาะ

กรอบแนวคิดการวิจัยทบทวนยึดเป้าเวชศาสตร์ครอบครัว



ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพแบบ
ประคับประคอง

หวังว่า บทความทั้งหมดในสารฉบับนี้ จะเป็น
ข้อมูลเริ่มต้น ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งในเครือข่ายแพทย์เวช-
ศาสตร์ครอบครัว เครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่นำ

ไปสู่การทบทวน สรุปบทเรียน เพื่อการพัฒนาระบบที่
เกี่ยวข้องกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในมิติต่าง ๆ ให้มี
คุณภาพ มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้ประชาชนไทย
มีสุขภาพดียิ่งขึ้น ในระยะต่อไป

บทความปริทรรศน์

บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการพัฒนาการดูแลแบบ ประคับประคองของประเทศไทย : บททวนวรรณกรรมร่วมกับกรณีศึกษา โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, พบ. ว.ว.สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ประเทศไทย

ผู้รับผิดชอบบทความ:

โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, พบ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลแม่สอด อ.แม่สอด
จ.ตาก 63110, ประเทศไทย

Email: Rthongcu@gmail.com

Received: October 05, 2023;

Revised: October 05, 2023;

Accepted: July 16, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยมีพัฒนาการมากว่าสองศวรรษ กลยุทธ์สำคัญที่ทำให้การยกระดับการจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยมีความครอบคลุมและอยู่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในระดับที่สมบูรณ์ได้ดั่งนั้น คือการผสานผสานการดูแลประคับประคองในระบบบริการปฐมภูมิประเทศไทย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคือกุญแจสำคัญในการผสานผสานการพัฒนาระบบบริการการดูแลประคับประคอง ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพิ่มการเข้าถึงบริการการดูแลประคับประคองที่มีคุณภาพได้เร็วตั้งแต่เริ่มต้น บทความนี้นำเสนอการจัดบริการการดูแลประคับประคองโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในภาพรวมประเทศไทย ร่วมกับกรณีศึกษาโรงพยาบาลแม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก

คำสำคัญ: การพัฒนา การดูแลแบบประคับประคอง ประเทศไทย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การดูแลปฐมภูมิ

REVIEW ARTICLE

Role of Family Physicians in the Development of Palliative Care in Thailand: A Narrative Review and Maesot Palliative Care Model, Tak, Thailand

Rojanasak Thongkhamcharoen, MD., Dip. Thai Board of Family Medicine

Department of Social Medicine, Maesot Hospital, Tak, Thailand

Corresponding author :

Rojanasak Thongkhamcharoen, MD., Department of Social Medicine, Maesot Hospital, Maesot district, Tak 63110, Thailand
Email: Rthongcu@gmail.com

Received: October 05, 2023;

Revised: October 19, 2023;

Accepted: July 16, 2024

ABSTRACT

Palliative care in Thailand has been developing for two decades. To enhance the full coverage of palliative care service provision at the advanced stage of integration, the integration of palliative care into primary care is one of the most important strategies. Family physicians are key in implementing integrated palliative care in hospital and community settings to ensure early access to good quality palliative care. This article illustrates the provision of palliative care services by family physicians in the whole country, of Thailand, and presents a case study in Maesot, Tak, Thailand.

Keywords: development, palliative care, Thailand, family physician, primary care

บทนำ

จากการสำรวจระดับการพัฒนาระบบการดูแลประคับประคองโดย World Palliative Care Alliance พบว่า ประเทศไทยมีการพัฒนาในด้านระบบดูแลประคับประคองในระดับที่ดีขึ้น โดยเลื่อนจากระดับ 3a ในปี พ.ศ. 2555 คือ มีการจัดบริการดูแลประคับประคองเฉพาะแห่งไม่ครอบคลุมและยังไม่เข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศไทย เป็นระดับ 4a ในปี พ.ศ. 2560 คือเริ่มมีการจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมและอยู่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยแต่ยังไม่อยู่ในระดับที่สมบูรณ์² หากพิจารณาจากการจัดลำดับคุณภาพการตาย ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 44 จาก 80 โดยจุดที่ประเทศไทยต้องพัฒนา คือ การสร้างเครือข่ายการดูแลประคับประคองในชุมชน และระบบสนับสนุนที่ดี³ โดยที่การผสานการดูแลประคับประคองในระบบบริการปฐมภูมิจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบดูแลประคับประคองในประเทศไทย ร่วมกับการพัฒนาระบบการศึกษาและการพัฒนาบุคลากรให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลประคับประคองในทุกระดับของเครือข่ายบริการ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการการดูแลประคับประคองได้มากขึ้น เครือข่ายดูแลมีความเข้มแข็ง เป็นการยกระดับการจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยให้มีความครอบคลุมพื้นที่และบูรณาการอยู่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในระดับที่สมบูรณ์ได้⁴ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในฐานะที่เป็นบุคลากรหลักสาขาหนึ่งในระบบบริการปฐมภูมิ ได้มีส่วนร่วม มีบทบาทในการพัฒนาการดูแลประคับประคองทั้งในระดับปฐมภูมิและในชุมชน

อย่างไรก็ตามยังมีบทความวิชาการไม่มากนักที่กล่าวถึงบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย ว่ามีบทบาทต่อการดูแลประคับประคองของประเทศไทยมากน้อยย่างไร บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษาการจัดบริการการดูแลประคับประคองโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลแม่สอด อ. แม่สอด จ. ตาก ตลอดจนบทบาทในด้านนโยบายในการจัดระบบดูแลประคับประคองของประเทศไทย และการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในด้านการดูแลประคับประคอง

สรุปพัฒนาการของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

ทศวรรษแรก (พ.ศ. 2540-2549) เป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดการดูแลระยะสุดท้ายในสังคมไทย โดย “มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา” และ เสมศิกขลาลัย เริ่มโครงการอบรมเชิงปฏิบัติ “เชิญความตายอย่างสงบ” ในปี พ.ศ. 2546 โดยมีภาคประชาชนและบุคลากรทางสาธารณสุขเข้าร่วมฝึกอบรมหลักสูตรประยุกต์หลักพุทธศาสนา กับทัศนคติต่อการตายดี จนเกิดความตื่นตัวเรื่องการดูแลระยะสุดท้ายในสังคมไทย⁵ มีการจัดประชุมพัฒนาบุคลากร ผู้สนใจในลักษณะที่หลากหลายอย่างต่อเนื่อง และในระยะหลังเกิดองค์กรเอกชนที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนความตื่นรู้ของสังคมต่อการดูแลแบบประคับประคอง อาทิเช่น บริษัท ชีวานิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด ในปี พ.ศ. 2560⁶ และ “Peaceful Death” ในปี พ.ศ. 2561⁷

ทศวรรษที่ 2 (พ.ศ. 2550-2559) ช่วงเวลาที่มีการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยอย่างรวดเร็วในหลายด้าน⁸

ด้านระบบการศึกษาการดูแลแบบประคับประคอง ปี พ.ศ. 2552 เริ่มมีการจัดตั้งเครือข่าย palliative care ในโรงเรียนแพทย์ ในเวลาต่อมาพัฒนาเป็น สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555⁹ ในช่วงเวลาที่การศึกษาการดูแลประคับประคองยังขาดการพัฒนาอย่างเป็นระบบ¹⁰ จุดเปลี่ยนที่สำคัญของระบบการศึกษาการดูแลประคับประคองของไทย คือ การก่อตั้งศูนย์การรักษาโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2553 มีการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลประคับประคองพื้นฐานและระดับสูงสำหรับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จนเกิดเครือข่ายผู้ฝึกอบรมพัฒนาระบบบริการทั่วประเทศไทย^{9,11} ในเวลาใกล้เคียงกันราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยได้บรรจุเนื้อหาการดูแลประคับประคองในหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ในปี พ.ศ. 2555¹² ส่งผลให้ระหว่างการฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้าน ต้องหาสถานที่ปฏิบัติงานเพื่อศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากด้านการดูแลประคับประคองเป็นเวลา 2-4 สัปดาห์

ด้านโครงการสร้างกฎหมาย สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เสนอกฎหมายสิทธิการตายดี ตาม พ.ร.บ.สุขภาพ

แห่งชาติ มาตรา 12 พ.ศ. 2550 ให้สิทธิแก่ประชาชน เลือกที่จะปฏิเสธการรักษาที่ไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ในระยะสุดท้าย โดยระบุไว้ใน “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข”¹³ นอกจากนี้ยังระดม ผู้เชี่ยวชาญทั่วประเทศมาร่วมกันร่าง และออกประกาศ เรื่องนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563¹⁴ และ มาตรฐาน การวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 (Thai standards for advance care planning)¹⁵ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการตามภารกิจ หน้าที่ และอำนาจของหน่วยงานองค์กรของตนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ นับตั้งแต่การกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการ งบประมาณ การจัดการ ทรัพยากรบุคคล การให้บริการและการเงินการคลัง ตลอด จนการพัฒนางานวิชาการและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

ระบบการเงินการคลังสุขภาพ ในด้านการสนับสนุน ทางการเงินการคลังและระบบบริการในช่วงที่นั้น สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เริ่มสนับสนุนงบ ประมาณผ่านหมวดคุณภาพระบบบริการ ให้กับการดูแล ประคับประคองที่บ้านให้เกิดเครือข่ายการดูแลประคับประคอง และมอบรางวัลเครือข่ายการดูแลประคับประคอง ที่มีการพัฒนาที่ดีตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553-2555¹⁶ ต่อมาปรับ ระบบงบประมาณเป็นการจ่ายตามระยะเวลาการดูแล และการจ่าย strong opioids ในปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตามระบบการดูแลประคับประคองในเวลานั้น ยังขาดความพร้อมของเครือข่ายบริการ

ทศวรรษที่ 3 (ปี 2560-ปัจจุบัน)

โครงสร้างระบบบริการและคุณภาพบริการ ผลจาก การประชุมสมัชชาสุขภาพโลก ปี พ.ศ. 2557 ประกาศ ให้การดูแลประคับประคองเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้อง ผสมผสานเข้าไปในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกระดับ ของทุกประเทศ¹⁷ กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบาย สนับสนุนให้มีระบบดูแลประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยบรรจุแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับการ

ดูแลประคับประคอง (service plan palliative care) ในปี พ.ศ. 2560 กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ การบำบัด อาการด้วยการใช้ strong opioids การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า¹⁸ นอกจากนี้ สถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เปิดให้มีการรับรอง มาตรฐานการรับรองเฉพาะโรค (program and disease specific standards หรือ DSC) สำหรับระบบการดูแล ประคับประคองเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2561 เป็นการยก ระดับการรับรองมาตรฐานคุณภาพการดูแลประคับ- ประคองขั้นสูง⁴

โครงสร้างการศึกษาการดูแลประคับประคอง ราช วิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้ กำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองอยู่ในสมรรถนะ ด้านที่ 1 : การดูแลรักษาผู้ป่วย (patient care) ใน หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ปี 2561¹⁹ และในการปรับหลักสูตร พ.ศ. 2562²⁰ และ 2565²¹ ราชวิทยาลัยฯ ได้กำหนดการดูแลแบบประคับ- ประคองเป็นหนึ่งใน 7 กิจกรรมสมรรถนะที่เชื่อมั่นได้ (Entrustable Professional Activity หรือ EPA) ตาม มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบ วิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ตามแนวทาง มาตรฐานสากลของ World Federation for Medical Education (WFME) Global Standards for Quality Improvement: Postgraduate Medical Education ค.ศ. 2015^{20,21}

ได้เริ่มเปิดการอบรมหลักสูตร 1 ปี ประกาศนียบัตร วิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวบริบาล แบบประคับประคองใน ปี พ.ศ. 2561 โดยเปิดรับทั้ง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ แพทย์เฉพาะทางสาขา อื่นเข้าอบรมในหลักสูตรนี้ได้²² ต่อในปี พ.ศ. 2566 มีการ ปรับปรุงสูตรประกาศนียบัตรฯ ปัจจุบันมีแพทย์ที่ได้รับ ประกาศนียบัตรฯ ทั้งหมดจำนวน 69 คน²³ และในปี พ.ศ. 2566 ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวกำลังพัฒนา หลักสูตรหลักสูตรอนุสาขาการบริบาลแบบประคับ- ประคอง 2 ปี ถือเป็นก้าวสำคัญที่ยกระดับการศึกษาดูแล การประคับประคองในแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อ รองรับการพัฒนาระบบของประเทศไทย

กรณีศึกษาการจัดบริการดูแลแบบประคับประคอง: โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

โรงพยาบาลแม่สอดเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 420 เตียง เป็นโรงพยาบาลชายแดนห่างจากพรมแดนไทย-เมียนมา 6 กิโลเมตร มีการดำเนินการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยการริเริ่มของ นพ. ใจดี ใจดี ทองคำเจริญ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก²⁴ บทความแห่งนี้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลแม่สอด เทียบเคียงกับพัฒนาการของประเทศไทย ดังแสดงในรูปที่ 1 และพัฒนาการส่วนบุคคลของ นพ. ใจดี ใจดี ทองคำเจริญ ที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ช่วงที่1 พัฒนาแนวคิดและสร้างทีม (ปี 2548-2549)

ปี พ.ศ. 2548 พบปัญหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนไม่ได้รับการดูแล ขาดระบบการส่งต่อระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล จึงได้ระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตั้งชื่อทีมอาสาสมัครว่า “ทีมกัลยาณมิตร” ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ) อายุรแพทย์ (นพ. พิสิฐ ลิมป์รอนโชค) ศัลยแพทย์ (นพ. สมชาย มีศิริ) และ วิสัญญีแพทย์ (พญ. อริญญา กาปวน) ร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแม่สอด มีการประชุมทุกเดือนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากนั้น ได้เชิญ ผศ.พญ. สายพิณ หัตถีรัตน์ และ ผศ.พญ. กนกพร สุขโถ จากภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มาการบรรยายแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองเพื่อสร้างความตระหนักรถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ช่วงที่ 2 พัฒนาการดูแลประคับประคอง (ปี 2550-2560)

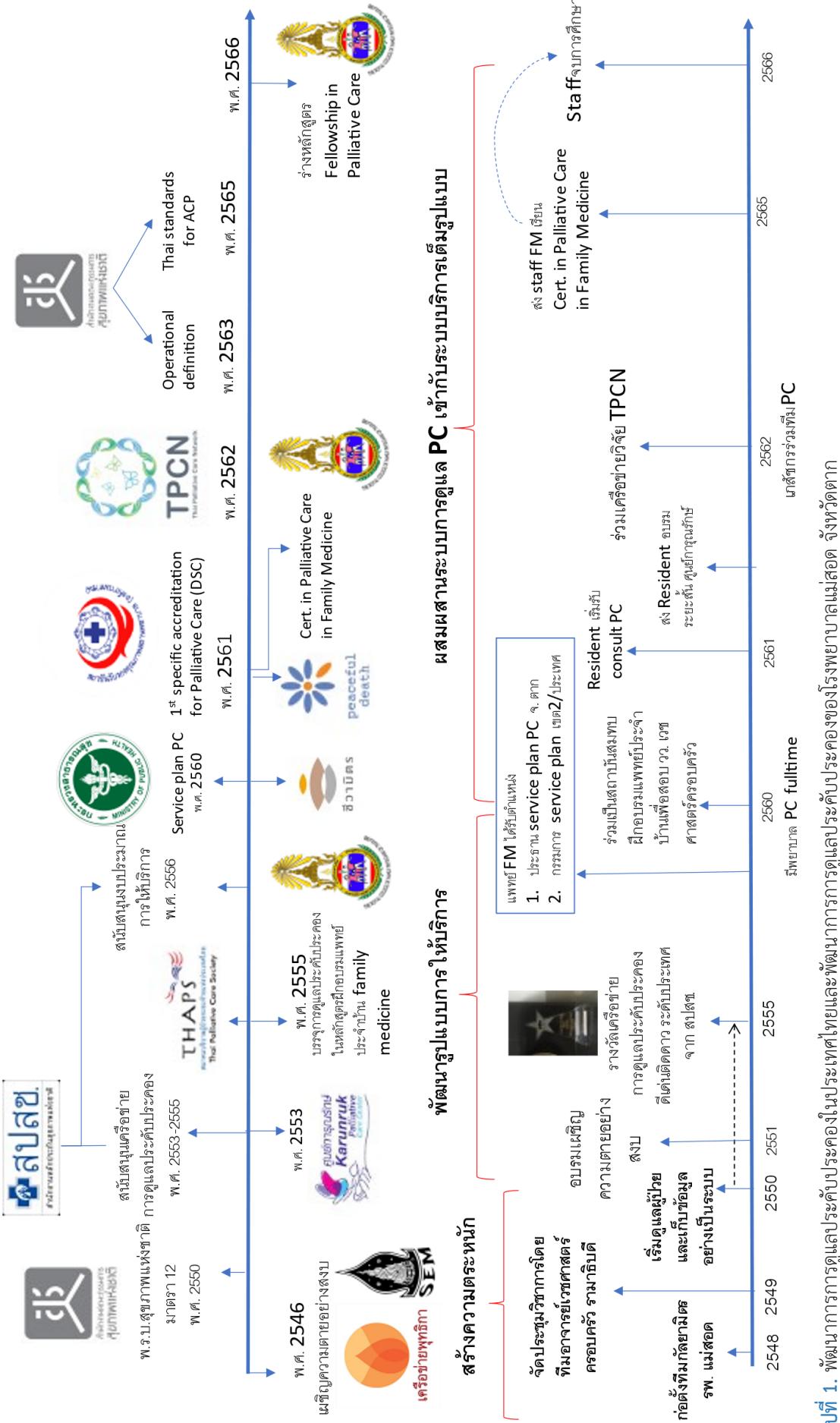
สร้างระบบบริการ

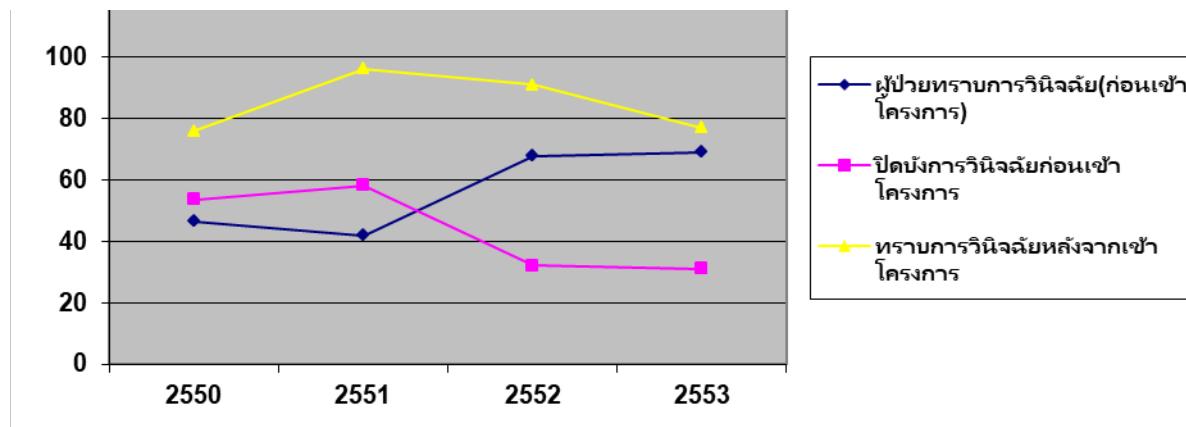
ปี พ.ศ. 2550 มีการลงทะเบียนผู้ป่วยและติดตามดูแล ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการดูแลต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิตและมี

การติดตามอาการเคร้าโศกในญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ผ่านช่องทางบริการต่าง ๆ ตามความสะดวกของผู้ป่วย ทั้งการเยี่ยมบ้าน รับคำปรึกษาบนหอผู้ป่วย และตรวจแบบ OPD ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลแม่สอด ให้บริการสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน 1 ท่าน ได้มอบหมายให้เป็นพยาบาลจัดการระบบ ในช่วงแรกมีผู้ป่วย 50-60 ราย/ปี ส่วนใหญ่มาจากการปรึกษาของหอผู้ป่วย ร้อยละ 66-80 ส่วนที่เหลือได้รับปรึกษาจาก OPD ต่าง ๆ ปรึกษาจากประชาชนโดยตรงจากการบอกกันปากต่อปาก จากญาติผู้เสียชีวิตที่เคยได้รับการดูแล และรับผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ ในเวลาต่อมาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด ได้สนับสนุนพยาบาลเพิ่มอีก 1 ท่าน (คุณ สิริจิต เนติกุมกุล) เพื่อดูแลในหอผู้ป่วยและประสานงานกับพยาบาลชุมชน และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (case manager)

ในช่วงแรกความเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน คือ การสื่อสารในผู้ป่วยระยะท้ายของ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยที่ดีขึ้น พบว่า ช่วงปี พ.ศ. 2550-2553 มีการพัฒนาทีมหอผู้ป่วยให้สามารถแจ้งข่าวร้ายได้ดีขึ้น (เส้นสีชมพู) ดังจะเห็นว่า ในปี พ.ศ. 2550 มีการปิดบังการวินิจฉัยลดลงจากร้อยละ 50 ลงเหลือร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2553²⁴ โดยกลยุทธ์ที่ทำให้การสื่อสารการวินิจฉัยดีขึ้นเกิดจาก แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย จะสื่อสารกับแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของเตียง และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังจากประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ถ่ายทอดวิธีพูดคุยที่ถูกต้อง และการมีการดูแลระยะหลังการแจ้งข่าวร้ายส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงได้มากขึ้น (รูปที่ 2)

ข้อมูลสรุป 10 ปีแรกของการให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2561 ทั้งสิ้นรวม 875 ราย มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่การดูแลเพิ่มขึ้นเป็น 100 กว่าราย/ปี ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลในระยะแรกเกือบร้อยละ 60 (PPS 40-70) ทำให้มีเวลาเฉลี่ยตั้งแต่พับผู้ป่วยครั้งแรกจนผู้ป่วยเสียชีวิตกว่า 90 วัน ซึ่งเป็นผลดีต่อการเตรียมความพร้อม ทั้งการทำรายงานแผนการดูแลล่วงหน้าได้ถึงร้อยละ 80 ผู้ป่วยได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ตนเลือกถึงร้อยละ 95 ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านประมาณร้อยละ 65 และมีผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเพียงร้อยละ 3.8²⁵ ผู้ป่วยร้อยละ 95





รูปที่ 2. แนวโน้มการทราบการวินิจฉัยเป็นมะเร็งระยะท้าย ช่วงปี พ.ศ. 2550-2553

ใช้บริการห้องฉุกเฉินไม่เกิน 1 ครั้ง เหตุที่เป็นเข่นนั้นเนื่องจาก มีการนัดผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องที่คลินิกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยประคับประคอง ทุก 1-4 สัปดาห์ (ในเวลานั้นยังไม่มีน้อยบายสนับสนุนให้เกิดคลินิกการดูแลแบบประคับประคอง) และในกรณีที่ได้รับการปรึกษาจากหอผู้ป่วยจะติดตามอาการทุกวันจนกว่าจะควบคุมอาการรบกวนได้ มีการจัดการอาการรบกวนอย่างมีประสิทธิภาพ²⁵ มียาโอป้ออยด์ที่หลากหลาย แพทย์ผู้รับผิดชอบงานผ่านการอบรมความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ช่วง 5 ปีแรกของการสร้างที่มีถือว่าประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ โดยโรงพยาบาลแม่สอดได้รับรางวัลเครื่องข่ายการดูแลประคับประคองดีเด่นติดดาวระดับประเทศ จาก สปสช. ในปี พ.ศ. 2555

อย่างไรก็ตามในช่วงนี้ พยาบาลที่รับผิดชอบงานยังไม่สามารถทำงานเต็มเวลา และไม่มีน้อยบายจากกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุน ทำให้การนับภาระงานตลอดจนความก้าวหน้าของบุคลากรที่ทำงานการดูแลประคับประคองยังขาดความชัดเจน

ช่วงที่ 3 บูรณาการงานดูแลประคับประคองเข้าสู่ระบบบริการหลักของโรงพยาบาล (ปี 2561-ปัจจุบัน)

เป็นช่วงเวลาที่มีพัฒนาการอย่างรวดเร็วจากการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในประเทศไทยที่สำคัญ ดังนี้

1. นโยบาย service plan การดูแลประคับประคองถือเป็นนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลโดยตรงกับการสนับสนุนในทุกด้าน ในปี พ.ศ. 2561 ทั้งอัตรากำลังแพทย์/พยาบาล สถานที่ให้บริการ มีการจัดบริการรูปแบบสมมพسانทั้งบริการเยี่ยมบ้าน คลินิกเฉพาะสำหรับผู้ป่วย

ประคับประคอง (palliative care clinic) ที่รับปรึกษาจากแผนผู้ป่วยนอกอื่น หอผู้ป่วย และชุมชนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีการจัดเวรรับคำปรึกษาการดูแลประคับประคองทุกวัน มีพยาบาลที่ได้รับการอบรมการดูแลประคับประคอง 2 ท่าน รับผิดชอบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีเภสัชกรที่รับผิดชอบงานการดูแลประคับประคอง 1 ท่าน

2. พัฒนาการด้านการศึกษาในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลแม่สอด ร่วมเป็นสถาบันสมบทของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก รับผิดชอบรับแพทย์ประจำบ้านเพื่อสอนวุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว ปีการศึกษา 2561 เป็นปีการศึกษาแรก ได้จัดการเรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้านเรียนผ่านการปฏิบัติจริงในระบบการดูแลประคับประคองทำให้แพทย์ประจำบ้านมีความรู้และทักษะการดูแลประคับประคอง และตามหลักสูตรของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต้องมีงานวิจัย นำมาซึ่งผลงานวิจัยแพทย์ประจำบ้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลประคับประคอง^{26,27} เวลาต่อมาได้ส่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบการศึกษา จาก รพ. แม่สอด เรียนต่อยอดการศึกษา จนจบหลักสูตรประกาศนียบัตรฯ 1 ท่าน ในปี พ.ศ. 2566 หลังจบการศึกษาได้ให้บริการการดูแลประคับประคองทั้งในและนอกโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 80 ของเวลาทำงานทั้งหมด ส่งผลดีต่อการขยายบริการและพัฒนาเครือข่ายการดูแลประคับประคองในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นอย่างมาก

3. สร้างความรับรู้และอบรมเครือข่ายทั้งในและนอกโรงพยาบาล นพ. โจนศักดิ์ ทองคำเจริญ ในฐานะ

ทีมนำการดูแลประคับประคองได้สื่อสารกับองค์กรแพทย์ แม่สอดจนได้รับโอกาสจัดอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ เกี่ยวกับการจัดการความปวด และการดูแลประคับประคอง มีการอบรมการดูแลประคับประคองในเครือข่าย รพ.สต. 22 แห่ง เป็นประจำทุกปี โดยสอดแทรกการดูแลประคับประคองไปในหลักสูตรพื้นฟูความรู้เรื่องอื่น

4. ระบบสนับสนุนและการประสานงานแบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-ปัจจุบัน มีการใช้ application line เรียก FCT (Family Care Team) line ให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุกแห่ง โดยใน line มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาล เภสัชกร ทำให้สามารถบูรณาการบริการทั้ง palliative care และการปรึกษาปัญหาสุขภาพอื่น และระบบส่งต่อ ที่มีประสิทธิภาพ²⁶

5. มีระบบพัฒนาการคุณภาพต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลงานวิจัยในงานประจำ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญจะเห็นได้ว่า จำนวนของการรับคำปรึกษาเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด จาก 148 ราย/ปี เป็น 400 กว่ารายในไตรมาส 3 ปีล่าสุด อย่างไรก็ตามแนวโน้มการปรึกษาระยะต้นมีแนวโน้มลดลง (ไม่แน่ใจว่าถูกต้องไหม) จากร้อยละ 50-60 ในอดีตมาเป็นร้อยละ 30 ในปีล่าสุด เนื่องจากการเริ่มมีการปรึกษาจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากขึ้น จากการอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะร่วมกับการให้ความรู้กับแพทย์ในองค์กร แต่สิ่งนี้สะท้อนอีกด้านถึงการขาดความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในโรงพยาบาล ต่อประโยชน์ของการส่งปรึกษาในระยะต้นช่วยให้ทีมมีเวลาเตรียมผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การเติบโตของการปรึกษาผู้ป่วยที่มีเชิงบวกมีสัดส่วนเพิ่มในระดับต่อๆ ไปร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 12 แสดงถึงการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มนี้ยังเป็นจุดที่โรงพยาบาลแม่สอดต้องพัฒนา

ข้อมูลในส่วนกระบวนการให้การดูแล เนื่องจากทีมมีเวลาดูแลผู้ป่วย ประมาณ 9-12 สัปดาห์สุดท้ายของชีวิต ทำให้เราจัดบริการดูแลต่อเนื่องทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอก การเยี่ยมบ้านได้อย่างน้อย 2 ครั้ง คือการเยี่ยมประเมิน และเยี่ยมเพื่อดูแลในระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ตลอดจนมีการควบคุมอาการปวดที่ดี และ การวางแผนล่วงหน้าที่สูงขึ้นจากร้อยละ 60-70 เป็นร้อยละ 95 ส่งผลต่อ out-

come indicator คือ ด้วยโมเดลแบบผสมผสานแบบ โรงพยาบาลแม่สอด ผู้ป่วยร้อยละ 60 เสียชีวิตที่บ้าน มีอัตราการสื่อสารท่อช่วยหายใจต่ำ การดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามเจตนา-ร่มณ์เกินร้อยละ 90 และการใช้บริการห้องฉุกเฉินต่ำ จากงานวิจัยของโรงพยาบาลแม่สอด พบว่า การทำ advance care plan (ACP) ลดโอกาสการสื่อสารท่อช่วยหายใจได้อย่างมีนัยสำคัญ²⁷

6. โรงพยาบาลแม่สอดเข้าร่วมเครือข่ายวิจัย ร่วมกับเครือข่าย Thai Palliative Care Network (TPCN) โดยร่วมวิจัยสำรวจ Integration of Specialist Palliative Care into Tertiary Hospitals ในปี พ.ศ. 2561²⁸ และได้ร่วมวิจัยสำรวจการค้นหาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการแบบประคับประคองในชุมชนกับคณะสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปี พ.ศ. 2564-2565^{29,30} ทำให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ของทีมในการทำงานประจำสู่งานวิจัย

7. ระบบการเงินการคลังสุขภาพ ผลจากการขยายการให้บริการการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด มีแนวโน้มสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช. ต้านการจัดบริการเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าหลังปี พ.ศ. 2563 การจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากมีพยาบาลเต็มเวลา ในปี พ.ศ. 2566 มีแพทย์เฉพาะทางที่จัดการดูแลประคับประคองกลับมา ทำให้การเบิกจ่ายได้ดีขึ้น ดังรูปที่ 3 ทีมได้นำข้อมูลนี้แจ้งแก่กรรมการบริหารโรงพยาบาลแม่สอด มีผลให้ได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นอย่างดี (จ้างเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเพื่อดูแลงานเอกสารแทนพยาบาลวิชาชีพ ในปี งบประมาณ 2567)

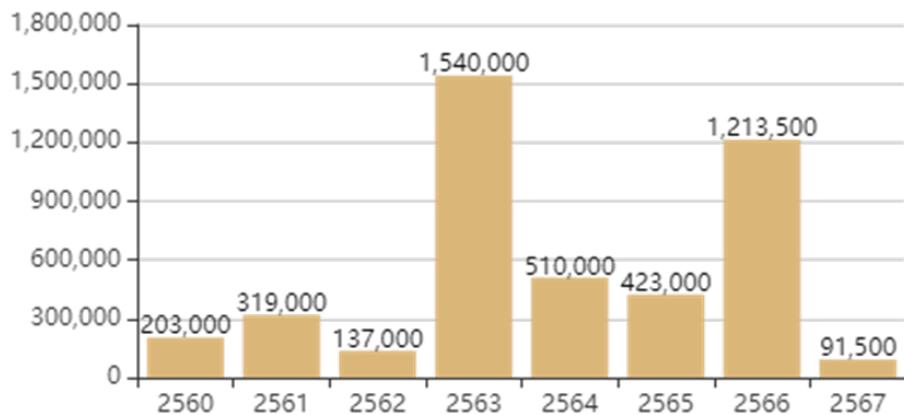
ตลอดที่เรียนผ่านประสบการณ์การดำเนินงานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลแม่สอด

เผยแพร่และแลกเปลี่ยนแนวคิดกับเครือข่ายนอกโรงพยาบาล

นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ ได้เริ่มเขียนบันทึกการพัฒนาทีมและการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด เป็นบันทึก “รัก palliative care” ใน Blog gotoknow ซึ่งเป็นชุมชนออนไลน์ด้านการความรู้ รวมทั้งสิ้น 86 บทความในช่วงเวลา ตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2554³² บันทึกดังกล่าว

ตารางที่ 1. ผลการดำเนินงานการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแมemosoth ปี พ.ศ. 2561-2566

ตัวชี้วัด		2561	2562	2563	2564	2565	2566 3 ไตรมาส
Input indicators	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	148	222	340	335	358	410
	PPS >50 เข้าสู่บริการ (early palliative care accessibility)	52.63	45.89	72.72	85.47	42.74	30.98
	รับประทานยาและดูแลผู้ป่วยเข้าสู่บริการจนถึงสิ่งสืบสาน (สูงสุด)	NA	10.14	9.43	12.5	17.08	12.86
	รับประทานยาและดูแลผู้ป่วยเข้าสู่บริการตามที่ต้องการตามประดุจและประดุจ	7.43	11.26	10.29	10.44	14.80	12.68
Process indicators	รับประทานยาและดูแลผู้ป่วยเข้าสู่บริการรักษาประทุมทางการแพทย์โดยป้องกัน	84.1	84.3	83.8	91.6	90.48	90.50
	รับประทานยาและดูแลผู้ป่วยเข้าสู่บริการตามมาตรการป้องกันภัยที่ดี	93.9	80.9	93.4	85.6	NA	NA
	รับประทานยาและดูแลผู้ป่วยเข้าสู่บริการตามมาตรการป้องกันภัยที่ดี	84.12	73.29	88.89	58.65	87.2	88.23%
	รับประทานยาและดูแลผู้ป่วยเข้าสู่บริการตามมาตรการป้องกันภัยที่ดี	82.6	57.5	81.3	73.0	84.76	95.53%
	รับประทานยาและดูแลผู้ป่วยเข้าสู่บริการตามมาตรการป้องกันภัยที่ดี	NA	NA	3.3	1.6	4.78	2.08
	Palliative care clinic visit (ครั้ง/คน)	NA	NA	2.21	2.47	4.28	2.73
	Home visit (ครั้ง/คน)	1.50	0.43	0.26	0.26	0.90	0.78
Outcome indicators	ER visit (ครั้ง/คน)	63.16	59.59	72.73	72.73	65.71	-
	รับประทานยาและดูแลผู้ป่วยเข้าสู่บริการตามมาตรการป้องกันภัยที่ดี	36.84	40.41	27.27	27.27	34.29	-
	รับประทานยาและดูแลผู้ป่วยเข้าสู่บริการตามมาตรการป้องกันภัยที่ดี	4.21	6.85	3.03	3.03	1.43	-
	รับประทานยาและดูแลผู้ป่วยเข้าสู่บริการตามมาตรการป้องกันภัยที่ดี	94.7	88.6	76.7	76.7	96.63	97.07
	รับประทานยาและดูแลผู้ป่วยเข้าสู่บริการตามมาตรการป้องกันภัยที่ดี	-	97.81	92.89	90.00	91.90	



รูปที่ 3. ผลการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง(บาท/ปี) แยกรายปี³¹

หมายเหตุ: ปีงบประมาณ 2567 ได้แก่ เดือน ตค.2566-พฤษจิกายน 2566

ทำให้ได้รู้จักชุมชนนักปฏิบัติ เชื่อมโยงเครือข่าย จนมีโอกาสได้ร่วมงานกับพุทธิกา โรงพยาบาลแม่สอด ได้เชิญพระอาจารย์ไพศาล วิสาโล ทีมวิทยากรจากพุทธิกาและเสนอสิ่งที่น่าสนใจ “แพทย์ความตายอย่างสงบ” ทั้งสิ้น 2 รุ่น ณ โรงพยาบาลแม่สอด ให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับผู้ปฏิบัติ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน และบุคลากรที่สนใจ และใน เวลาต่อมาได้ร่วมเป็นกระบวนการเผยแพร่ความตายอย่างสงบในเขตภาคเหนือตอนล่าง

นอกจากนี้ ได้ร่วมงานกับเครือข่าย palliative care ในโรงเรียนแพทย์ และ สปสช. ได้เป็นหนึ่งในคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สปสช. ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 และในเวลาต่อมาได้ร่วมทำวิจัยแบบสำรวจการองค์ประกอบระบบการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 พบร่วมระบบการดูแลประคับประคองในเวลานั้นยังขาดความพร้อม มีข้อจำกัดทั้งเรื่องความครอบคลุมของบริการ ศักยภาพบุคลากรและการเข้าถึงยาโอปิอยด์^{16,33,34}

จากความสนใจส่วนตัวสู่การศึกษาต่อเนื่องและสร้างเครือข่ายระดับภูมิภาค

ในปี พ.ศ. 2553 ได้เข้าร่วมศึกษาต่อในหลักสูตร Graduate Certificate in Health (Palliative Care) จัดโดย Asian Pacific Hospice Network ร่วมกับ Flinders University, Adelaide, Australia เป็นหลักสูตรระยะ

เวลา 1 ปี ณ ประเทศสิงคโปร์ ได้มีโอกาสเรียนรู้การดูแลประคับประคองและห้องดูงานใน well-developed hospice ซึ่ง นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ เลือกดูงาน Hospice Malaysia ประเทศมาเลเซีย³⁵ เนื่องจากมีบริบทการทำงานแบบ community based palliative care คล้ายคลึงกับ โรงพยาบาลแม่สอด ฯ. ตาก หลังการดูงานเสร็จสิ้นได้ตีพิมพ์บทความการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนื่อยที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านร่วมกับ mentor และ Dr. Ednin Hamzah, CEO Hospis Malaysia³⁶ และ หลังกลับมาประเทศไทยได้นำรูปแบบการจัดการอาการหนื่อยที่บ้านของ Hospis Malaysia มาปรับใช้ได้ผลดี

ปี พ.ศ. 2562 เป็นตัวแทนราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย 2 ครั้ง ได้แก่ ได้รับการคัดเลือกให้ทำ workshop เรื่อง “Practical opioids management in primary palliative care setting from walking in till the last day of life: an interactive case study” ในการประชุม WONCA Asia Pacific Regional Conference, Kyoto, Japan, 2019 และ ร่วมประชุม Roundtable discussion “Family Doctors improving care management for patients with chronic pain” WONCA-APAC Region, Singapore ปี ค.ศ. 2019 และในปีเดียวกัน ได้เป็นศึกษาหลักสูตร Fellowship Certificate in Palliative Care, Institute of Palliative Medicine (IPM) เมือง Kerala ประเทศอินเดีย³⁷ ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง St Christopher’s Hospice, London,

United Kingdom ร่วมกับ IPM โดย IPM เป็นศูนย์ประสานงานองค์กรอนามัยโลกด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านดูแล long term care and palliative care³⁸ หลังจากการศึกษา ได้รับเชิญเป็น Public Health Expert ขององค์กรอนามัยโลกภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เรื่อง “Integration of palliative care in Primary Health Care” ในการประชุม “Regional workshop to improve palliative care in the context of COVID-19 pandemic in the SEA Region” ในช่วงวันที่ 8-9 เมษายน พ.ศ. 2564 (teleconference)

โอกาสเรียนรู้กับการทำงานด้านนโยบาย

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ ได้มีโอกาสเป็นประธาน service plan การดูแลและคัด别ประคอง จังหวัดตาก คณะกรรมการเขต 2 และระดับประเทศ โดยได้รับมอบหมายให้เป็น ประธานคณะกรรมการด้านสนับสนุนการประสานเครือข่ายพื้นที่ มีหน้าที่และอำนาจจัดทำร่างโครงการที่จะสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย palliative care ในชุมชน โดยใช้ชั้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กปท.) เพื่อให้เป็นตัวอย่างให้พื้นที่นำไปใช้เป็นแบบอย่าง ได้มีส่วนร่วมในการให้ความเห็นต่อนโยบายการดูแลในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

ร่วมเป็นอนุกรรมการร่างหลักสูตรหลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง พ.ศ. 2561²² และ พ.ศ. 2566²³ ได้ร่วมเป็นอนุกรรมการร่างนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563¹² และมาตรฐานการวางแผนการดูแลผู้ป่วยหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565¹³

อภิปราย

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผลงานของการดูแลและคัด別ประคองในประเทศไทย

จากการนี้ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก แสดงให้เห็นถึงบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีส่วนร่วม

ตั้งแต่จุดเริ่มต้นพัฒนาการดูแลและคัด別ประคองในระดับพื้นที่ ทั้งในโรงพยาบาล และในปฐมภูมิ เชื่อมกับชุมชน พร้อมกับโอกาสที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้มีโอกาสเรียนรู้กับภายนอก ทั้งในและต่างประเทศ เป็นบทเรียนให้การจัดการพัฒนาระบบดูแลและคัด別ประคองมีคุณภาพ เป็นระบบที่ชัดเจนมากขึ้น เป็นบริการที่ผู้สูงอายุและครอบครัว ได้รับการดูแลและคัด別ประคอง ไม่ยากที่จะเข้าใจและปรับตัว ที่เชื่อมการบริการทางการแพทย์ กับการดูแลชีวิตคนที่มีสังคม บริบทที่แตกต่าง รวมทั้งบทบาทหน้าที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่หน้าที่เป็นผู้เชื่อมประสานที่ดีอยู่แล้ว จึงนำไปสู่การเป็นผู้นำเชิงระบบในระดับพื้นที่ ได้ไม่ยาก และสามารถขยายต่อไปได้ถึงระดับเขตและประเทศ

ผลลัพธ์ของการพัฒนา

จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลแม่สอด เริ่มให้บริการการดูแลและคัด別ประคองในรูปแบบสมพานจนเป็นต้นแบบ การพัฒนาทั้งในมิติการวัดผลงานของการให้บริการ ผลงานวิชาการและการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้มีส่วนร่วมและมีบทบาทตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน ผลลัพธ์การบริการได้ขยายวง ครอบคลุมมากขึ้น จากการวิจัยแบบสำรวจโดย TPCN ใน พ.ศ. 2561 พบว่า การเข้าถึงบริการการดูแลและคัด別ประคองผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 17.3 ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองมีการบันทึก ACP ในเวชระเบียนเพียงร้อยละ 28.4 อีกทั้งพบว่า กลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี และผู้ป่วยมะเร็งจะเข้าถึงบริการมากกว่า ตามลำดับ³⁹ ในงานวิจัยนี้ 7 ใน 13 สถาบัน มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่มีนำ ต่อมากข้อมูล service plan palliative care ในปี พ.ศ. 2565 (ภายในเวลาเพียง 5 ปี) มีการขยายบริการอย่างมาก มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด 112,278 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าการบริการดูแลแบบประคับประคองสูงอายุ ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด และ มีผู้ป่วยประคับประคองตามกลุ่มโรคที่พบบ่อย 5 อันดับ คือ โรคมะเร็งร้อยละ 33 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 17 โรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 12 โรค

Services Availability

	BA	BH	IN	ID	MA	MY	NE	SL	TH	TL
PC Spread	2/10	1/10	3/10 (7/10)	3/10	-	3/10	3/10	3/10	8/10 (10/10)	-
PC Home Care Spread	2/10	1/10	2/10 (6/10)	2/10	-	1/10	3/10	2/10 (3/10)	7/10 (8/10)	-
PC in PHC reaches 50% or more patients in need	No	No	No	No	No	No	No	No	Yes	No
Cancer or Cancer +	C+	C	C+	C+	C+	C	C+	C	C+	C
Multi sector partnerships	Yes	No	Yes	Yes	-	Yes	Yes	Yes	Yes	-

Highly restricted to very few locations

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Widely available across the country

WHO SEAR Palliative Care Conference 8-9 April 2021

รูปที่ 4. เปรียบเทียบการมีระบบบริการการดูแลประคับประคองในประเทศไทยกับ SEARO⁴²

BH = Bhutan, BA = Bangladesh, IN=India, ID=Indonesia, MA=Maldives, MY=, NE=Nepal, SL=Sri Lanka, TH=Thailand, TL= Timor Leste

หัวใจวายเรื้อรังร้อยละ 9 และ โรค COPD ร้อยละ 6 ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะประคับประคอง/ระยะท้าย ผลงานในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยประคับประคองร้อยละ 29.8 เข้าถึง strong opioids ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร้อยละ 40.99 และทำ ACP ร้อยละ 61⁴⁰

หลังจากนโยบาย service plan การดูแลประคับ-ประคอง เริ่มมีการจัดบริการร่วมกันกับหน่วยบริการปฐม ภูมิ มีผู้ป่วยที่รับบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านเพิ่มขึ้น มีการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อดูแลเพิ่มขึ้น ผลดีของนโยบายนี้คือสามารถลดจำนวนครั้งการเข้าอนโรงพยาบาลลดลง ขณะที่ค่าเบิกจ่ายการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง⁴¹

การประชุม Regional workshop to improve palliative care in the context of COVID-19 pandemic in the South East Asia (SEA) Region ในปี พ.ศ. 2564 ได้มีการประเมินสถานการณ์การดูแลประคับประคองใน 10 ประเทศ พบว่า ประเทศไทยมีความก้าวหน้าทั้งในเรื่องนโยบาย งบประมาณทั้งภาครัฐและเอกชน ด้านการศึกษาในระดับประกาศนียบัตร การมีเยียและบวมกານการใช้ยา morphine อีกทั้งระบบบริการประคับประคองตามรูปที่ 4 เห็นได้ว่าประเทศไทยมีการให้บริการประคับ-ประคองในวงกว้าง มีบริการการดูแลถึงบ้าน มีการกระจาย

การดูแลประคับประคองสู่ระบบบริการปฐมภูมิมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลประคับ-ประคอง ผู้ป่วยทั้งหมดเริ่งและมีใช่เมื่อเร็งสามารถเข้าถึงบริการได้⁴²

จากข้อมูลดังกล่าวมาทั้งหมด ถือว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาการดูแลเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพของประเทศไทยถึงระดับการดูแลปฐมภูมิ โดยที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นกลุ่มบุคลากรสำคัญที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองทั้งในส่วนโรงพยาบาล และส่วนที่เชื่อมโยงบริการไปที่บ้าน และในชุมชน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาโดย TPCN (ศรีเวียงไพโรจน์กุล และคณะ) พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองโดย อสม. ว่าต้องการการดูแลแบบประคับประคองในต.แม่ปะ อ.แม่สอด มีจำนวน 44 ใน 6,419 ประชากร (6.85 ต่อ 1,000 ประชากร) เมื่อตรวจสอบโดยทีม palliative care พบว่า เข้าเกณฑ์ จริง 13 ใน 6,419 ประชากร (2.03 ต่อ 1,000 ประชากร) สัดส่วนผู้ป่วย long term care ที่เข้าเกณฑ์ palliative care 8 ใน 34 ราย (ร้อยละ 23.5) การสำรวจครั้งนี้พบทั้งผู้ป่วยระยะท้าย และผู้ป่วย long term care รายใหม่ แสดงให้เห็นว่า ในชุมชนโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่ม long term care ยังเข้าไม่ถึงการดูแล

ประคับประคอง^{29,30} เป็นที่มาซึ่งการผลักดันให้ผู้สมมติสามารถเข้าร่วมในการดูแลประคับประคองเข้ากับการดูแลระยะยาวในชุมชน โดยผู้สมมติสามารถวางแผนดูแลล่วงหน้า (ACP) เข้ากับการทำ care plan ของ Care manager และ care giver ในปี พ.ศ. 2566

สรุป

จากการณีศึกษาจะเห็นบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานต่อเนื่องยาวนานในประเด็นการดูแลแบบประคับประคอง จุดเด่นของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำให้สามารถผลักดันการดูแลประคับประคองของ โรงพยาบาลแม่สอดให้เป็นที่ยอมรับทั้งในและนอกโรงพยาบาลได้เกิดจาก การสร้างทีมสาขาชีวิชาชีพ (multidisciplinary team approach) ผู้สมมติสามารถดูแลประคับประคองเข้ากับการดูแลปัจมุกุฎี สามารถติดตามผู้ป่วยได้ถึงบ้านเกิดการดูแลต่อเนื่อง (continuous care) ร่วมมือกับเครือข่าย รพ.สต. และเครือข่ายในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี สามารถประสานงาน (coordination care) มีการเผยแพร่ผลงานผ่านการงานเขียน เกิดเครือข่ายทั้งระดับผู้ปฏิบัติ องค์กรที่มีทั้งระดับพื้นที่และระดับภูมิภาค เริ่มพัฒนาตัวเองเน้นด้านวิชาการจนเกิดงานวิจัย ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลการเงินการคลังในการให้ข้อมูลผู้บริหารและเพื่อนร่วมวิชาชีพในโรงพยาบาลให้เห็นความสำคัญและเข้าใจการดูแลประคับประคองได้อย่างถูกต้องจนได้รับการสนับสนุนจากคนในโรงพยาบาลแม่สอด มีความสนใจงานนโยบายและร่วมทำงานผลักดันนโยบายผ่าน service plan ประคับประคอง โดยใช้งานวิจัยที่นำมาสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

1. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45:1094-106.
2. Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59:794-807.e4.
3. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 26]. Available from: <https://eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>
4. Pairojkul S. Network of Primary Palliative Care in Thailand: a prototype driven by education. In: Silbermann M, editor. *Palliative care for chronic cancer patients in the community global approaches and future applications*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 521-31.
5. มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา. แจ้งความตายนอย่างสงบ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 26 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://budnet.org/project/peaceful-death/>
6. ชีวามิตร. เกี่ยวกับเรา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://cheevamitr.com/about>
7. Kanjanopas T. Peaceful Death. 2023 [cited 2023 Oct 5]. Development of Palliative Care in Thailand. Available from: <https://en.peacefuldeath.co/development-of-palliative-care-in-thailandthago-on-kanjanopas-department-of-internal-medicine-hatyai-hospital-songkhla-province-thailand/>
8. ประเวศ วะสี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. จัดการความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม “พลังความรู้ สู่การเขี้ยวอนภูเขา.” 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/media/detail/4645>
9. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย. ความเป็นมาของสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaps.or.th/story/>
10. Suvarnabhumi K, Sowanna N, Jiraniramai S, Jaturaporn D, Kanitsap N, Soorapanth C, et al. Situational Analysis of Palliative Care Education in Thai Medical Schools. *Palliative Care*. 2013;7:25-9.
11. Karunruk Palliative Care Center. Karunruk Palliative Care Center [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 29]. Available from: <http://karunruk.org/home/>
12. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2555.
13. พระราชบัณฑิตสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 พ.ศ. 2550. ราชกิจจานเบกษา เล่ม 124, ตอนที่ 16 ก, หน้า 1. (19 มี.ค. 2550)
14. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ. นิยามบัญชีการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563.
15. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 (Thai standards for advance care planning).
16. Thongkhamcharoen R, Phunggrassami T, Atthakul N. Regulation of opioid drugs in Thai government hospitals: Thailand national survey 2012. *Indian J Palliat Care*. 2014;20:6-11.
17. Resolution WHA 67.19. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment

throughout the life course. Vol. 2014. 2014.

18. อาการ พัฒนเรื่องใกล้ บรรณาธิการ. List disease of Palliative care and Functional unit. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์; 2559.
19. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2561.
20. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มค.1) สาขาวิชาศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2562.
21. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มค.1) สาขาวิชาศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/1t7NLeU0Bu75Kd5YYvufYTPKO1uPdvt/view>
22. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรม เพื่อประกาศนียบัตร วิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง พ.ศ. 2561.
23. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรม เพื่อประกาศนียบัตร วิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง พ.ศ. 2566.
24. โภจนศักดิ์, ทองคำเจริญ. บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: กรณีศึกษาจากโครงการ กัญญาณมิตรอ.แม่สอด. ใน: สายพิณ, หัดศรีรัตน, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ครอบครัว: แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย. นนทบุรี: สมมิตรพิริ้นต์ตั้งแอนด์พับลิชิ่ง; 2553. หน้า 277-92.
25. โภจนศักดิ์, ทองคำเจริญ. Maesot Palliative care interdisciplinary team based practice. ใน: กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, บรรณาธิการ. เอกสารประกอบการประชุม the 3rd Thailand elderly health service forum 2018 "Aging health for aged society 2020" 13-15 มิถุนายน ณ โรงแรมเซนทารา แจ้งวัฒนะ. กรุงเทพ; 2561.
26. ภัณรัตน์ ศรีราชาธิคุณ. เทคโนโลยีสื่อสารออนไลน์ และการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่ท่องเที่ยว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2019;2:25-33.
27. ภัณรัตน์ ศรีราชาธิคุณ, ศรีจิต เนติภูมิกุล. ผลของการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะสุดท้ายของชีวิต ในคลินิกการดูแลประคับประคอง รพ. แม่สอด จ. ตาก. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2021;4:97-111.
28. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Sorasit C, Nakawiro P, Sudsa S, et al. Integration of Specialist Palliative Care into Tertiary Hospitals: A Multicenter Point Prevalence Survey from Thailand. Palliative Medicine Reports. 2021;2:272-9.
29. นิทรา กิจธีราชวุฒิวงศ์, อรุณรัตน์ กิรติศิริโจน์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, กีรติ กิจธีราชวุฒิวงศ์, โภจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. โครงการย่อใหญ่ที่ 3 การวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนาบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนโดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=40122>
30. Kitreerawutiwong N, Kitreerawutiwong K, Keeratisiroj O, Mekrungrengwong S, Thongkhamcharoen R. Methods used to identify the prevalence of palliative care needs: An integrative review. Palliative & supportive care. 2023;1-16.
31. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บริการผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) หน่วยบริการ: 10723-รพ.แม่สอด จ.ตาก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://mishos.nhso.go.th/mis_hos/#/Central/palliativecare
32. โภจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. รัก palliative-GotoKnow [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/blog/palliativelover>
33. Thongkhamcharoen R, Phunggrassami T, Athakul N. Palliative care and essential drug availability: Thailand National Survey 2012. Journal of Palliative Medicine. 2013;16:546-50.
34. Phunggrassami T, Thongkhamcharoen R, Athakul N. Palliative care personnel and services: a national survey in Thailand 2012. J Palliat Care. 2013;29:133-9.
35. โภจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. Hospis Malaysia. จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง. 2554;3:6-14.
36. Thongkhamcharoen R, Agar M, Breaden K, Hamzah E. Dyspnea management in Palliative home care: A case series in Malaysia. Indian J Palliat Care. 2012; 18:128-33.
37. โภจนศักดิ์ ทองคำเจริญ เอกภพ สิทธิ์วรวนธรรม. การสร้างความร่วมมือระหว่างชุมชนและทีมสุขภาพในงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย: บทเรียนจากเกรียงถึงแม่สอด. ใน: เอกภพ สิทธิ์วรวนธรรม, ปองกมล สุรัตน, รุนิดา อภิชนากุล ชัย อด, editor. ชุมชนกรุงนาโนมิตใหม่ของสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สสส. และ กลุ่ม Peaceful Death; 2562. หน้า 19-24.
38. Institute Of Palliative Medicine [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.instituteofpalliativemedicine.org/about.php>
39. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Sorasit C, Nakawiro P, Sudsa S, et al. Integration of Specialist Palliative Care into Tertiary Hospitals: A multicenter point prevalence survey from Thailand. Palliative Medicine Reports. 2021;2:272-9.
40. Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. 2565. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5
41. สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์. สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์. สปสช. หนุน "ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย" จัดสิทธิประโยชน์ดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thainews.prd.go.th/news/detail/WNSOC6011200010040>
42. Ramakrishnan JK. Situation Assessment of Palliative Care in South East Asia Region. In: Regional workshop to improve palliative care in the context of COVID-19 pandemic in the SEA Region 8-9 April 2021.

บทความพิเศษ

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยกับการสร้างองค์ความรู้ในระบบสุขภาพไทย

สุพัตรา ศรีวนิชชากร, พบ., วว.เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบบดิจิทัล), อว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹,
โรจนคั้กดี ทองคำเจริญ, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว²

¹ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร, ² กลุ่มงานเวชกรรมลังค์คอม โรงพยาบาลแม่สอด, จังหวัดตาก

ผู้รับผิดชอบบทความ:

สุพัตรา ศรีวนิชชากร, พบ.,
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์
ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ชอยศุนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่
บางกะปิ ห้วยขวาง
กรุงเทพมหานคร 10310,
ประเทศไทย
Email: Spsrivanich@gmail.com

Received: September 15, 2024;

Revised: September 19, 2024;

Accepted: September 24, 2024

บทคัดย่อ

บทความนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนผลลัพธ์ และผลกระทบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยต่อระบบสุขภาพไทยในด้านต่าง ๆ โดยบทความนี้นำเสนอผลงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในด้านการพัฒนาองค์ความรู้วิชาการ ในระบบสุขภาพไทย ซึ่งมีเนื้อหา 3 ส่วน ส่วนแรกเป็นการทบทวนเอกสารงานวิจัย บทเรียน ประสบการณ์ในต่างประเทศ และในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง ส่วนที่สองนำเสนอผลลัพธ์งานวิชาการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยใน 5 ประเด็น โดยใช้กระบวนการศึกษาผ่านการทบทวนบทความวิจัยตีพิมพ์โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในระยะกว่าสองศตวรรษที่ผ่านมา ที่สะท้อนถึงสถานการณ์ที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยได้เผชิญว่าเป็นเรื่องอะไร และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทร่วมในการตอบสนองต่อปัญหา และแก้ปัญหาบริการสุขภาพ ในแต่ละด้านนั้นอย่างไร ส่วนที่สาม เป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์ ที่แปลความจากผลการศึกษา ส่วนที่สอง เพื่อนำไปสู่การสรุปบทเรียน และพัฒนาข้อเสนอต่อการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว ในระยะต่อไป

คำสำคัญ: ไทย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว องค์ความรู้ ระบบสุขภาพไทย งานวิจัย

SPECIAL ARTICLE

Thai Family Physician and Knowledge Building in The Thai Healthcare System

Supattra Srivanichakorn, MD., MPH, Cert. Board (Epidemiology), Dip. Thai Board of Family Medicine, FRCFPT¹, Rojanasak Thongkhamcharoen, MD., Diploma, Thai Board of Family Medicine²

¹*The Royal College of Family Physicians of Thailand, Bangkok, ²Department of Social Medicine, Maesot Hospital, Tak, Thailand*

Corresponding author :

Supattra Srivanichakorn, MD., President of The Royal College of Family Physicians of Thailand, Soi Soonvijai, New Petchburi Rd., Bangkapi, Huakwang, Bangkok 10310, Thailand

Email: spsrivanich@gmail.com

Received: September 15, 2024;

Revised: September 19, 2024;

Accepted: September 21, 2024

ABSTRACT

This article is a part of the review of Thai family physicians' contributions to the Thai healthcare system over the past two decades. It focuses on the academic development of these. This is divided into three sections.

The first section reviewed relevant research, lessons learned, and experiences from both Thai and international contexts. The second section summarized five scoping reviews conducted by Thai Family Physicians in the past two decades. These reviews highlighted common health problems encountered by Thai Family Physicians, their responses, and the solutions they implemented.

The final section analyzed and interpreted the results of the second section to identify key lessons and make recommendations for future developments in Family Medicine

Keywords: Thai, family physician, knowledge, healthcare system, research

ที่มา และพัฒนาการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย

การพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยเริ่มต้นมาเป็นเวลากว่า สหัสวรรษตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 ในส่วนที่เป็นการตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และในปี พ.ศ. 2538 มีการนำเอาระบบเวชปฏิบัติครอบครัวเข้าไปเป็นกลยุทธ์หนึ่งของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และพัฒนาระบบสุขภาพที่ลดปัญหา over-specialization ที่ทำให้เกิดการดูแลแบบแยกส่วน¹ และปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่มีความชำนาญในการดูแลสุขภาพประชาชนที่บริการด้านแรกทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท และมีการพัฒนาให้มีการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเชี่ยวชาญในด้านกว้าง (generalist) และมีอัตลักษณ์สำคัญในการดูแลเป็นองค์รวม (Holistic) ดูแลเป็น “คน” ไม่ใช่แค่ “โรค” ที่บูรณาการเชื่อมโยงความรู้ทางด้านการแพทย์ การดูแลทางกายและใจ เชื่อมโยงกับการดูแลด้านสังคม และเศรษฐกิจ เพื่อทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสม²

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาโครงการที่มีการนำศาสตร์วิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มาเป็นองค์ความรู้ และกลยุทธ์สำคัญในการยกระดับคุณภาพ และเพิ่มศักยภาพของทีมงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ เป็นการเพิ่มคุณค่าของบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ด้อยกว่าบริการเฉพาะทางอื่นที่ให้บริการในโรงพยาบาล และเห็นว่า “เวชศาสตร์ครอบครัว” เป็นจุดด้านสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพไทย มีการทดลองนำร่องการพัฒนาทีมเวชปฏิบัติครอบครัว ให้แก่หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิ และเป็นบริการด้านแรกในพื้นที่โรงพยาบาล 4 ภูมิภาค² จัดตั้งเป็นหน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ ก่อนที่จะมีการปฏิรูปในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย มีการพัฒนาระบบการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่เป็น hospital

based และ community based (ซึ่งเดิมใช้ คำว่า in-service training) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 จนถึงปัจจุบัน ในหลักสูตรการฝึกอบรมนั้น มีการจัดให้มีการเรียนรู้แก่แพทย์เพื่อให้สามารถจัดบริการดูแลสุขภาพอย่างสมมเสมอ บูรณาการ ดูแลประชาชนในความรับผิดชอบที่มีปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ ทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มโรคที่พบบ่อย ทั้งที่เป็นการให้บริการในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีความสามารถด้านนี้ยื่นที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ กับผู้ป่วย การทำงานงานเป็นทีม การบริหารจัดการ ความรู้ ความเข้าใจในระบบสุขภาพ และมีความสามารถเรียนรู้ได้ต่อเนื่อง ความสามารถด้านการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้รวมถึงการพัฒนาโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชน³⁻⁵

ในระยะต่อมา เวชศาสตร์ครอบครัวได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่ออย่างกว้างขวางกว่าที่กำหนดในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในระบบกระทรวงสาธารณสุข มีการบรรจุประเด็นระบบบริการปฐมภูมิไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 ว่าด้วยรัฐ “ต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่งถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพ และมาตรา 258 ระบุว่าให้มีการปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิ และประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ สะดวก ทัดเทียมกันและให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และได้พัฒนาต่อมาเป็น พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่กำหนดมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสุขภาพ รับผิดชอบสุขภาพของประชาชน⁶

แพทย์ที่จัดการฝึกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จนถึงปี พ.ศ. 2566 มีแพทย์ที่จัดการฝึกอบรมได้ 4 หมู่บัตร จำนวน 1,692 คน และได้รับหนังสืออนุญาติ 6,489 คน (ในส่วนผู้ได้รับหนังสืออนุญาติ มีสัดส่วนจำนวนมากที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในลักษณะเวชปฏิบัติครอบครัว)⁷ แพทย์เหล่านี้ได้กระจายออกไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ในภาครัฐ สถาบันการศึกษา และเอกชน

พื้นฐาน องค์ความรู้สำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในนานาชาติ

ในระดับนานาชาติ ทั้งในประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนามีการพัฒนาเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวมาเป็นเวลาระยะนานกว่า 50 ปี โดยมีพื้นฐานการพัฒนาเพิ่มขึ้นหรือต่อเพิ่มเติมจาก เวชปฏิบัติทั่วไป (general practice) ความเป็นทั่วไป (generalist) ให้มีความเป็นองค์รวม และการดูแลต่อเนื่อง ดูแลเป็น “คน” ไม่ใช่แค่ “โรค” เป็นการดูแลที่เชื่อมโยงกับบริบทบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อตอบสนองต่อปัญหาอันเกิดจากระบบสุขภาพที่มีแนวโน้มการดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน แยกอวัยวะ อันเกิดจากความแยกย่อยเฉพาะทางจำนวนมากที่ทำให้ระบบการดูแลทางการแพทย์แยกห่างออกจากความเป็นมนุษย์มากขึ้น⁸⁻¹¹ ซึ่งไม่ต่างจากฐานที่มาของ การพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

พื้นฐานการพัฒนาองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ที่มีการบันทึกและสรุปไว้ในระยะเริ่มต้น โดย Kurt C. Strange และคณะ¹² คือ การประยุกต์และสังเคราะห์ข้อมูลความรู้ที่มาจากการหลายแหล่ง ได้แก่ 1) การสะท้อนมุมเวชปฏิบัติของแพทย์ผู้ให้บริการ 2) การนำเอาเสียงความต้องการ ความเห็นของผู้ป่วยมาประกอบการตั้งใจที่วิจัย และการแปลความ 3) เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ และ 4) การค้นหาประเด็นที่เป็นปรากฏการณ์ของโรค และการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะต่อมา การพัฒนาองค์ความรู้เหล่านี้ต้องใช้กระบวนการศึกษาหลายลักษณะ ทั้งที่เป็นศาสตร์ร่วมหลายสาขา (transdisciplinary) และกระบวนการมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดความเข้าใจความเชื่อมโยง เข้าใจความหมายและแปลความ ปรับเป็นเวชปฏิบัติ และเป็นแนวการดำเนินงานในระบบสุขภาพอย่างเหมาะสม

องค์ความรู้สำคัญสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ควรช่วยสนับสนุน 1) การบูรณาการความรู้ในมุมมองของแพทย์ทั่วไปและเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อดูแลตอบสนองต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน 2) การพัฒนาวิธีคิดที่ช่วยให้สามารถหาระบบทดูแลที่ผสมผสานเรื่อง การบูรณาการ การจัดลำดับความสำคัญ และการคงความสัมพันธ์ที่ดี 3) การจัดการศึกษาที่เป็น transdisciplinary, multimethod,

participatory 4) ยอมรับความรับผิดชอบของทุกส่วนทั้งในระดับบุคคล องค์กร ชุมชน อย่างน้อยสร้างให้เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้ ค้นหาข้อมูล ความรู้ที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีความกว้างขวาง ทำให้เป็นวิธีการที่บูรณาการ และยังคงสภาระสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับประชาชน

บทบาทและผลลัพธ์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นสาขาวิชาเฉพาะทางที่พัฒนาขึ้นที่ต่างจากสาขาอื่นที่ไม่ได้จำกัดขอบเขตเป็นการดูแลอวัยวะ หรือโรค แต่เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแพทย์ที่มีคุณภาพที่ดูแลปัญหาสุขภาพในทุกประเภทความเจ็บป่วย ดูแลคนทุกกลุ่มวัยตั้งแต่เกิดใหม่จนถึงแก่เฒ่า และเสียชีวิต เน้นการดูแลที่เข้าใจบริบทปัญหาทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม ดูแลประชากรในฐานะเป็นบริการด้านแรก และช่วยประสานการดูแลต่อเนื่องให้แก่ประชาชนผู้ประชากร โดยใช้ข้อมูลหลักฐาน และเทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนบริการอย่างอย่างเหมาะสม และคำนึงผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล และครอบครัว¹³ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของทีมสุขภาพ ในการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากร (population health) โดยเฉพาะในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านของลักษณะประชากรที่เป็นโรคเรื้อรังและการมีภาวะความเจ็บป่วยหลาย ๆ ด้าน เพิ่มมากขึ้น¹⁴

นอกจากนี้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังมีบทบาทในการใช้บริการระหว่างบริการปฐมภูมิ กับงานทางด้านสาธารณสุข (public health) และเป็นส่วนเชื่อมงานระหว่างงานในหน่วยบริการกับงานในชุมชน ในบางประเทศ ได้แก่ ออฟริกาใต้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะมีบทบาทสำคัญในการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของทีมในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งในพื้นที่ชนบทของแคนาดา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มีการพัฒนาทักษะเพิ่มขึ้นให้มีบทบาทดูแลสุขภาพประชาชนในระดับทุติยภูมิตัวอย่าง^{11,14}

ด้วยบทบาทที่กล่าวมาข้างต้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแบบบูรณาการที่ทำหน้าที่ให้บริการที่เข้าถึงได้ง่าย มีความต่อเนื่อง การ

ดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีทั้งในระดับบุคคล และชุมชน รวมถึงมีความจำเป็นที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องพัฒนาให้มีความสามารถในการเป็นผู้นำ และร่วมขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานไปพร้อมกันกับทีมงาน

การสร้างองค์ความรู้ และงานวิจัยกับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว

จากบทความที่ทบทวนเรื่องงานวิจัยในสหรัฐอเมริกา¹² ได้เสนอให้เห็นถึงความยากลำบาก และความซับซ้อน และประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้ แม้ว่าการสร้างองค์ความรู้ผ่านการวิจัยจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่แสดงความเป็นเฉพาะทางทางการแพทย์ แต่ในระยะแรกของการพัฒนาศาสตร์วิชาเวชศาสตร์ครอบครัว การวิจัยได้รับการให้ความสำคัญน้อย อย่างเช่นในสหรัฐอเมริกา ที่เริ่มต้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1969 แต่ปัจจุบันองค์ความรู้นี้เป็นฐานที่สำคัญต่อความสามารถในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ และความเป็นเฉพาะทาง

จากข้อมูลการศึกษาพบว่า การศึกษาวิจัยในด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายนอก ภายใน ได้แก่ 1) ความต้องการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จะแสดงความเป็นเฉพาะทางสาขานึงในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้วยกัน 2) ความไม่ชัดเจนของอัตลักษณ์เวชศาสตร์ครอบครัว 3) การที่ธรรมชาติงานวิจัยเวชศาสตร์ครอบครัวไม่ได้ใช้ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ (non-laboratory research) 4) การที่เวชศาสตร์ครอบครัวมักใช้ฐานข้อมูลจากเฉพาะทางสาขาอื่น และ 5) ความพยายามที่จะทำให้เป็นสถาบันวิชาการ (academic) สาขานึง อัตลักษณ์วัฒนธรรมสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัว คือ ความรู้ที่เป็นอัตลักษณ์ทั่วไป (generalist knowledge) ที่เพิ่มความเข้มแข็งแก่เวชศาสตร์ครอบครัวให้สามารถดูแลพัฒนาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้ดีขึ้น¹⁵

การจัดการงานวิจัยในเวชศาสตร์ครอบครัว ช่วงระยะแรกมีความไม่ลงตัว และบางส่วนเห็นว่าไม่สามารถเข้าไปในการฝึกอบรมเป็นคล้ายสิ่งแผลกปลอมในเวชปฏิบัติ อาจทำให้มีการผิดเพี้ยนไปจากการความสนใจที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตการทำงานด้านโรคและสุขภาพ¹⁶

จุดแข็งสำคัญของงานวิจัยของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ การใช้ฐานการวิจัยจากหน่วยบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงาน (เป็น practice-based research) ที่เนื่องเป็นหนึ่งห้องทดลอง ที่มีมุ่งมองไม่ใช่เฉพาะด้านทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีข้อมูลที่อธิบายในฐานะผู้สังเกต และมีส่วนร่วมอยู่ภายในห้องทดลอง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถเปิดโอกาสการเรียนรู้ได้กว้างทั้งในแง่การค้นหาประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญทั้งในด้านคลินิก ด้านพฤติกรรม ด้านการจัดบริการสุขภาพ และการจัดการศึกษา

ในมุมมองเชิงระบบมนิเวศน์และระบบวิทยา แสดงให้เห็นว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมในการศึกษาสาเหตุของโรคและความรู้สึกเจ็บป่วย ความซับซ้อนของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพหลากหลาย รวมถึงแสดงถึงความก้าวหน้า พัฒนาการของความเจ็บป่วย อาการแสดงต่าง ๆ รวมถึงความหมายของคำว่าสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการฟื้นตัว งานวิจัยในเวชศาสตร์ครอบครัวจึงมีจุดเน้นของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในมิติของครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ⁸

อุปสรรคสำคัญหนึ่งของการทำวิจัยของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ การหาประเด็นวิจัย และการหาเครื่องมือระเบียบวิธีการศึกษาที่เหมาะสมพอดี ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมจากระเบียบวิธีศึกษาจากศาสตร์สาขาต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วมากมาย ทั้งในแง่การจัดกลุ่มปัญหาสุขภาพที่ไม่ได้เป็นโรคที่เด่นชัด และการวัดผลลัพธ์ต่อสุขภาพ อีกทั้งกลุ่มที่เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณไม่ได้เข้าใจความซับซ้อน และธรรมชาติของงานเช่นนี้

ส่วนที่สอง ผลลัพธ์วิชาการ การสร้างองค์ความรู้โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย ในระยะ 20 ปี

ส่วนนี้นำเสนอผลลัพธ์งานวิชาการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา โดยใช้งานวิจัย 5 รายงาน ที่ใช้กระบวนการศึกษาแบบการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (scoping review) จากบทความวิจัยตีพิมพ์โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในระยะเวลากว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ที่มีการตีพิมพ์ในระบบฐานข้อมูล Famscholar ที่จัดทำขึ้นในปี พ.ศ. 2566 โดยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะ

ตารางที่ 1. การศึกษาวิจัย โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในระยะ 2 ศาสตร์ 2543-2566 ในกลุ่มนักศึกษาที่สุด 5 ด้าน

	Geriatric care (1)	NCDs (2)	Palliative (3)	Mental Health (4)	MCHs (5)
จำนำวัสดุงานการศึกษาที่เข้าสู่กระบวนการ	ทบทวน 87 บทความจำกัด ศึกษา 523 รายงาน	ทบทวน 74 บทความจำกัด ศึกษา 523 รายงาน	ทบทวน 81 บทความจำกัด ศึกษา 523 รายงาน	ทบทวน 57 บทความจำกัด ศึกษา 108 รายงาน	ทบทวน 47 บทความจำกัด วิจัย 5 งวด 564 รายการ
ระบบบริการศึกษา	ส่วนใหญ่ เป็น crosssectional ร้อยละ 62.5	ส่วนใหญ่ เป็น การศึกษาจัด ขวาง (cross-sectional) และ ร้อยละ 46	ส่วนใหญ่ เป็น การศึกษาจัด ขวาง (cross-sectional) และ การศึกษาบ่มีชีวิตรักษา (cohort) ร้อยละ 33.3	ส่วนใหญ่ เป็น การศึกษาจัด ขวาง (cross-sectional) และ การศึกษาบ่มีชีวิตรักษา (cohort) ร้อยละ 7	เป็นการศึกษา cross-sectional ร้อยละ 31.9, cohort ร้อยละ 21, case control ร้อยละ 11 และ experimental ร้อยละ 11
แนวโน้มด้านการรายงานการ	3, 4, 34, และ 42 บทความที่ ติดพิมพ์ใน พ.ศ. 2534-2543, 2544-2553, 2554-2563, 2564-2566 ตามลำดับ	4, 30, และ 40 บทความที่ ติดพิมพ์ใน พ.ศ. 2544-2553, 2554-2563, 2564-2566, 2564-2566 ตามลำดับ	แนวโน้มการศึกษาที่มีร่องรอย ตามพิมพ์ใน พ.ศ. 2549-2553, 2553-2558, 2559-2563, 2564-2566 จำนวน 1,6, 27, 47, 81 รายงาน โดยเฉพาะช่วง พ.ศ. 2554-2566	จำนวนนักการศึกษาเพิ่มเป็น 3, 25, และ 29 รายงานที่ พิมพ์ในช่วง พ.ศ. 2544-2553, 2554-2563 และ 2564-2566 จำนวน 7, 12, 17 และ 11 รายงาน ตามลำดับ	รายงานติดพิมพ์เป็น พ.ศ. 2534-2543, 2544-2553, 2554-2563, 2564-2566 จำนวน 7, 12, 17 และ 11 รายงาน ตามลำดับ
เนื้อหาการศึกษา	ส่วนใหญ่เนื้อหาการศึกษา เป็นด้านการพัฒนาเครื่องมือ แนวทางทั่วไปและมีสุขภาพ การวินิจฉัย และการบริหาร จัดการปัญหาสุขภาพสูงอายุ ที่พบบ่อย (validated tools and physical examination to diagnose and manage common geriatric syndromes) 37% และ ศึกษาที่ดำเนินการประเมิน สุขภาพสูงอายุแบบสมมติฐาน (perform comprehensive geriatric assessment) 24%	ส่วนใหญ่เนื้อหานักงานด้าน ภาษาที่ร่วมกับการศึกษาในผู้สูง อายุ ร้อยละ 57 ด้าน เมตาอิสิคิทิมตามร่องรอย 12 และด้านความตื้นโน๊ตติท ของนิรจักรส่วนใหญ่ที่มีความ การปฏิบัติ (ร้อยละ 90) และ ดำเนินการใน นิรจักรที่เป็นร่องรอยของ กับศรีวิทยาทางการแพทย์ โดย การศึกษาที่ร่วม prognosis นิรจักรและการพัฒนา participation ส่วนใหญ่เป็น ด้าน disease management ร้อยละ 66 และด้าน NCDs prevention and health promotion ร้อยละ 34	ส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุ 39.51 เป็น Cancer ร้อยละ 20 นิรจักรส่วนใหญ่ที่มีความ การปฏิบัติ (ร้อยละ 90) และ ดำเนินการใน นิรจักรที่เป็นร่องรอยของ กับศรีวิทยาทางการแพทย์ โดย การศึกษาที่ร่วม prognosis นิรจักรและการพัฒนา participation ส่วนใหญ่เป็น ด้าน disease management ร้อยละ 66 และด้าน NCDs prevention and health promotion ร้อยละ 34	เป็นการศึกษาในส่วนของที่แสดง ถึงการโรค ปัจจัยที่มีผลต่อ คัดกรองการสูบบุหรี่ในเด็ก นิรจักรที่เป็นร่องรอยและสุขภาพ พื้นที่ปรับเปลี่ยนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89) และการศึกษาใน เชิงการค้นหานักการแพทย์ทาง นิรจักรที่เป็นร่องรอยของ กับศรีวิทยาทางการแพทย์ โดย การศึกษาที่ร่วม prognosis นิรจักรและการพัฒนา participation ส่วนใหญ่เป็น ด้าน disease management ร้อยละ 66 และด้าน NCDs prevention and health promotion ร้อยละ 34	ส่วนมากเป็นการศึกษาเพื่อส่ง ถึงนักการแพทย์และบุคลากร เด็กในพื้นที่ เป็นการรับ จัดแสดงและสุขภาพ แม่ 33 บทความ (ร้อยละ 70) และปรับเปลี่ยนเด็ก 11 บทความ (ร้อยละ 28) เนื่องจาก เกี่ยวไปกับ สุขภาพของผู้พิพากษา ร้อยละ 23.4 ดำเนินการ เด็ก ร้อยละ 19.1. การป้องกัน การติดเชื้อจากแม่ตุ่นร้อยละ 12.8 ดำเนินคืน ร้อยละ 12.8, breastfeeding ร้อยละ 10.6, ปัญหาน่า 10.6%, teenage/ wanted pregnancy ร้อย ละ 6.4, และ late/no ANC ร้อยละ 4.3

ตารางที่ 1. การศึกษาวิจัย โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในประเทศไทย 2 ทศวรรษ ปี 2543-2566) “ไม่ถูกเนื้อหาที่เพิ่มมากที่สุด 5 ตัวน (ต่อ)

Geriatric care (1)	NCDs (2)	Palliative (3)	Mental Health (4)	MCHs (5)
Setting ของศึกษา 51.8 และในโรงพยาบาล ร้อยละ 33.7	เป็นการศึกษาในชุมชน ร้อยละ 51.8 และในโรงพยาบาล ร้อยละ 33.7	ศึกษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 51 ในชุมชน ร้อยละ 34 ร้อยละ 19 ศึกษาแบบ single center (ร้อยละ 79) และ 15 รักษาน (ร้อยละ 19) ศึกษาแบบ multicenter	ร้อยละ 75 ศึกษาในหน่วยเบริก แล้วร้อยละ 6 ศึกษาในชุมชน จำนวน “ไม่ได้” 40 อั้น ๆ ร้อยละ 14 ร้อยละ 41 ศึกษาในชุมชน	ศึกษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 46 ศึกษาในชุมชน ร้อยละ 40 อั้น ๆ ร้อยละ 14 ร้อยละ 53 ศึกษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 53 ศึกษาในชุมชน ร้อยละ 41 ศึกษาในชุมชน

แหล่งข้อมูล

- (1) Scoping review of the Geriatric care research published by family physicians in the Two Decades of Thai Family Physician.¹⁴
- (2) การบทบาทนักวิจัยชั้นนำในประเทศไทยที่มีต่อการพัฒนาการดูแลป่วยในผู้สูงอายุ ที่สำคัญที่สุดสำหรับประเทศไทยในช่วงสิบห้าปีที่ผ่านมา (2543-2566)¹⁵
- (3) บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่อยู่ต่อสู้กับภัยพิบัติทางสุขภาพที่สำคัญที่สุดในช่วง 2 ทศวรรษ¹⁶
- (4) การบทบาทนักวิจัยชั้นนำในประเทศไทยที่มีต่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ ที่สำคัญที่สุดสำหรับประเทศไทยในช่วงสิบห้าปีที่ผ่านมา (2543-2566)¹⁷
- (5) การบทบาทนักวิจัยชั้นนำในการศึกษาและพัฒนาศักยภาพและศักยภาพทางวิชาการต่อไป ที่สำคัญที่สุดสำหรับการติดตามและประเมินผลการศึกษาในประเทศไทย: “โครงการประเมินผู้นำการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” ในช่วงสิบห้าปีที่ผ่านมา (2543-2566)¹⁸

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ร่วมงานวิจัยจากฐานข้อมูล Scopus และ ThaiJo¹⁷ และศึกษาลงรายละเอียดเพิ่มขึ้นตามประเด็นที่มีการตีพิมพ์จำนวนมากสุด 5 อันดับแรก พร้อมกับการพิจารณาถึงระเบียบวิธีการวิจัย และเนื้อหาการศึกษาที่ค้นพบสำคัญในแต่ละกลุ่มประเด็น 5 ประเด็น คือ ผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สุขภาพจิต การดูแลด้านแม่และเด็ก และการดูแลผู้ป่วยประจำคับประจำองต์แสดงในตารางที่ 1¹⁸⁻²²

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิจัยทบทวนใน 5 ประเด็น ที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มจำนวนการวิจัย ระเบียบวิธีการศึกษา สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา และเนื้อหาสำคัญของการศึกษา พบร่วมกับความวิจัยตีพิมพ์มีแนวโน้มจำนวนมากขึ้น ตามจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงระยะเวลา 10 ปีหลัง โดยเฉพาะการวิจัยในด้านผู้สูงอายุ การดูแลประจำคับประจำองต์ ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีการฝึกอบรมเฉพาะด้านนั้น ๆ เพิ่มมากขึ้น

ระเบียบวิธีการศึกษาส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ที่เป็นระเบียบวิธีการศึกษาพื้นฐาน ที่ไม่ซับซ้อน และได้ผลการศึกษาในระยะเวลาที่สั้น ๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาของประสบการณ์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มาปฏิบัติงานยังไม่นาน เป็นระยะเริ่มต้นของ การปฏิบัติงาน บางส่วนอาจเป็นผลการศึกษาวิจัยขณะที่เข้าร่วมการศึกษาฝึกอบรม (แต่ในการศึกษานี้ ยังไม่มีข้อมูลที่ระบุชัดว่าเป็นการศึกษาในระหว่างการฝึกอบรมหรือไม่)

ส่วนสถานที่ (setting) ของการศึกษาเป็นหน่วยปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่ง เป็นการศึกษาวิจัยใน โรงพยาบาล ที่อาจจะสะท้อนให้เห็นถึงพื้นที่ปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการในโรงพยาบาล แต่ก็มีสัดส่วนงานวิจัยด้านชุมชนอยู่พอควร งานวิจัยด้านผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาในด้านชุมชนจำนวนครึ่งหนึ่ง งานด้านสุขภาพจิตก็เป็นการศึกษาในชุมชนถึงร้อยละ 40 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่มากขึ้น ที่สะท้อนสภาพแวดล้อมของประชากรในบริบทชุมชนที่พกพาตัว แทนที่จะเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแต่เพียงส่วนเดียว

ด้านเนื้อหาของการศึกษาวิจัย น่าจะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวในแต่ละพื้นที่ ที่มีมุมมองในแต่ละประเด็น แตกต่างกันบ้าง แต่โดยส่วนใหญ่แล้ว เป็นการศึกษาถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของพื้นที่นั้น ๆ และเป็นการพัฒนาเครื่องมือ การตรวจประเมินสุขภาพในระยะเริ่มต้น แสดงถึงปัญหาที่พบบ่อยของประชากรกลุ่มนั้น ๆ

งานวิจัยในด้านการดูแลประจำบ้าน มีประเด็นรายละเอียดที่มีการศึกษาในหลาย ๆ ด้าน มากกว่าประเด็นอื่น ๆ ที่ซึ่งอาจแสดงถึงบทบาท และการมีส่วนร่วมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในด้านนี้ค่อนข้างมาก และยานานกว่า รวมทั้งแสดงถึงงานเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ขยายมุมการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ และอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์จริงในระบบสุขภาพไทย ที่ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น มีการใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื้อหาการวิจัยก็แสดงให้เห็นถึงบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการเพิ่มขอบเขตการดูแลรักษาที่มีความจำเพาะมากและเพิ่มคุณภาพการดูแลทั้งในระดับชุมชน และในโรงพยาบาล ด้วยการพัฒนาเครื่องมือการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน

งานวิจัยในด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื้อหาส่วนใหญ่ เป็นประเด็นเรื่องสถานการณ์ และลักษณะการบริหาร จัดการดูแลผู้ป่วยที่คุ้มโรคไม่ได้ดี รวมทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม อันเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของผู้ป่วย ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แม้ว่า การดำเนินการเชิงรุกเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคในระยะก่อนป่วย ยังทำได้น้อย

ส่วนงานวิจัยด้านสุขภาพจิต ก็สะท้อนให้เห็นปัญหาสำคัญของคนไทยในพื้นที่ ที่มีเรื่องภาวะซึมเศร้า และภาวะกังวลมากขึ้น รวมทั้งส่วนที่หันมาให้เห็นสถานการณ์ของสังคมไทยปัจจุบันที่มีปัจจัยกำหนดต่อภาวะสุขภาพจิตในด้านต่าง ๆ มากขึ้น ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ภาวะที่มีโรคเรื้อรัง และการใช้สื่อสาร โซเชียลมีเดียต่าง ๆ

ส่วนงานด้านแม่และเด็ก ก็สะท้อนให้เห็นลักษณะกลุ่มประชากรใหม่ ที่เข้ามาเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มแม่ที่อพยพ เคลื่อนย้ายทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงประเด็นเรื่องพัฒนาการเด็ก ที่ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่พบ แม้ว่า เนื้อหางานวิจัยในด้านนี้ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะมีไม่มาก ซึ่งอาจเป็นเพราะบริบทงานของแพทย์เวช-

ศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย มีบทบาทดูแลในด้านแม่และเด็กไม่มากนัก แต่มีแพทย์และทีมงานสุขภาพในสาขาอื่น ที่มีบทบาทดูแลมากกว่า

วิจารณ์

ภาพรวมของผลการศึกษาข้างต้น สะท้อนถึงสถานการณ์การพัฒนาองค์ความรู้โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้ระดับหนึ่งในเชิงปริมาณ และประเด็นการศึกษา แต่ยังมีข้อจำกัดของการศึกษาในการค้นหาองค์ความรู้ หรือประเด็นสำคัญที่ค้นพบใหม่ในสังคมไทย ซึ่งควรจะมีการศึกษาพัฒนาต่อเนื่องในการสังเคราะห์องค์ความรู้แต่ละด้านต่อไป

สะท้อนรرمชาติของการพัฒนาวิชาการในประเทศไทย ที่ยังอยู่ในระยะการพัฒนาในช่วงเริ่มต้น เป็นบทเรียนหนึ่ง ที่คัลเลจกับนานาประเทศในระยะเริ่มต้น¹⁰ ที่ผลงานเชิงงานวิจัยอาจจะยังไม่มาก และไม่เด่นชัดมาก ทั้งนี้ เพราะสถานการณ์การปฏิบัติงานยังเป็นระยะที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องเร่งสร้างความชัดเจนของความเป็นเฉพาะทางสาขาหนึ่ง งานส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการขยายและพัฒนาการฝึกอบรมให้มีคุณภาพที่สามารถเสริมทักษะสำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อีกทั้งความไม่ชัดเจนของอัตลักษณ์ของเวชศาสตร์ครอบครัวในสังคมไทย จึงทำให้ประเด็นหัวข้อการวิจัยจังจังไม่เด่น หรือมีลักษณะไม่ชัดเจนมาก และสะท้อนประเด็นมุมมองของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลยังไม่มาก รวมทั้งการบริหารจัดการใหม่ ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ยังมีจำนวนน้อย ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะความไม่ชัดเจนในเรื่องจุดยืนของงานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ควรตั้งกับงานวิจัยด้านคลินิกของสาขาเฉพาะทางอื่น ๆ อย่างไร รวมทั้งความยากของกระบวนการศึกษาที่เป็นคุณภาพด้วย

อีกทั้งความสามารถในด้านการวิจัยของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อาจยังไม่เข้มแข็งนัก ทั้งที่อาจเกี่ยวข้องกับฐานหลักสูตรการฝึกอบรม และการมีโอกาส ช่วงเวลา ที่นักอภิภานจากการงานบริการที่มากพอในการทำงานวิจัย ทบทวนสร้างองค์ความรู้จากปฏิบัติงานจริงได้ ซึ่งเป็นโอกาสที่ต้องพัฒนาระบบสนับสนุนให้ดีขึ้นต่อไป

แต่จากเนื้อหาของการศึกษาในงานวิจัยของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งที่จบเป็นหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรได้สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้เผชิญเป็นเรื่องอะไร และมีบทบาทร่วมในการตอบปัญหาและแก้ปัญหาอย่างไร สะท้อนถึงสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่บริการที่เป็นบริการด้านแรก ไม่ว่าจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ตั้งในชุมชน หรือ เป็นบริการปฐมภูมิที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาล

สะท้อนบทเรียนการพัฒนาบริการสุขภาพโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระยะสองทศวรรษ ในด้านต่าง ๆ ที่พบรอย ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลปรับประคอง การดูแลด้านแม่และเด็ก การดูแลด้านสุขภาพจิต ในมิติของบริการสุขภาพ ในพื้นที่ ชุมชน ในหน่วยบริการที่เป็นลักษณะด้านแรก ซึ่งต่างจากการวิจัยโดยสถาบันวิชาการเฉพาะทางแต่ละด้าน ที่น่าจะนำไปใช้เพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพให้แก่แต่ละกลุ่มได้อย่างรอบด้าน สอดคล้อง และเข้าถึงได้มากขึ้นต่อไป

แสดงให้เห็นความหลากหลายของเนื้องานที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในฐานะที่เป็นบริการปฐมภูมิ ในฐานะการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ทั้งในด้านบริการแบบผสมผสานเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และประสานเชื่อมโยง บริการกับหน่วยงานต่าง ๆ

ประเด็นการสร้างอัตลักษณ์ หรือความชัดเจนขององค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล และการเพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบบริการสุขภาพ ยังเป็นประเด็นความท้าทาย ที่ต้องมีการพัฒนาในระยะต่อไป อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย เครือข่ายสถาบันวิชาการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นองค์กรกำหนดนโยบาย ที่ครอมีการพิจารณา วางแผน จัดระบบ เพื่อเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพในการสร้างองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในระยะต่อไป

สรุป

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในระยะ 25 ปีที่ผ่านมา ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อปัญหา over-specialization เพื่อให้มีบทบาทในการเพิ่มคุณภาพ บริการปฐมภูมิ ที่เป็นบริการด้านแรก อย่างผสมผสาน เป็นองค์รวม และดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้ในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ปัจจุบันแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ปฎิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล แต่พื้นที่การทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีทั้งส่วนที่อยู่ในโรงพยาบาล บริการปฐมภูมิ บริการที่บ้าน และในชุมชน มีการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มอายุ ตามสถานการณ์สุขภาพของประชากรในแต่ละพื้นที่ จากการทบทวนงานวิชาการที่ตีพิมพ์ ได้สะท้อนให้เห็นบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการศึกษาวิจัยที่สะท้อนมุมมองปัญหาสถานการณ์เบื้องต้นของการบริการสุขภาพในระดับด้านแรก และในระดับชุมชน เพิ่มมากขึ้น ทั้งที่เป็นการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลปรับประคอง การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาด้านสุขภาพจิต และการดูแลแม่และเด็ก และมีความจำเป็นที่องค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นองค์กรวิชาชีพ และกระทรวงสาธารณสุขร่วมมือในการทบทวน พัฒนาแผนงานวิจัยสร้างองค์ความรู้ในมุมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และการจัดระบบดูแลสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในระยะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวันิชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ทวีเกียรติ บุญญี่พิศาลเจริญ, และคณะ. รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป เล่ม 1: สรุปเนื้อหาสำคัญโครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโภมลคีมทอง. 2542.
2. สุพัตรา ศรีวันิชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ทวีเกียรติ บุญญี่พิศาลเจริญ, และคณะ. รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป เล่ม 2: รูปแบบและขบวนการเวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิในเขตเมือง และเขตชนบทในพื้นที่ต่างๆ. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโภมลคีมทอง. 2542.

3. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2555.
4. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2561.
5. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2562.
6. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษที่ 275 ง (ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2563).
7. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. สถิติการฝึกอบรม [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaifammed.org/training/page-03-1>
8. Ventres WB, Stone LA, Rowland KT, Streiffer RH, Macechko MD, Roulier JA, Borkan JM, Green LA. Storylines of family medicine I: framing family medicine - history, values and perspectives. *Fam Med Community Health.* 2024;12(Suppl 3):e002788. PubMed. PMID: 38609088
9. Ventres WB. Voices from family medicine: on becoming a family physician. *Fam Med.* 2017;49:127-31.
10. Gutierrez C, Scheid P. The history of family medicine and its impact in US health care delivery [Internet]. [cited 2024 Sept 9]. available from: <https://www.aafp foundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfhm/FMImpactGutierrezScheid.pdf>
11. Family Physicians SAAO. The contribution of family physicians to district health services in South Africa: A national position paper by the South African Academy of Family Physicians. *S Afr Fam Pract* (2004). 2022;64(1):e1-e7. PubMed PMID: 35384681
12. Stange KC, Miller WL, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med.* 2001;33:286-97.
13. AAFP. The specialty of Family Medicine. [aafp.org \[Internet\].](https://www.aafp.org/about/dive-into-family-medicine/family-medicine-specialty.html) 2024 [cited 2024 Sept 9]. Available from <https://www.aafp.org/about/dive-into-family-medicine/family-medicine-specialty.html>
14. Ponka D, Arya N, Malboeuf V, Leung C, Wilson CR, Israel K, Jantsch AG, Cuba-Fuentes MS, Michaelides O, Rouleau K. The Contribution of Family Medicine and Family Medicine Leaders to Primary Health Care Development in Americas - from Alma-Ata to Astana and beyond. *Cien Saude Colet.* 2020;25: 1215-20.
15. Gotler RS. Unfinished business: The role of research in family medicine. *Ann Fam Med.* 2019;17:70-6.
16. Smith R, John Fry. Researcher in family practice. *J Fam Pract.* 1975;2:323.
17. Chiang Mai University. Famscholar [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://famscholar.fmpccmu.com/>
18. จัชวิทย์ สุธรรม, วลาลิกา รัตนจันทร์, โรงพยาบาลศรีวิษิชากร. การบททวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว: “โครงการประเมินผลกระทบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วง 2 ทศวรรษ (2534-2566)”. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2567;7:217-224.
19. จตุพร เชียงแวง, วลาลิกา รัตนจันทร์, โรงพยาบาลศรีวิษิชากร. การบททวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จัดทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ (2543-2566). วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2567;7:209-216.
20. ชนพล ตั้งสกุล, อรรถกฤต รักษาสัตย์, โรงพยาบาลศรีวิษิชากร. บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยต่อการพัฒนาการดูแลปะรังคบประคองในช่วง 2 ทศวรรษ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2567;7:241-251.
21. สมรณ พงศานุรักษ์, วลาลิกา รัตนจันทร์, โรงพยาบาลศรีวิษิชากร. การบททวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่จัดทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ (2543-2566). วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2567;7:233-240.
22. ชญาณิศ รัตนกัญจน์, ศริรัตน์ แสงศิริรักษ์, โรงพยาบาลศรีวิษิชากร. การบททวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพแม่และเด็กที่ได้รับการตีพิมพ์โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย: “โครงการประเมินผลกระทบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ”. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2567;7:225-232.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จัดทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ (2543-2566)

จตุพร เชียงแรง, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, วัลลิกา รัตนจันทร์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, โรจนคั้กดี ทองคำเจริญ พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว², สุพัตรา ศรีวณิชชากร, พบ., วว.เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา), อว.เวชศาสตร์ครอบครัว³

¹โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน, ²กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก, ³ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

จตุพร เชียงแรง, พบ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลน่าน อ.เมือง จ.น่าน
55000, ประเทศไทย
Email: j.rerksomphus27@
hotmail.com

Received: July 22, 2024;

Revised: July 30, 2024;

Accepted: August 21, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการ死ทั่วโลก ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยบรรจุ “การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” ในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานวิจัยการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้พิมพ์โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย

แบบการวิจัย: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

วัสดุและวิธีการ: ดำเนินการค้นหานานวิจัยจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ลงทะเบียนในฐานข้อมูล “Famscholar” ซึ่งพัฒนาโดยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งรวมงานวิจัยจาก Scopus และ Thai Journal Online (ThaiJO) ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2566 ศึกษาบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความที่เข้าเกณฑ์จำแนกเป็นการดูแลผู้ป่วยและการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษา: พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 523 ฉบับ เข้าเกณฑ์ทบทวนทั้งสิ้น 74 ฉบับ ในจำนวนนี้ 39 ฉบับ (ร้อยละ 53) และ 35 ฉบับ (ร้อยละ 47) ที่พิมพ์จาก Scopus และ ThaiJO ตามลำดับ วิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46) เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีสัดส่วนงานวิจัยเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและภาวะก่อนเบาหวานเป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 64 งาน วิจัยร้อยละ 51 ดำเนินการในโรงพยาบาล ส่องในสาม (ร้อยละ 66) ศึกษาการจัดการโรคเบาหวาน เน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค พฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยา และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

สรุป: งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการควบคุมโรคและการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะช่วงเวลาหนึ่ง ยังขาดงานวิจัยที่แสดงความครอบคลุมและการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระบบการเผาผลาญ เวชศาสตร์ครอบครัว ประเทศไทย

ORIGINAL ARTICLE

A Scoping Review of the Non-Communicable Diseases (NCDs) Research Conducted By Family Physicians During The Two Decades of the Thai Family Physician (2000-2023)

Jatuporn Chiangrang, MD., Diploma, Thai Board of Family Medicine¹, Valika Rattanachan, MD., Diploma, Thai Board of Family Medicine¹, Rojanasak Thongkhamcharoen, MD., Diploma, Thai Board of Family Medicine², Supattra Srivanichakorn, MD., MPH., Cert. Board (Epidemiology), Dip. Thai Board of Family Medicine, FRCFPT³

¹*Nan Hospital, Nan*, ²*Maesot Hospital, Tak*, ³*The Royal College of Family Physicians of Thailand, Bangkok, Thailand*

Corresponding author :

Jatuporn Chiangrang, MD.,
Social Medicine, Nan Hospital,
Muang, Nan 55000, Thailand
Email: j.rerksomphu27@
hotmail.com

Received: July 22, 2024;

Revised: July 30, 2024;

Accepted: August 21, 2024

ABSTRACT

Background: Non-communicable diseases (NCDs) are the dominant contributors to the global burden of disease. The Royal College of Family Physicians of Thailand incorporates 'Care for Patients with Chronic Disease' into the family medicine residency program. This study aims to examine the evidence of the research on NCDs conducted by Thai Family Physicians.

Design: A Scoping Review.

Methods: The list of diploma members of the Thai Family Physicians was registered in a 'Famscholar', database developed by the Department of Family Medicine, Chiang Mai University, which retrieves all publications from Scopus and Thai Journals Online (ThaiJO) between 2005-2023. Original articles, systematic reviews, and meta-analyses published in Thai and English-language peer-reviewed journals were included. The eligible articles were divided into health promotion and NCD prevention and control, and patient management.

Results: Of 523 retrieved, eligible 74 articles were included in this review. Of these, 39 articles (53%) and 35 articles (47%) were retrieved from Scopus and ThaiJO, respectively. Most articles (46%) were cross-sectional studies. Diabetes Mellitus (DM) and pre-DM accounted for 64% of the main findings of NCDs in this study. Fifty-one percent were conducted in a hospital setting. Two-thirds (66%) work in NCD management. The majority of the studies focused on factors related to uncontrolled NCD, good behavior, medication compliance, and family participation.

Conclusions: Most articles explored the risk factors and short-term interventions and management of NCD. Lack of application of comprehensive care of NCDs and continuous care were identified.

Keywords: NCDs, diabetes, hypertension, metabolic, family medicine, Thailand

Introduction

Non-communicable diseases (NCDs) are the result of multiple factors including genetic, physiological, environmental, and behavioral factors. The increasingly important global burden of NCDs causes a substantial healthcare system worldwide. The World Health Organization (WHO) recognizes NCDs as a global health priority and a significant negative impact on public health as well as socioeconomic development. NCDs are responsible for nearly one-third of deaths globally, with 86% of these deaths occurring in low- and middle-income countries. The WHO has been proactively working through various initiatives, policies, and global collaborations to reduce the global burden of NCDs and improve overall health outcomes.¹ The main types of NCDs are cardiovascular diseases (CVDs), cancers, chronic respiratory diseases (such as chronic obstructive pulmonary disease and asthma), and diabetes. Thailand encounters a significant epidemiological transition from communicable diseases to a higher prevalence of NCDs due to lifestyle changes, urbanization, and an aging population. CVDs are a substantial portion leading cause of death in Thailand.² Diabetes Mellitus (DM) and hypertension (HT) are the two highest prevalence in Thailand. HT, high cholesterol, and smoking are the key risk factors contributing to the increased prevalence of CVDs. Diabetes is on the rise, with Thailand having one of the highest rates of DM in the Asia-Pacific region. Sedentary lifestyles, unhealthy diets, and genetic predisposition contribute to the growing prevalence of DM.³

WONCA (the World Organization of Family Doctors) in coordination with the WHO unveiled a WONCA Statement on NCDs and Primary Health Care (PHC) at the 2023 World Council Meeting. The aims are to reduce mortality, disability, and health inequity at a lower per capita cost through Primary Health Care (PHC). Two main strategies are 1) Health promotion and prevention together including improvement of health literacy with patient self-care, expanding local social determinants of health, and developing referral services through community support, and 2) Disease management including working with a multidisciplinary healthcare team based on patient-centered decision making and developing telemedicine. The continuity of care with a family physician, and multidisciplinary team approach, appropriate

local service delivery system that meets the local needs with collective leadership and appropriate health resource support are the main strategies.⁴

The Royal College of Family Physicians of Thailand (RCFPT) was established in 1999. 'Care for patients with chronic disease' has been included in one of seven Entrustable Performance Activities (EPA) of residency training in family medicine in Thailand since 2019.^{5,6}

Although Thailand has a strong PHC playing a role in NCD prevention and control. Adequate human and financial resources are needed to optimize NCD care in PHC.⁷ The role of Family Physicians in Thailand has rarely been mentioned. Therefore, the RCFPT developed the scoping review of the non-communicable diseases (NCDs) research conducted by Family Physicians during the two decades of the Thai Family Physician (2000-2023). The purpose of the project is to systematically evaluate the evidence of the research on NCDs conducted by Thai Family Physicians. This article is one of nine scoping review series. This scoping review only focuses on Diabetes and CVD not including chronic pulmonary disease and cancer. The purpose of the study is 1) to examine the evidence of the NCDs in Thailand published by Thai Family Physicians and 2) to categorize these articles on the spectrum of NCD prevention and control (into disease management versus health promotion and NCD prevention and control).

Methods

Study design

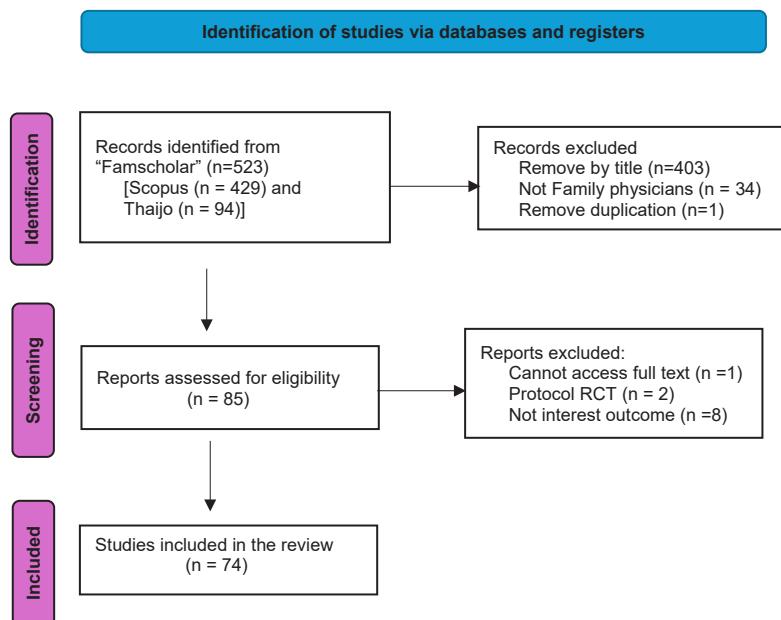
The authors conducted a scoping review to identify relevant non-communicable disease studies.

Search strategies and information sources

A total of 1,565 members enrolled in the Thai Board of Family Medicine's Diploma program have been recorded in the 'Famscholar' database. This platform, created by the Department of Family Medicine at Chiang Mai University, serves as an online academic research database.⁸ The online database was carried out using Famscholar in November 2023. There were 4,486 retrieved from all publications by registered Thai Family Physicians from both Scopus and ThaiJo databases. The Python program was utilized to search and gather research with search terms detailed in Table 1.

Table 1. Search terms used in a scoping review by using article headings

Categories	Keywords
NCDs	DM, diabetes, T1D, T2D, HT, hypertension, CKD, DLP, dyslipidemia, NCD, chronic, stroke, metabolic, obesity, early diagnosis, early treatment, multimorbidity, remission, CVD risk, prevention

**Figure 1.** PRISMA flow diagram of the study selection

Following a comprehensive search of the Medical Council of Thailand database, researchers possessing qualifications beyond the field of Family Medicine were evaluated for eligibility based on their current practice setting and/or professional role.

Study selection

Two researchers (J.C., V.R.) independently screened the studies based on titles and abstracts. If the decision could not be made, full articles were retrieved. Disagreements in the screening process were resolved through discussions and consultations with a third researcher (R.T.).

Inclusion criteria

Original articles, integrative reviews, systematic reviews, and meta-analyses published in Thai and English-language peer-reviewed journals were included.

Exclusion criteria

Narrative reviews, case reports, Letters to the editors, editorials, congress or conference abstracts, interviews, newspaper articles, Book chapters, expert opinions, comments, and unavailable full-text articles were excluded.

Results

We retrieved 523 studies from Famscholar. There were 429 and 94 studies from Scopus and ThaiJo databases respectively. Of these 403 articles were eliminated from the study because their titles did not align with the research focus. Thirty-four articles were not conducted by Thai family physicians considering all authors of the article. One duplicate article was excluded. Eighty-five articles were sought for retrieval. According to the inclusion and exclusion criteria, 11 articles were excluded and 74 studies were reviewed, see figure 1.

Forty articles, thirty articles, and four articles were published from 2011-2020, 2021-2023, and 2001-2010, respectively (Fig. 2). Of these, 39 articles were in Scopus, and 35 articles were in ThaJo. The majority of the articles, 34 articles (46%), were cross-sectional studies. A qualitative studies and case-control studies, there was only 1 study in each method. Two articles were RCT. None articles were mix-method (Table 2).

The majority of research studies about diabetes accounted for 57%, followed by studies about NCDs and metabolic syndrome in the same proportion (12%) and hypertension (11%),

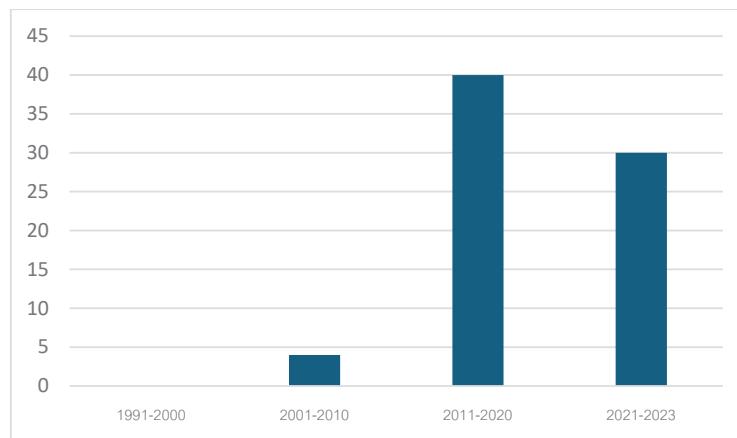


Figure 2. Number of articles by year of publication related to NCDs

Table 2. Article methods

Methods	Scopus N = 39 (53%)	Thaiijo N = 35 (47%)	Total N = 74 (100%)
Observational			
Qualitative study	1	-	1 (1.4)
Cross-sectional study	18	16	34 (46)
Case-control study	-	1	1 (1.4)
Cohort study	6	3	9 (12)
Experimental			
Clinical trial (RCT)	1	1	2 (2.7)
Clinical trial (non-RCT)	3	7	10 (13.5)
Mixed method study	-	-	-
Systematic review			
Meta-analysis	2	1	3 (4.0)
Others	8	6	14 (19)

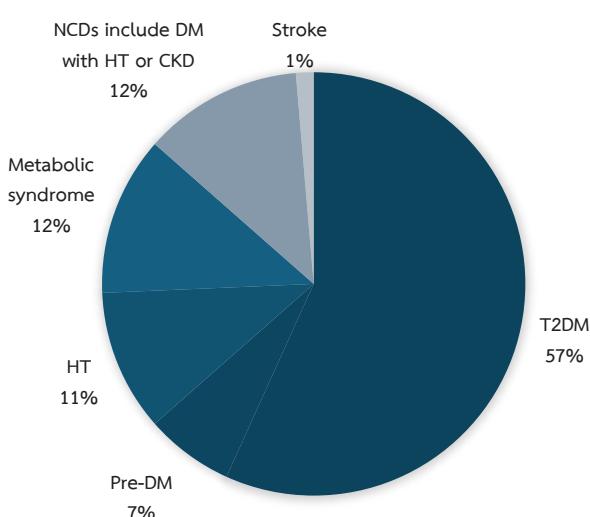


Figure 3. Number of articles by category

respectively. Pre-DM was 7% and only 1% related to stroke (Fig. 3). After being divided into two dimensions, most articles (66%) were related to disease management, followed by health promotion and prevention (34%) (Figure 4). Thirty-eight

articles (51%) were collected from the hospital, and twenty-five articles (34%) were collected from communities, retrospectively (Fig. 5).

Discussion

This scoping review showed that the NCD research conducted and published by Family Physicians in the past two decades had three characteristics. Firstly, half of the published articles were cross-sectional studies showing the present situation but not showing the long-term outcomes of chronic diseases or risk reduction as a cohort study might be preferred. Three possible reasons were the research conducted by Family Medicine residents with a three-year time limit course, short-term NCD key performance indicators (KPIs) submitted to the Ministry of Public Health, and the potential lack of funding for such research. Secondly, half of the articles were hospital-based studies and only one-third of the studies were collected from a community care

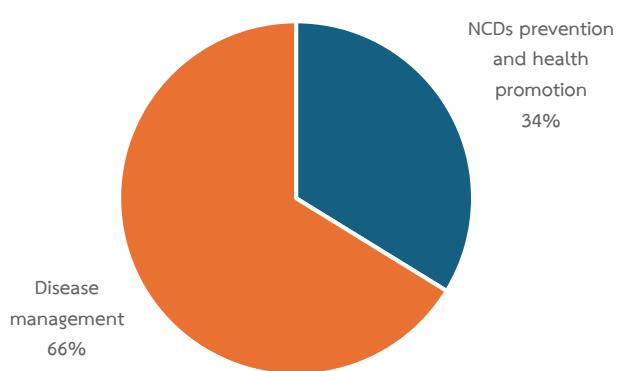


Figure 4. Number of articles by domains

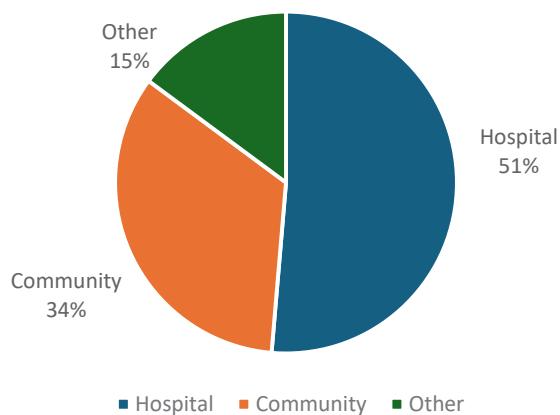


Figure 5. Number of articles by research setting

setting showing that most Family Physicians still work in hospitals and programs working in communities may not be published as the research. Finally, nearly 70% percent of Thai Family Physicians focus on disease management especially DM (57%). This might show the burden and concern of Thai family physicians. These findings represented a reactive approach to disease management rather than a proactive approach in NCD research paradigms for two decades. Most of the studies regarded disease management to understand the risk factors, and local practice situations attempting micro-intervention programs in their practice. Few studies dealt with continuity and comprehensive measurements of the practices. From this scoping review, a few articles were proactive studies including motivational interview interventions affecting positive outcomes to diabetes control and diabetes distress, applying a chronic care model to promote well-controlled disease.^{9,10} Four articles demonstrated care for patients with chronic diseases implemented by a multidisciplinary team to assist patients in controlling their disease and having a good quality of life.¹¹⁻¹⁴ One qualitative study showed a strong doctor-patient relationship, along with family support, helped patients understand their chronic illness and develop a positive attitude about taking medicine.¹⁵ The American Family Physician annually publishes a collection of the top 20 primary care research studies. Consistently, at least one-fifth of these studies focus on chronic diseases, especially diabetes, and hypertension, reflecting the prioritization of chronic noncommunicable diseases by Family Physicians. However, a comprehensive review of studies conducted by Family Physicians in the realm of NCD remained absent.¹⁶⁻²¹

Primary care research conducted by Thai Family Physicians remains comparatively limited. Research capacity is primarily established in universities and often focuses on the hospital-based context. The RCFPT has initiated efforts to strengthen primary care research for future health challenges since 2019. Key components for developing primary care research include implementing training programs, promoting research within medical schools and institutions, actively engaging primary care practitioners, and collaborating on international partnerships. Furthermore, guidelines for the care of patients with chronic illnesses within primary care settings are being developed.^{22,23}

Thai Diabetes Clinical Practice Guidelines 2023 and Diabetes Care 2023, facilitating health behaviors, maintaining psychological well-being, and weight management are important for achieving diabetes treatment outcomes.²⁴⁻²⁶ Diabetes remission is a personalized and dynamic process that involves lifestyle modifications, dietary changes, and close monitoring of blood sugar levels. Achieving and sustaining remission requires a comprehensive approach, and family doctors are well-positioned to lead patients through these essential steps. The RCFPT and the Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand recognized this importance. 'Diabetes remission in type 2 diabetes with intensive lifestyle intervention guide for healthcare providers' has been collectively developed in Thailand since 2022.^{27,28}

Recently, WONCA in coordination with the WHO launched the WONCA Statement on NCD and PHC 2023 to emphasize two dimensions of NCD care: the proactive approach (NCD prevention and promotion) and the reactive approach (disease management).⁴ Meanwhile, the RCFPT

included 'Care for patients with chronic disease' as one of the seven EPAs. The skills include providing appropriate care to patients together with a multidisciplinary team, continuous care, and coordination with the community.^{5,6,29} The stakeholders should support Thai family physicians to work in a supportive environment to proactive NCDs approach. WHO conducts global periodic assessments of national capacity for NCD prevention and control called NCD Country Capacity Survey (NCD CCS) to all member states. The NCD CCS evaluates various aspects of a nation's health-care infrastructure, including funding mechanisms, human resource allocation, and healthcare system organization which can monitor progress and identify areas for improvement in national preparedness for managing the NCD.³⁰ Effective collaboration among all stakeholders, including the Department of Disease Control, the Ministry of Public Health, the Royal College of Physicians and Family Physicians, and the Diabetes Association of Thailand, are all key players in driving change to fight against NCD.

Conclusions

NCDs are a burden of disease globally including Thailand. Over the past two decades, Thai Family Physicians have published articles, both in terms of quantitative and qualitative methodology, increasing every year but limiting the variety of the approach. The main content of the studies showed the situations and risk factors for the disease management of diabetes and hypertensive patients in local situations. A few studies focused on health promotion and primary prevention programs, of these, the RCFPT should recognize and emphasize relevant curriculum.

Strengths and limitations

This scoping review retrieved articles from Famscholar, including Scopus and ThaiJo database. It is not linked to PubMed, a large global database, and with the exclusion of certain search terms, chronic pulmonary disease, and cancer, this research is not able to represent the full scope of NCD research conducted by Thai Family Physicians. While the Famscholar is a reliable database of Thai Family Physicians, the broad nature of certain search terms, such as "chronic," "early diagnosis," "early treatment," "multimorbidity,"

"remission," and "prevention," yields a large number of irrelevant articles (438 out of 523 articles).

Author contributions

Study conception and design were done by R.T. Main manuscript writing and revision were done by J.C. For data analysis. Data extraction, data checking, data analysis, interpretation, and revisions were done by J.C. and V.R. J.C. is the guarantor of this work such as having full access to the data in the study and taking responsibility for the integrity of the data. J.C. conceptualized the discussion framework. V.R. contributed to researched data, and the discussion, and reviewed/edited the manuscript. R.T. and S.S. conceptualized the study, contributed to the discussion, and reviewed/edited the manuscript. All authors have read and approved the final manuscript.

Disclosure

The authors declare that there are no conflicts of interest.

Funding

The study was supported by The Royal College of Family Physicians of Thailand (RCFPT).

References

1. World Health Organization. Invisible numbers the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240057661>
2. World Health Organization (WHO). WHO NCDs profiles Thailand [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 5]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/ncds/tha_en.pdf?sfvrsn=2dd69676_36&download=true
3. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. The Thai national health examination survey VI, 2019-2020. (in Thai)
4. World Organization of National Colleges A and AA of GPP (WONCA). WONCA Statement on NCDs and Primary Health Care to WHO [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 3]. Available from: <https://www.globalfamilydoctor.com/News/WONCAStatementonNCDsandPrimaryHealthCaretoWHO.aspx>
5. The Royal College of Family Physicians of Thailand. Standards for quality of the Thai board of Family Medicine. 2022. p. 136-7. (in Thai)
6. The Royal College of Family Physicians of Thailand. Standards for quality of the Thai board of Family Medicine [Internet]. 2019 [cited 2024 July 12]. Available from: <https://thaifammed.org> (in Thai)

7. Tuangratananon T, Julchoo S, Phaiyaram M, Panichkriangkrai W, Pudpong N, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Healthcare providers' perspectives on integrating NCDs into primary healthcare in Thailand: a mixed method study. *Health Res Policy Syst.* 2021;19:139. PubMed PMID: 34838045
8. Chiang Mai University. Famscholar [Internet]. [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://famscholar.fmpccmu.com/>
9. Thepwongsa I, Muthukumar R, Kessomboon P. Motivational interviewing by general practitioners for Type 2 diabetes patients: A systematic review. *Fam Pract.* 2017;34:376-83.
10. Boonyuen Teeraporn, Suttipong Chantawat. An effect of Group motivational interview technique to decrease Thai CV risk in Hypertensive patients and diabetes mellitus type II. *Journal of Nakornping Hospital.* 2019; 10:46-58.
11. Homchampa Parkorn, Kankarn Waratip. The effect of applying a chronic care model in patients with uncontrolled hypertension and type 2 diabetes mellitus on delaying chronic kidney disease progression in primary care, Ubon Ratchathani province. *Srinagarind Med J.* 2022;37:261-7. (in Thai)
12. Anantasaran D. Effects of health care promoting program on self-care behavior and blood pressure level among older adults with uncontrolled hypertension in Langsuan municipality, Chumporn province. *Medical Journal.* 2016;30:299-311. (in Thai)
13. Falhoi Teepapote. The caring system development for diabetes mellitus patients of health service network, Bueng Sam Phan District, Phetchabun province. *Journal of Nakornping Hospital.* 2022;13:27-46. (in Thai)
14. Pisut C. Outcome comparison after group counseling in diabetic patients with early stage chronic kidney disease, Powaai Primary Care Cluster (PCC). *Medical Journal.* 2019;33:217-30. (in Thai)
15. Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Junjom K, Dejkriengkraikul N, Wisetborisut A, Papachristou I, Hashmi A, Angkurawaranon C. Exploring perceptions, attitudes and beliefs of Thai patients with type 2 diabetes mellitus as they relate to medication adherence at An Out-Patient Primary Care Clinic in Chiang Mai, Thailand. *BMC Fam Pract.* 2020;21:173. doi: 10.1186/s12875-020-01233-7. PubMed PMID: 32825811
16. Grad R, Ebell MH. Top 20 Research Studies of 2018 for Primary Care Physicians. *Am Fam Physician.* 2019; 99:565-73.
17. Ebell MH, Grad R. Top 20 Research Studies of 2019 for Primary Care Physicians. *Am Fam Physician.* 2020; 101:608-17.
18. Grad R, Ebell MH. Top 20 Research Studies of 2020 for Primary Care Physicians. *Am Fam Physician.* 2021; 104:41-8.
19. Ebell MH, Grad R. Top 20 Research Studies of 2021 for Primary Care Physicians. *Am Fam Physician.* 2022; 106:61-9.
20. Grad R, Ebell MH. Top 20 Research Studies of 2022 for Primary Care Physicians. *Am Fam Physician.* 2023;107: 406-14.
21. Grad R, Ebell MH. Top 20 Research Studies of 2023 for Primary Care Physicians. *Am Fam Physician.* 2024;110: 65-73.
22. Tumviriyakul H. Primary Care Research and Family Medicine: Different Views from Thailand and Internationally. *Journal of Primary Care and Family Medicine.* 2022;5:163-72. (in Thai)
23. Sairat N. The direction of family medicine academic developments in Thailand. *Journal of Primary Care and Family Medicine.* 2022;5:83-93. (in Thai)
24. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 8. Obesity and weight management for the prevention and treatment of type 2 diabetes: standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care.* 2023;46(Supplement_1):S128-39.
25. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care.* 2023;46(Supplement_1):S68-96.
26. Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. *Clinical Practice Guideline for Diabetes* 2023. Bangkok: Srimuang Printing; 2023. p. 49-67. (in Thai)
27. The Royal College of Family Physicians of Thailand. Diabetes remission in type 2 diabetes with intensive lifestyle intervention guide for healthcare providers. Working group developing treatment guidelines for new type 2 diabetes patients to achieve remission through behavioral changes and self-blood sugar testing. Bangkok: PP Media Design and Print; 2022. p. 1-12. (in Thai)
28. Bureau of Non-communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Remission service. 2023. p. 1-14. (in Thai)
29. The Royal College of Family Physicians of Thailand. Standards for quality of the Thai board of Family Medicine. 2018. p. 179-180. (in Thai)
30. WHO. NCD country capacity survey [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 4]. Available from: <https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdccs>

ฉบับนี้

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว: “โครงการประเมินผลกระทบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วง 2 ทศวรรษ (2534-2566)”

รัชวิทย์ สุธรรม, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, วิจิตร รัตนจันทร์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹,
โรจนคัດดี ทองคำเจริญ พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว², สุพัตรา ศรีวนิชชาการ, พบ., วว.เวชศาสตร์ป้องกัน
(ระบาดวิทยา), อว.เวชศาสตร์ครอบครัว³

¹โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน, ²กลุ่มงานเวชกรรมลังค์ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก, ³ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

รัชวิทย์ สุธรรม, พบ.,
โรงพยาบาลน่าน, อ.เมืองน่าน
จังหวัดน่าน 55000,
ประเทศไทย
Email: tatchawit.sutham@gmail.com

Received: July 27, 2024;

Revised: August 06, 2024;

Accepted: August 29, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ประชากรโลกที่สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในโลก ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยจึงได้บรรจุ “การดูแลผู้สูงอายุ” ไว้ในหลักสูตร การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) จัดหมวดหมู่บุคลากร 12 หมวดหมู่ตามสมรรถนะวิชาชีพในหลักสูตรการฝึกอบรม ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ 2) ระบุช่องว่างของงานวิจัยโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

รูปแบบการวิจัย:

วัสดุและวิธีการ: วิเคราะห์บทความวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย จากฐานข้อมูล Famscholar (เปิดตัวเมื่อเดือนพฤษจิกายน พ.ศ. 2566 รวบรวมวิจัยจาก Scopus และ Thaiijo ในช่วงปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา: จากทั้งหมด 258 บทความ มี 83 บทความที่เข้าเกณฑ์การศึกษา ซึ่งได้มาจากการศึกษาข้อมูล Scopus จำนวน 46 บทความ (ร้อยละ 55) และ Thaiijo 37 บทความ (ร้อยละ 45) งานวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.6) เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional) และมีร้อยละ 43 ของงานวิจัยทำการศึกษาเรื่องอื่นนอกเหนือจากสมรรถนะวิชาชีพ (EPAs) ในกลุ่มที่ศึกษาเกี่ยวกับ EPAs พบว่า มีการให้ความสนใจกับเครื่องมือเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18 นอกจากนี้ความส่วนใหญ่บังมุ่งเน้นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะหล้ามและภาวะเปราะบาง อย่างไรก็ตามการศึกษาแบบพหุวิทยาการและการศึกษาเชิงทดลองนั้นพบได้ค่อนข้างน้อย และมักเป็นการศึกษาในระยะเวลาอันสั้น

สรุป: 医師เวชศาสตร์ครอบครัวไทยได้พิมพ์บทความวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การศึกษาแบบพหุวิทยาการและการศึกษาเชิงทดลองในระยะยาวยังคงเป็นหัวข้อที่น่าสนใจและควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสิ่งเหล่านี้

คำสำคัญ: เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต 医師เวชศาสตร์ครอบครัวไทย

ORIGINAL ARTICLE

A Scoping Review of the Geriatric Care Research Conducted by Family Physicians: “Two Decades of Thai Family Physician Impact Evaluation (TFPIME) Project (1991-2023)”

Tatchawit Sutham, MD., Diploma, Thai Board of Family Medicine¹, Valika Rattanachan, MD., Diploma, Thai Board of Family Medicine¹, Rojanasak Thongkhamcharoen, MD., Diploma, Thai Board of Family Medicine², Supattra Srivanichakorn, MD., MPH, Cert. Board (Epidemiology), Dip. Thai Board of Family Medicine, FRCFPT³

¹Nan Hospital, Nan, ²Maesot hospital, Tak, ³President of The Royal College of Family Physicians of Thailand, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Tatchawit Sutham, MD,
Nan Hospital, Muang,
Nan 55000, Thailand
Email: tatchawit.sutham@gmail.com

Received: July 27, 2024;
Revised: August 06, 2024;
Accepted: August 29, 2024

ABSTRACT

Background: Global population aging is on the rise, impacting health systems. Thailand is one of the fastest-aging countries in the world. The Royal College of Family Physicians of Thailand includes 'The care of elderly adults' in the curriculum of residency training in family medicine in Thailand. This study aims to 1) categorize the included publications into twelve categories based on Entrustable Professional Activities (EPAs) in the Training Curriculum for the Certificate of Medical Proficiency in Geriatric Family Medicine, and 2) identify research gaps based on a Scoping Review.

Design: A Scoping Review

Methods: This study reviewed publications of Thai Family Physicians on Geriatric care issues. Researchers used the Famscholar database, a platform launched in November 2023 to gather publications from Scopus and Thaijo in 1991-2023.

Results: Of 87 articles from 258 retrieved, eligible 83 were included. Of these, 46 articles (55%) and 37 articles (45%) were retrieved from Scopus and Thaijo databases, respectively. Most articles (62.6%) were cross-sectional studies. A majority of studies (43%) focused on areas other than EPAs. Among the studies that investigated EPAs, the most common focus was on geriatric-specific tools, accounting for 18% of the total. Most of the studies concentrate on dementia and depression, as well as falls and frailty. However, collaborative and intervention studies are relatively rare and often short-term in nature.

Conclusions: Thai Family Physicians have published an increasing number of research articles on geriatric care. Collaboration and long-term intervention studies remain an interesting topic that deserves further exploration. The Royal College of Family Physicians of Thailand (RCFPT) could play a significant role in promoting this area of research.

Keywords: geriatric, entrustable professional activities, scoping review, family physicians, Thailand

Introduction

Global population aging is on the rise, with projections indicating a significant increase in older individuals globally. By 2030, one in six people will be 60 or older, and the 80 and above population is expected to triple by 2050. Initially observed in high-income countries, this shift is now affecting low- and middle-income nations. Aging is a complex process influenced by biological, social, and environmental factors, leading to conditions like hearing loss, arthritis, and dementia, which will have a significant impact on health systems. However, healthy aging is feasible through supportive environments, healthy behaviors, and quality healthcare access. Effective responses to population aging require addressing diverse needs and experiences, changing ageist attitudes, and adapting public health policies to global trends like globalization and urbanization. The UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030) seeks to foster longer and healthier lives by changing how we think, feel, and act towards age and ageism, developing communities in ways that foster the abilities of older people, delivering person-centered integrated care and primary health services responsive to older people, and providing older people who need it with access to quality long-term care.¹

Thailand is one of the fastest aging countries in the world, with 12 million elderly among its 67 million population. Since 2005, it has been termed an 'aged society' with 10% aged 60 or above, indicating societal progress but also new challenges. The ASEAN Center for Active Aging and Innovation (ACAI) reviews ASEAN policies on aging and anticipates Thailand becoming a "super-aged" society by 2036, showing a proactive stance in tackling aging issues.^{2,3}

WONCA, the World Organization of Family Doctors, plays a role in aging and health within the scope of family medicine. Family physicians also known as general practitioners or primary care physicians, are often the first point of contact for individuals seeking medical care. Through a patient-centered and comprehensive approach, family physicians should be the primary medical care providers for older people covering the full spectrum of older people's care from health to end-stage frailty, including those in long-term care. WONCA special interest group on aging and health aims to improve elderly care in all coun-

tries by developing new primary care models for the elderly; advocating the implementation of undergraduate and postgraduate Family Physician training in elderly care; promoting research in elderly care in family practice; integrating care of elderly in primary health care services. The vision of WONCA SIG on aging and health is to see a universal gold standard of elderly care through collaboration with all interested disciplines and stakeholders involved.⁴

The Royal College of Family Physicians of Thailand (RCFPT) was established in 1999. 'The care of elderly adults' has been included in the curriculum of residency training in family medicine in Thailand as part of the knowledge and skills required for managing patients' diseases or conditions.⁵ Additionally, Geriatric Family Medicine is now included in the Training Curriculum for the Certificate of Medical Proficiency in Geriatric Family Medicine.

In 2023, the RCFPT developed the "Two Decades of Thai Family Physician Impact Evaluation Project (TFPIME)". The purpose of the project is to provide evidence of the impact of family physicians on the healthcare system. The purposes of this scoping review are 1) to categorize the included publications into twelve categories based on Entrustable Professional Activities (EPAs) in the Training Curriculum for the Certificate of Medical Proficiency in Geriatric Family Medicine, and 2) to identify research gaps based on a scoping review.

Methods

Study design

A scoping review of the research literature was carried out to identify relevant publications addressing the topics in our review questions.

Study selection

Two researchers, T.S. and V.R., independently evaluated the studies based on their titles and abstracts. The author utilized the Medical Council of Thailand database to identify Thai family physicians. When consensus was not reached, the full articles were reviewed. Any disagreements were resolved through discussions and consultations with a third researcher, R.T.

Inclusion criteria:

Original articles, integrative reviews, systematic reviews, and meta-analyses published in Thai

and English-language peer-reviewed journals were included.

Exclusion criteria:

1. The full-text article was unavailable.

Search strategies and information sources

A total of 1565 members enrolled in the Thai Board of Family Medicine's Diploma program have been recorded in the 'Famscholar' database.⁶ This platform, created by the Department of Family Medicine at Chiang Mai University, serves as an online academic research database. It gathers all publications by registered Thai family physicians from both Scopus and Thaijo databases. The online database was carried out using Famscholar in November 2023. A Python program was employed to identify and collect relevant research using the keywords specified in Table 1.

Results

The search resulted in 258 articles. There were 186 and 72 from Scopus and Thaijo, respectively. 171 articles were excluded (153 due to irrelevant titles and 18 due to non-Thai Family Physician authors). 87 articles were sought for retrieval.

Table 1. Search terms used in the bibliometric analysis by using article Headings

Categories	Keywords
Geriatric care	Geriatric, elder*, aged, old*, aging, ageing, senior, retire*, frail*, dement*, fall*, polypharmacy, nursing, caregiver, senile, cogni*, delirium, sarcopenia, osteoporosis, PAINAD, instability, pressure sore, immobili*, insomnia

*Symbol is used for truncation

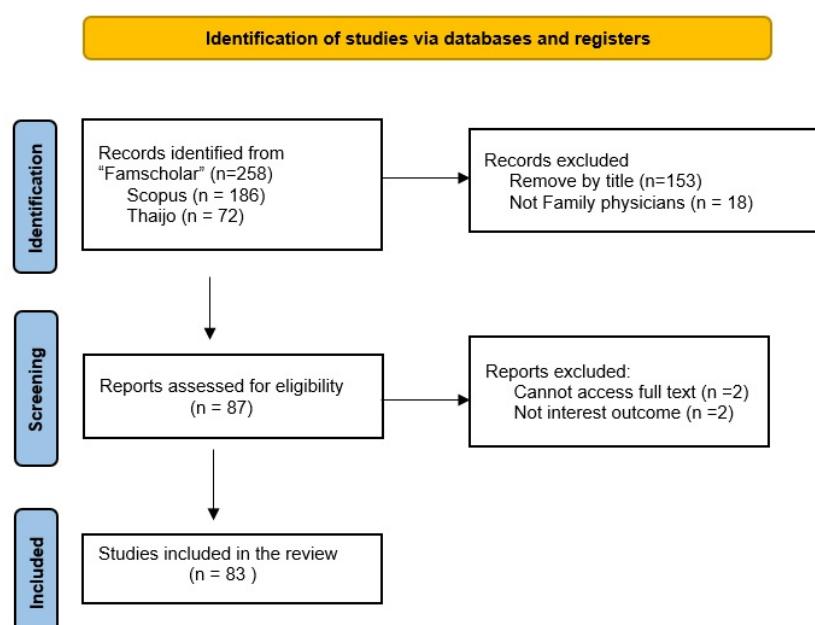


Figure 1. PRISMA flow diagram of the study selection

According to the inclusion and exclusion criteria, four articles were excluded and 83 studies were reviewed (Figure 1).

Forty-two articles were published from 2011 to 2020, and thirty-four were published from 2021 to 2023 (Figure 2). 46 articles were indexed on Scopus, and 37 articles were on Thaijo. The majority of the articles (52, or 62.6%) were cross-sectional studies. Six articles were randomized controlled trials (RCTs), six were non-RCTs, and three were cohort studies. There were only two studies each of qualitative studies and case-control studies, and one systematic review (Table 2).

Forty-three (51.8%) were collected from communities, twenty-eight articles (33.7%) were collected from the hospital, eleven articles (13.3%) were collected from secondary data, and one article (1.2%) was collected from both hospital and community, respectively. (Figure 3) The majority of studies (43%) focus on areas other than EPAs. Among the studies investigating EPAs, the most common focus was on the geriatric-specific tool, accounting for 18%, followed by safety-prescribed medications for 10.8%, care plans to improve physical functioning in patients

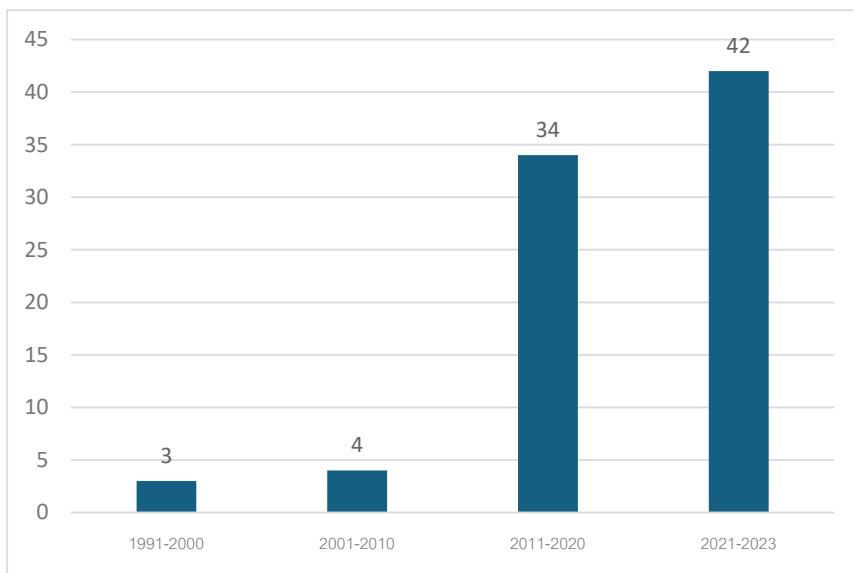


Figure 2. Number of articles by year of publication related to Geriatric care

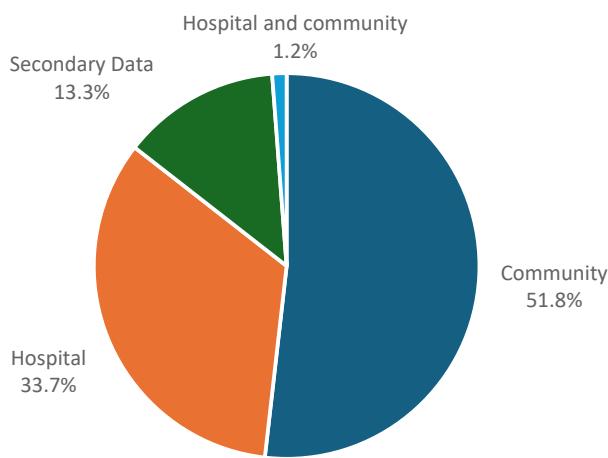


Figure 3. Number of articles by research setting

with declined capacity and improve quality of life (7.2%), and caregiver (6%), respectively (Figure 4)

Discussions

This study investigates research on geriatric care published by Thai family physicians. The most common study design employed was cross-sectional, representing 62.6% of all studies. Cross-sectional studies offer a valuable tool for exploring associations between variables. Moreover, cross-sectional studies are comparatively economical and require less time to conduct than other research methodologies. However, they have inherent limitations, such as the inability to establish cause-and-effect relationships and the potential for bias.^{7,8} These studies primarily focus on evaluating the current health status of older adults, rather than examining the

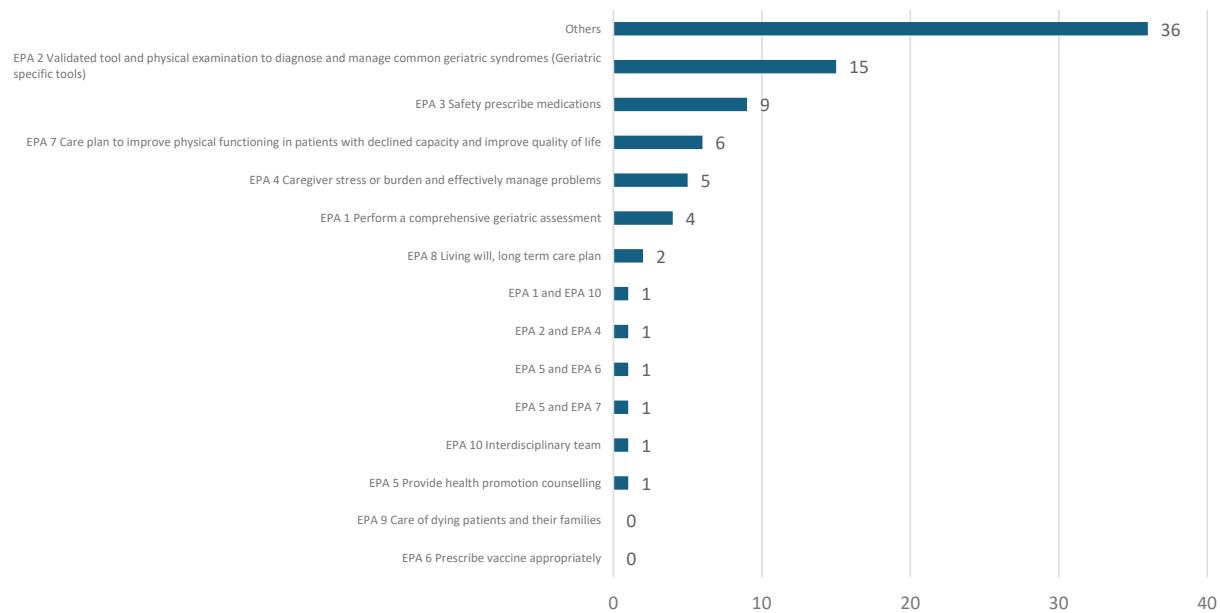
effectiveness of interventions. The majority of studies (51.8%) were collected from communities, followed by hospitals (33.7%), secondary data sources (13.3%), and one article (1.2%) collected from both hospitals and communities.

This study reveals a significant increase in geriatric care research since the year 2020. This growth experienced a particularly sharp rise between 2021 and 2023. This trend might be attributed to several factors. One potential explanation is the expanding role that family physicians play in caring for older adults.⁹ Additionally, there is a growing expertise in geriatric care within family medicine training centers.¹⁰ Finally, the introduction of the one-year Certificate in Geriatric Care training program by the RCFPT in 2022 might have also contributed to the rise in research.¹¹

An analysis of geriatric care research focusing on Entrustable Professional Activities (EPAs) in the Training Curriculum for the Certificate of Medical Proficiency in Geriatric Family Medicine reveals two key findings. First, a majority of studies (43%) still focused on areas other than EPAs. Second, within the studies investigating EPAs, the most common focus was on geriatric-specific tools, accounting for 18% of the total studies. This focus on assessment reflects the desire to identify prevalent problems and diseases among older adults. Psychological issues, particularly depression and dementia, are frequently studied topics.¹²⁻²⁸ Additionally, research often explores areas like frailty and falls.²⁹⁻³⁷ However, there is

Table 2. Article methods

Method	Scopus N = 46 (55%)	ThaiJo N = 37 (45%)	Total N = 83 (100%)
Observational			
Qualitative study	1	1	2 (2.4%)
Cross-sectional study	29	23	52 (62.6%)
Case-control study	0	2	2 (2.4%)
Cohort study	2	1	3 (3.6%)
Experimental			
Clinical trial (RCT)	3	3	6 (7.2%)
Clinical trial (non-RCT)	3	3	6 (7.2%)
Mixed method study	1	3	4 (4.8%)
Systematic review	1	0	1 (1.2%)
Meta-analysis	-	-	-
Other	6	1	7 (8.4%)

**Figure 3.** Number of articles by categories

still a lack of multidisciplinary collaborative research in geriatric care. Additionally, while intervention-based studies were found (seven studies, 8.4%), the majority tended to be short-term in nature.

Scoping reviews in the field of geriatrics are currently underdeveloped. There is a limited number of studies that focus on providing an overview of geriatric care. The majority of studies identified have concentrated on specific geriatric topics.

Long-term intervention studies are invaluable for understanding the sustained impact, delayed outcomes, and real-world applicability of interventions, making them essential for evidence-based decision-making.³⁸ In this study, There are two long-term intervention researches: Health promotion education for the elderly using structured self-health records (mixed methods) eval-

uated knowledge and attitudes on fall prevention after six months,³⁹ randomized controlled trial followed participants for 12 months after a simple home-based exercise program to assess its effectiveness in preventing falls among older adults.⁴⁰ In these two studies, knowledge, attitude, and adherence were significantly higher in the intervention group.

Conclusions

Global population aging is on the rise, which will have a significant impact on health systems. Over the past two decades, Thai family physicians have published an increasing number of research articles on geriatric care. Multidisciplinary collaborative research and long-term intervention studies remain an under-explored area in geriatric care. Given this gap, the Royal College

of Family Physicians of Thailand (RCFPT) could play a significant role in promoting research in this area.

Strengths and limitations

This scoping review retrieved articles from Famscholar, including Scopus and Thaijo. It is not linked to PubMed, a large global database. Therefore, this review shows only some of the research done by the Thai family physicians.

Author contributions

R.T. conceived and designed the study. T.S. drafted and revised the main manuscript. T.S. and V.R. extracted, checked, analyzed, and interpreted the data, with T.S. serving as the guarantor of the study's data integrity. T.S. developed the discussion framework, while V.R. contributed to the research data, discussion, and manuscript review. R.T. and S.S. conceptualized the study, participated in discussions, and reviewed/edited the manuscript. All authors have read and approved the final manuscript.

Disclosure

The authors declare that there are no conflicts of interest.

Funding

The study was supported by The Royal College of Family Physicians of Thailand.

References

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Institute for Population and Social Research MU. Situation of the Thai older persons 2020 [Internet]. Nakhon Pathom; 2021 [cited 2024 Aug 25]. Available from: <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-660.pdf>
3. World Health Organization. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 29]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailand-s-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>
4. World Organization of Family Doctors. WONCA Special Interest Group: Ageing and Health [Internet]. [cited 2024 Mar 29]. Available from: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/Ageing1.aspx>
5. The Royal College of Family Physicians of Thailand. Standards for quality of the Thai board of Family Medicine [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 25]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1t7N-LeU0Bu75Kd5YYvufYTJK01uPdvt/view>
6. Chiang Mai University. famscholar [Internet]. [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://famscholar.fmpccmu.com/>
7. Lauren Thomas. Cross-sectional study | definition, uses & examples [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 16]. Available from: <https://www.scribbr.com/methodology/cross-sectional-study/>
8. Louise Gaille. 19 Advantages and disadvantages of cross sectional studies [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 16]. Available from: <https://vittana.org/19-advantages-and-disadvantages-of-cross-sectional-studies>
9. The Royal College of Family Physicians of Thailand. Establishment order of the Subcommittee on training and examinations for geriatric family medicine [Internet]. 2022 [cited 2024 May 22]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1MK925hlwTdgCkxv1GxrSkUb5RIG5_EqB/view
10. The Royal College of Family Physicians of Thailand. Training Plan for Certificate of Medical Proficiency in Geriatric Family Medicine for Academic Year 2023 [Internet]. 2022 [cited 2024 May 22]. Available from: https://thaifammed.org/afs_support/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9D%E0%B8%B6%E0%B8%81%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%A1gfm/
11. The Royal College of Family Physicians of Thailand. Training Curriculum for Certificate of Medical Proficiency in Geriatric Family Medicine for Academic Year 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 May 22]. Available from: https://thaifammed.org/afs_support/geriatric/
12. Amphol S, Pensirinapa N, Geerapong P. Activity-based Unit Cost Analysis of Dementia Diagnostic Services at Outpatient Unit in Chiang Mai Neurological Hospital. Academic Journal of Community Public Health. 2021;7:62-71.
13. Aung TNN, Moolphate S, Koyanagi Y, Angkurawaranon C, Supakankuti S, Yuasa M, et al. Depression and associated factors among community-dwelling Thai Older adults in northern Thailand: The relationship between history of fall and geriatric depression. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(17):1-10.
14. Mankhemthong Parin. Predictors of depression among older adult with chronic disease in Thapla District. Budhachinaraj Medical Journal. 2019;36: 170-9.
15. Booniam S, Wongpakaran T, Lerttrakarnnon P, Jiraniramai S, Kuntawong P, Wongpakaran N. Predictors of passive and active suicidal ideation and suicide attempt among older people: A study in tertiary care settings in Thailand. Neuropsychiatr Dis Treat. 2020;16:3135-44.
16. Nanthakwang N, Siviroj P, Matanasarawoot A, Sapbamrer R, Lerttrakarnnon P, Awiphan R. Prevalence and associated factors of cognitive impairment and poor sleep quality among community-dwelling older adults in Northern Thailand. Open Public Health J. 2021;13: 815-22.
17. Suradom C, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Lerttrakarnnon P, Jiraniramai S, Taemeeyapradit U, et al. Prevalence and associated factors of comorbid anxiety

disorders in late-life depression: Findings from geriatric tertiary outpatient settings. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;15:199-204.

18. Setapura Pitikhun, Chaisongkram Nuttakoon. Prevalence and associated factors of depressive disorder among the elderly in Thailand, 2021. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2022;16:1070-84.
19. Saipanya A. Prevalence and factors associated with dementia and mild cognitive impairment (MCI) among elderly in Na-Mafuang subdistrict, Amphur Muang, Nongbua Lamphu Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2022;30:376-86.
20. Siriwankulthorn I, Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Angkurawaranon C, Rojanasumapong A, Inpa C, et al. Prevalence and factors associated with depression in elderly patients in Family Medicine Outpatient Clinic, Chiang Mai University. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2021;29:1-11.
21. Kositanont R. Prevalence and factors associated with mild neurocognitive disorder among elderly at Mueang district area, Phetchabun Province. *Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2022;5:206-18.
22. Jindawattanawong Pitan, Kesakomol Kulachet, Srisuwan Patsri. Prevalence and the relationship between social media addiction with depression and anxiety among older adults at Family Medicine Clinic in Phramongkutkla Hospital, Bangkok, Thailand. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 2022;5:81-97.
23. Surawan Wilasinee. Prevalence of dementia and factors associated with dementia in the elderly, Nam-Phong district, KhonKaen Province. *KKU Journal For Public Health Research*. 2017;10:58-69.
24. Rotchanabut W, Solaphat Hemrungroj A, Manasvanish BA, Assawawitoontip AS. Prevalence of mild cognitive impairment and associated factors in type 2 diabetes mellitus at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. *Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2021;4:49-60.
25. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Lerttrakarnnon P, Jiraniramai S, Sirirak T, Assanangkornchai S, et al. Prevalence, clinical and psychosocial variables of depression, anxiety and suicidality in geriatric tertiary care settings. *Asian J Psychiatr*. 2019;41:38-44.
26. Buawangpong N, Aramrat C, Pinyopornpanish K, Phrommintikul A, Soontornpun A, Jiraporncharoen W, Pliannuom S, Angkurawaranon C. Risk prediction performance of the Thai Cardiovascular risk score for mild cognitive impairment in adults with metabolic risk factors in Thailand. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(10):1959. PubMed. PMID: 36292406
27. Wiwatkunupakarn N, Pateekhum C, Aramrat C, Jirapornchaoren W, Pinyopornpanish K, Angkurawaranon C. Social networking site usage: A systematic review of its relationship with social isolation, loneliness, and depression among older adults. *Aging Ment Health*. 2022;26:1318-26.
28. Sangna R, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, Angkurawaranon C, province L. Validation of a 14-item self-reporting questionnaire for the screening of dementia in the elderly. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2020;28:199-210.
29. Rattanapattanakul P, Prommaban A, Lerttrakarnnon P. Comparison of frailty assessment tools for older Thai Individuals at the Out-Patient Clinic of the Family Medicine Department. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20:4020. PubMed. PMID: 36901029
30. Wontaisong N, Kuirirunyaratn P, Nualnetr N, Nonjui P. Fall prevention literacy among thai elderly: A cross-sectional study in a municipal community context. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2021;104:466-74.
31. Lektip C, Lapmanee S, Rattananupong T, Lohsoonthorn V, Vorayingyong A, Woratanarat T, Sirisuk KO, Suttanon P, Petsirasan R, Kitidumrongsuk P, Jiamjarasrangsi W. Predictive validity of three home fall hazard assessment tools for older adults in Thailand. *PLoS One*. 2020;15(12):e0244729. PubMed PMID: 33382812
32. Prakongyot C, Pholprasittito S. Prevalence and factors associated with fall risk among elderly people in Lampang. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 2021;8:136-47.
33. Thinuan P, Siviroj P, Lerttrakarnnon P, Lorga T. Prevalence and potential predictors of frailty among community-dwelling older persons in Northern Thailand: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:4077. PubMed PMID: 32521642
34. Luangprasert Kornravee, Manasvanish Bhorn-ake. Relationship of lifetime occupational physical activity and falls in community-dwelling elderly living in Lopburi Province, Thailand. *Journal Primary Care and Family Medicine*. 2021;4:80-91.
35. Prakongyot Chanin, Pinpakkong Nantarat, Yawinang Jinjutha, Ingkhasantatikul Passakorn, Phatcharanurak Pharueda. The diagnostic performance of modified thai-fall risk assessment test among elderly in Mueang Lampang District, Lampang Province. *Chiangrai Medical Journal*. 2023;15:63-72.
36. Chamroonkiadtikun P, Ananchaisarp T, Wajancomkul P. The prevalence and associated factors of the fear of falling in elderly patients at the primary care clinic of songklanagarind hospital. *Top Geriatr Rehabil*. 2021;37:44-9.
37. Boongird C, Ross R. Views and expectations of community-dwelling Thai elderly in reporting falls to their primary care physicians. *J Appl Gerontol*. 2017;36:480-98. PubMed PMID: 26399856.
38. Hill KG, Woodward D, Woelfel T, Hawkins JD, Green S. Planning for long-term follow-up: strategies learned from longitudinal studies. *Prev Sci*. 2016;17:806-18.
39. Boongird C, Keesukphan P, Phiphatthakusolkul S, Rattanasiri S, Thakkinstian A. Effects of a simple home-based exercise program on fall prevention in older adults: A 12-month primary care setting, randomized controlled trial. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17:2157-63.
40. Khongrang Siriporn, Boongird Chitima, Phiphatthakusolkul Soontraporn, Putthipokin Krongtong. Health promotion education for elderly patients by using structured self-health records to enhance knowledge and attitudes toward fall prevention. *Rama Med J*. 2019;42:19-28.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การทบทวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพแม่และเด็กที่ได้รับการตีพิมพ์โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย: “โครงการประเมินผลกระทบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ”

ชยานิศ รัตนกาญจน์, พบ., อว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์, พบ., อว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, โจรนคั้ก² หงษ์คำเจริญ, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว², สุพัตรา ศรีวณิชชาก, พบ., วว.เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา), อว.เวชศาสตร์ครอบครัว³

¹กลุ่มงานเวชกรรมสังคม, โรงพยาบาลสุรินทร์, จังหวัดสุรินทร์, ²กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด, จังหวัดตาก,

³ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ชยานิศ รัตนกาญจน์, พบ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม,
โรงพยาบาลสุรินทร์ อำเภอ
เมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000,
ประเทศไทย

Email: chayanit.sur@cprid.
in.th

Received: July 28, 2024;

Revised: August 6, 2024;

Accepted: August 19, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ในประเทศไทยผู้ให้บริการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก แต่ยังขาดการประเมินบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในการทำวิจัยด้านนี้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพแม่และเด็กที่ได้รับการตีพิมพ์โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย

แบบวิจัย:

วัสดุและวิธีการ: ทำการป้อนรายชื่อของแพทย์ที่ได้รับบุณฑิบัตรฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ประเทศไทย ในโปรแกรม “Famscholar” ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่พัฒนาโดยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฐานข้อมูลนี้ดึงข้อมูลวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแม่และเด็กจากฐานข้อมูล Scopus และ ThaiJo ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร ระหว่าง พ.ศ. 2534-2566 ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

ผลการศึกษา: มีการศึกษา 47 บทความ จาก 564 รายการ ที่เข้าเกณฑ์และนำมาทบทวน ขอบเขตงานวิจัย บทความเกือบหนึ่งในสามเป็นการศึกษาเชิงตัวของ (15 บทความ, ร้อยละ 31.9) และส่วนมากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแม่ (33 บทความ, ร้อยละ 70) เมื่อแบ่งตามปัจจุบัน เกี่ยวกับสุขภาพแม่และเด็ก มี 11 บทความ (ร้อยละ 23.4) สนใจเรื่องสุขภาพผู้อพยพ ยังพบว่ามี 25 บทความ (ร้อยละ 53) ทำวิจัยในโรงพยาบาล และ 32 บทความ (ร้อยละ 68) เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สรุป: งานวิจัยด้านสุขภาพแม่และเด็กของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย แสดงให้เห็นถึงบางส่วนของสถานการณ์การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก แต่ควรเน้นเรื่องสุขภาพเด็ก และเพิ่มการศึกษาที่ทำในชุมชนมากขึ้น

คำสำคัญ:

สุขภาพแม่และเด็ก เวชศาสตร์ครอบครัว ประเทศไทย

ORIGINAL ARTICLE

Scoping Review of the Maternal And Child Health Research Published by Thai Family Physicians: “The Two Decades of Thai Family Physician Impact Evaluation (TFPIME) Project”

Chayanit Ratanakarn, MD., Dip. Thai Board of Family Medicine¹, Sirinrat Sangsirilak, MD., Dip. Thai Board of Family Medicine¹, Rojanasak Thongkhamchareon, MD., MPH, Dip. Thai Board of Family Medicine², Supattra Srivanichakorn, MD, MPH, Cert. Board (Epidemiology), Dip. Thai Board of Family Medicine, FRCFPT³

¹Department of Social Medicine, Surin Hospital, Surin, ²Department of Social Medicine, Maesot Hospital, Tak, ³President of The Royal College of Family Physicians of Thailand, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Chayanit Ratanakarn, MD.,
Department of Social Medicine,
Surin Hospital, Muang,
Surin 32000, Thailand
Email: chayanit.sur@cpird.in.th

Received: July 28, 2024;

Revised: August 6, 2024;

Accepted: August 19, 2024

ABSTRACT

Background: In Thailand, primary care providers play a vital role in maternal and child health (MCH). However, there is a lack of evidence to evaluate the roles of Thai family physicians in MCH research. The objective of this study was to review the MCH-related literature published by Thai family physicians.

Design: A scoping review

Methods: A scoping review was carried out in English and Thai. The name list of Thai Family Medicine diploma holders was entered into “Famscholar”, a database developed by the Department of Family Medicine at Chiang Mai University in Thailand. This database extracts MCH-related literature from Scopus and Thai Journals Online (ThaiJo), covering publications between 1991 and 2023. The scoping review included original articles, integrative reviews, systematic reviews, and meta-analyses published in peer-reviewed journals in both English and Thai.

Results: The scoping review comprised 47 publications from a total of 564 identified. The majority of these publications were cross-sectional studies (15 publications, 31.9%). Most of the studies focused on the local situations and programs management on maternal health (33 publications, 70%). According to the concern in MCH, 11 studies (23.4%) focused on migrant health. 25 studies (53%) were conducted in hospitals. Furthermore, 32 studies (68%) were related to health promotion and disease prevention.

Conclusion: Thai family physicians’ MCH research shows some parts of current situations and the management of MCH programs related to family physicians’ practices. The gaps in child health and community-based programs should have a greater focus.

Keywords: maternal and child health, MCH, family medicine, Thailand

Introduction

Maternal and child health (MCH) is a significant public health issue. Improving MCH is one of the most important aspects of the World Health Organization (WHO). The aim is to eliminate preventable mortality among pregnant women and children while improving their health and well-being.¹ Deaths from pregnancy, childbirth, and postnatal period complications have decreased by 38% in the last two decades. Ending preventable maternal mortality may remain at the top of the international agenda.² Protecting and improving children's health is the essential importance. Children's mortalities can be prevented with vaccinations, sufficient home care, access to healthcare services, increased breastfeeding rates, and better nutrition. Therefore, WHO executed the Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescent Health to accomplish the Sustainable Development Goals (SDGs) by 2030.¹ The World Organization of Family Doctors (WONCA) became a partner of Women's, Children's, and Adolescent's Health (PMNCH) which is the world's largest alliance working in partnership to deliver high-quality universal health to every woman, child, and adolescent globally.³

The Thai government has prioritized MCH based on the concept of a continuum of care. Following the implementation of Universal Health Coverage (UHC), Thailand has demonstrated positive MCH outcomes concerning mortality rates, vaccination rates, and antenatal care (ANC) visits. The WHO 2015-2016 report reveals that between 1990 and 2015, the under-5 death rate in Thailand decreased from 37 per 1,000 live births to 12.3 per 1,000 live births. The maternal mortality ratio likewise exhibited a declining trend, reaching 20 per 100,000 live births in 2015.⁴ The Ministry of Public Health of Thailand defined MCH as the health service provided to mothers (women of their childbearing age) and children's health from birth until 5 years of age.⁵

Primary care providers play a vital role in MCH in Thailand. The Royal College of Family Physicians of Thailand (RCFPT) includes; a section on maternal health as a part of women's health, and a section on child health as a part of children's and adolescent health in the family medicine residency training curriculum.⁶ However, the studies on the role of family physicians in terms of MCH practice and research receive less attention and few studies.

The objective of this study is to examine the research on MCH published by Thai family physicians until 2023.

Methods

Study design

A scoping review of the research literature was performed to include the studies relevant to MCH.

Search strategies and information sources

"Famscholar"⁷ is a research database developed by the Department of Family Medicine at Chiang Mai University, Thailand. It functions as an online academic research resource, aggregating publications from various fields, not exclusively from Thai family physicians, and includes content from both the Scopus and ThaiJo databases. The RCFPT provided a name list of 1,565 members, in both Thai and English, who hold a diploma from the Thai Board of Family Medicine. In November 2023, we utilized this RCFPT-provided list of Thai family physicians, along with MCH-related search terms as specified in Table 1, to conduct our search. The database includes publications covering the period from 1991 to 2023.

After obtaining the records, the titles and abstracts were first screened to exclude irrelevant studies. The remaining articles were subjected to full-text review. During this review, we verified the authorship of each article through the following steps:

1. We cross-referenced the author lists of the identified articles with the official RCFPT member list to ensure that at least one author was a certified Thai family physician.

2. In cases where there was a possibility of misspellings or changes in names, we performed additional verification, such as consulting institutional websites or directly contacting the corresponding author, to confirm their status as Thai family physicians.

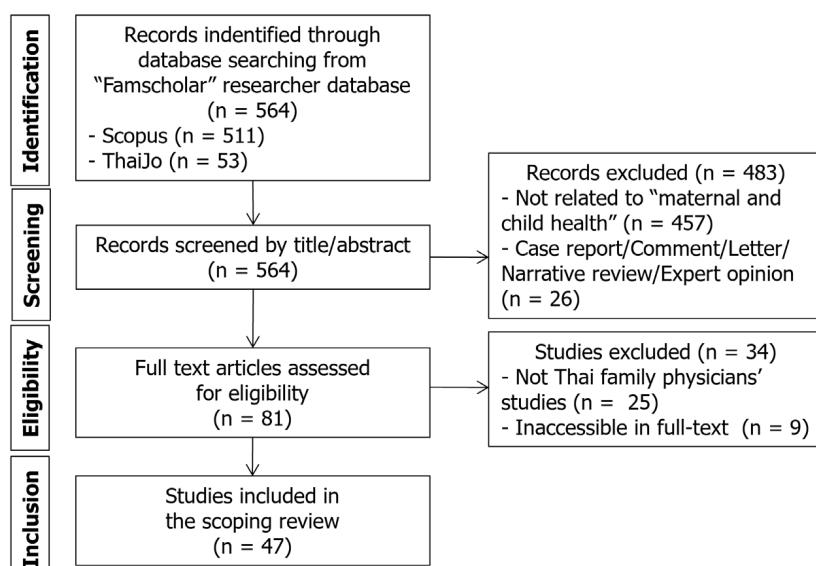
Study selection

In this study, the two researchers (C.R. and Si.Sa.) collected and screened the articles based on titles and abstracts independently. If the study and result of the decision could not be met, the full-text articles were reviewed by two researchers together again. Disagreements in the screening process were resolved through discussion and

Table 1. Search terms utilized to identify MCH-related articles in this scoping review

Domain	Keywords
Maternal and Child Health	Fetal, antenatal care, baby, domestic violence, child, postpartum, pediatric, breastfeeding, breastmilk, maternal, pregnant*, birth, ANC, vaccination, school

*Keyword for pregnant, pregnancy

**Figure 1.** PRISMA flow diagram of the searching process

consultation with a third researcher (R.T.).

Inclusion criteria

- Article Types: Original articles, integrative reviews, systematic reviews, and meta-analyses
- Language: Published in both Thai and English
- Journal Types: Peer-reviewed journals
- Authorship: Authored by at least one Thai family physician, considering all authors

Exclusion criteria

- The full-text article was unavailable.

Results

A total of 564 articles were identified through a search in the "Famscholar" researcher database. Of these, 511 articles were published on Scopus, and 53 articles were published on ThaiJo. After screening the titles and abstracts, 483 articles were excluded: 457 were unrelated to MCH, and 26 were other types of articles that did not meet the inclusion criteria. Consequently, 81 articles were selected for full-text review. Following this review, 34 studies were excluded from the analysis: 25 studies were not authored by Thai family physicians, considering all authors (these were authored by other professionals, such as nurses or educators), and nine studies were inaccessible

in full-text. Ultimately, 47 studies were included in this scoping review. The PRISMA flow diagram of the search process, based on "Famscholar," is shown in Figure 1. The primary data, comprising author, year, title, database, research methodology, setting, and results of the 47 included studies are presented in Supplementary Table 1.

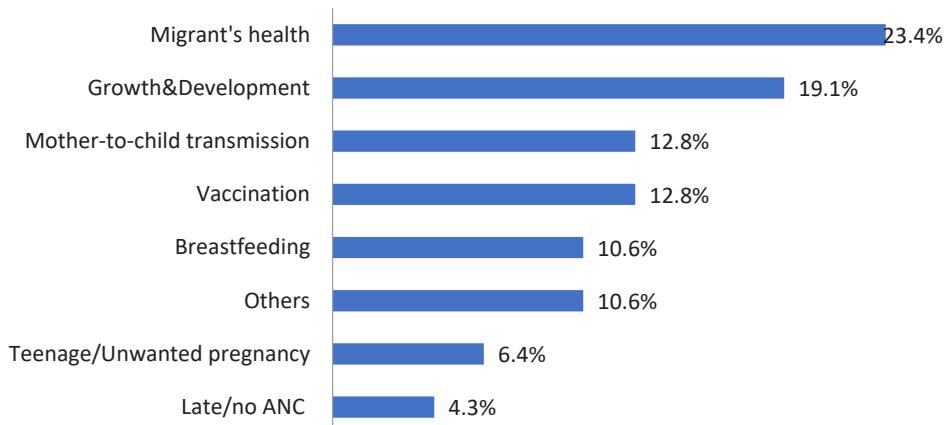
Seven research publications were published between 1991 and 2000, 12 between 2001 and 2010, 17 between 2011 and 2020, and 11 between 2021 and 2023.

Out of 47 studies, 41 (87.2%) were on the Scopus database and 6 (12.8%) on the ThaiJo database. Regarding study design, the majority of them were observational studies; with 15 (31.9%) being cross-sectional, 10 (21.3%) being cohort, five (10.6%) being case-control, and three (6.4%) being qualitative. A small proportion of research was experimental; five (10.6%) were randomized controlled trials, and two (4.3%) were non-randomized controlled trials. In addition, as shown in Table 2, there were four meta-analyses (8.5%), one systematic review (2.1%), one mixed method study (2.1%), and one other method (2.1%).

The 33 studies (70%) focused on maternal health, when categorized by the period of care,

Table 2. Article Methods

Method	Scopus N = 41 (87.2%)	ThaiJo N = 6 (12.8%)	Total N = 47 (100%)
Observational			
Qualitative study	3	-	3 (6.4)
Cross-sectional study	10	5	15 (31.9)
Case-control study	5	-	5 (10.6)
Cohort study	10	-	10 (21.3)
Experimental			
Clinical trial (RCT)	5	-	5 (10.6)
Clinical trial (non-RCT)	1	1	2 (4.3)
Mixed method study	1	-	1 (2.1)
Systematic review	1	-	1 (2.1)
Meta-analysis	4	-	4 (8.5)
Other	1	-	1 (2.1)

**Figure 2.** Percentage of articles on MCH specific issues

revealed 26 research studies on antenatal care (ANC) and seven research studies on postpartum care. Additionally, 13 research studies (28%) focused on child health, including eight studies on newborns and five studies on preschool-age children. Only one study (2%) focused on both maternal and child health.

In this scoping review, the studies on MCH were categorized by specific issues. These included migrant's health (23.4%), growth and development (19.1%), prevention of mother-to-child transmission (12.8%), vaccination (12.8%), breastfeeding (10.6%), other issues (10.6%), teenage or unwanted pregnancy (6.4%), and late or no ANC (4.3%). These categorizations are depicted in Figure 2.

The majority of these studies were conducted in hospitals (25 studies, 53%), with 19 studies (41%) taking place in the community. While three studies (6%) were conducted concurrently in both community and hospital settings.

The domain of the research was divided into two parts: 1) health promotion and disease prevention (32 studies, 68%), covering vaccination, antenatal care, prevention of mother-to-child transmission, breastfeeding, nutrition, growth and development, teenage pregnancy, and well-baby clinic. 2) disease management (15 studies, 32%).

Discussion

This scoping review revealed that the majority of MCH studies published by Thai family physicians on the Scopus database involved international collaborations focusing on global health issues and program management, such as vaccination,⁸⁻¹¹ nutrition,¹²⁻¹⁵ migrant's health,¹⁶⁻¹⁹ and clinical trials.²⁰⁻²³ Meanwhile, research on the ThaiJo database concentrated on local situations of population health issues in the researchers' service areas²⁴⁻²⁷ and dealing with the government policy.²⁸

Seventy percent of the research included in this review focused on maternal health, which

consisted of ANC,^{25,29-30} postpartum care^{19,31}, and breastfeeding,^{12,32-35} with additional emphasis on specific groups such as migrants. These studies show the current practices among Thai family physicians in local settings. All of these are associated with WHO and WONCA's goal of supporting healthy pregnancy, eliminating preventable maternal death, ensuring an effective transition to positive labor, as well as increasing the rate of exclusive breastfeeding in the first six months to at least 50%.^{1,36,37} As the 2030 SDGs were launched, WONCA made progress toward achieving universal access to health and well-being services for women, children, and adolescents. Skilled and competent healthcare providers play a unique role in identifying and supporting advocacy efforts for critical issues and challenges in women's, children's, and adolescents' health and well-being,³ as well as promoting best practices that can be implemented nationally to ensure that no one is left behind. Consequently, child health is an issue that needs more attention.³⁸ In Thailand's health system, obstetricians and pediatricians were primarily responsible for the care of MCH. This might explain why family physicians have undertaken relatively limited research on MCH.

This study demonstrates that research has predominantly focused on working with migrants on MCH. The majority of them were international collaborations concerned with health burdens and barriers to accessing healthcare services. As WHO responds to refugee and migrant health, everyone should be able to access people-centered and high-quality health services without financial impediments. Therefore, WHO collaborates with nations to establish strong health systems that meet the needs of refugees and migrants.³⁹ Furthermore, this might reflect the changing migrant population in local areas where family physicians operate.

Some of the research in this review focused on children's growth and development, which is influenced by a variety of factors including maternal health, nutrition, and nurturing care, particularly in the early years. The Nurturing Care Framework was established by WHO and the United Nations Children's Fund (UNICEF), aim to promote healthy growth development in children. This approach emphasizes the need for early interventions and continuous interaction with caregivers and young

children, starting from pregnancy.⁴⁰ In response, Thailand's Ministry of Public Health launched the "1,000 Days Miracle" initiative to improve the quality of ANC and establish a child and family care team to support children in surviving and thriving from pregnancy to the age of two years. This initiative ensures that Thai children achieve optimal growth and development.²⁸

More than half of the research was conducted in hospital settings, which may reflect the majority of family physicians' practices. Therefore, to satisfy the Entrustable Professional Activities (EPAs) requirements for Thai family physicians' professional skills in system and community-based practice, further studies in community settings should be explored. The majority of the research focused on health promotion and disease prevention, which is a crucial role for family physicians, as outlined in the EPAs.⁶

There was an interesting innovation to improve MCH care applied in the context of the service area: the "Better Border Healthcare Program", an application for smartphones integrated into the healthcare system as a communication tool to enhance maternal health on ANC and reduce child mortality through the Expanded Program on Immunization (EPI) in the Thai-Myanmar border area.⁴¹ This is correlated with professionalism, propagating working ideas, and innovation in medical practice, which is one of the core competencies of the residency training curriculum in family medicine.⁶

Conclusions

MCH is a worldwide priority. Thai family physicians have published several studies on MCH using a variety of methodologies over the past two decades. The findings of this scoping review on family medicine in Thailand provide some parts of the current situation of MCH in local settings of Thai family physicians. These findings can be used to improve MCH practices by prioritizing longitudinal studies over cross-sectional studies for deeper insights into continuous care. Child health research should be prioritized to balance maternal health research and align with global health goals. More research in community settings can better integrate family physicians' roles in health promotion and disease prevention, according to the EPAs. Furthermore, leveraging these insights can help in the development of

policies and initiatives to improve family medicine training and practice, particularly preventive care and comprehensive primary health management.

Strengths and limitations

This scoping review retrieved articles from Famscholar, which comprises the Scopus and ThaiJo databases. However, it is not linked to PubMed, a major global database; therefore, this study covers only some of the studies published by Thai family physicians.

Author contributions

R.T. originated the study concept and designed the research plan. C.R. wrote the main manuscript, performed revisions, analyzed, and interpreted the data. C.R., R.T., and Su.Sr. developed the discussion structure. Si.Sa. provided research data and contributed to the discussion. R.T. and Su.Sr. assisted in shaping the discussion and reviewed the manuscript. All authors approved the final version.

Disclosure

The authors declare that there are no conflicts of interest.

Funding

The study was supported by The Royal College of Family Physicians of Thailand (RCFPT) under "The Two Decades of Thai Family Physician Impact Evaluation Project (TFPIME)".

References

1. World Health Organization. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): early childhood development. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023.
3. Dey T, Kalnina I. PMNCH for Universal Health: Women, Children and Adolescents [Internet]. 2023. [cited 2024 Mar 30]. Available from: <http://globalfamilydoctor.com/News/PMNCHpartnership.aspx>
4. Topothai C, Chaweewan T. Maternal and child health: benefit package under the Thai universal coverage. In: Yosida T, editor. Learning by Sharing: Thailand's Experience in MCH. Bangkok: Japan International Cooperation Agency (JICA); 2018. p. 3-4.
5. The Committee for Defining and Monitoring the Results of Official Inspection. Inspection focus area 3: age groups health (maternal and child health). In: Tien-jaruwatana W, Wilairat V, Sawangsri S, Tanmanee K, Tinghame B, Tuntiyawarong P, et al, editors. Ministry of Public Health Inspection Guideline 2020. Bangkok: Bureau of Official Inspection, Ministry of Public Health; 2020.31-4. (In Thai).
6. Srivanichakorn S, editor. The qualification standards demonstrating knowledge and expertise in medical practice: specialty in family medicine 2022. Bangkok: The Royal College of Family Physicians of Thailand; 2022. (In Thai).
7. Chiang Mai University. Famscholar [Internet]. [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://famscholar.fmpc-cmu.com/>
8. Simasathien S, Migasena S, Samakoses R, Pitisuttitham P, Sangaroon P, Aree C, et al. Vaccination of Thai infants with rhesus-human reassortant tetravalent oral rotavirus vaccine. *Pediatr Infect Dis J*. 1994;13:590-6.
9. Simasathien S, Migasena S, Beuvery C, Steenis G Van, Samakoses R, Pitisuttitham P, et al. Comparison of enhanced potency inactivated poliovirus vaccine (EIPV) versus standard oral poliovirus vaccine (OPV) in Thai infants. *Scand J Infect Dis*. 1994;26:731-8.
10. Chunsuttiwat S, Biggs BA, Maynard J, Thamapalo S, Laoboripat S, Bovornsin S, et al. Integration of hepatitis B vaccination into the expanded programme on immunization in Chonburi and Chiangmai provinces, Thailand. *Vaccine*. 1997;15:769-74.
11. Simasathien S, Migasena S, Bellini W, Samakoses R, Pitisuttitham P, Bupodom W, et al. Measles vaccination of Thai infants by intranasal and subcutaneous routes: Possible interference from respiratory infections. *Vaccine*. 1997;15:329-34.
12. Durongdej S, Mangklasiri R. The managerial process as a key to successful breastfeeding for promoting infant health in Thailand. *Asia Pac J Public Health*. 1992;6:30-4.
13. Sathenannoppakao W, Kasemsup R, Nontarak J, Kessomboon P, Putwatana P, Taneepanichskul S, et al. Energy and macronutrient intakes and food sources in preschool children: Thai NHES IV. *J Med Assoc Thail*. 2015;98:957-67.
14. Hashmi AH, Paw MK, Nosten S, Darakamon MC, Gilder ME, Charunwatthana P, et al. 'Because the baby asks for it': a mixed-methods study on local perceptions toward nutrition during pregnancy among marginalised migrant women along the Myanmar-Thailand border. *Glob Health Action*. 2018;11:1473104.
15. Hashmi AH, Solomon N, Lee SJ, Min AM, Gilder ME, Wiladphaingern J, et al. Nutrition in transition: Historical cohort analysis summarising trends in under- and over-nutrition among pregnant women in a marginalised population along the Thailand-Myanmar border from 1986 to 2016. *Br J Nutr*. 2019;121:1413-23.
16. Bierhoff M, Angkurawaranon C, Myat Min A, Gilder ME, Win Tun N, Keereevijitt A, et al. Maternal hepatitis B infection burden, comorbidity and pregnancy outcome in a low-income population on the Myanmar-Thailand Border: A retrospective cohort study. *J Pregnancy*. 2019; v.2019:1-11.
17. Tschirhart N, Jiraporncharoen W, Angkurawaranon C, Hashmi A, Nosten S, McGready R, et al. Choosing where

to give birth: Factors influencing migrant women's decision making in two regions of Thailand. *PLoS One*. 2020; 15:1-13.

18. Tschirhart N, Jiraporncharoen W, Thongkhamcharoen R, Yoonut K, Ottersen T, Angkurawaranon C. Including undocumented migrants in universal health coverage: a maternal health case study from the Thailand-Myanmar border. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:1-9.
19. Thepampan W, Eungapithum N, Tanasombatkul K, Phinyo P. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in a Thai-Myanmar Border Community Hospital: A Nested Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:4633. PubMed PMID: 33925427
20. Chaisilwattana P, Chokephaibulkit K, Chalermchockcharoenkit A, Vanprapar N, Sirimai K, Chearskul S, et al. Short-course therapy with zidovudine plus lamivudine for prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 in Thailand. *Clin Infect Dis*. 2002;35:1405-13.
21. Lolekha S, Pratuangtham S, Punpanich W, Bowonkirkatikachorn P, Chimabutra K, Weber F. Immunogenicity and safety of two doses of a paediatric hepatitis A vaccine in Thai children: Comparison of three vaccination schedules. *J Trop Pediatr*. 2003;49:333-9.
22. Bierhoff M, Nelson KE, Guo N, Jia Y, Angkurawaranon C, Jittamala P, et al. Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: protocol for a one-arm, open-label intervention study to estimate the optimal timing of tenofovir in pregnancy. *BMJ Open*. 2020;10:e038123. PubMed PMID: 32928858
23. Bierhoff M, Angkurawaranon C, Rijken MJ, Sriprawa K, Kobphan P, Nosten FN, et al. Tenofovir disoproxil fumarate in pregnancy for prevention of mother to child transmission of hepatitis B in a rural setting on the Thailand-Myanmar border: a cost-effectiveness analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21:1-12.
24. Nakawiro P. Prevalence of Failure to Thrive in Children with the Age Below Two at Well Baby Clinic of Wat Phrayat Tikaram Health Promoting Hospital. *J Prev Med Assoc Thail*. 2018;9:73-86.
25. Sungsongkiate A. Factor related to late Attendance for Antenatal Care in Pregnant Women Receiving Service at Community medical Unit of Krabi hospital. *Krabi Med J*. 2018;1:13-24.
26. Nantsupawat N. The Situation of Anemia in Migrant Pregnancy at Sansai Hospital, Chiang Mai. *Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2020;3:36-45.
27. Jintanapanya P. Parental Chief Concern in Well Baby Clinic of Primary Care Network, Thungsong Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Med J*. 2020;4:20-30.
28. Sangsirilak S, Sangsirilak A. Efficacy of 1,000 days miracle program on child developments. *Med J Sisaket Surin Buriram Hosp*. 2020;35:87-99.
29. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Panamonta M, Pothinam S. Factors associated with failure to receive antenatal care. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 1991;31:307-10.
30. Liabsuetrakul T, Yamamoto Y, Kongkamol C, Ota E, Mori R, Noma H. Medications for preventing hypertensive disorders in high-risk pregnant women: a systematic review and network meta-analysis. *Syst Rev*. 2022;11:1-17.
31. Sirimai K, Titapant V, Roongphornchai S. Morbidity and mortality from birth before arrival at Siriraj Hospital. *J Med Assoc Thail*. 2002;85:1258-63.
32. Rashid M, Tayakkanonta K, Chongsuvivatwong V, Geater A, Bechtel GA. Traditional birth attendants' advice toward breast-feeding, immunization and oral rehydration among mothers in rural Bangladesh. *Women Heal*. 1999;28:33-44.
33. Gilder ME, Tun NW, Carter A, Tan FFSL, Min AM, Eh H, et al. Outcomes for 298 breastfed neonates whose mothers received ketamine and diazepam for postpartum tubal ligation in a resource-limited setting. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21:1-11.
34. Lee YK, Wattanapisit A, Ng CJ, Boey CCM, Ahmad Kamar A, Choo YM, et al. Tailoring an online breastfeeding course for Southeast Asian paediatric trainees- A qualitative study of user experience from Malaysia and Thailand. *BMC Med Educ*. 2022;22:1-10.
35. Chanprapaph P, Thippayacharoenam C, Iam-am A, Lumlerdkij N, Akarasereenont P, Laohapand T, et al. Effectiveness of Ayurved Siriraj Prasa-Nam-Nom Recipe on breast milk volume in early postpartum women: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Siriraj Med J*. 2022;74:11-8.
36. Andree Rochfort, Zalika Klemenc Ketiš SV. EQuIP and Wonca Europe Statement on the Occasion of World Patient Safety Day 2021 - "Safe Maternal And Newborn Care" [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 20]. Available from: <https://www.woncaeurope.org/news/view/equip-and-wonca-europe-statement-on-the-occasion-of-world-patient-safety-day-2021-safe-maternal-and-newborn-care>
37. World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025: Policy Brief Series (WHO/NMH/NHD/14.2). Geneva: World Health Organization; 2014.
38. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Protect the Promise: 2022 progress report on the Every Women, Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Geneva: World Health Organization; 2022.
39. World Health Organization. Refugee and Migrant health [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
40. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing Care for early child development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018.
41. Kaewkungwal J, Singhasivanon P, Khamsiriwatchara A, Sawang S, Meankaew P, Wechsart A. Application of smart phone in "Better Border Healthcare Program": A module for mother and child care. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2010;10:69. PubMed PMID: 21047412

ฉบับนี้

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่จัดทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในช่วงสองทศวรรษ (2543-2566)

สมรณ พงศานานุรักษ์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, วัลิกา รัตนจันทร์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว², สุพัตรา ศรีวนิชชากร, พบ., วว.เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา), อว.เวชศาสตร์ครอบครัว³

¹โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน, ²กลุ่มงานเวชกรรมลั้นคอม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก, ³ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

สมรณ พงศานานุรักษ์, พบ.,
โรงพยาบาลน่าน อ.เมืองน่าน
จ.น่าน 55000, ประเทศไทย
Email: nonnesta1@gmail.
com

Received: July 24, 2024;

Revised: July 30, 2024;

Accepted: August 20, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การบูรณาการสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการปฐมภูมิจะช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งอาจจำเป็นสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยด้านสุขภาพจิตที่จัดทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย

แบบวิจัย: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

วัสดุและวิธีการ: วิเคราะห์งานวิจัยด้านสุขภาพจิตของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยที่ตีพิมพ์ ปี พ.ศ. 2543-2566 จากฐานข้อมูล Famscholar (ที่จัดทำขึ้นในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งรวมรวมงานวิจัยจาก Scopus และ ThaiJo)

ผลการศึกษา: จากทั้งหมด 108 บทความ มี 57 บทความที่เข้าเกณฑ์สำหรับการศึกษา มาจากฐานข้อมูล Scopus (ร้อยละ 53) และ ThaiJo (ร้อยละ 47) โดยร้อยละ 79 เป็นงานวิจัยแบบภาคตัดขวาง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาระโรค (ร้อยละ 89) มากกว่าแนวทางการรักษา (ร้อยละ 11) ภาวะซึมเศร้าเป็นหัวข้อที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 37) และร้อยละ 46 ของงานวิจัยศึกษาในบริบทโรงพยาบาล

สรุป: บทความส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง โดยภาวะซึมเศร้าเป็นหัวข้อที่ให้ความสนใจมากที่สุด ส่วนใหญ่เนื้อหามุ่งเน้นไปที่การศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากกว่าแนวทางการรักษา แหล่งข้อมูลมาจากการทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ในอนาคตแนะนำให้ทำการศึกษาแนวทางรักษาในชุมชนให้มากขึ้น

คำสำคัญ: สุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า 医療 เวชศาสตร์ครอบครัว ประเทศไทย

ORIGINAL ARTICLE

A Scoping Review of Mental Health Research Conducted by Family Physicians During Two Decades of the Thai Family Physician (2000-2023)

Somthanon Pongsananurak, MD., Diploma, Thai Board of Family Medicine¹,
Valika Rattanachan, MD., Diploma, Thai Board of Family Medicine¹,
Rojanasak Thongkhamcharoen, MD., Diploma, Thai Board of Family Medicine²,
Supattra Srivanichakorn, MD, MPH, Cert. Board (Epidemiology), Dip. Thai Board of Family Medicine, FRCFPT³

¹Nan Hospital, Nan, ²Maesot Hospital, Tak, ³President of The Royal College of Family Physicians of Thailand, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Somthanon Pongsananurak,
MD., Nan Hospital, Muang,
Nan 55000, Thailand
Email: nonnesta1@gmail.com

Received: July 24, 2024;

Revised: July 30, 2024;

Accepted: August 20, 2024

ABSTRACT

Background: Mental health issues significantly impact individuals, families, communities, and healthcare costs. Integrating mental health into primary care fosters a holistic approach to patient care, leading to potential advantages. This study aimed to analyze the research evidence on mental health published by Thai family physicians.

Design: A Scoping Review

Methods: Analysis of Thai family physicians' research on mental health issues, based on publications from 2000-2023 aggregated on Famscholar (a platform launched in November 2023 that collects publications from Scopus and Thaijo).

Results: Out of 108 articles found, only 57 were relevant to the study. These relevant articles were retrieved from Scopus (53%) and Thaijo (47%). The majority of the articles (79%) were cross-sectional studies. The studies mainly showed the disease burden (89%) rather than exploring interventions (11%). Depression was the most common topic (37%), and almost half (46%) of the studies were conducted in hospitals

Conclusion: Most studies employed a cross-sectional design with a primary focus on depression. These studies primarily examined local mental health conditions and their associated factors rather than interventions. Data for these studies was collected from both hospital and community settings. Conducting more community-based research to identify novel interventions is recommended

Keywords: mental health, depression, family physicians, Thailand

Introduction

The World Health Organization (WHO) states that mental health is mental well-being where individuals can cope with the normal stresses of life, realize their full potential, work productively, and make contributions to the community.¹ Mental health encompasses emotional, psychological, and social well-being which can affect relationships, physical health, and daily living.²⁻⁴ Therefore, good mental health at all stages of life, from childhood through adulthood and aging is crucial.⁵

Mental disorders can also be classified as mental health conditions. Mental health conditions encompass a wider range of experiences, including mental disorders, psychosocial disabilities, and other mental states that cause considerable distress, functional impairment, or increase the risk of self-harm. WHO has reported that there are approximately 970 million people worldwide having mental problems in 2019 and the number is increasing. Among these populations, depression and anxiety are the most common mental illness.⁶

Mental health problems create a substantial burden affecting individuals, families, communities, and the health care system. There is a gap between the prevalence of mental disorders and the number of people receiving therapy globally. When these populations can access mental health services easier and closer to their homes it could help close this existing gap.⁷ Thus, integrating mental health into primary care which facilitates a whole-person approach to care can bring important benefits.

The World Organization of Family Doctors (WONCA) coordinates with WHO and also plays a role in mental health care aimed to encourage mental well-being by promoting primary care management of mental health through evidence-based health care. WONCA supports WHO in promoting a shift of patient with mental illness in the hospital to be more dignified in their communities. Thereby, mental health services delivered in primary care improve the quality of life for many patients and their families by minimizing the burden of mental illness.^{7,8} WONCA's vision for mental health aims to enhance understanding of the global

burden of depression and mental health disorders, filling critical knowledge gaps necessary for developing effective interventions to promote mental well-being.⁸

In Thailand, the Thai National Mental Health Survey 2013 found that the lifetime prevalence of mental health and substance use disorders was 30.8%. However, only 11.5% received services in the past year, and just 3.7% received care from a healthcare professional.⁹ According to these facts The Royal College of Family Physicians of Thailand (RCFPT) included mental health issues in the "A Scoping Review of Mental Health Research Conducted by Family Physicians During Two Decades of the Thai Family Physician" in 2024. This article aimed to explore the research on mental health issues conducted by Thai Family Physicians between 2000-2023 to identify new knowledge, practices, or innovations for the primary healthcare management of mental health and also analyze the gaps in research direction to improve the mental health in primary care in the future.

Methods

Study design

The authors conducted a scoping review to identify relevant mental health studies.

Data sources and search strategy

The data for this study were extracted from Famscholar¹⁰ using Python, a programming language, to collect articles based on the mental health search terms outlined in Table 1. The Famscholar database is an online platform launched in November 2023 for academic research. It was created by Chiang Mai University's Department of Family Medicine and contains research data from members enrolled in the Thai Board of Family Medicine's Diploma program.

Study selection

S.P. and J.R., working separately, initially evaluated the studies by examining their titles and summaries. When unsure about including a study, they retrieved the full article for further assessment. Any disagreements between them

Table 1. Search terms for mental health

Categories	Keywords
Mental health	Depress, anxiety, cognitive disorder, substance-related disorder, adjustment, mental health, stress, burnout, happenometer, addiction, MDD

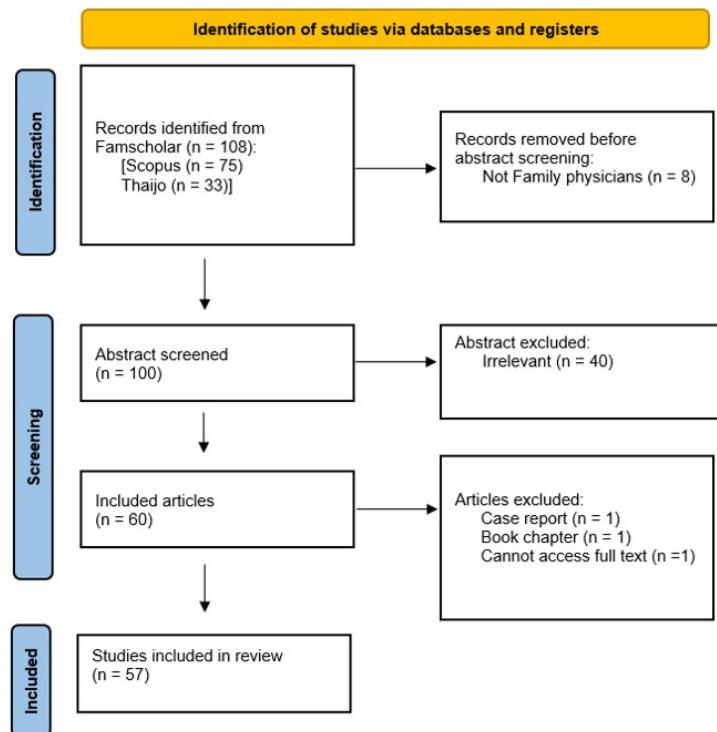


Figure 1. Flow diagram of the study selection

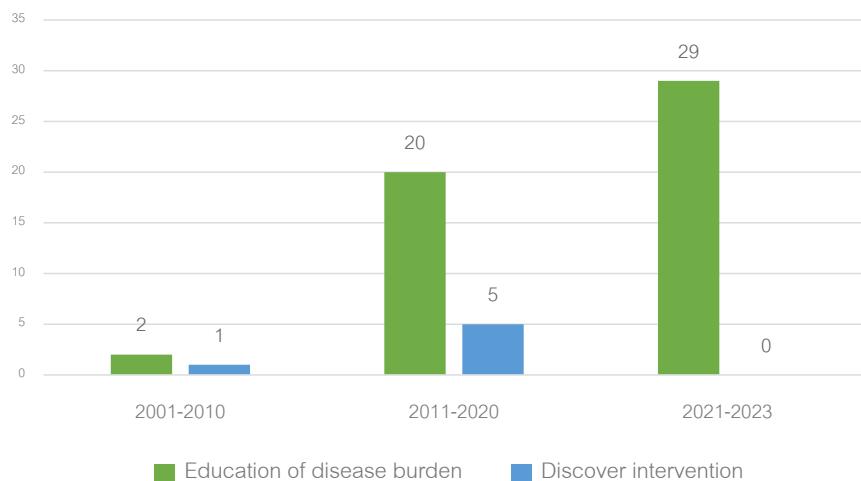


Figure 2. Number of articles by purpose of study (per decade)

were resolved through discussions and by consulting with a third researcher, R.T.

Inclusion criteria:

The study considered original articles, integrative reviews, systematic reviews, and meta-analyses. These studies were included in both Thai and English languages.

Exclusion criteria:

Full-text article is unavailable or none of the authors are family physicians.

Results

Researchers found 108 articles (75 from Scopus, 33 from Thaijo). The author used the Medical

Council of Thailand database to screen for Thai family physicians. Eight articles were excluded because they did not include family physicians. After the abstract screening, 60 were selected for retrieval. Following further review based on specific criteria, 57 studies remained for analysis (Figure 1).

The study found that the number of articles published increased over time, with 3, 25, and 29 articles published between 2001-2010, 2011-2020, and 2021-2023, respectively. Six articles regarding intervention were published between 2001-2010 and 2011-2020 (Figure 2).

Thirty studies were found in the Scopus database, and twenty-seven were found in the Thaijo database. The most common methodology (79%, or 45 studies) was cross-sectional studies. Other research designs were used less frequently, with only four studies each being randomized controlled trials (RCTs) or systematic reviews/meta-analyses. Two cohort studies, and one study each using a non-RCT or mixed-method approach were found (Table 2).

Most research focused on depression (37%), followed by combined depression and anxiety (with or without other conditions such as stress and grief) (16%) and stress (16%). Substance use and burden/burnout were less common, occurring in 9% of studies each (Figure 3). When categorized by purpose and content of the studies, 89% of studies aimed to assess the situations and risk factors of these conditions (disease

burden), while 11% explored potential solutions (intervention discovery) (Figure 4). 46% of studies came from hospitals, and 40% from community settings, with the rest from secondary data or surveys (Figure 5).

Discussion

The most popular research method, the cross-sectional study (79%), is used to study associations, for instance, between exposure and disease, and to make comparisons in disease and symptom rates between exposed and unexposed groups. This might be due to the simple and easiest way of the studies for the new family physicians at the beginning stage of their work. Cross-sectional studies have limitations in establishing causal relationships and only provide a snapshot of data at a single point, serial cross-sectional studies might be needed to show the trends.¹¹ Then longi-

Table 2. Article methods

Method	Scopus N = 30 (53%)	ThaiJo N = 27 (47%)	Total N = 57 (100%)
Observational			
Qualitative study	-	-	-
Cross-sectional study	19	26	45 (79.0)
Case-control study	-	-	-
Cohort study	2	0	2 (3.5)
Experimental			
Clinical trial (RCT)	4	0	4 (7.0)
Clinical trial (non-RCT)	1	0	1 (1.8)
Mixed method study	1	0	1 (1.8)
Systematic review/ Meta-analysis	3	1	4 (7.0)

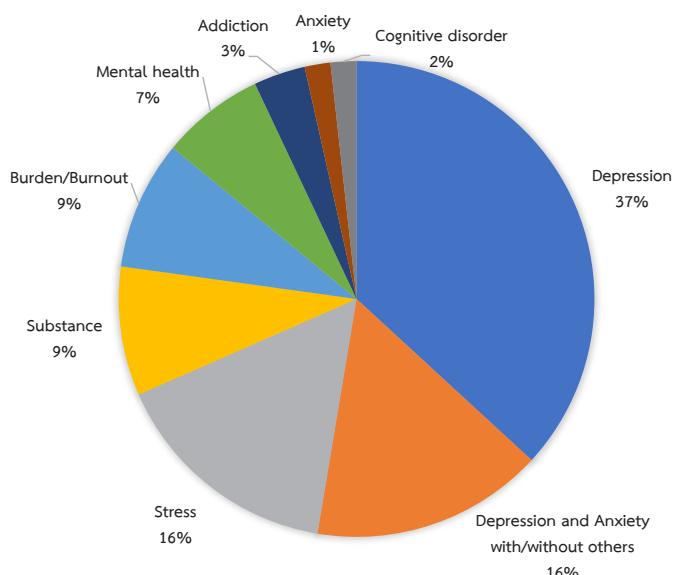


Figure 3. Proportion of articles by category

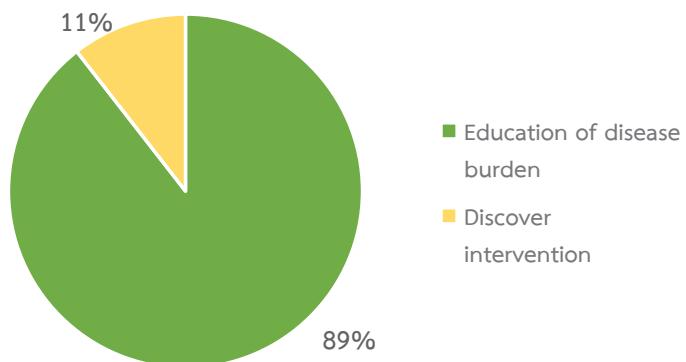


Figure 4. Proportion of articles by purpose of study

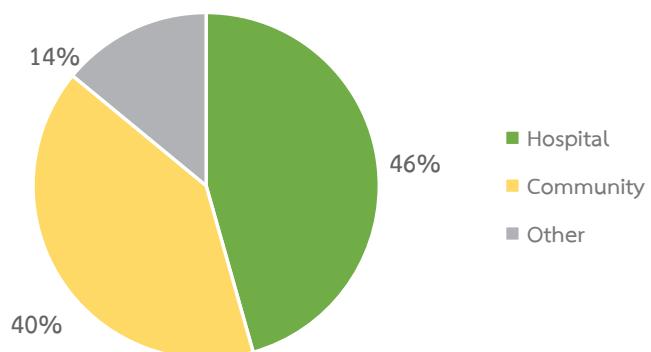


Figure 5. Proportion of articles by research setting

tudinal studies should be suggested to resolve the limitations of cross-sectional studies.¹² The most studied topics are depression (37%), depression and anxiety with/without others and stress (16%), stress (16%), substance use (9%), and burden/burnout (9%). The articles that have been done are relevant to current mental problems globally as WHO reported, depression and anxiety are the most common mental illnesses.⁶

A scoping review of the literature on mental health issues among physicians in North America, showed burnout to be the most frequently studied topic (59%), followed by depression (24%) and distress (8%).¹³ While depression remains a common topic in mental health research, burnout appears to be more prevalent in physician-related studies.

In the Thai National Mental Health Survey 2013, the lifetime prevalence of substance use disorder, anxiety disorders, impulse control disorders, and affective disorders (major depressive disorder, dysthymia, bipolar disorder) was 26.5%, 1.6%, 1.3%, and 0.7%, respectively.⁹ However, in this study, depression and anxiety were the most prevalent mental health issues, while substance use disorder ranked fourth. Thus, substance use

disorder could be an interesting topic for further research.

The prevalence of depression in the community is 6-22% and risk factors included being elderly, single, having alcohol use, amphetamine use, patients with chronic diseases such as diabetes mellitus, moderate/severe dependence on ADLs, poor sleep quality, insufficient income, physical illness, and being female.¹⁴⁻¹⁷ The prevalence in hospital settings is 10-17% and risk factors included poor family function, needing a caregiver, low income, being female, and family conflict.^{2,18,19} The data were collected from hospitals, communities, and others (secondary data and survey) 46%, 40%, and 14%, respectively. This might show that existing family physicians in Thailand conduct research both in hospitals and communities. WONCA advocates a transition away from stigmatized, long-term institutional care for individuals with mental illness, towards more inclusive and respectful community-based support models to respect the rights of people with mental health conditions.⁸ In a previous study, home-based treatment, integrated within the community, significantly reduced depressive symptoms and improved health status in chroni-

cially medically ill older adults with minor depression and dysthymia.²⁰ This can also be studied with similar results in Thailand, therefore community-based research (CBR) would be an alternative approach to fostering individual growth by nurturing community strengths and cultivating problem-solving skills.²¹

According to the WONCA vision, which prioritizes both understanding the global burden of depression and mental health disorders and developing interventions to promote mental well-being,⁸ Thai family physicians' research during the past two decades focused heavily on understanding the existing situations and risk factors of depression and mental health (89%), while intervention or treatment research constituted only 11%. Interestingly, all intervention or treatment articles were published from 2000-2020. This is a gap for future research to find new interventions integrated with primary care to support easier accessibility to mental health treatment in the community.

Among the research studies on interventions, two had family physicians listed as the first author. In the other four studies, the first authors were not family physicians. There are interesting points in the intervention or treatment articles. A recent study suggests that superimposed binaural beat-based interventions may be more effective in reducing anxiety among university students compared to traditional methods such as music listening and general relaxation techniques.²² One of the intervention articles examined the effects of a home visit program by a youth volunteer on the health-related quality of life of elderly persons living in a rural community. The program was conducted for 18 weeks, resulting in a positive effect on overall health status and a decrease in depression,²³ consistent with findings by Kerse et al. (2010) that improved mood and quality of life for older people with depressive symptoms.²⁴ A meta-analysis provides evidence for the effectiveness of both home-based psychological intervention and the combination of home-based psychological and exercise interventions in treating depression. Among these options, the combined approach demonstrated the most favorable outcomes.²⁵ A Randomized controlled trial shows the peer-oriented, community-based intervention designed to reduce methamphetamine (MA) use

and sexual risk behavior also resulted in a substantial reduction in depressive symptoms, independent of changes in MA use.²⁶

The RCFPT recognizes the importance of mental health and has included it in the FM curriculum as a topic called "Human Behavior and Mental Health".²⁷ Primary care doctors play a crucial role in addressing mental health needs. They are the first point of contact within the formal health system and offer various essential services. These include identifying mental health issues early, managing common mental illnesses with other related factors, managing patients with stable psychiatric conditions, referring individuals to specialists when necessary, addressing the mental health aspects of people with physical health and social concerns, and promoting mental health and preventative strategies.^{7,27}

This study's strength lies in its scoping review of mental health issues addressed by Thai family physicians over the past two decades. However, it includes research articles found in Famscholar, which may result in the review not capturing all the research conducted by Thai family physicians.

Conclusions

A scoping review of 57 mental health articles by Thai family physicians was conducted from 2000 to 2023. The number of articles published has increased in the current decade compared to the previous two. A cross-sectional methodology is a commonly used research design. The majority of research focuses on depression, and studies investigating the local situations and their risk factors, and disease burden outnumber those examining interventions. The study collected data from hospitals and communities in similar amounts. A future gap in study is the need for community-based research to identify new interventions for mental problems.

Acknowledgments

The authors would like to thank the family physicians at Nan Hospital for their support and for sharing their ideas. They would also like to thank Chontara Pongsananurak for providing the idea for the introduction. The study was supported by The Royal College of Family Physicians of Thailand (RCFPT).

References

1. World Health Organization. Mental health [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Pongsananurak S, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, Wisetborisut A, Angkurawaranon C. The Association between Anemia and Depression among Health Workers in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The Journal of Prapokkla Hospital Clinical Medical Education Center. 2019;36:285-94.
3. Kupper N, Pelle AJ, Szabó BM, Denollet J. The relationship between Type D personality, affective symptoms and hemoglobin levels in chronic heart failure. PLoS One. 2013;8(3):e58370. PubMed PMID: 23472188;
4. Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. Soc Sci Med. 2017;195:42-9.
5. Centers for Disease Control and Prevention. About Mental Health [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 24]. Available from: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>
6. World Health Organization. Mental disorders [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
7. World Health Organization. Integrating mental health into primary care : a global perspective. Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization. 2007;34:32-7.
8. World Organization of Family Doctors. WONCA Working Party: Mental Health [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 22]. Available from: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/MentalHealth3.aspx>
9. Kittirattanapai boon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S, et al. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai National Mental Health Survey 2013. Journal of Mental Health of Thailand. 2017;25:1-19.
10. Chiang Mai University. Famscholar [Internet]. 2019 [cited 2024 May 16]. Available from: <https://famscholar.fmpc-cmu.com/>
11. Sunaina Singh. What is a cross-sectional study? definition, advantages, disadvantages, and examples [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 26]. Available from: https://researcher.life/blog/article/what-is-a-cross-sectional-study-definition-and-examples/#What_is_the_purpose_of_a_cross-sectional_study
12. Adi Bhat. Cross-sectional study vs longitudinal study [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 26]. Available from: <https://www.questionpro.com/blog/cross-sectional-study-vs-longitudinal-study/#:~:text=Cross%2Dsectional%20study%20is%20conducted%20with%20different%20samples.,cause%2Dand%2Deffect%20relationship>
13. Mihailescu M, Neiterman E. A scoping review of the literature on the current mental health status of physicians and physicians-in-training in North America. BMC Public Health. 2019;19:1363. PubMed PMID: 31651294
14. Aung TNN, Moolphate S, Koyanagi Y, Angkurawaranon C, Supakankuti S, Yuasa M, Aung MN. Depression and associated factors among community-dwelling Thai older adults in Northern Thailand: The relationship between history of fall and geriatric depression. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(17):10574. PubMed PMID: 36078289
15. Choosong T, Chootong R, Supsirinawin C, Thonganan P, Piboon S, Senangkhanikorn S, et al. Lifestyle and depression related factors among medical students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional online survey. Vulnerable Child Youth Stud. 2023;18:413-21.
16. Phomprasith S, Karawekpanyawong N, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, Maneeton B, Phinyo P, Lawanaskol S. Prevalence and Associated Factors of Depression in Medical Students in a Northern Thailand University: A Cross-Sectional Study. Healthcare (Basel). 2022;10:488. PubMed PMID: 35326966
17. Muangthai S. Prevalence and factors associated with depression in Sisaket's primary care patients with type 2 diabetes. Medical journal of Srisaket Surin Buriram hospitals. 2013;28:109-18.
18. Siriwankulthon I, Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Angkurawaranon C, Rojanasumapong A, Inpa C, et al. Prevalence and factors associated with depression in elderly patients in Family Medicine Outpatient Clinic, Chiang Mai University. Journal of Mental Health of Thailand . 2021;29:1-11.
19. Plookrak S. The prevalence and associated factors of depression in ESRD on hemodialysis in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2018;8:72-80.
20. Ciechanowski P, Wagner ME, Schmalong K, Schwartz S, Williams B, Diehr P, et al. Community-integrated home-based depression treatment in older adults a randomized controlled trial. JAMA. 2004;291:1569-77.
21. John Wiley & Sons. Community Based Research [Internet]. 2012 [cited 2024 Feb 27]. Available from: [https://www.aicbr.ca/community-based-research#:~:text=Community%2Dbased%20research%20\(CBR\),action%20using%20the%20research%20outcomes](https://www.aicbr.ca/community-based-research#:~:text=Community%2Dbased%20research%20(CBR),action%20using%20the%20research%20outcomes)
22. Chairinkam W, Thaikruea L, Klaphajone J, Lerttrakarnnon P. Effects of newly-developed superimposed binaural beat on anxiety in university students in Thailand: a randomised controlled trial. CMU J Nat Sci. 2019;18: 122-30.
23. Rachasrimuang S, Kuhirunyaratn Phd P, Bumrerraj S. Controlled Trial in Rural Thailand. J Med Assoc Thai. 2018;101:189-95.
24. Kerse N, Hayman KJ, Moyes SA, Peri K, Robinson E, Dowell A, et al. Home-based activity program for older people with depressive symptoms: DeLLITE - A randomized controlled trial. Ann Fam Med. 2010;8:214-23.
25. Sukhato K, Lotrakul M, Dellow A, Ittasakul P, Thakkinstantian A, Anothaisintawee T. Efficacy of home-based non-pharmacological interventions for treating depression: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ Open. 2017;7: e014499. PubMed PMID: 28706086
26. German D, Sutcliffe CG, Sirirojn B, Sherman SG, Latkin CA, Aramrattana A, et al. Unanticipated effect of a randomized peer network intervention on depressive symptoms among young methamphetamine users in Thailand. J Community Psychol. 2012;40:799-813.
27. The Royal College of Family Physicians of Thailand. Standards for quality of the Thai board of Family Medicine. 2565. p. 85-7. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยต่อการพัฒนาการดูแล ประจำบ้านในช่วง 2 ทศวรรษ

วนพล ตั้งสกุล, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, อรรถก รักษาสัตย์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว²,
โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, พบ., วว.เวชศาสตร์ป้องกัน
(ระบาดวิทยา), อว.เวชศาสตร์ครอบครัว³

¹ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก, ²โรงพยาบาลครินครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น, ³ ประชานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

วนพล ตั้งสกุล, พบ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลแม่สอด อ.แม่สอด
จ.ตาก 63110, ประเทศไทย
Email: Lunaorth@gmail.com

Received: August 7, 2024;

Revised: August 17, 2024;

Accepted: September 5

บทคัดย่อ

ที่มา: การดูแลประจำบ้านในประเทศไทยเริ่มต้นและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 2 ทศวรรษ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยจำนวนมากให้การกำกับดูแลทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน แต่ยังมีหลักฐานทางวิชาการไม่มากนักที่แสดงถึงบทบาทดังกล่าว การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทบทวนงานวิจัยด้านการดูแลประจำบ้านในประเทศไทย 2) จำแนกงานวิจัยดังกล่าวตามหมวดของด้วยแบบทางสาระณสุข เพื่อการพัฒนาการดูแลประจำบ้าน 3) ระบุเนื้อหาหลักของงานวิจัยดังกล่าว

รูปแบบการวิจัย:

วัสดุและวิธีการ: ค้นหางานวิจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการดูแลประจำบ้านและดำเนินการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยด้วยฐานข้อมูลทางวิชาการ “Famscholar” ระหว่างเดือนพฤษจิกายน พ.ศ. 2566 โดยใช้คำค้นหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลประจำบ้าน จากนั้นผู้วิจัย 3 ท่านดำเนินการอ่านบทคัดย่อและงานวิจัยฉบับเต็มอย่างเป็นอิสระต่อ กันเพื่อคัดแยกงานวิจัยด้านการดูแลประจำบ้านและจำแนกงานวิจัยตามหมวดและเนื้อหาหลัก

ผลการศึกษา: พบงานวิจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการดูแลประจำบ้านจำนวน 454 ฉบับ หลังผ่านการอ่านบทคัดย่อและงานวิจัยฉบับเต็มแล้ว พบงานวิจัยด้านการดูแลประจำบ้านโดยการมีส่วนร่วมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยที่ผ่านเกณฑ์ 81 เรื่องซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 งานวิจัยส่วนใหญ่ก็จัดในหมวดการปฏิบัติ (ร้อยละ 90) และดำเนินการในสถานพยาบาลเป็นหลัก (ร้อยละ 75.31) ส่วนใหญ่ใช้การศึกษาแบบภาคตัดขวางหรือแบบตามรุ่น โดยทำในผู้ป่วยมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.51) เนื้อหาหลักเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับชีวิทยาทางการแพทย์ โดยการศึกษาเรื่องการพยากรณ์โรค การเข้าถึงบริการและการจัดการอาการคิดเป็นร้อยละ 16, 14 และ 11 ตามลำดับ พบรการวิจัยเรื่องการดูแลทางจิตวิญญาณ การดูแลความเครียดจากการสูญเสีย การสื่อสาร การศึกษา และความมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นจำนวนน้อย

สรุป: แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาการดูแลประจำบ้านโดยเฉพาะทางด้านการปฏิบัติและชีวิทยาทางการแพทย์ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาเหล่านี้ ซึ่งว่างทางความรู้ที่สำคัญคือการดูแลทางจิตวิญญาณ การดูแลความเครียดจากการสูญเสีย การสื่อสาร การศึกษาและการดูแลประจำบ้านในชุมชน

คำสำคัญ: การดูแลประจำบ้าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย การพัฒนาการดูแลประจำบ้าน

ORIGINAL ARTICLE

Contribution of Thai Family Physicians to Palliative Care Development in Two Decades: A Scoping Review

Thanapon Tangsakul, M.D., Diploma, Thai Board of Family Medicine¹,
Attakorn Raksasataya, M.D., FRCFPT., Diploma, Thai Board of Family Medicine²,
Rojanasak Thongkhamchareon, MD, MPH, Dip. Thai Board of Family Medicine¹,
Supattra Srivanichakorn, MD, MPH, Cert. Board (Epidemiology), Dip. Thai Board of Family Medicine, FRCFPT³

¹Department of Social Medicine, Maesot Hospital, Tak, ²Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, ³President of The Royal College of Family Physicians of Thailand, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Thanapon Tangsukul, MD,
Department of Social
Medicine, Maesot Hospital,
Maesot district, Tak 63110,
Thailand
Email: Lunaorth@gmail.com

Received: August 7, 2024;

Revised: August 17, 2024;

Accepted: September 5, 2024

ABSTRACT

Background: Palliative care was established and progressed gradually in Thailand over the past two decades. Several Thai Family Physicians supervised palliative care in hospitals and the community. However, there is limited evidence of Thai Family Physicians' contribution to palliative care. This study aims to 1) examine evidence of palliative care research conducted by Thai Family Physicians; 2) categorize the related studies by public health model for palliative care development, and 3) identify the research themes.

Design: A scoping review

Methods: Potential studies were searched in November 2023 via "Famscholar", an academic database, using palliative care-related search terms. Three researchers independently read abstracts and full articles to extract eligible studies. The recruited studies were categorized into domains, and the themes of the studies were identified.

Results: Four hundred and fifty-four potential studies were found. After the reading process, 81 studies were eligible. The number of studies increased gradually, particularly between 2021 and 2023. A majority of the studies were categorized into the implementation domain (90%) and institute-based (75.31%). Cross-sectional and cohort studies were common. Cancer patients gained the most attention (39.51%). Biomedical issues were well studied. Prognostication, service accessibility, and symptom management shared 16%, 14%, and 11% of all studies, respectively. Few studies focused on spiritual care, bereavement, communication, education, and community participation.

Conclusion: Thai Family Physicians have contributed to palliative care development, particularly in the areas of implementation and biomedical issues. The Royal College of Family Physicians of Thailand has played a significant role in the progress of Thai palliative care. The gap was identified in knowledge including spiritual care, bereavement, communication, education, and community palliative care.

Keywords: palliative care, Thai Family Physicians, palliative care development

Introduction

Palliative care in Thailand has been developing for two decades.¹ Thailand progressively improved from isolated palliative care provision (3a level) in 2013 to early integration into the health-care system (4a level) in 2017 as categorized by the Worldwide Palliative Care Alliance.^{2,3} Thailand was 44th in the world ranking and 10th in the Asian-Pacific region in the 2015 Quality of Death Index.⁴ The great leap of palliative care in Thailand was initiated in 2017. The Ministry of Public Health (MOPH) implemented a palliative care policy in the National Service Plan. The key indicators were continuously monitored, including palliative care home visits, advance care planning (ACP), and strong opioid prescriptions in government hospitals.⁵ This policy has markedly improved the accessibility of palliative care countrywide. In 2022, 112,278 patients had access to palliative care services. Among these, 29.8% received strong opioids, 40.99% were provided home visits, and 61% discussed ACP.⁶ The provision of palliative care at home has increased, resulting in higher reimbursement for home visits. Moreover, this policy has reduced unnecessary inpatient admissions⁷, emergency visits⁸, and inpatient health-care costs.⁹ However, the gaps were quality of care, healthcare-supporting environment, and community engagement.⁴ To enhance full coverage and achieve advanced integration of palliative care, the implementation of palliative care into primary care is one of the most important strategies. This strategy needs palliative care education in multilevel primary care networks.¹⁰ Although family physicians play an important role in the provision of palliative care services in community and hospital settings, scant evidence was found regarding the role of family physicians in palliative care in Thailand.

The World Health Organization (WHO) encouraged the integration of palliative care into public health and primary health care systems to ensure that services are equally and effectively accessible. The WHO suggested a public health model for palliative care development that includes: 1) developing policies on palliative care; 2) accessibility to essential medications; 3) education and professional training, and 4) implementation.¹¹

The Royal College of Family Physicians of Thailand (RCFPT), the professional body of Family Physicians in Thailand, was established in 1999.

The RCFPT included palliative care at every level of the curriculum. Since 2012, palliative care has been one of the main core competencies of residency training in Family Medicine in Thailand.^{12,13} A one-year, full-time postgraduate palliative care training program, the Certificate of Medical Proficiency in Palliative Care in Family Medicine commenced in 2018.¹⁴ In 2023, the RCFPT developed a two-year Fellowship in Palliative Medicine curriculum.

In 2023, the RCFPT developed the "20th anniversary of Thai Family Physician Impact Evaluation Project (TFPIME)". This aimed to systematically evaluate the evidence of the impact of family physicians on the healthcare system. Our article is a part of the project. The objectives of this study were: 1) to examine the evidence of palliative care research conducted by Thai family physicians; 2) to categorize the related research by public health models for palliative care development¹⁵, and 3) to identify themes of palliative care-related research.

Methods

Design

This comprehensive scoping review was conducted to address all research questions. This article is particularly useful for understanding Thai family physician research domains according to the public health model for palliative care development, including policy, drug availability, education, and implementation, as proposed by the World Health Organization (WHO).¹⁶ The authors may categorize appropriate themes for a better understanding of the whole picture and identify research gaps. A quality appraisal was not conducted in the scoping review because the authors focused on the comprehensive mapping of research domains and themes.

Search strategy

This scoping review searched all original research published between 2000 and 2023 in the Famscholar database and obtained all research articles that have at least one board-certified Thai family physician as a co-author. It retrieved all publications from Scopus and the national online electronic journal database of Thailand, the Thai Journal Online (ThaiJo) database. The final search was conducted on November 18, 2023. Since Famscholar does not support Medical

Subject Heading (MeSH) term functions, the search terms relevant to palliative care were selected from standard textbooks of palliative care and consensus among three Thai palliative care experts. It included ten categories and more than 65 keywords (Table 1).

Inclusion and exclusion criteria

Palliative care is an approach to improving the quality of life and death among life-limited patients by integrating a holistic approach and patient-family-centered care in advanced diseases. A wide range of studies were included in this scoping review. Included papers had to meet the following criteria: (1) at least one board-certified Thai family physician must be among the authors; (2) the included studies must be original articles, integrative reviews, systematic reviews, or meta-analyses, and (3) full articles must be in English or Thai, with abstracts in English. The authors excluded papers with the following features: (1) study types, including narrative reviews, letters to the editor, editorials, congress or conference abstracts, interviews, newspaper articles, book chapters, expert opinions, and case reports that were not systematically analyzed, and (2) papers for which full articles could not be accessed.

Data extraction

A data extraction protocol was developed and executed by three authors (TT, AR, and RT). The

process involved screening by title and abstract, removing duplicates, and assessing full articles. The authors collected information on study design, participants, study location, and year of publication, and categorized the recruited studies according to the domains of the WHO's public health model for palliative care development and palliative care-related topics. Two authors independently performed each step, with any disagreements resolved by a third author. After an impeccable evaluation of all included papers, appropriate themes were identified to describe the study findings. The authors presented the results as the number and proportion of studies according to their characteristics and time of publication within five years.

Results

Initially, 454 articles were recruited by search terms related to palliative care. The abstracts of potential articles were reviewed by independent researchers. Three hundred and thirty-nine studies were excluded at this step. Further, the potential articles received full article evaluation. Thirty-four articles were excluded: 25 were not related to palliative care, two were duplicates, four did not meet methodology criteria, and three were unavailable for full-text access. All excluded articles due to unmet methodology criteria were narrative reviews. After all processes, 81 eligible studies were included for analysis (Figure 1).

Table 1. Shows list of search terms that related to palliative care

Category	Keywords
Care	palliative, terminal, end stage, end of life, life-limiting, life-threatening, dead, dying, death, supportive, hospice
Symptom	Pain, dyspnea, symptom, breathless, delirium, dementia, suffer, distress
Assessment tool and measurement	ESAS, Karnofsky, SPICT, PAINAD, quality of life
Diseases	Chronic obstructive pulmonary disease, cancer, non-cancer, heart failure, serious illness
Communication	Advance care plan, advance directive, empathy, compassion, living will, counseling, family meeting, decision, proxy, power of attorney
Medication	Drug availability, opioid, morphine, fentanyl, cannabis
Prognostication	Surviv*, progn*, life expectancy, mortal*
Caregiver	Grief, bereavement, mourning, caregiver, carer, burden
Ethic	Life sustaining, withdraw, withhold, euthanasia, dilemma, DNR, resuscitation, intubation, ventila*, sedat*
Spiritual	Spiritual, dignity, well-being, resilience

ESAS, Edmonton Symptom Assessment System; SPICT, Supportive and Palliative Care Indicator Tools; PAINAD, Pain Assessment in Advanced Dementia

, Heading of words that related to palliative care topics. Progno stands for prognosis or prognostication, for example

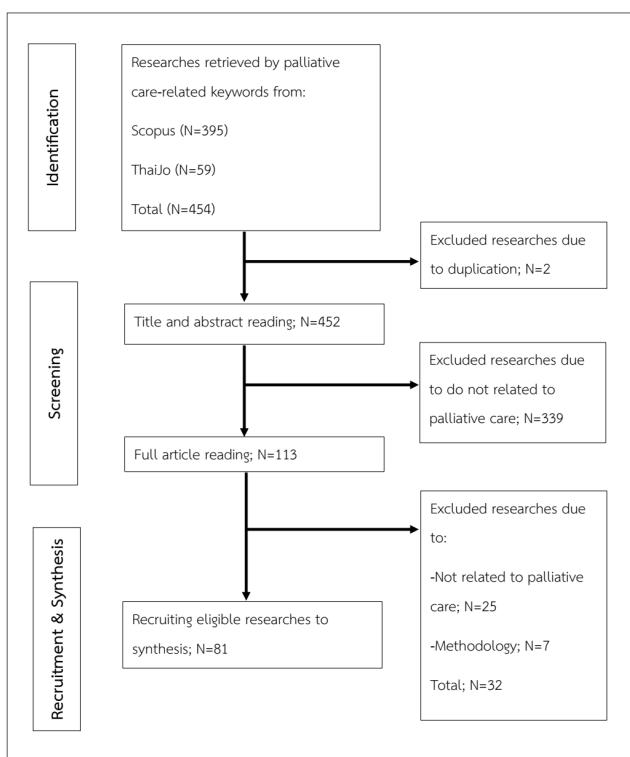


Figure 1. Shows recruitment process of research on palliative care conducted by Thai family physicians during 2000-2023 period

According to Table 2, cross-sectional and cohort studies were the most popular study designs (33.33% and 25.93%, respectively). Nine control-trial studies included seven non-randomised controlled trials (non-RCTs) and two randomised controlled trials (RCTs). Eleven percent of studies used a qualitative design. Three studies were systematic reviews and meta-analyses.

For participants, the number of participants varied across studies. Most studies recruited between 100 and 500 participants (42.50%). Eighteen percent of the studies recruited more than 1,000 participants. The median number of participants was 157 (min = 1, max = 52,027, and IQR 64, 420). The main populations in all studies were patients; 40% were cancer, 20% were non-cancer, and 20% were a mix of cancer and non-cancer patients. There was no general population or health volunteer involvement.

Seventy-five percent of the recruited studies were institute-based (studies were conducted in hospitals). Five studies were conducted in community settings. Most articles (64) were single-center studies and only 15 were multi-center studies, conducted either in Thailand or abroad.

According to the public health model, 90% of the articles were categorized under the imple-

Table 2. Shows characteristic of research on palliative care conducted by Thai family physicians during 2000-2023 period

Characteristics	Number (%)
Study design	
Cross-sectional study	27 (33.33)
Cohort study	21 (25.93)
RCT and non-RCT clinical trial	9 (11.11)
Qualitative study	7 (8.64)
Systematic review or meta-analysis	3 (3.70)
Mixed method	3 (3.70)
Case control study	1 (1.24)
Uncategorizable	10 (12.35)
Total	81 (100.00)
Participant groups	
Cancer patient	32 (39.51)
Non-cancer patients	16 (19.75)
Both group of patients	16 (19.75)
Health care providers	5 (6.17)
Caregiver/relatives	4 (4.94)
Patients and caregiver/relatives	3 (3.70)
Medical students/residents/teachers	2 (2.48)
Uncategorizable	3 (3.70)
Total	81 (100.00)
Place of studies	
Community-based study	5 (6.17)
Institute-based study	61 (75.31)
Uncategorizable	15 (18.52)
Total	81 (100.00)

RCTs, randomized controlled trials; non-RCTs, non-randomized controlled trial

mentation domains. The remaining articles were categorized under education and drug availability (2.5% each). No research was categorized under the policy domain (Figure 2).

When we classified articles into themes, we found that the theme of prognostication or prognostic tools was the most prevalent (16%). Accessibility and symptom management themes were second (14%) and third (11%) respectively. For the advanced care planning theme, this important issue of palliative care included eight articles (10%). Six studies on caregiver burden were identified. The palliative care education theme was less popular (two studies, 2%). One article focused on the bereavement and spiritual care themes. Studies on communication and community participation were also rare (Figure 3).

According to Table 3, symptom assessment tools and management were the earliest published topics. These were followed by prognostication, cost of care, attitude toward palliative care, and advanced care planning. Prognostication and

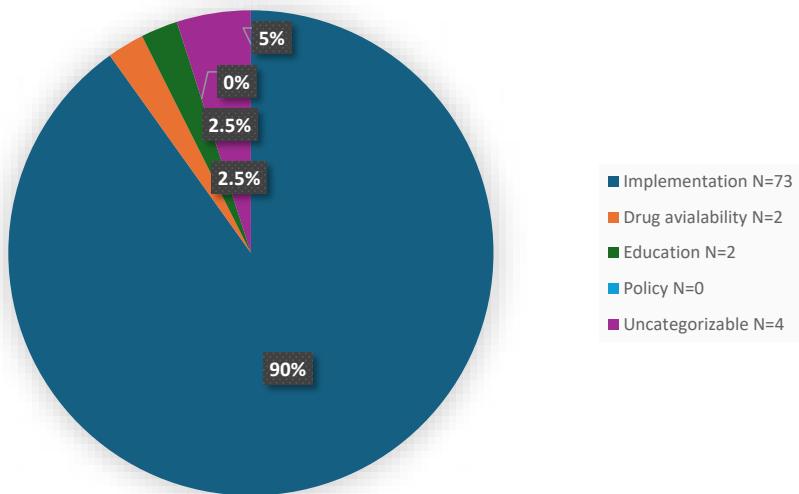


Figure 2. Shows proportion of palliative care researches conducted by Thai family physicians during 2000-2023 period categorized by WHO's public health service domain. (Total number of studies is 81.)

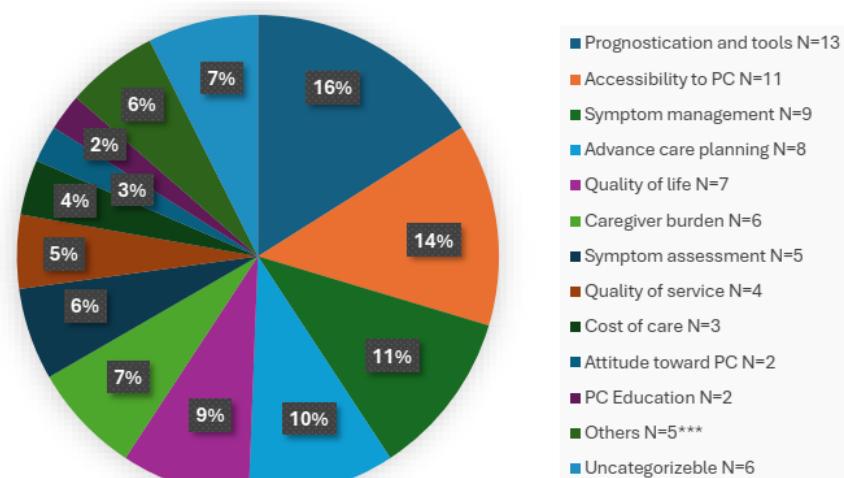


Figure 3. Shows proportion of palliative care researches conducted by Thai family physicians during 2000-2023 period categorized by research themes. (Total number of studies is 81.)

Table 3. Shows trend of research themes on palliative care conducted by Thai family physicians during 2000-2023 period

Theme	Biomedical	Psychospiritual	Carer	Communication	Administration	Education	Miscellaneous												
Period	Screening tools	Symptom assessment	Symptom management	Prognostication	Quality of life	Spiritual care	Grief and Bereavement	Caregiver burden	Communication	Advance care planning	Accessibility	Cost of care	Quality of services	PC education	Community participation	Attitude toward PC	Uncategorizable	Total in period	
2000-2005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2006-2010	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
2011-2015	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	6	
2016-2020	0	2	2	6	5	1	0	2	1	3	1	1	1	1	0	1	0	27	
2021-2023	1	1	6	7	2	0	1	4	0	4	10	1	3	1	1	0	1	5	47
Total in theme	1	5	9	13	7	1	1	6	1	8	11	3	4	2	1	2	6	81	

symptom management themes remain popular in the current period. The number of studies on accessibility to palliative care and advanced care planning is increasing rapidly. Despite the rapid increase in palliative care studies produced by Thai family physicians over the past three years, no articles about communication, spiritual care, and community participation were published.

Discussion

In brief, 81 palliative care-related studies were identified in which Thai family physicians participated. Cross-sectional and cohort studies were common designs. A majority of the included studies were institute-based and patient-focused. According to the public health model for palliative care development, the implementation domain accounted for 90 percent of all studies.

The official establishment of palliative care in Thailand was in 1997.¹⁶ It began at the implementation level and progressed gradually to the administration and policy levels as part of the National Service Plan for Cancer Prevention in 2013.¹² Since then, palliative care research has commenced and increased in terms of study numbers. It is not surprising that most of the palliative care research produced by Thai family physicians focused on implementation. The studies conducted by Latprap et al. and Chakruyanuyok et al. demonstrated the role of Thai family physicians in palliative care service development at the implementation level.^{18,19} Fifty-eight percent of the included articles were published in the last three years. This corresponds to the establishment of a Training Curriculum for the Certificate of Medical Proficiency in Palliative Care in Family Medicine by RCFPT that was initiated in 2018.²⁰

According to the results, the included studies were categorized into six sub-domains: biomedical, psychospiritual, communication, administration, caregiver, community, and miscellaneous. Biomedical and administration were the two most common topics. The biomedical sub-domain comprised 28 studies, including screening, prognostication, and symptom assessment and control. Prognostication is an important topic for palliative care, guiding care planning, and therapeutic communication.²¹ It has become the most popular topic for Thai family physicians. Prom-pantakorn confirmed the prognostic value of the Palliative Performance Scale in the Thai popula-

tion.²² It showed consistency with a study conducted on Canadian palliative care patients.²³ Prognostication tools for cancer patients were developed and validated. Phinyo et al. proposed a newly developed tool, the HCC-SM CMU model, for estimating survival in patients with hepatocellular carcinoma and spinal metastases.²⁴ Pongikorn et al.²⁵ developed the Individualized Prediction of Breast Cancer Survival (IPBS) model, which was externally validated by Charumporn.²⁶ For non-cancer patients, many studies addressed end-stage organ or acute diseases. Purisinsith et al. reported that poor oral health correlated with poor peritoneal dialysis outcomes.²⁷ Morasert et al.²⁸ and Mekanimitdee et al.²⁹ reported practical clinical factors that related to in-hospital mortality of acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease patients: e.g., age, oxygen saturation, and white blood cell count. Chongruksut et al. revealed a significant correlation between advanced age and mortality in patients with intracerebral hemorrhage.³⁰ However, we failed to identify published academic studies that have adopted these tools at the practice level.

Some studies are concerned with symptom management. Klankluang et al. described a high prevalence of missed diagnoses of delirium made by non-palliative care specialists and identified delirium-related factors.³¹ Taburee et al. conducted a meta-analysis that reported hyoscine butyl bromide had the highest potential for death rattle prevention.³² Phenwan³³ demonstrated the application of the total pain concept in real-world practice, showing the value of a holistic approach in palliative care.

Following the amendment of the Narcotic Drugs Act B.E. 2562, medical cannabis was introduced into Thai palliative care service.^{34,35} Three studies reported clinical outcomes of medical cannabis. Cancer patients were the majority of participants in two studies.^{36,37} Sirimaharaj et al. studied the effectiveness and safety of medical cannabis in Alzheimer's disease patients.³⁸ However, all these studies were conducted with a small number of participants and over a short period.

Corresponding to real-world practice, the majority of the included studies focused on cancer patients. Non-cancer patients accessed palliative care at a later time and in smaller proportions.^{39,40} This finding corresponds to the main patients

engaged in palliative care within the Thai health-care system. The prevalence of patients needing palliative care was higher in inpatient settings (15-18%) compared to outpatient settings (7.8%).^{39,41,42} Elderly patients tend to be transferred to palliative care.^{41,42} When patients accessed palliative care services, they gained benefits from symptom control medications, family meetings, and documented advance care planning.^{19,41} Additionally, Chaobankrang reported a lower incidence of invasive treatment among palliative care patients.³⁹

In comparison to other specialists, family physicians providing palliative care services had a higher incidence of transfers to community care and gained more satisfaction.⁴³ This correlated with the study of Nagaviroj et al., who reported that a multidisciplinary team improved the chance of home deaths among palliative care patients.⁴⁴ Prommarat reported the effects of ACP on end-of-life care. The study results showed an increase in home deaths and a decrease in hospital costs within the ACP group.⁴⁵ This corresponded well with studies by Soontharanurak⁴⁶ and Brinkman-Stoppeenburg et al.⁴⁷ that reported decreased incidence of life-sustaining treatment utilization and increased hospice referrals among patients who had ACP.

Surprisingly, we identified only six percent of studies performed by Thai family physicians in the community. Additionally, there were no studies concerning policy. There are several obstacles to conducting community-based research among Thai family physicians practicing in communities; e.g., lack of support, interest, and research experience.⁴⁸ Among the various themes, there were few studies addressing caregiver issues. Most of them addressed caregiver burden, identifying risk factors, and the mediation model.⁴⁹⁻⁵⁴ Caregivers of cancer patients were the majority again. Dementia was the only non-cancer disease that was identified under the issue of caregiver.^{52,53} However, specific-disease caregivers, such as those assisting people with chronic kidney disease and people with disabilities, might bear a specific burden.⁵⁵⁻⁵⁷ Understanding those groups of caregivers is essential for service development. However, while ACPs that are considered to be part of communication were studied pervasively^{45,58-63} other issues about communication were not addressed, e.g., communication techniques

and strategies.

Studies on bereavement and spiritual care were also rare. We identified only one that mentioned spirituality among cancer patients and asked for more attention to the secular view.⁶⁴ Regarding education issues, we identified two studies on palliative care training. This may reflect the insufficient palliative care education in academic activities.^{65,66} Fortunately, the Medical Council of Thailand declared in January 2024 that palliative care is an essential competency for Thai medical students.⁶⁷ Further evaluation of the aforementioned declaration might guide professional training. There are huge gaps that Thai family physicians might have to fill.

Some innovations have been introduced by Thai family physicians. Wongpakaran et al. reported the outcome of the Thai version of the Confusion Assessment Method (CAM) algorithm for the diagnosis of delirium by general physicians.⁶⁸ Sripaew et al. systematically translated the Supportive and Palliative Care Indicators Tool for Low-Income Setting (SPECT-LIS) into Thai.⁶⁹ Suwanthaweemeesuk et al. reported comparable clinical outcomes between telemedicine and usual care for palliative care patients.⁷⁰ Technology has also been applied in palliative care practice. Gomutbutra et al. attempted to use machine learning for pain diagnosis.⁷¹ Phenwan and colleagues conducted a series of ACP classes using card games and the Zoom program. They reported excellent responses from participants.⁷²

Limitations

This study included articles focusing on Thai family physicians as authors. During the study process, we identified several palliative care-related articles conducted by other Thai professionals. The authors would like to remind readers that the primary aim of this study was to review the contribution of Thai family physicians to the field of palliative care research.

The Famscholar database was used following the study protocol. It collected research published in the Scopus and ThaiJO databases only. Gray literature was not included in our study.

Conclusions

Thai family physicians have made contributions to palliative care development. Eighty-one articles for which Thai family physicians shared

authorship published since 2000 are related to palliative care. Most of them were quantitative studies. Cross-sectional and cohort designs were prevalent. The number of palliative care-related articles increased gradually, particularly following the establishment of the Training Curriculum for the Certificate of Medical Proficiency in Palliative Care in Family Medicine in 2018. Biomedical issues were dominant. Most of the studies were confined to the implementation rather than the policy level. For further study, Thai family physicians should address the knowledge gaps identified in this research: caregivers, communication, spiritual care, education, and community participation.

References

- Milintangkul U. National Health commission office. 2015 [cited 2019 Dec 14]. National Policy on Palliative Care in Thailand. Available from: https://en.nationalhealth.or.th/wp-content/uploads/2017/11/NationalPolicyonPCare2015_09_17-1.pdf
- Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: A global update. *J Pain Symptom Manage.* 2013;45:1094-106.
- Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: The situation in 2017. *J Pain Symptom Manage.* 2020;59:794-807.
- The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 26]. Available from: <https://eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>
- MOPH. Percentage of hospitals that have palliative care [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 22]. Available from: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=39>
- Health Data Center. Health Data Center of Ministry of Public Health. 2023 [cited 2023 Nov 10]. Information for Responding Service Plan: Intermediate and Palliative Care. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5
- The Coverage. The Coverage. 2017 [cited 2023 Nov 15]. p. 1 National Health Security Office supports palliative care service. Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/120> (in Thai)
- Sriharathikun P, Nethipoomkun S. Impact of Advance Care Planning on the End-of-Life Care in Maesot Palliative Care Clinic, Tak Province, Thailand. *Journal of Primary Care and Family Medicine.* 2021;4:97-111. (in Thai)
- Prommarat C. Effects of advanced care planning on end-of-life care in Lamphun Hospital. *Journal of Medicine and Health Sciences.* 2023;30:1-13.
- Pairojkul S. Network of Primary Palliative Care in Thailand: A Prototype Driven by Education. In: Silbermann M, editor. Palliative care for chronic cancer patients in the community global approaches and future applications. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 521-31.
- World Health Organization. Why palliative care is an essential function of primary health care. Geneva: World Health Organization; 2018. p. 3-15.
- Royal College of Family Physicians of Thailand. Curriculum of Residency Training in Family Medicine 2012. Priksaritanon S, editor. Bangkok: Royal College of Family Physicians of Thailand; 2012. p. 1191. (in Thai)
- Royal College of Family Physicians of Thailand. Professional Standards for Medical Practitioners of Family Medicine 2019. Suwannaphumi K, Tanchareun S, Jiraporncharean V, Katsomboon P, Bunyaratapan M, Tochareunvanich P, et al., editors. Bangkok: Royal College of Family Physicians of Thailand; 2019. p. 1232. (in Thai)
- Royal College of Family Physicians of Thailand. Training Curriculum for Certificate of Medical Proficiency in Palliative Care in Family Medicine 2018. Royal College of Family Physicians of Thailand. Bangkok: Royal College of Family Physicians of Thailand ; 2018. p. 9. (in Thai)
- Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The Public Health Strategy for Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33:486-93.
- Kanjanopas T. Peaceful Death. 2020 [cited 2024 Apr 28]. p. 1 Development of Palliative Care in Thailand. Available from: <https://en.peacefuldeath.co/development-of-palliative-care-in-thailandthagoon-kanjanopas-department-of-internal-medicine-hatyai-hospital-songkhla-province-thailand/>
- Nilmanat Kittikorn. Palliative care in Thailand: Development and challenges. *Canadian Oncology Nursing Journal.* 2016;26:262-4.
- Latprap A. Developmentmodels of the terminal cancer patient's care at Warinrak center, WarinChamrab Hospital, UbonRatchathani. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital.* 2020;16:8-23.
- Chakriyanuyok P. A study of the Result from Palliative Care Program in end stage of cancer patients in Samphran Hospital, Nakhon Pathom Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand.* 2023;13:58-75.
- Royal College of Family Physicians of Thailand. Training Curriculum for Certificate of Medical Proficiency in Palliative Care in Family Medicine 2018. Royal College of Family Physicians of Thailand. Bangkok: Royal College of Family Physicians of Thailand ; 2018. p. 9. (in Thai)
- Chu C, White N, Stone P. Prognostication in palliative care. Vol. 17, *Palliative Medicine Clinical Medicine.* London; 2017.
- Prompantakorn P, Angkurawaranon C, Pinyopornpanish K, Chutarattanakul L, Aramrat C, Pateekhum C, Dejkriengkraikul N. Palliative Performance Scale and survival in patients with cancer and non-cancer diagnoses needing a palliative care consultation: a retrospective cohort study. *BMC Palliat Care.* 2021;20:74. PubMed PMID: 34039322

23. Lau F, Maida V, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemsky C. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37:965-72.

24. Phinyo P, Boonyanaruthee C, Paholpak P, Prusakorn D, Phanphaisarn A, Sangsin A. Natural disease progression and novel survival prediction model for hepatocellular carcinoma with spinal metastases: a 10-year single-center study. *World J Surg Oncol*. 2020;18(1):135. PubMed PMID: 32563268

25. Pongnikorn D, Phinyo P, Patumanond J, Daoprasert K, Phothong P, Siribumrungwong B. Individualized Prediction of Breast Cancer Survival Using Flexible Parametric Survival Modeling: Analysis of a Hospital-Based National Clinical Cancer Registry. *Cancers (Basel)*. 2021;13:1567. PubMed PMID: 33805407

26. Charumporn T, Jarupanich N, Rinthapon C, Meetham K, Pattayakornkul N, Taerujirakul T, et al. External validation of the individualized prediction of breast cancer survival (IPBS) model for estimating survival after surgery for patients with breast cancer in Northern Thailand. *Cancers (Basel)*. 2022;14(23):5726. PubMed PMID: 36497208

27. Purisinsith S, Kanjanabuch P, Phannajit J, Kanjanabuch T, Puapatanakul P, Johnson DW, et al. Oral health-related quality of life, a proxy of poor outcomes in patients on peritoneal dialysis. *Kidney Int Rep*. 2022;7(10):2207-18.

28. Morasert T, Jantarapootirat M, Phinyo P, Patumanond J. Prognostic indicators for in-hospital mortality in COPD with acute exacerbation in Thailand: a retrospective cohort study. *BMJ Open Respir Res*. 2020;7(1):e000488. PubMed PMID: 32467292

29. Mekanimitdee P, Morasert T, Patumanond J, Phinyo P. The MAGENTA model for individual prediction of in-hospital mortality in chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation in resource-limited countries: A development study. *PLoS One*. 2021;16(8):e0256866. PubMed PMID: 34449823

30. Chongruksut W, Limpastan K, Jetjumnong C, Watcharasaksilp W, Vaniyapong T, Norasetthada T, et al. Age as a prognostic factor of 30-day mortality in hemorrhagic stroke patients: A Thai large tertiary care referral center. *Asian J Surg*. 2020;43:991-5.

31. Klankluang W, Tongsai S, Sriphrom C, Siriussawakul A, Chanthong P, Tayasanant S. The prevalence, associated factors, clinical impact, and state of diagnosis of delirium in palliative care patients. *Supportive Care in Cancer* [Internet]. 2021 Jul 2;29:7949-56. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06367-7>

32. Taburee W, Dhippayom T, Nagaviroj K, Dilokthornsakul P. Effects of anticholinergics on death rattle: a systematic review and network meta-analysis. *J Palliat Med*. 2023;26:431-40.

33. Phenwan T. Relieving total pain in an adolescent: a case report. *BMC Res Notes*. 2018;11:265. PubMed PMID: 29720253

34. Sornpaisarn B, Pipattanachat V, Lamyai W, Dejkriengkraikul N, Rehm J. Facts and analysis of Thailand's Cannabis Policies: a public health perspective. *Journal of Health Science*. 2023;32:375-88.

35. Srisubat A, Thanositthichai S, Manochan K, Chairat C, Sroysumrong M, Rajdeum A. Guideline for Service of Integrative Medical Cannabis Clinic. Srisubat A, editor. Vol. 1. Nonthaburi: Medical Service Department Ministry of Public Health; 2021. p. 147. (in Thai)

36. Kantha K, Kadmek Atm S, Jaiban NN. The result of Developing Palliative Care and Medical Cannabis Clinic in Chun hospital Phayao province. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC 2 Phitsanulok*. 2021;8:41-56.

37. Fagcharoenpol V, Darasawang W. Effect of using medical cannabis on distressing symptoms and quality of life in palliative cancer patients. *Medical Journal of Sri-saket Surin Buriram Hospitals*. 2023;38:53-62.

38. Sirimaharaj S, Amphol S, Sangsawang C, Threetipayarak A, Krajangkaew N, Thammapok P. Effectiveness and safety evaluation of medical cannabis in alzheimer's disease in Chiang Mai Neurological Hospital. *Journal of Medical Services Department*. 2022;47:13-20.

39. Chaobankrang C. Characteristics of palliative inpatients in medicine department, Nakhonpathom hospital: A cross-sectional study. *Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2021;4:119-27.

40. Sungsittayakorn N, Pithayapibulpong T, Manasvanich BA. Comparison between characteristics and survival outcomes of cancer and non-cancer inpatients referred to palliative care consultation services. *Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2021;4:107-18.

41. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Sorasit C, Nakawiro P, Sudsa S, et al. Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: a multicenter point prevalence survey from Thailand. *Palliat Med Rep*. 2021;2:272-9.

42. Fumaneeshoot O, Ingviya T, Sripaew S. Prevalence of cancer patients requiring palliative care in outpatient clinics in a tertiary hospital in southern thailand. *Journal of Health Science and Medical Research*. 2021;39:411-21.

43. Kamtui R, Choksomngam Y, Krueawutthisan J, Jirapornjaroen W. The outcome of palliative care provision by family physicians at Chomthong Hospital. *Journal of Primary Care and Family Physicians*. 2023;6:23-32.

44. Nagaviroj K, Anothaisintawee T. A Study of the association between multidisciplinary home care and home death among Thai palliative care patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34:397-403

45. Prommarat C. Effects of advanced care planning on end-of-life care in Lamphun Hospital. *Journal of Medicine and Health Sciences*. 2023;30:1-13.

46. Soontaranurak T. A study of the relationship of advance care planning with actual end of life care in patients receiving palliative care, Pathum Thani Hospital. *Journal of Medical and Public Health Region 4*. 2024;14:149-58.

47. Brinkman-Stoppenburg A, Rietjens JAC, Van Der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliat Med*. 2014;28:1000-25.

48. Bonfim D, Belotti L, de Almeida LY, Eshriqui I, Velasco SRM, Monteiro CN, Jantsch AG. Challenges and strategies for conducting research in primary health care practice: an integrative review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:1380. PubMed PMID: 38066627

49. Pinyopornpanish K, Pinyopornpanish M, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Soontornpun A, Kuntawong P. Correction to: Investigating psychometric properties of the Thai version of the Zarit Burden Interview using rasch model and confirmatory factor analysis. *BMC Res Notes*. 2020;13:227. doi: 10.1186/s13104-020-05051-z. Erratum for: *BMC Res Notes*. 2020 Mar 2;13:120. doi: 10.1186/s13104-020-04967-w. PubMed PMID: 32312312

50. Fumaneshoot O, Ingviya T. Quality of life and burden of lung cancer patients' caregivers: A cross-sectional study from Southern Thailand. *Journal of Health Science and Medical Research*. 2020;38:177-92.

51. Wongkam R. Factors associated with caregiver burden in palliative care. *Journal of Research and Health Innovative Development*. 2021;2:9-21.

52. Pinyopornpanish M, Pinyopornpanish K, Soontornpun A, Tanprawate S, Nadsasarn A, Wongpakaran N, Wongpakaran T. Perceived stress and depressive symptoms not neuropsychiatric symptoms predict caregiver burden in Alzheimer's disease: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2021;21:180. PubMed PMID: 33711938

53. Pinyopornpanish K, Soontornpun A, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Tanprawate S, Pinyopornpanish K, Nadsasarn A, Pinyopornpanish M. Impact of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease on caregiver outcomes. *Sci Rep*. 2022;12:14138. PubMed PMID: 35986203

54. Saengboonmee C, Thepchatree S, Chumwarathayee C, Bunmas M, Jumwong P, Luvira V, et al. The stress among caregivers of patients with chemotherapy-treated cancer in northeast, thailand: a cross-sectional study. *Suranaree Journal of Science & Technology* [Internet]. 2022;29(3):1. Available from: <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A14%3A685310/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A157828085&crl=f> Cited on: 28/12/66

55. Noble H, Kelly D, Hudson P. Experiences of carers supporting dying renal patients managed without dialysis. *J Adv Nurs*. 2013;69:1829-39.

56. Llop-Medina L, Ródenas-Rigla F, Garcés-Ferrer J, Doñate-Martínez A. The experiences and views on palliative care of older people with multimorbidities, their family caregivers and professionals in a Spanish Hospital. *Healthcare (Basel)*. 2022;10:2489. PubMed PMID: 36554013

57. Supaporn K, Khaw T, Isaramalai SA. Family caregivers' perceptions of caring for older persons in the palliative care stage at home. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2022;26:161-74.

58. Phurithammachot P. Attitudes towards living wills and factors affecting living wills writing decisions of Borabue hospital' patients. *Academic Journal of Manasarakham Provincial Public Health Office*. 2016;1:39-50.

59. Phenwan T, Srisuwan P, Tienthavorn T. Perception of advance directive in Thai women with cancer: a qualitative study. *Walailak Journal*. 2019;16:601-10.

60. Phenwan T, Sixsmith J, McSwiggan L, Buchanan D. A narrative review of facilitating and inhibiting factors in advance care planning initiation in people with dementia. *Eur Geriatr Med*. 2020;11:353-68.

61. Kangwansura R, Teinthavorn T, Srisuwan P, Gesakomol K. Factors affecting older adults' decision-making on having a Living will. *Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2022;5:33-44.

62. Manomaipiboon B, Assawawitoontip S, Kokaewichain S, Manasvanich B ake. An educational video intervention to increase advance care planning in a geriatric clinic a randomized controlled trial. *Vajira Medical Journal*. 2020;64:235-42.

63. Saimai P, Hathirat S, Nagaviroj K. What challenges do Thai general practitioners and family physicians confront when discussing advance care planning with palliative care patients and familiesA qualitative study. *Journal of Medical Service Department*. 2022;47:94-102.

64. Phenwan T, Peerawong T, Tulathamkij K. The meaning of spirituality and spiritual well-being among Thai breast cancer patients: A qualitative study. *Indian J Palliat Care*. 2019;25:119-23.

65. Pieters J, Dolmans DHJM, Verstegen DML, Warmenhoven FC, Courtens AM, van den Beuken-van Everdingen MHJ. Palliative care education in the undergraduate medical curricula: students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care. *BMC Palliat Care*. 2019;18:72. PubMed PMID: 31455326

66. Ingleton C, Gardiner C, Seymour JE, Richards N, Gott M. Exploring education and training needs among the palliative care workforce. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3:207-12.

67. The Medical Council of Thailand. Declaration of The Medical Council of Thailand 4/2567 [Internet]. The Medical Council of Thailand, 4/2567 Thailand: The Medical Council of Thailand ; Jan 15, 2024 p. 1105. Available from: <https://tmc.or.th/index.php/News/Announcement/1145> (in Thai)

68. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Bookamana P, Pinyopornpanish M, Maneeton B, Lerttrakarnnon P, Utawichai K, Jiraniramai S. Diagnosing delirium in elderly Thai patients: utilization of the CAM algorithm. *BMC Fam Pract*. 2011;12:65. PubMed PMID: 21722373

69. Sripaew S, Fumaneshoot O, Ingviya T. Systematic adaptation of the Thai version of the supportive and palliative care indicators tool for low-income setting (SPICT-LIS). *BMC Palliat Care*. 2021;20:35. PubMed PMID: 33607991

70. Suwanthaweeemeesuk K, Nagaviroj K, Anothaisintawee T. Outcomes of Telemedicine with Usual Care Versus Usual Care in Palliative Cancer Patients at Ramathibodi Hospital: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2023;6:133-43.

71. Gomutbutra P, Kittisares A, Sanguansri A, Choosri N, Sawaddiruk P, Fakfum P, Lerttrakarnnon P, Saralamba S. Classification of elderly pain severity from automated video clip facial action unit analysis: A study from a Thai data repository. *Front Artif Intell*. 2022;5:942248. PubMed PMID: 36277167.

72. Phenwan T, Peerawong T, Jarusomboon W, Sittiwantana E, Satian C, Supanichwatana S. Using Zoom and Card Game to Conduct Advance Care Planning Classes: An Innovative Practice. *Omega (Westport)*. 2023; 87:1028-47.

ฉบับนี้

25 ปี วิจัยการหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ประเทศไทย : การศึกษาเชิงคุณภาพ

อรุณี ทิพย์วงศ์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว^{1,4}, นิสิตา นาทประยุทธ์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว^{2,4},
สถาบัน ศุภผล, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว^{3,4}, สุพัตรา ศรีวนิชชากุล, พบ., วว.เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา),
อว.เวชศาสตร์ครอบครัว⁴

¹กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี, ²กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา, ³กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น, ⁴ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย, จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อรุณี ทิพย์วงศ์, พบ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000,
ประเทศไทย

Email: arunee.ti@cpird.in.th

Received: August 21, 2024;

Revised: September 17, 2024;

Accepted: September 25, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยก่อตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2541 เริ่มต้นจากที่มีผู้เข้ารับการฝึกอบรมและสถาบันฝึกอบรมจำนวนไม่มาก จนกระทั่งปัจจุบันมีการขยายวงกว้างไปทั่วประเทศ มีผู้เข้ารับการฝึกและสถาบันการฝึกอบรมเพิ่มขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิจัยการของหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงปัจจุบัน

วัสดุและวิธีการ: การวิจัยเชิงคุณภาพดำเนินการโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างออนไลน์ ผู้เข้าร่วมเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์อยู่ในแวดวงเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 31 คน โดยเดลิการพัฒนาหลักสูตรของ Kern ถูกใช้เพื่อวิเคราะห์และทบทวนวิจัยการ มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระบุปัญหาและประเมินความต้องการทั่วไป 2) ประเมินความต้องการของกลุ่มผู้เรียน 3) เป้าหมายและวัตถุประสงค์ 4) กลยุทธ์ในการจัดการศึกษา 5) การนำหลักสูตรไปใช้ 6) ประเมินผลและพัฒนา ข้อมูลเชิงคุณภาพถูกรวบรวมและวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: วิจัยการของหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยตลอด 25 ปีที่ผ่านมา สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ยุคดังนี้ 1) ยุคการก่อตั้ง 2) ยุคการขยายจำนวน และ 3) ยุคการรับรองคุณภาพ ยุคที่ 1 (พ.ศ. 2541 - 2551) เป็นยุคเริ่มต้น และมีการเดิมท่องร่วมกันของจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม ยุคที่ 2 (พ.ศ. 2552-2561) เป็นยุคแห่งการเพิ่มจำนวนสถาบันฝึกอบรมและศักยภาพในการฝึกอบรม ยุคที่ 3 (พ.ศ. 2562-ปัจจุบัน) เป็นยุคที่มีการนำเกณฑ์ของสหพันธ์แพทย์โลกมาใช้ในการประกันคุณภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิจัยการของการพัฒนาหลักสูตร ได้แก่ นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน แนวโน้มแพทยศาสตรศึกษาทั่วโลก ระบบประกันคุณภาพการศึกษา และความต่อเนื่องของการพัฒนาอาจารย์ ส่วนอุปสรรคของการพัฒนา ได้แก่ การประเมินความต้องการของผู้เรียนเป้าหมายอาจยังไม่เพียงพอ อัตลักษณ์วิชาชีพยังไม่ชัดเจนในภพสาธารณะ และระบบสนับสนุนการฝึกอบรมไม่เพียงพอ

สรุป: เพื่อให้บรรลุศักยภาพสูงสุดในการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป้าหมายการฝึกอบรมและวัตถุประสงค์เฉพาะในการฝึกอบรมควรตั้งให้สอดคล้องตามความต้องการของกลุ่มผู้เรียนเป้าหมาย โดยเป้าหมายควรเชื่อมโยงกับความต้องการของสังคม รวมถึงมีระบบสนับสนุนการฝึกอบรมที่เพียงพอ คำนึงถึงศักยภาพการฝึกอบรมในระบบสุขภาพของประเทศไทย

คำสำคัญ: การศึกษาเชิงคุณภาพ การพัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ประเทศไทย

ORIGINAL ARTICLE**Twenty-Five-Year Evolution of Family Medicine Residency Training Program in Thailand: A Qualitative Study**

Arunee Tipwong, MD., MA., Thai Board of Family Medicine^{1,4}, Nisita Natprayut, MD., Thai Board of Family Medicine^{2,4}, Satang Supapon, MD., Thai Board of Family Medicine^{3,4}, Supattra Srivanichakorn, MD., MPH., Cert. Board (Epidemiology), Dip. Thai Board of Family Medicine, FRCFPT⁴

¹Social Medicine Department, Surat Thani Hospital, Surat Thani, ²Social Medicine Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Social Medicine Department, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen, ⁴The Royal College of Family Physicians of Thailand, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Arunee Tipwong, MD., MA.,
Social Medicine Department,
Surat Thani Hospital, Surat
Thani 84000, Thailand
Email: arunee.ti@cpird.in.th

Received: August 21, 2024;

Revised: September 17, 2024;

Accepted: September 25, 2024

ABSTRACT

Background: The family medicine residency training program in Thailand was established in 1998. Two decades ago the program was developed from a small number of trainees and training institutes to the current expansion of this postgraduate education across the country. This qualitative study aims to identify the evaluation of the curriculum development of family medicine residency training programs in Thailand from its inception to the present.

Methods: Qualitative research was conducted using in-depth, focus group interviews, and online semi-structured questionnaire with 31 participants experienced in family medicine. Kern's curriculum development model was utilized to review the evolution. Kern's model is composed of six steps including 1) problem identification and general needs assessment, 2) needs assessment of the targeted learner, 3) goals and specific objectives, 4) educational strategies, 5) implementation, and 6) evaluation and feedback. The qualitative data were collected and analyzed by content analysis, and described in narrative.

Results: The 25-year evolution of the family medicine residency training program in Thailand can be explained in three eras: 1) foundation, 2) expansion, and 3) accreditation. Era I (1998 - 2008) is defined as the program initiation and fast growth with several family medicine trainees. Era II (2009 - 2018) is a period of a rising number of training institutes and training potentials. Era III (2019 - present) is the era of implementing the World Federation of Medical Education criteria for quality assurance. The main factors that influenced the evolution of curriculum development were health system reform policies, basic health needs of the population, global trends in medical education, educational quality assurance system, and continuity of faculty development. The obstacles to development were inadequate needs assessments of targeted learners, ambiguous professional identity in the public, and inadequate training support system.

Conclusion: To achieve the best potential in the production of family physicians, training goals and specific objectives should be set based on the needs of targeted learners and linked to the needs of society, adequate support system, and training capacity in Thailand's health system.

Keywords: qualitative study, curriculum development, residency training, family medicine, Thailand

Introduction

Family medicine (FM) is well-known and plays an important role in the healthcare system, especially at the level of primary care. Countries providing training in this field for decades include Canada, the United Kingdom (UK), Australia, South Africa, and the United Arab Emirates (UAE), among others, including Thailand. FM residency training program in Thailand was established in 1998. Twenty-five years ago the program was developed from a small number of trainees and training institutes to the current expansive FM postgraduate education across the country.

Nowadays, there are 8,157 family physicians (FP), with 53.6% of them working in family practice, and approximately 15% of verified FP completed full-time resident training curriculum.¹ The main roles of Thai FP involve providing primary healthcare services, healthcare management, and some also taking responsibility as family medicine faculty. The duration of development of the FM resident training program in Thailand was similar to the duration in Dubai, which was around two decades. The review of FM training in Dubai showed multiple challenges, especially a small number of national trainees and practiced FP, a training support system such as high staff workload, and the plan for quality improvement to achieve international education accreditation.² These findings were interesting and benefit the future development plan of FM training systems. When looking back at the Thai FM training, although the number of verified FPs was high, data from the Royal College of Family Physicians of Thailand (RCFPT) showed obvious problems encountered including resident dropouts, with the latest number of dropouts from years 2020 to 2023 was almost 50 trainees. In addition, several FPs leave the FM field for another specialty training after completing their FM education, which consequently results in low retention of the FP in the primary healthcare system. Thereby, studies regarding the training impact on the professional identity formation of FP, how the training curriculum has been developed, and proper solutions in the future could help close the gaps.

In this study, the authors studied the evolution of the residency training program of FM in Thailand since its inception 25 years ago. Therefore, we aimed to identify the evolution of the

curriculum development of the FM residency training program in Thailand from its establishment to the present.

Methodology

Study design

Qualitative research was introduced to this study. The qualitative data were collected and analyzed by content analysis and described in narrative.

Participants

The participants of the study were purposive samplings and data was collected using in-depth, focus group interviews and online responses to a semi-structured questionnaire. The participants were informed and consented. The participants were the persons from across the country regions who have experience in FM particularly ones who have been involved in the training process of the FM residents and ones who have experienced the long evolving periods of the curricula. We also included the persons who initiated the changes in Thai health policy which affected the demand and quality of a FM health workforce in the country. The total numbers of participants were 31 persons. The participants included representatives from the RCFPT, family medicine faculties from medical schools and residency training institutes, consultants of the Ministry of Public Health (MOPH), program directors of the residency training program, and representatives from the Residency Training and Board Examination Subcommittee of postgraduate family medicine training. (Table 1)

Table 1. Demographic characteristics of the study participants (N = 31)

Characteristics	n (%)
Gender (n, %)	
Male	12 (38.7)
Female	19 (61.3)
Current positions (n, %)	
Family medicine faculty	16 (51.6)
President/ex-president of the RCFPT	2 (6.5)
Committee and subcommittee of the RCFPT	10 (32.2)
Government officer of the MOPH	2 (6.5)
Senior executive of the MOPH	1 (3.2)

Data collection

Data collection was from multiple sources, including in-depth interviews, focus group interviews, online semi-structured written questions, family medicine residency program curriculum books reviews, and narrative reviewing of related documents and publications. The interviews were conducted between February 2024 to May 2024. The conversations were recorded for the analysis. Interviews were performed until data saturation was reached. The Research Ethics Committee reviewed and approved this study.

Semi-structured questions were used in the interviews and online self-administered questionnaires.

Kern's six-step curriculum development³ was used to frame the questions for the interviews and the online written respondents. Kern's curriculum development model consists of 1) problem identification and general needs assessment, 2) needs assessment of the targeted learner, 3) goals and specific objectives, 4) educational strategies, 5) implementation, and 6) evaluation and feedback. Following through these six steps could elaborate on the changes and progression in the past two decades of FM residency training programs. We also explored more questions in the educational strategies and implementation of the specific objectives. A system-based approach and research have been emphasized recently in the postgraduate FM curriculum.

Data extraction and analysis

The researchers reviewed the literature and related documents and were scheduled to discuss and conceptualize the initial idea of three phases of FM curriculum development in Thailand. Interview transcripts and online written responses were analyzed using the content analysis method.

Results

The twenty-five-year evolution of the FM training program in Thailand can be explained in three eras of development as shown in Figure 1. The model is based on the type of curriculum used within each era and the enrollment criteria of FM residents. The overall changes within the evolution can be illustrated in the infographic of flow and connectedness in Figure 2.

Era I - The Foundation

Program Initiation and Fast Growth in the Number of FM Trainees (1998 - 2008)

Twenty-six years before FM training began (1977), the public health problems were quality of services and service accessibility, especially in remote areas. These issues led to the initiation and increase production of "General Practitioners" to serve the health service system in the country. Later, in 1989, the Health Care Reform Project (HCRP), which was a working collaboration of the European Union's agencies and the MOPH of Thailand, initiated a model concept of primary healthcare delivery and promoted first-line health service delivery. This began in Ayutthaya then expanded to four more provinces.⁴ The family practice model in Ayutthaya emphasized patient care with a holistic, integrative, and continuity approach. During the same time, there was a shortage of doctors in primary care services, most junior doctors preferred further studies to become specialized doctors rather than becoming general practitioners in community hospitals. Thus, the postgraduate curriculum in FM training was officially introduced and first established in 1998, with approval by the Thai Medical Council (TMC), to serve the needs of the health workforce in the Thai primary care system. In 1999, the College of Family Physicians of Thailand was founded.

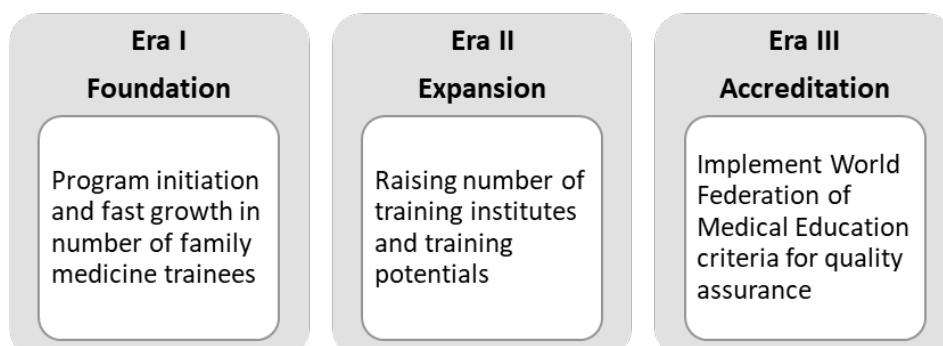


Figure 1. The eras of family medicine residency training in Thailand

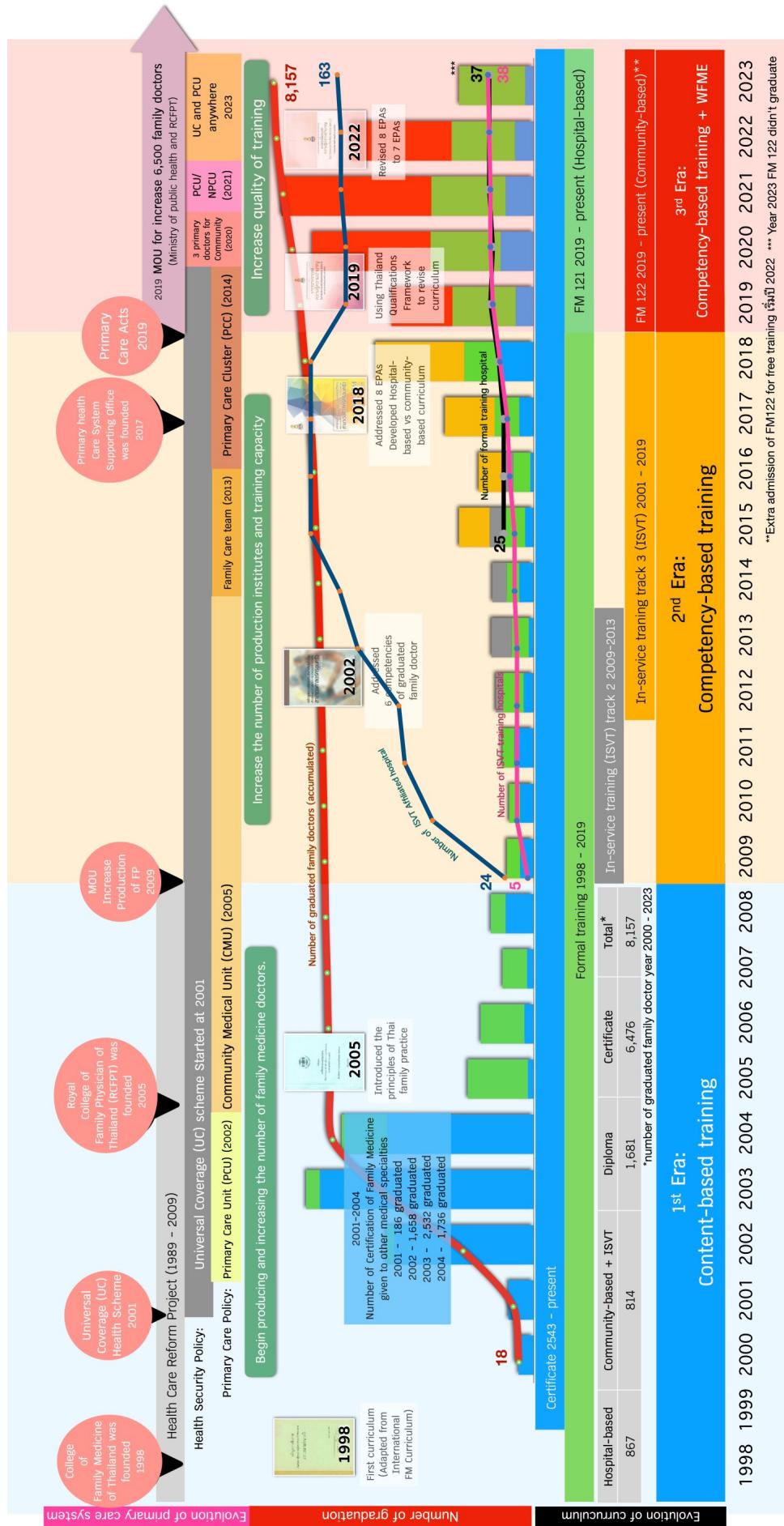


Figure 2. An illustration of the connection of flows within 25-year evolution of postgraduate FM training in Thailand 7-12

In 2001, Thailand underwent a major change in the structure of its health care system; the Universal Health Coverage Policy (UHC) was implemented which helped develop a quality primary care health service system of the country. The influence of UHC has driven the demand for a larger number of qualified FPs. As a result, other doctors with role responsibilities in primary care - including general doctors, and specialist doctors who also worked in primary care practice such as in a private clinic - applied for the program for the FM certification. This event increased the number of qualified FPs and helped raise the college's status to the "Royal College of Family Physicians of Thailand" in the year 2005. The main goals of the initial development phase were to create a space for family physicians in the system and formulate a professional identity and value of practicing family medicine, particularly in primary care settings. Moreover, faculty and primary care team development were promoted to serve the increase of FM education and training centers.

In this phase of development, the FM resident training program required 1) two to three years of training depending on institutions and source of funding, 2) completion of three mandatory workshops provided by the RCFPT, 3) compulsory requirement of learning experiences provided within the institutions such as continuity of community-based practice, home visit, family practice, and half-day conference, and 4) summative board examination in the last year of training. However, there were still some differences in the training formats of each institution. The obvious obstacles during the first phase were a lack of teaching staff, a lack of clear communication and cooperation among institutes, and a lack of funding support for new institutes. Accordingly, the number of graduated doctors with diplomas in FM fell behind the number of doctors from certified FM programs, which impacted the outcome variety and social strength of FM in that period.

Therefore, this first era would have represented the pioneer phase of evolution whereas the foundation of the FM discipline and family practice in the Thai health service system were incepted and began the growth.

Era II - The Expansion

Raising the Number of Training Institutes and Training Potentials (2009 - 2018)

The early development of the curricula, goals, and objectives were set based on theoretical knowledge of FM discipline and adapted the FM residency training curricula of South Africa and the United Kingdom. Later a competency-based curricula was developed, which correlated with the principles of FM of Thailand. In 2009, as a result of the stillness of the number of FP, a five-year project new training strategy was implemented under cooperative support from the MOPH, the National Health Security Office (NHSO), and the RCFPT. This pilot project, so-called "in-service training (IST)," was created to persuade and help community physicians who were interested in FM training but had limitations in time and accessibility to the existing training institutes. This training strategy was implemented in community hospitals that were approved as training sites by the RCFPT committees and co-training with nearby main academic institutes. The trainees in this program received a system of financial support while being in the training from the NHSO and were waived off the MOPH salary payment criteria for postgraduate training unlike training for other specialties. The project was created to motivate doctors to choose to study FM and to allow the trainees to spend most of their time in the community training setting under the supervision of local FM preceptors without taking study leave.

Later, in 2010, the scholarship program supported by Lady Tasanawalai Sornsongkram named the "rural doctor scholarship," or the so-called "rural doctor returning to the homeland" was founded to serve medical doctors in Thai remote areas. This scholarship program had a project duration of five years (December 2009-May 2015). Accordingly, scholarships were also provided to support FM trainees who enrolled in the IST program and returned to work in remote areas. During this era, resulting from the IST project, there was an increase in the number of main and auxiliary institutes. However, the trainees who participated in this project perceived insufficient knowledge gained compared to those who trained in large institutes like universities and provincial teaching hospitals.

In 2012, the second revision of the postgraduate FM curriculum was concluded focusing on creating essential core competencies and adjusting necessary contents in the program. During this

era, Dr. Yongyut Phongsuphap under the NHSO developed a project to increase FM knowledge and skills for doctors who had not yet completed FM training and were interested in knowledge application in the community. The project was called "Family Practice Learning or FPL," which was operated through local FM learning centers. Besides, the Office of the Collaborative Project to Increase Rural Doctors (CPIRD), MOPH, sighted the importance of having FP in the rural health system which correlated to the main objective of the project, so that linked to the support of the FM track-3 IST program. The Track-3 IST program allowed final year medical students to apply early for the residency program. This campaign was created to increase the number of FPs in the system. This education was one of the strategies to readily serve the health policy in the Thai primary care system that in the year 2014 established the "Family Care Team: FCT," and afterward developed into "Primary Care Cluster: PCC." In these service settings, family practices across the country were promoted. Subsequently, in 2017 the Constitution of the Kingdom of Thailand stipulates that all Thai people should have the right to have primary care service as a basic health welfare. The declaration raised the importance of the roles and responsibilities of FP in the primary care system.

Era III - The Accreditation

Implement World Federation of Medical Education (WFME) Criteria for Quality Assurance (2019-present)

In 2019, after the declaration of the Primary Health System Act B.E. 2562, a strong collaboration developed between the MOPH through the Primary Health Service System Support Division (previously established as an office in MOPH in 2017) and the RCFPT. This collaboration was to develop strategies for producing 6,500 FP to serve the primary care service system in the country. This number was calculated regarding the expected ratio of about one FP per 10,000 Thai people. According to the fast expansion in training needs and high demand for FP to serve the system, an imbalance of resource allocation for the support training system was noted. The issue affected in particular community-based training settings (aka in-service training) where they had limited academic facilities; as a result, many trainees in this setting resigned from the training system.

The RCFPT raised concerns about the problem and initiated quality assurance into curriculum revision in 2018 using the WFME as a reference standard.^{5,6} The curriculum had changed from "formal training and in-service training" to "hospital-based and community-based training." This new approach divided the curriculum into two training systems: the hospital-based curriculum which refers to the training provided at major academic institutes such as provincial hospitals and medical schools, and the community-based curriculum which is the training provided at community hospitals.

The 2019 curriculum required all institutes to develop their program specifications (Thailand Qualification Framework for higher education (TQF 1, 2, 3). The 2022 curriculum introduced seven Entrustable Professional Activities (EPAs): 1) home care for patients and families, 2) palliative care, 3) care for a patient with chronic disease, 4) health promotion and disease prevention for individual, family and community, 5) comprehensive care: treatment in all age groups, health promotion, disease prevention, rehabilitation, 6) system and community-based practice, and 7) research in FM.

The accreditation helps regulate the training quality which encourages trainees to be more interested in FM. Moreover, the RCFPT has expanded further training options in the palliative and geriatric family medicine subspecialty to advance family practices, which draws more trainees into the training system.

The increasing number of faculties as sequentially correlated the educational assurance by WFME criteria made most of the educational management more practical implication. Although there is still a shortage in faculties teaching research in FM and system-based approach, the RCFPT supports institutes to share educational resources and arrange workshops among regional institutes for these two EPA domains.

To date, the production of FP has been progressing in both quantity and quality. Further development should focus on embedding the professional identity of Thai FP into the public recognition to sustain the need for a primary care health service system for the Thai population, as well as to ensure professional fulfillment of Thai FP.

According to Kern's curriculum development model, the 25-year evolution of the FM residency curriculum can be coded as a thematic explanation in each step (Table 2). The flow of curriculum development progression is demonstrated in Figure 3.

Table 2. Exploration and linkage among three eras regarding Kern's six steps curriculum development model

Kern's six steps	Era I Foundation	Era II Expansion	Era III Accreditation	Notable landmarks in evolution
Problem identification and general needs assessment	Health system reform and UHC policy implementation	<ul style="list-style-type: none"> - Decline interest in family medicine training - The need in numbers of family practice by health policy 	<ul style="list-style-type: none"> - Inconsistency in educational strategies and training program implementation - Declaration of the Primary Health System Act B.E. 2562 - Policy announcement to produce family doctors to 6500 persons by 10 years 	Driven by policies in every era
Needs assessment of targeted learner	Initial inquiry from some pioneer learners but have no systematically data records	<ul style="list-style-type: none"> - Financial support - Promote the professional identity of family medicine in Thailand 	<ul style="list-style-type: none"> - Clarify job descriptions of family practice in Thailand 	Perplexity of job descriptions and social recognition
Goals & specific objectives	Enhancing medical knowledge and skills in family practice to serve primary care service system	<ul style="list-style-type: none"> - Raising number of training institutes and training potentials 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualified family physician in the Thai context 	Discrepancy between goals and reality
Educational strategies	<ul style="list-style-type: none"> - Diversity in educational strategies among institutes - Requisite learning experiences including home visit, patient-centred practice, community-based practice, and weekly half-day academic conference 	<ul style="list-style-type: none"> - Competency-based educational strategies and in-service training - Add on community project in requisite learning experiences 	<ul style="list-style-type: none"> - Adopt the WFME criteria to standardized educational strategies e.g., learning experiences, EPAs - Create a set of online modular learnings starting during the pandemics - Initiated online/hybrid compulsory workshops 	Quality improvement in educational strategies
Implementation	<ul style="list-style-type: none"> - Endeavor to achieve the goals - Promoting early access to the training after either medical school graduation or internship - Lack of faculty staffs, training resources, financial support 	<ul style="list-style-type: none"> - Expanding educational settings by decentralizing to community-based training curriculum - Five-year project of financial support for community-based trainees - Recruitment criteria changed to start early enrollment in CPIRD/ODOD students 	<ul style="list-style-type: none"> - Strengthening training networks and substantial system-based learning - Promote academic works of trainees; family medicine research publication and academic presentation of the community project 	Continuing supports by the MOPH, NHSO, ICHR and RCFPT
Evaluation & feedback	<ul style="list-style-type: none"> - One summative board examination - A report of 3 home care cases - One medical research 	<ul style="list-style-type: none"> - One summative board examination - A report of 2 home care cases and 1 community project 	<ul style="list-style-type: none"> - Student evaluation: - Collective summative board examination - A report of 2 home care cases and 1 community project 	Provide regularly faculty development program
	<ul style="list-style-type: none"> - Increase numbers of faculty staffs led to curriculum revision 	<ul style="list-style-type: none"> - Set the standard criteria of the training hospitals and networks - Initiate the WFME into the curriculum revision Vol.2018 	<ul style="list-style-type: none"> - Program evaluation: - Accredited and reaccredited the institutes followed by the WFME criteria 	- training of the trainers - in medical education for faculty staffs

Note: CPIRD: the Collaborative Project to Increase Rural Doctor; ODOD: One Doctor One District, WFME: World Federation of Medical Education, EPAs: Entrustable Professional Activities, NHSO: National Health Security Office, ICHR: Office of community-based health care research and development, RCFPT: Royal College of Family Physician of Thailand

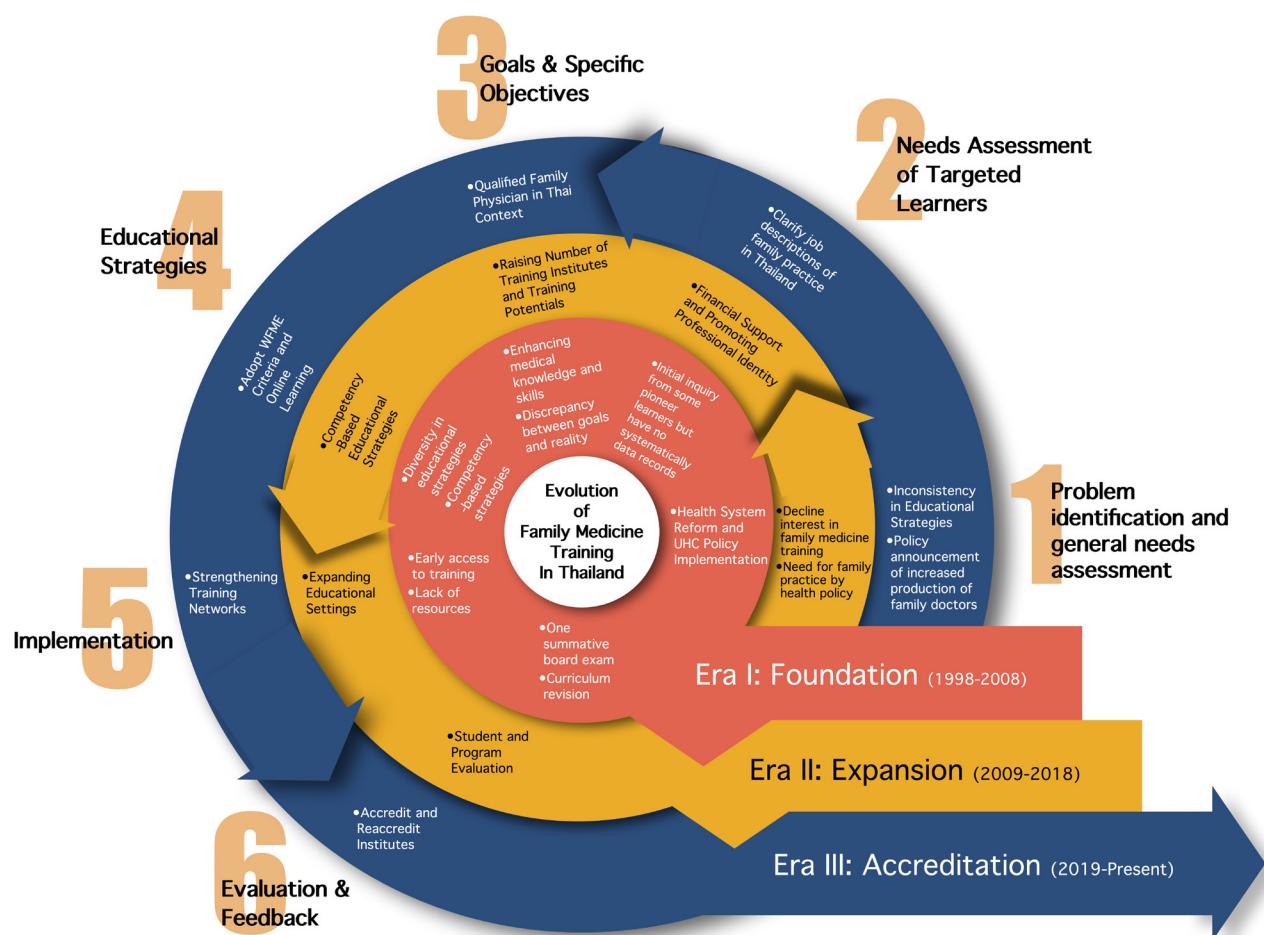


Figure 3. The flow of curriculum development progression based on Kern's curriculum development model

National health policies and acts have driven the three eras of FM training the most in the step of problem identification and general need assessment. In Eras I and II, the MOPH launched the support systems for the trainees in their early access to the training programs after finishing their internship and provided support funding for the five-year project of in-service training. In Era III, the declaration of the Primary Health System Act B.E. 2562 forced the training system to rapidly produce the number of FP to reach 6,500 persons in ten years. Nevertheless, the perplexity of job descriptions and social recognition in family medicine remained to the targeted learners, due to the lack of need assessment at the early curriculum development. The training goals that were likely based on high expectations from the policymakers rather than the feasibility of training's stakeholders and training capacity linked to the wide discrepancy between goals and reality. The evolution of educational strategies continuously improved and standardized to reach the international educational standard using a com-

petency-based curriculum. For instance, modular learning and EPAs were distributed to all institutes to achieve WFME criteria. The key success of curricula implementation in all eras was the support from many non-profit organizations, the MOPH, and the RCFPT. Evaluation and feedback of the curricula of each era depended upon the teaching ability of FM faculties and local preceptors who continuing improved their skills from the faculty development program regularly provided by the Society of Teachers of Family Medicine of Thailand (STFMT), which later changed and expanded to the Society of Family Physicians of Thailand (SFPTH).

Discussion

The transformation of our curricula structure over three eras is based on global medical education trends, shifting from content-based education to competency-based education according to WFME standards to achieve international quality.^{5,13} However, regardless of the era, it remains time-based learning and has not yet developed into

proficiency-based learning or modular learning, which is time-variable on individualized pathways across the continuum. This flexibility in training is needed for residents in primary care units as it refers to more context-specific and aligns with the WFME Standard area of learner-centered and continuous renewal.

The development across each era can be summarized by defining each period: the first era as Foundation, the second as Expansion, and the third as Accreditation. When comparing the development timelines with Canada¹⁴, the country of origin for FM, it's evident that the rate of development of the FM curriculum in Thailand has a much faster acceleration of curriculum development. The main catalyst for this has been policy-makers who have aimed to address issues such as overcrowding of patient services, significantly increasing healthcare costs, overwhelming workload for medical personnel, and the shortage of doctors in the primary care system. Thus, the evolution of the FM training curriculum in Thailand has been consistently influenced by health systems and health policies, this can be explained by the linkage with the needs of the primary care workforce, which aligns with the framework of the system concept; the interrelation between education system and health system.¹⁵ The enactment of legislation requiring an appropriate ratio of FP to the population has necessitated the ongoing support and development of FP production. However, changes in leadership and political policies could extremely affect the health system and the training.^{15,16}

The insufficient assessment of learners' needs can result in teaching strategies that may not align with learners' requirements and can lead to training dropouts. Consequently, it may also affect young doctors' interest in entering FM training programs. The challenge with the domain of learners is different from the study in Dubai where the majority of family physicians were imported from outside the country; nevertheless, more national FM trainees are needed to sustainably serve the primary care system.²

Incorporating authentic data on driving the national strategy for primary care physician production will help set training goals and objectives better relevant to actual health service system situations.^{17,18} This will reduce the likelihood of burden on FM instructors, residents, and other personnel who are involved in the training sys-

tem. It will also help manage learning resources and training processes more efficiently.

Faculty development (FD) is a crucial factor in enhancing training standards. Therefore, strengthening the FD system and creating an FD network that covers all institutions, especially new ones, will further help maintain the quality and sustainability of training standards.¹⁹⁻²³ Instilling the concept of a system-based approach^{24,25}, workplace-based assessment and leadership competency in faculties and trainees may help them better understand the context of their future work and enable them to thrive in Thailand's primary health care system.

Limitations and suggestions

Our study might limit the variety and coverage of participants enrolled in the interviews. Further research may include FM trainees and other stakeholders to widen more perspectives of the FM training curriculum. Moreover, implementation research on a modular learning like system-based approach could have revealed some solutions for maintaining FP retention in the Thai health system.

Conclusions

The 25-year evolution of the FM residency training program in Thailand was divided into three eras: 1) foundation, 2) expansion, and 3) accreditation. The main factors that influenced evolution were health policies, the basic health needs of the population, global trends in medical education, educational quality assurance systems, and continuity of faculty development. Thereby, to achieve the best potential in the production of FP, the training goals and specific objectives should be set based on the need assessment of targeted learners, comprehensive assessment, adequate support system, and training capacity in Thailand's health system.

Acknowledgment

The authors express their gratitude for the support from the Royal College of Family Physicians of Thailand.

Disclosure

The in-person interviewing session was funded by the Royal College of Family Physicians of Thailand. There were no conflicts of interest regarding this study.

References

1. Royal College of Family Physician Thailand. Thai FM database [Internet]. 2023 [cited 20 Aug 2024]. Available from: https://database.thaifammed.org/thai_family_physicians.php?q=&zone=1
2. AlSharief WM, Abdulrahman M, Khansaheb HH, Abdulghafoor SA, Ahmed A. Evolution of family medicine residency training program in Dubai Health Authority: A 24-year review, challenges, and outcomes. *J Family Med Prim Care*. 2018;7:425-9.
3. Thomas PA, Kern DE, Hughes MT, Chen BY. Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach. 3rd ed. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 2015.
4. Thailand Health Care Reform Project Final report. [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 20]. Available from: https://eng.nhso.go.th/view/1/hcr_Phase1/EN-US
5. World Federation for Medical Education (WFME). Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement: The 2020 Revision. 2023 [Internet]. [cited 20 Aug 2024] Available from: <https://wfme.org/wp-content/uploads/2020/12/WFME-BME-Standards-2020.pdf>
6. Institute for Medical Education Accreditation (IMEAc) [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 20]. Available from: <https://imeac.org/>
7. Royal College of Family Physician Thailand. Curriculum and Training handbook for Thai Family Medicine Diploma Vol. 1: RCFPT. Bangkok: College of Family Physician of Thailand, 1998.
8. Royal College of Family Physician Thailand. Curriculum and Training handbook for Thai Family Medicine Diploma Vol. 2: RCFPT. Bangkok: Royal College of Family Physician of Thailand, 2005.
9. Royal College of Family Physician Thailand. Curriculum and Training handbook for Thai Family Medicine Diploma Vol. 3: RCFPT. Bangkok: Royal College of Family Physician of Thailand, 2012.
10. Royal College of Family Physician Thailand. Curriculum and Training handbook for Thai Family Medicine Diploma Vol. 4: RCFPT. Bangkok: Royal College of Family Physician of Thailand, 2018.
11. Royal College of Family Physician Thailand. Education Qualification for Curriculum Thai Family Medicine Diploma Vol. 5: RCFPT. Bangkok: Ruks Printing, 2019.
12. Royal College of Family Physician Thailand. Education Qualification for Curriculum Thai Family Medicine Diploma Vol. 5: RCFPT. Bangkok: Ruks Printing, 2022.
13. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, Harris P, Glasgow NJ, Campbell C, Dath D, Harden RM. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical teacher* 2010;32:638-45.
14. Fowler N, Lemire F, Oandasan I, Wyman R. The Evolution of Residency Training in Family Medicine: A Canadian Perspective. *Fam Med*. 2021;53:595-8.
15. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376(9756):1923-58.
16. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet*. 2018;391(10126):1205-23.
17. Strasser R, Worley P, Cristobal F, Marsh DC, Berry S, Strasser S, Ellaway R. Putting communities in the driver's seat: the realities of community-engaged medical education. *Acad Med*. 2015;90:1466-70.
18. World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization, 2013.
19. Steinert Y, Mann K, Anderson B, Barnett BM, Centeno A, Naismith L, Prideaux D, Spencer J, Tullo E, Viggiano T, Ward H, Dolmans D. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. *Med Teach*. 2016;38:769-86.
20. Leslie K, Baker L, Egan-Lee E, Esdaile M, Reeves S. Advancing faculty development in medical education: a systematic review. *Acad Med*. 2013;88:1038-45.
21. McLean M, Cilliers F, Van Wyk JM. Faculty development: yesterday, today and tomorrow. *Med Teach*. 2008;30:555-84.
22. Wilkerson L, Irby DM. Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development. *Acad Med*. 1998;73:387-96.
23. Steinert Y. Faculty development in the health professions: a focus on research and practice. Dordrecht: Springer; 2014.
24. Johnson JK, Miller SH, Horowitz SD. Systems-Based Practice: Improving the Safety and Quality of Patient Care by Recognizing and Improving the Systems in Which We Work. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 2: Culture and Redesign). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug. PMID: 21249914.
25. Gonzalo JD, Haidet P, Papp KK, Wolpaw DR, Moser E, Wittenstein RD, Wolpaw T. Educating for the 21st-Century Health Care System: An Interdependent Framework of Basic, Clinical, and Systems Sciences. *Acad Med*. 2017;92:35-39.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ลักษณะการทำงาน ปัญหาอุปสรรคและความต้องการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทย

อรรถกร รักษาสัตย์, พบ., ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว^{1,2,3}, นิยม บุญทัน, พบ., ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว^{1,2},
จากรุวรรณ เถื่อนมั่น, สม.วิทยาการระบบ, ปร.ด.วิทยาการระบบและชีวสัตว์^{1,2}, สุพัตรา ศรีวนิชชากร, พบ.,
ว.ว.เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบบวิทยา), ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว³

¹ศูนย์การรุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ²ศูนย์ความร่วมมือการวิจัยการดูแลแบบ
ประคับประคองการรุณรักษ์ จังหวัดขอนแก่น, ³ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อรรถกร รักษาสัตย์, พบ.,
ศูนย์การรุณรักษ์ โรงพยาบาล
ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น 123 ถนนมิตรภาพ
อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002,
ประเทศไทย
Email: attarak@kku.ac.th

Received: September 10, 2024;

Revised: September 12, 2024;

Accepted: September 18, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นสาขาวิชาเฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยในทุกช่วงวัยอย่างต่อเนื่อง สร้าง
สัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นส่วนสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่มีภาระ
งานหลากหลายมากกว่าที่กำหนดไว้ และมีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานในพื้นที่ การ
ศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาลักษณะการทำงาน ปัญหาอุปสรรค และสิ่งสนับสนุนที่
ต้องการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย เพื่อเสนอแนวทางผลักดันต่อไป

วัสดุและวิธีการ: ใช้วิธีการศึกษาแบบผสม (mixed methods) โดยใช้ข้อมูลจากราชวิทยาลัย
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยที่เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลเชิงปริมาณ
วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์จากข้อความปลายเปิด

ผลการศึกษา: แพทย์ 842 คน เพศหญิงร้อยละ 55.3 อายุเฉลี่ย 40.3 ปี มีการกระจายตัวที่
จังหวัดใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 13.7 พบว่าแพทย์มีลักษณะการทำงานที่หลากหลาย
ไม่จำเพาะกับปฐมภูมิ ได้ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 41.5
ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ ขาดการให้ความสำคัญและสนับสนุนร้อยละ 46.2 ภาระงาน
มากหลากหลายร้อยละ 31.7 ขาดแคลนบุคลากรร้อยละ 21.9 สิ่งที่ต้องการสนับสนุนคือ
ด้านบุคลากรร้อยละ 29.7 การสร้างความเข้าใจให้ความสำคัญกับเวชศาสตร์ครอบครัวร้อยละ
25.2 ค่าตอบแทนร้อยละ 21.5

สรุป: จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เพียงพอ อัตราส่วนต่อประชากรไม่เหมาะสม
มีภาระหน้าที่หลากหลาย ขาดการสนับสนุนและให้ความสำคัญ ทำให้งานบริการในระบบ
สุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพไม่เต็มที่

คำสำคัญ: 医師, เวชศาสตร์ครอบครัว, ลักษณะงาน, ปัญหาอุปสรรค

ORIGINAL ARTICLE

Working Characteristics, Obstacles, and Needs of Thai Family Physicians

Attakorn Raksasataya, MD., Dip. Thai Board of Family Medicine^{1,2,3}, Niyom Boonthan, MD., Dip. Thai Board of Family Medicine^{1,2}, Jaruwan Thuanman, MPH. Epidemiology, PhD. Epidemiology and Biostatistics^{1,2}, Supattra Srivanichakorn, M.D., Dip. Preventive Medicine (Epidemiology), Dip. Thai Board of Family Medicine³

¹Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, ²Karunruk Palliative Care Research Collaboration Center (KPCRCC), ³The Royal College of Family Physicians of Thailand

Corresponding author :

Attakorn Raksasataya, MD.,
Karunruk Palliative Care Center,
Srinagarind Hospital, Khon
Kaen University, Khon Kaen
40002, Thailand
Email: attarak@kku.ac.th

Received: September 10, 2024;

Revised: September 12, 2024;

Accepted: September 18, 2024

ABSTRACT

Background: Family medicine (FM) is a specialized field that provides continuous care for patients across all age groups and establishes sustainable relationships with patients and their families. Although family physicians (FP) play a vital part in the primary health care system, their roles often extend beyond the defined scope, and their practices have many obstacles. The study aimed to examine the working characteristics, obstacles, and needs of Thai family physicians and the advancing family medicine field.

Methods: A mixed-methods approach was used, data were obtained from a survey by the Royal College of Family Physicians of Thailand collected between January 1 and December 31, 2023. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were thematic analyzed from open-ended questions.

Results: A total of 842 participants, were female 55.3%, with a mean age of 40.3 years. Most serve in big provinces such as Bangkok 13.7% with multi-work task characteristics, not specific to primary care. Nearly 40% of respondents provided primary care at least three days/week. Major obstacles are 1) Lack of importance and support for FM (46.2%) 2) heavy workload and variety (31.7%) and 3) Shortage of personnel (21.9%). Needing Support are 1) personnel (29.7%) 2) Building understanding and importance of FM (25.2%) and 3) Compensation and benefits (21.5%).

Conclusion: The number of family physicians is an inadequate and inappropriate ratio to the population. Family physicians face heavy workloads with diverse responsibilities, lack of support, and importance given to family medicine and the primary healthcare system. Consequently, primary healthcare services are ineffective.

Keywords: family physician, working characteristic, obstacles

บทนำ

เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นสาขาเฉพาะทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการในทุกกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเสียชีวิต ดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะอายุเท่าใด เจ็บป่วยด้วยเรื่องใด ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง สร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนกับผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว เข้าใจถึงปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนผลกระทบกับสุขภาพ เป็นด้านหน้าในการติดต่อรักษาผู้ป่วย ขึ้นระบบสุขภาพ คำนึงถึงผลกระทบกับครอบครัวเมื่อมีบุคคลที่เจ็บป่วยอยู่ในบ้าน¹⁻³ ในประเทศไทยมีการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ปัจจุบันมีแพทย์ได้รุ่มบัตรและอนุมัติบัตรแสดงความรู้ชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (วว. และ อว.) สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งสิ้น 8,083 คน⁴ ในจำนวนดังกล่าวมีแพทย์ที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ คลินิกส่วนตัว และไม่ได้ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว

ในปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็งและมีคุณภาพด้วยการสร้างหมอดครอบครัวที่ให้ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพ และการดูแลสุขภาพองค์รวม⁵ โดยหมอดคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอดคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบคลุมทุกสหสาขาวิชาชีพ และหมอดคนที่ 3 หมอดครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล ที่ต้องรักษาดูแลให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยหมอดครอบครัว 3 คนดูแลประชาชน 8,000-12,000 คน เป็นการมุ่งสร้างระบบสาธารณสุขทั่วถึงแก่ประชาชน^{5,6} ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวที่ต้องดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) แก่บุคคลครอบครัว และชุมชน ที่เน้นความรับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (continuity) ผสมผสาน (integrated) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (holistic) การพัฒนา

ระบบหมอดครอบครัวให้มีประสิทธิภาพอาชีวกรรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นด้านหน้าของระบบสุขภาพผ่านระบบคลินิกหมอดครอบครัว จากข้อมูลปี พ.ศ. 2562 มีแพทย์ที่มีหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวกว่า 6,000 คน อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการปฐมภูมิ ในระบบคลินิกหมอดครอบครัว และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการอบรมทุกรูปแบบน้อยกว่า 1,000 คน จากเป้าที่ตั้งไว้ 6,500 คนทั่วประเทศไทยโดยสถานการณ์จริงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีการทำงานหลายบทบาทมากกว่าที่กำหนดไว้ และยังไม่มีการคาดประมาณจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานอย่างชัดเจน⁷ รวมถึงยังไม่มีการศึกษาลักษณะการทำงานปัญหาอุปสรรค และสิ่งที่ต้องการสนับสนุนในการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไทยในบริบทจริง

ทางผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพและตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของภาครัฐได้

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed method) โดยมีการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้รับรองจากรัฐธรรมการวิจัยจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขอริยธรรมวิจัย เลขที่ HE671039 วันที่รับรอง 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยขอข้อมูลจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ที่ได้มีการสำรวจโดยการส่งจดหมายตามที่อยู่ ส่งอีเมล์หาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทุกท่านที่เป็นสมาชิกราชวิทยาลัยฯ ส่งแบบสอบถามไปตามกลุ่มไลน์ต่าง ๆ ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการทบทวนข้อมูลให้เป็นปัจจุบันในระหว่างวันที่ 1 มกราคมถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยนักวิจัยได้ใช้ข้อมูลดังนี้ เพศ อายุ การศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน อาชีวะ จังหวัด ค่าตอบแทนต่อเดือน ลักษณะการปฏิบัติงาน ภาระงานในแต่ละสัปดาห์ การดูแลผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ การอุก

ตรวจสอบผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ งานบริหาร งานบริการวิชาการ ความต้องการในการศึกษาต่อ และปัญหาอุปสรรคในการทำงาน สิ่งที่ต้องการการสนับสนุน ที่เป็นคำмарยาเปิดและนำวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ ข้อมูลแจงนับนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ และข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (mean) กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) และค่ามัธยฐาน (median) กับค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range, IQR) โดยใช้โปรแกรม STATA เวอร์ชัน 15 (Stata-Corp, College Station, TX) ข้อมูลแบบปลายเปิด ได้แก่ ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และสิ่งสนับสนุนที่ต้องการ ตรวจสอบและประมวลผลข้อคิดเห็นแบบปลายเปิดด้วยวิธีการวิเคราะห์แนวรีม (thematic analysis) และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) อ่านเนื้อหาข้อมูลซ้ำหลายรอบ เพื่อให้เข้าใจลักษณะข้อมูลทั้งหมด กำหนด coding อ่านบททวนซ้ำเพื่อกำหนดรีม และนำ coding และรีมมาใช้วิเคราะห์เนื้อหาต่อเพื่อศูนย์ความครอบคลุม สัมพันธ์กับข้อมูลทั้งหมด และแจงความถี่

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งหมด 842 คน เป็นเพศหญิง 466 คน (ร้อยละ 55.3) อายุเฉลี่ย 40.3 ปี ($SD=10.2$) เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รับผิดชอบบัตรฯ 623 คน (ร้อยละ 74.0) อนุมัติบัตรฯ 219 คน (ร้อยละ 26.0) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 77 คน โรงพยาบาลจังหวัด 256 คน โรงพยาบาลชุมชน 316 คน หน่วยบริการปฐมภูมิ 63 คน อื่น ๆ 130 คน แพทย์ได้ประเมินว่าตนเองได้ปฏิบัติงานในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 68.4 มีแพทย์ 31 คน (ร้อยละ 3.7) ประเมินว่าตนเองได้ปฏิบัติงานในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวน้อยมาก

ด้านลักษณะการปฏิบัติงานใน 1 สัปดาห์ (5 วันทำการ) แพทย์พิจารณาว่าตนเองได้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) ตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) 5 วัน ร้อยละ 16.3 4 วัน ร้อยละ 7.5 3 วัน ร้อยละ 17.7 2 วัน ร้อยละ 13.9 1 วัน ร้อยละ 13.9 น้อยกว่า 1 วัน ร้อยละ 7.0 และไม่ได้ปฏิบัติ ร้อยละ 23.8 โดยผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยไม่ได้ออกตรวจใน PCU ตามเขตพื้นที่รับผิดชอบถึง ร้อยละ 42.9 การดูแลแบบ ประคับประคอง: แพทย์ฯ ในมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล จังหวัดและปฐมภูมิ ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านนี้ ร้อยละ 50 ประมาณร้อยละ 10 ที่แพทย์ในระดับโรงพยาบาล ปฏิบัติงาน ด้านนี้ 5 วันต่อสัปดาห์ ประมาณ ร้อยละ 75 ของ แพทย์ฯ ได้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ 0-1 วันต่อสัปดาห์

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความสนใจที่ต้องการศึกษาต่อด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคองมากที่สุดร้อยละ 51.1 รองลงมาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุที่ร้อยละ 40.7 อันดับ 3 คือด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการส่งเสริมร้อยละ 33.0 ผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยละ 28.3 งานพัฒนาชุมชน ส่งเสริมป้องกันโรค ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ।

จังหวัดที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบคลุมให้ข้อมูลมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 115 คน (ร้อยละ 13.65) ขอนแก่น 57 คน (ร้อยละ 6.76) เชียงใหม่ 30 คน (ร้อยละ 3.56) จังหวัดชุมพรและจังหวัดสมุทรสงครามไม่พบข้อมูลแพทย์เวชศาสตร์ครอบคลุม

จากภาพที่ 1 ด้านปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีแพทย์ผู้ให้ข้อมูล 511 คน แบ่งได้ 6 หมวดหมู่ ดังนี้

1. การให้ความสำคัญและสนับสนุนการปฏิบัติของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 236 คน (ร้อยละ 46.2) ดังต่อไปนี้ แพทย์ 262 “ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารต้องทำงาน GP อุย” แพทย์ 276 “ผู้บริหารไม่ส่งเสริมงานปฐมภูมิ ขาดทีมสนับสนุน ต้องดีดีนรนแก้ปัญหาและประสานงานด้วยตนเอง สสจ. ไม่ให้ความสำคัญและความจริงใจในการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิต้องการแก้ไขข้อ不足ตามตัวชี้วัดเท่านั้น ขาดการช่วยเหลือและสนับสนุน”

ตารางที่ 1. ข้อมูลลักษณะประชากรและข้อมูลการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (n=842)

ทั้งหมด (n=842) n (ร้อยละ)	ระดับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน					อื่นๆ (n=130) n (ร้อยละ)
	มหาวิทยาลัย (n=77) n (ร้อยละ)	จังหวัด (n=256) n (ร้อยละ)	อำเภอ (n=316) n (ร้อยละ)	หน่วยปฐมภูมิ (n=63) n (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)						
Mean (SD)	40.3 (10.2)	41.7 (10.8)	38.4 (8.5)	37.4 (6.8)	40.6 (10.1)	48.4 (12.5)
Median (Q1-Q3)	37 (32.5-45.9)	38.6 (33.4-47)	35.8 (32-42)	35.4 (32.1-41.1)	38.9 (32.9-45.1)	48.3 (35.3-58.7)
เพศ						
ชาย	376 (44.7)	37 (48.1)	105 (41.0)	146 (46.2)	24 (38.1)	64 (49.2)
หญิง	466 (55.3)	40 (51.9)	151 (59.0)	170 (53.8)	39 (61.9)	66 (50.8)
รูปแบบหนังสือแสดงความรู้ความเข้าใจในวิชาชีพเวชกรรม						
วุฒิบัตร	623 (74.0)	57 (74.0)	205 (80.1)	253 (80.1)	47 (74.6)	61 (46.9)
อนุบัตรบัตร	219 (26.0)	20 (26.0)	51 (19.9)	63 (19.9)	16 (25.4)	69 (53.1)
ค่าตอบแทนต่อเดือน (บาท)						
10,000-40,000 บาท	35 (4.2)	3 (3.9)	10 (3.9)	6 (1.90)	3 (4.8)	13 (10.0)
40,001-70,000 บาท	177 (21.0)	11 (14.3)	84 (32.8)	53 (16.8)	18 (28.6)	11 (8.5)
70,001-100,000 บาท	152 (18.1)	8 (10.4)	44 (17.2)	79 (25.0)	10 (15.9)	11 (8.5)
มากกว่า 100,000 บาท	87 (10.3)	8 (10.4)	23 (9.0)	38 (12.0)	3 (4.8)	15 (11.5)
ไม่ระบุ	391 (46.4)	47 (61.0)	95 (37.1)	140 (44.3)	29 (46.0)	80 (61.5)
ระดับการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว*						
ระดับ 1	31 (3.7)	3 (3.9)	5 (2.0)	11 (3.5)	1 (1.6)	11 (8.5)
ระดับ 2	50 (5.9)	4 (5.2)	11 (4.3)	23 (7.3)	1 (1.6)	11 (8.5)
ระดับ 3	185 (22.0)	12 (15.6)	41 (16.0)	89 (28.2)	5 (7.9)	38 (29.2)
ระดับ 4	295 (35.0)	26 (33.8)	83 (32.4)	121 (38.3)	28 (44.4)	37 (28.5)
ระดับ 5	281 (33.4)	32 (41.6)	116 (45.3)	72 (22.8)	28 (44.4)	33 (25.4)
การปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ ตาม Catchment area ต่อสัปดาห์ (วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	200 (23.8)	33 (42.9)	26 (10.2)	49 (15.5)	2 (3.2)	90 (69.2)
น้อยกว่า 1 วัน	59 (7.0)	13 (16.9)	8 (3.1)	30 (9.5)	2 (3.2)	6 (4.6)
1 วัน	117 (13.9)	14 (18.2)	32 (12.5)	63 (19.9)	6 (9.5)	2 (1.5)
2 วัน	117 (13.9)	10 (13.0)	45 (17.6)	52 (16.5)	7 (11.1)	3 (2.3)
3 วัน	149 (17.7)	2 (2.6)	58 (22.7)	74 (23.4)	9 (14.3)	6 (4.6)
4 วัน	63 (7.5)	1 (1.3)	31 (12.1)	15 (4.8)	13 (20.6)	3 (2.3)
5 วัน	137 (16.3)	4 (5.2)	56 (21.9)	33 (10.4)	24 (38.1)	20 (15.4)
การปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ เป็นการตรวจแบบ OPD ทั่วไปต่อสัปดาห์ (วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	224 (26.6)	31 (40.3)	48 (18.8)	57 (18.0)	5 (7.9)	83 (63.9)
น้อยกว่า 1 วัน	63 (7.5)	8 (10.4)	14 (5.5)	34 (10.8)	4 (6.4)	3 (2.3)
1 วัน	139 (16.5)	12 (15.6)	51 (19.9)	67 (21.2)	7 (11.1)	2 (1.5)
2 วัน	128 (15.2)	10 (13.0)	49 (19.1)	57 (18.0)	4 (6.4)	8 (6.2)
3 วัน	120 (14.3)	7 (9.1)	36 (14.1)	59 (18.7)	10 (15.9)	8 (6.2)
4 วัน	58 (6.9)	4 (5.2)	23 (9.0)	18 (5.7)	10 (15.9)	3 (2.3)
5 วัน	110 (13.1)	5 (6.5)	35 (13.7)	24 (7.6)	23 (36.5)	23 (17.7)

* ระดับการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ระดับ 1 น้อยที่สุด ระดับ 5 มากที่สุด

ตารางที่ 1. ข้อมูลักษณะประชากรและข้อมูลการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ($n=842$) (ต่อ)

ทั้งหมด ($n=842$) n (ร้อยละ)	ระดับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน					อื่นๆ ($n=130$) n (ร้อยละ)
	มหาวิทยาลัย ($n=77$) n (ร้อยละ)	จังหวัด ($n=256$) n (ร้อยละ)	อำเภอ ($n=316$) n (ร้อยละ)	หน่วยปฐมภูมิ ($n=63$) n (ร้อยละ)		
การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองต่อสัปดาห์ (วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	356 (42.3)	44 (57.1)	111 (43.4)	74 (23.4)	29 (46.0)	98 (75.4)
น้อยกว่า 1 วัน	10 (7.7)	7 (9.1)	25 (9.8)	56 (17.7)	11 (17.5)	10 (7.7)
1 วัน	160 (19.0)	7 (9.1)	41 (16.0)	90 (28.5)	15 (23.8)	7 (5.4)
2 วัน	61 (7.2)	3 (3.9)	23 (9.0)	31 (9.8)	2 (3.2)	2 (1.5)
3 วัน	49 (5.8)	3 (3.9)	22 (8.6)	22 (7.0)	1 (1.6)	1 (0.8)
4 วัน	6 (0.7)	1 (1.3)	2 (0.8)	1 (0.3)	1 (1.6)	1 (0.8)
5 วัน	101 (12.0)	12 (15.6)	32 (12.5)	42 (13.3)	4 (6.4)	11 (8.5)
การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูง อายุต่อสัปดาห์ (วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	296 (35.2)	25 (32.5)	105 (41.0)	82 (26.0)	17 (27.0)	67 (51.5)
น้อยกว่า 1 วัน	123 (14.6)	9 (11.7)	29 (15.2)	57 (18.0)	11 (17.5)	7 (5.4)
1 วัน	225 (26.7)	15 (19.5)	73 (28.5)	112 (35.4)	15 (23.8)	10 (7.7)
2 วัน	60 (7.1)	12 (15.6)	14 (5.5)	21 (6.7)	4 (6.4)	9 (6.9)
3 วัน	41 (4.9)	7 (9.1)	9 (3.5)	14 (4.4)	1 (1.6)	10 (7.7)
4 วัน	12 (1.4)	2 (2.6)	3 (1.2)	2 (0.6)	2 (3.2)	3 (2.3)
5 วัน	85 (10.1)	7 (9.1)	13 (5.1)	28 (8.9)	13 (20.6)	24 (18.5)
การปฏิบัติงานด้านการบริหาร ต่อสัปดาห์ (วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	437 (51.9)	40 (52.0)	134 (52.3)	148 (46.8)	34 (54.0)	81 (62.3)
น้อยกว่า 1 วัน	74 (8.8)	6 (7.8)	22 (8.6)	36 (11.4)	7 (11.1)	3 (2.3)
1 วัน	104 (12.4)	14 (18.2)	37 (14.5)	47 (14.9)	5 (7.9)	1 (0.8)
2 วัน	51 (6.1)	9 (11.7)	13 (5.1)	20 (6.3)	0 (0.0)	9 (6.9)
3 วัน	33 (3.9)	1 (1.3)	9 (3.5)	16 (5.1)	3 (4.8)	4 (3.1)
4 วัน	18 (2.1)	1 (1.3)	8 (3.1)	3 (1.0)	2 (3.2)	4 (3.1)
5 วัน	125 (14.9)	6 (7.8)	33 (12.9)	46 (14.6)	12 (19.1)	28 (21.5)
การปฏิบัติงานด้านวิชาการ การ เรียนการสอนต่อสัปดาห์ (วัน)						
ไม่ได้ปฏิบัติ	329 (39.1)	7 (9.1)	50 (19.5)	161 (51.0)	28 (44.4)	83 (63.9)
น้อยกว่า 1 วัน	137 (16.3)	3 (3.9)	48 (18.8)	58 (18.4)	12 (19.1)	16 (12.3)
1 วัน	211 (25.1)	12 (15.6)	92 (35.9)	74 (23.4)	19 (30.2)	14 (10.8)
2 วัน	92 (10.9)	24 (31.2)	43 (16.8)	15 (4.8)	3 (4.8)	7 (5.4)
3 วัน	39 (4.6)	15 (19.5)	16 (6.3)	5 (1.6)	0 (0.0)	3 (2.3)
4 วัน	8 (1.0)	6 (7.8)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)
5 วัน	26 (3.1)	10 (13.0)	6 (2.3)	3 (1.0)	1 (1.6)	6 (4.6)

ตารางที่ 1. ข้อมูลักษณะประชากรและข้อมูลการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (n=842) (ต่อ)

ทั้งหมด (n=842) n (ร้อยละ)	ระดับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน					อื่นๆ (n=130) n (ร้อยละ)
	มหาวิทยาลัย (n=77) n (ร้อยละ)	จังหวัด (n=256) n (ร้อยละ)	อำเภอ (n=316) n (ร้อยละ)	หน่วยปฐมภูมิ (n=63) n (ร้อยละ)		
ความสนใจในการศึกษาต่อ						
เวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ	343 (40.7)	44 (57.1)	110 (43.0)	116 (36.7)	22 (34.9)	51 (39.2)
เวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง	430 (51.1)	43 (55.8)	137 (53.3)	154 (48.7)	25 (39.7)	71 (54.6)
ด้านการพัฒนานโยบาย และระบบบริการสุขภาพ	102 (12.1)	6 (7.8)	29 (11.3)	38 (12.0)	12 (19.0)	17 (13.1)
งานพัฒนาชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	234 (27.8)	20 (26.0)	71 (27.7)	79 (25.0)	19 (30.2)	45 (34.6)
หลักสูตรผู้บริหารโรงพยาบาล	238 (28.3)	15 (19.5)	77 (30.1)	91 (28.8)	17 (27.0)	38 (29.2)
เวชศาสตร์ครอบครัวการส่งเสริมสุขภาพ	278 (33.0)	26 (33.8)	86 (33.6)	107 (33.9)	17 (27.0)	42 (32.3)
แพทย์ศาสตรศึกษา	7 (0.8)	1 (1.3)	290.8	3 (4.0)	0 (0.0)	1 (0.8)
เพศวิทยาคลินิก	8 (1.0)	1 (1.3)	2 (0.8)	3 (1.0)	2 (3.2)	0 (0.0)
สารสนเทศสุขภาพ	10 (1.2)	2 (2.6)	3 (1.2)	4 (1.3)	0 (0.0)	1 (0.8)

* ระดับการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ระดับ 1 น้อยที่สุด ระดับ 5 มากที่สุด

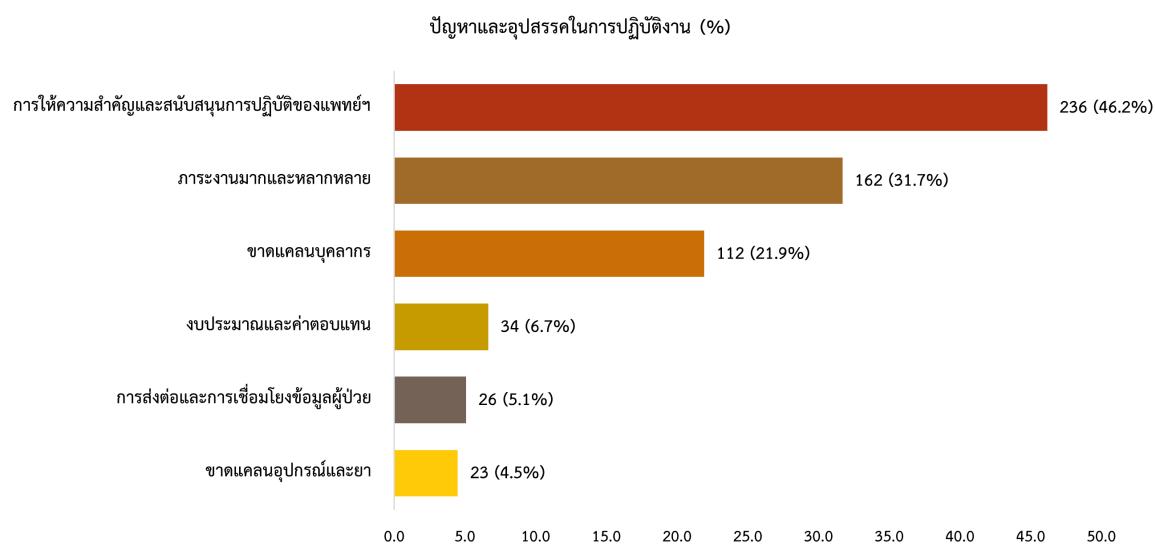
แนวโน้ม” แพทย์ 304 “ผู้บริหารทุกภาคส่วนไม่เข้าใจการปฏิบัติงานในเวชปฏิบัติครอบครัวอย่างถ่องแท้” ทำให้ภาระงาน GP ทุกอย่างตกมาสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ” แพทย์ 366 “ผู้บริหารระดับสูงไม่เข้าใจและไม่ได้ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างจริงจัง” แพทย์ 370 “ไม่สามารถทำงานเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเต็มที่ได้ เพราะแบ่งออกตรวจและขึ้นลงกับ GP ทำให้มีเวลาทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวน้อยมาก”

2. ภาระงานมากและหลากหลาย ปฏิบัติงานในหลายส่วน ไม่มีกรอบการทำงานที่ชัดเจน 162 คน (ร้อยละ 31.7) ดังตัวอย่างแพทย์ 784 “งานหลากหลายจนกินไม่ส่วนใหญ่จะเป็นงานส่วนกลาง เช่น พัฒนา homeward, กรรมการวิจัย R2R, IMC, clinic พิเศษบางประเภท จึงทำให้เกิดการรู้สึกเหนื่อยล้าได้” แพทย์ 178 “ภาระงานที่มาก/หลากหลายจนเราไม่มีเวลาพอที่สามารถ scope งานใดงานหนึ่งให้ effective ตามที่อยากให้เป็น” แพทย์ 166 “งานยังไม่ชัดเจน (ยังต้องวน ER LR) รู้สึกยังไม่ได้ทำงานบริบทของ fammed อย่างเต็มที่” แพทย์ 448 “งาน palliative ไม่มีกรอบที่ชัดเจนยังขึ้นกับ fammed

ทำให้มีปัญหาขาดแคลน full time ขาดบุคลากร เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์”

3. ขาดแคลนบุคลากรทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแพทย์สาขาอื่น ๆ แพทย์ที่ว้าไป รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพ 112 คน (ร้อยละ 21.9) ดังตัวอย่าง แพทย์ 44 “ขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” แพทย์ 60 “แพทย์ที่ว้าไป (GP) ขาดแคลน ต้องไปช่วยงาน GP เยอะ” แพทย์ 40 “บุคลากรทางการแพทย์ เช่น 医疗 พยาบาล นักวิชาการ (นว客) ไม่เพียงพอ ทำให้บริหารจัดการเรื่องงานที่รับผิดชอบได้ยาก” แพทย์ 106 “ความขาดแคลนแพทย์ GP ใน รพช. ทำให้ต้องทำงานเวชปฏิบัติที่ว้าไปในโรงพยาบาลด้วย ไม่มีเวลาทำงานเวชศาสตร์ครอบครัวได้เต็มที่” แพทย์ 298 “ขาดอัตรากำลัง 医疗 และพยาบาล full time palliative care”

4. งบประมาณและค่าตอบแทน 34 คน (ร้อยละ 6.7) แพทย์ 51 “การแบ่งงบประมาณและผลกระทบต่อการจัดสรรงบการทำงานร่วมกับ อบจ. ระเบียบราชการที่ชัด/ชัดเจน แผนการพัฒนา ความเข้าใจของทีมงานต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิไม่แน่ชัดและขาดสมรรถนะในการขับเคลื่อนงานปฐมภูมิ เช่น palliative, IMC, Home



รูปที่ 1. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน (n= 511)

ward”แพทย์ 171 “ค่าตอบแทนน้อยเมื่อเทียบกับสาขาอื่น ไม่มีเวรี่ที่เป็นเฉพาะสาขา ต้องไปหารเวร์กับ GP” แพทย์ 586 “ขาดการสนับสนุนงบประมาณในอุปกรณ์ที่สำคัญ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดน้ำตาล แบบตรวจ เครื่อง EDC สำหรับคิดเงิน”

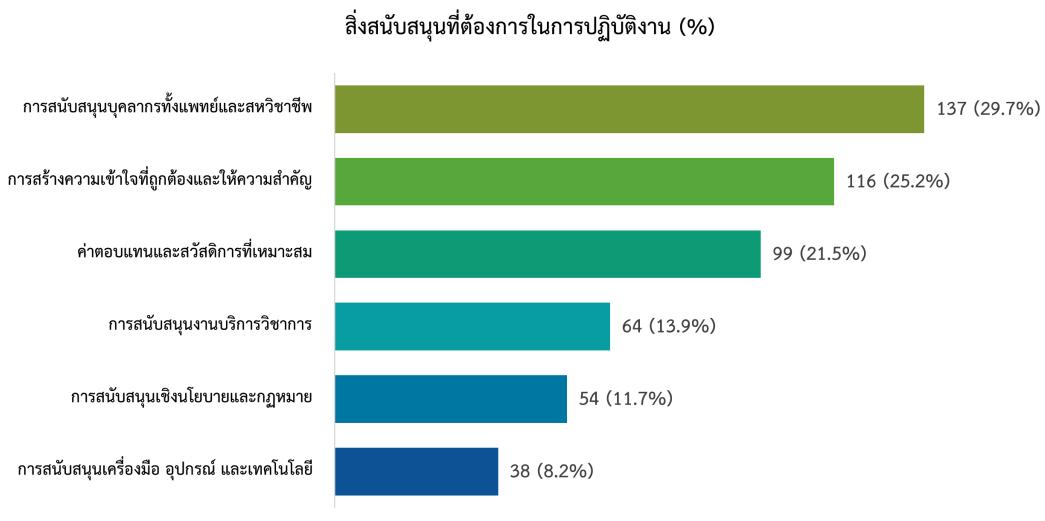
5. การส่งต่อและการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล รพสต. และการดูแลในชุมชน 26 คน (ร้อยละ 5.1) แพทย์ 18 “ความเชื่อมโยงของระบบ primary care กับโรงพยาบาลจังหวัด ยังไม่ดีพอ ยังมี 5gap ใน การดูแลผู้ป่วย เช่น ระบบ IT ยังไม่เชื่อมโยงกัน ข้อมูลผู้ป่วยไม่เชื่อมโยงกัน มีข้อจำกัดหลายด้าน เช่น การเจาะ lab, ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ, สถานที่ โดยเฉพาะ primary care ที่ไม่ใช้สังกัดโรงพยาบาล” แพทย์ 336 “การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ ทั้งในและต่างจังหวัด” แพทย์ 720 “โรงพยาบาลไม่สามารถดูแลข้อมูลผู้ป่วยที่รพ.สต. ได้, ระบบส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.สต. ที่ได้รับการตรวจโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าไปรักษาที่คลินิกเฉพาะทางไปในโรงพยาบาลยังไม่สามารถนัดผู้ป่วยเข้าในระบบบันด์ของโรงพยาบาลได้”

6. ขาดแคลนอุปกรณ์และยา 23 คน (ร้อยละ 4.5) แพทย์ 305 “เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอในที่ทำงานในรพ.สต.” แพทย์ 354 “อุปกรณ์/ยา ขาดแคลน (งาน palliative)” แพทย์ 404 “อุปกรณ์/ยาไม่เพียงพอ หรือ จำกัด การเดินทางไปสถานที่ทำงาน ต้องออก รพสต. อาทิตย์ละ 2 วัน ระยะทาง 20 กม.”

จากการที่ 2 ด้านสิ่งสนับสนุนที่ต้องการในการปฏิบัติงาน มีแพทย์ให้ข้อมูลทั้งหมด 461 คน สามารถจัดได้เป็น 6 หมวดหมู่ ดังนี้

1. การสนับสนุนบุคลากรทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแพทย์ทั่วไปและทีมสาขาฯ 137 คน (ร้อยละ 29.7) ดังต่อไปนี้ แพทย์ 235 “การเพิ่มแพทย์เพิ่มพูนทักษะ เพื่อลดภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานเวชศาสตร์ครอบครัวที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องไปช่วย, เพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” แพทย์ 780 “กำลังคน โดยเฉพาะบุคลากรสาขาฯ ที่ช่วยดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ” แพทย์ 13 “นักวิชาการการศึกษา”

2. การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ให้ความสำคัญกำหนดขอบเขตภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบของงานเวชศาสตร์ครอบครัวให้ชัดเจน 116 คน (ร้อยละ 25.2) ดังต่อไปนี้ แพทย์ 22 “การสนับสนุนเชิงนโยบาย ทำความเข้าใจผู้บริหาร” แพทย์ 666 “ความเข้าใจและการสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูงเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข” แพทย์ 31 “การวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนของผู้บริหารและส่วนกลาง” แพทย์ 220 “ระบบการบริหารจัดการของผู้บริหาร การสร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชน” แพทย์ 635 “อย่างให้ทำความเข้าใจในเชิงระบบกับแพทย์สาขาอื่น ถึงหน้าที่ที่ชัดเจนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” แพทย์ 134 “ส่วนตัวอย่างให้ช่วยพัฒนาเกี่ยวกับงานการดูแลผู้ป่วย



รูปที่ 2. สิ่งสนับสนุนที่ต้องการในการปฏิบัติงาน (n=461)

แบบประคับประคองและงานผู้สูงอายุ อย่างให้มีขอบข่าย งานที่ชัดเจน ควรแยกหน่วยดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลผู้สูงอายุอุกมาให้อู่່ under fammed อีก ทีก็ได้ เพราะเป็นงานที่ใช้ holistic care” แพทย์ 166 “สร้างกรอบงานที่ชัดเจนขึ้น ให้เวลา กับ primary care, community และ health promotion ได้มากขึ้น”

3. ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม 99 คน (ร้อยละ 21.5) ดังต่อไปนี้ แพทย์ 04 “ค่าตอบแทนที่เหมาะสม” แพทย์ 12 “ค่าตอบแทนในสาขาส่งเสริมพิเศษ สวัสดิการรถไปเยี่ยมบ้าน สวัสดิการให้ทีมสวัสดิการที่ออกทำงานด้วย ห้องทำงานที่สะอาด มีการระบายลมดี อากาศไม่ร้อน สวัสดิการอาหาร” แพทย์ 40 “ค่าตอบแทน นี่ ฯ เช่น รับ consult จาก รพสต. นอกจากการการออกปฏิบัติงานใน รพสต.” แพทย์ 56 “ค่าตอบแทน แพทย์สาขาขาดแคลน” แพทย์ 180 “ค่าตอบแทนสาขา ส่งเสริมพิเศษ, ค่าตอบแทนการเยี่ยมบ้านต่อราย คล้ายคลึง ค่าตอบแทนของเฉพาะทางสาขา นี่ ฯ เมื่อได้มี intervention กับผู้ป่วย”

4. สนับสนุนงานบริการวิชาการ 64 คน (ร้อยละ 13.9) ดังต่อไปนี้ แพทย์ 53 “องค์ความรู้ แนวคิดและ ทักษะ ที่จะนำสู่การปฏิบัติ” แพทย์ 138 “เครื่องข่ายการ วิจัยและกิจกรรมวิชาการระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ” แพทย์ 191 “มี guideline สนับสนุน update ความรู้ที่ทุกคนสามารถ เข้าถึงได้” แพทย์ 282 “การมีประชุมวิชาการทบทวน

ความรู้ทุกปีที่สามารถเข้าร่วมแบบออนไลน์ได้ค่ะ” แพทย์ 555 “ข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ที่จำเป็นใช้ในเวชศาสตร์ ครอบครัว Update Guideline สาขาต่าง ๆ กว้างขวาง ครอบคลุม ให้เข้าถึงได้ง่าย ไม่คิดค่าใช้จ่ายเพิ่ม” แพทย์ 71 “การสนับสนุนด้านงบในการนำเสนองาน/อบรม ในต่างประเทศ สำหรับบุคลากรใน รพช.”

5. สนับสนุนเชิงนโยบายและกฎหมาย 54 คน (ร้อยละ 11.7) ดังต่อไปนี้ แพทย์ 77 “นโยบายที่สนับสนุนการ ทำงานของแพทย์เพิ่มเติม” แพทย์ 19 “การแลกเปลี่ยน เรื่องนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยบริการ ปฐมภูมิในสังกัดนอกโรงพยาบาล เพื่อให้มีความเข้าใจ ตรงกัน และทำให้วางแผนการสอนแพทย์ประจำบ้านได้ สอดคล้องกับบริบทที่แพทย์ประจำบ้านจะไปประจำปฏิบัติ งานมากขึ้น” แพทย์ 96 “นโยบายการกระจายตัวของ แพทย์ ค่าตอบแทนที่ดีงดูดใจ และโอกาสการพัฒนาสาขา ต่อยอด” แพทย์ 132 “นโยบายการจัดบริการที่ชัดเจน ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากผู้บริหาร” แพทย์ 278 “นโยบายที่แสดงทิศทางการพัฒนางานปฐมภูมิและ เวชศาสตร์ครอบครัวที่ชัดเจน และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง” แพทย์ 662 “นโยบายที่ สนับสนุนทั้งกำลังคน และระบบบริการที่ support การ ทำงาน โดยเฉพาะระบบ palliative care”

6. สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยี 38 คน (ร้อยละ 8.2) ดังต่อไปนี้ แพทย์ 36 “อุปกรณ์ในการ ดูแลผู้ป่วย” แพทย์ 59 “เครื่องมือสนับสนุนด้านไอที”

แพทย์ 161 “เครื่องมือการตรวจวินิจฉัย ครอบยาที่ขยายเพิ่มขึ้น สำหรับแพทย์ PCU เนื่องจากมีแพทย์ลงไปตรวจแต่ศักยภาพที่ทำได้ไม่ต่างจากพยาบาลเวชปฏิบัติ” แพทย์ 166 “เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการถ่ายผู้ป่วย รถ refer พยาบาล พนักงานขับรถ” แพทย์ 257 “เครื่องมือตรวจรักษาใน PCC” แพทย์ 344 “อุปกรณ์ที่สามารถเบิกให้คนไข้ได้โดยไม่ต้องไปของบบริจาคมหรือจากห้องถีนต่าง ๆ” แพทย์ 526 “อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับ อบรม เพื่อทำสถานสุขภาพในหมู่บ้าน”

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์จำนวน 842 คน ซึ่งประเมินตนเองว่าได้ปฏิบัติงานในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 68.4 ทำให้ข้อมูลที่ได้จากการกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มน่าเชื่อถือได้สูง เนื่องจากได้ปฏิบัติงานในบทบาทของเวชศาสตร์ครอบครัวจริง และมีการกระจายตัวอยู่ในทุกระดับของสถานที่ปฏิบัติงาน โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลจังหวัดมากถึงร้อยละ 39.54 ในขณะที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 37.5 ซึ่งมีการกระจายของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคล้ายคลึงกับประเทศญี่ปุ่นที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีแนวโน้มกระจายตัวไปยังพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรน้อยเพิ่มขึ้นจากนโยบายการกระจายแพทย์อย่างเท่าเทียม⁸ เมื่อพิจารณาในภาพรายจังหวัดพบว่าแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามกระจายตัวอยู่ในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร 112 คน ขอนแก่น 57 คน เชียงใหม่ 30 คน และนครราชสีมา 27 คน ในขณะที่หลายจังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี นครนายก บึงกาฬ มุกดาหาร และรัตนอง มีแพทย์ตอบแบบสอบถามคนเดียว เมื่อนำข้อมูลจากการวิจัยมาทบทวนเปรียบเทียบกับข้อมูลจากแหล่งอื่น เช่น ข้อมูลของจังหวัดเชียงใหม่^{9,10} และนครนายก¹¹ พบร่วมจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามน้อยกว่าจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่พอสมควร ข้อมูลจากการวิจัยนี้จึงไม่สามารถแสดงให้ภาพการกระจายตัวของแพทย์ที่แท้จริงได้ จากการศึกษานี้ยังพบว่า มีแพทย์ฯ มากถึงร้อยละ 31.6 ที่ได้ปฏิบัติงานในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพียงระดับปานกลางถึงน้อย

มาก แพทย์ฯ ส่วนใหญ่สนใจศึกษาต่ออยอดด้านการบริบาลประคับประคองและผู้สูงอายุใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยต่อหัวนั้น¹²

ด้านลักษณะการปฏิบัติงานใน 1 สัปดาห์ (5 วันทำการ) แพทย์ฯ พิจารณาว่าที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) มาถึงร้อยละ 23.8 ซึ่งควรเป็นภาระงานหลักของแพทย์ฯ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของงานวิจัยนี้ ที่ระบุว่าขาดการให้ความสำคัญและสนับสนุนการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภาระงานที่หลากหลาย และการขาดเคลนบุคลากร แล้วสอดคล้องกับลักษณะการทำงานใน 1 สัปดาห์ของแพทย์ฯ ที่มีการกระจายเวลาปฏิบัติหน้าที่ทั้งในด้านการปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ การตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การดูแลผู้สูงอายุ งานบริหารและงานวิชาการ

ด้านปัญหาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ต้องการในการปฏิบัติงาน มีความสอดคล้องกันอย่างชัดเจน เป็นข้อค้นพบที่ซึ่งให้เห็นถึงปัญหานานาด้านของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะประเด็น 1) การให้ความสำคัญการสนับสนุนการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มีภาระงานมากและหลากหลายกับการสร้างความเข้าใจและขอบเขตการทำงาน การสนับสนุนเชิงนโยบาย และกฎหมาย 2) การขาดเคลนบุคลากรกับการสนับสนุนบุคลากร 3) งบประมาณค่าตอบแทนกับค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม นอกจาก 3 ประเด็นนี้แล้ว ยังมีอีกในหัวข้อปัญหาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ต้องการล้วนสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ทั้งภายในประเทศไทยและต่างประเทศ^{2,7,13-19}

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง และคาดว่ามีจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในงานวิจัยนี้ประมาณ 1 ใน 3 ของแพทย์ฯ ที่มีอยู่จริงทั่วประเทศไทย ดังนั้นจำนวนและสัดส่วนแพทย์ฯ ในแต่ละจังหวัดอาจมีการเปลี่ยนแปลง หากมีจำนวนแพทย์มากกว่านี้ ทางผู้วิจัยแนะนำให้มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นภาพการกระจายตัวและ ลักษณะการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั่วประเทศไทยได้ชัดเจนมากขึ้น

สรุป

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยมีจำนวนไม่เพียงพอ มีการกระจายตัวไปอยู่ในโรงพยาบาลอำเภอ และหน่วยบริการปฐมภูมิแต่กระจายตัวอยู่ในจังหวัดใหญ่ อัตราส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากรในพื้นที่ไม่เหมาะสม มีภาระหน้าที่หลากหลาย ขาดการสนับสนุนและให้ความสำคัญในงานเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้งานบริการในระบบปฐมภูมิซึ่งควรเป็นงานหลัก ทำได้ไม่เต็มที่ ต้องการการสนับสนุนทั้งในด้านบุคลากร นโยบาย โครงสร้างของเขตการทำงาน อุปกรณ์เครื่องมือ ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้จึงเป็นประโยชน์เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการสนับสนุน การทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทยที่เอื้อเฟื้อข้อมูลและให้บัณฑิต สนับสนุนในการทำวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. The Speciality of Family Medicine [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 6]. Available from: <https://www.aafp.org/about/dive-into-family-medicine/family-medicine-speciality.html>
2. Tseng LO, Newton C, Hall D, Lee EJ, Chang H, Poureslami I, et al. Primary care family physicians' experiences with clinical integration in qualitative and mixed reviews: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2023;13:e067576. PubMed PMID: 37433736
3. Hashim MJ. Principles of family medicine and general practice - defining the five core values of the specialty. *J Prim Health Care*. 2016;8:283-7.
4. สถิติการฝึกอบรม [อินเทอร์เน็ต]. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaifammed.org/training/page-03-1/>
5. กลุ่มประชาสัมพันธ์. สร.มอบของขวัญปีใหม่ 2564 คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คน “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” [อินเทอร์เน็ต]. ประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข - Public Relations HSS. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://prgroup.hss.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=177:สร-มอบของขวัญปีใหม่-2564-คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว-3-คน-“ดูแลใกล้ตัว-ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ”&catid=12
6. กลุ่มประชาสัมพันธ์. 3 หมอด “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” [อินเทอร์เน็ต]. ประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข - Public Relations HSS. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://prgroup.hss.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=1175:3-หมอด-“คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว-3-คน”&catid=17
7. วิรัช วรธนารัตน์, ภัทร์วันย์ วรธนารัตน์, อารียา จิรนานุ วัฒน์, จารุภา เลขทิพย์, เสาวลักษณ์ ต้องตา. สมรรถนะและบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว: การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงนโยบาย. [อินเทอร์เน็ต]. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สรวส. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5047>
8. Yoshida S, Matsumoto M, Kashima S, Koike S, Tazuma S, Maeda T. Geographical distribution of family physicians in Japan: a nationwide cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2019;20:147.
9. คณาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/family/staff-instructor>
10. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nkp-hospital.go.th/th/findDoctor.php#>
11. รายงานข้อมูล 3 หมอด จังหวัดครนาก [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_ampur?region=4&prov=MjY=&provn=4LiZ4LiE4Lj4LiZ4LiY4Li4LiB
12. Chen SH, Chang HT, Lin MH, Chen TJ, Hwang SJ, Lin MN. Family Medicine Academic Workforce of Medical Schools in Taiwan: A Nationwide Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):7182.
13. พนัชกร มีสิทธิ์, หทัยพิพิญ ธรรมวิริยะกุล. บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและความสุขในการทำงาน บริการปฐมภูมิในพื้นที่ภาคใต้. บูรพาเวชสาร. 2560;4:40-8.
14. สายรัตน์ นกน้อย. ทิศทางการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว และการคุ้มครองสุขภาพปฐมภูมิ ตอนที่ 1 : เข้าใจที่มา ผ่านประวัติศาสตร์. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2022;5:146-62.
15. Lankarani KB, Honarvar B, Shahabi S, Zarei F, Behzadifar M, Hedayati M, et al. The challenges of urban family physician program over the past decade in Iran: a scoping review and qualitative study with policy-makers. *J Prev Med Hyg*. 2023;64:E232-64.
16. Behzadifar M, Behzadifar M, Heidarvand S, Gorji HA, Aryankhesal A, Taheri Moghadam S, et al. The challenges of the family physician policy in Iran: a sys-

tematic review and meta-synthesis of qualitative researches. *Fam Pract.* 2018;35:652-60.

17. Manca DP, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. Rewards and challenges of family practice: Web-based survey using the Delphi method. *Can Fam Physician.* 2007;53:277-86.

18. Wiwanitkit V. Family medicine in Thailand: System, training, and obstacles. *Med J Dr Patil Univ.* 2016;9:4.

19. Lee FJ, Brown JB, Stewart M. Exploring family physician stress: helpful strategies. *Can Fam Physician.* 2009;55:288-9.e6. PubMed PMID: 19282541

ฉบับต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจากการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในผู้ที่มีผลบวกจากการตรวจเลือดแ芬ในอุจจาระของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดสงขลา

วราชนา อชิรเสนา, พบ.

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดสงขลา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

วราชนา อชิรเสนา, พบ.,
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนิน
พิจิตร อำเภอมหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัด
สงขลา 90310, ประเทศไทย
Email: Wasy_achirasena@
hotmail.com

Received: July 24, 2023;

Revised: August 22, 2023;

Accepted: October 30, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประชากรไทย กระทรวงสาธารณสุขไทยจึงให้มีการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชาชนช่วงอายุ 50-70 ปี โดยวิธีการตรวจหาเลือดแ芬ในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test; FIT) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน เมื่อพบผลผิดปกติจะได้รับการคัดกรองโดยวิธีการส่องกล้อง colonoscopy ต่อไป อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่ในจังหวัดสงขลา งานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในกลุ่มประชากรจังหวัดสงขลาที่มีผลผิดปกติจากการตรวจเลือดแ芬ในอุจจาระด้วยวิธี FIT เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจคัดกรองต่อไป

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาข้อมูล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลผลการส่องกล้อง colonoscopy จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล และแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการพบตั้งเนื้อโดยใช้โคสแคร์

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างที่ได้ จำนวน 230 ราย ผลการส่องกล้องพบตั้งเนื้อ 116 ราย ซึ่งตรวจพบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 4 ราย ความชุกของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรในจังหวัดสงขลาที่มีผลตรวจอุจจาระ FIT เป็นบวก เท่ากับ 1.19 ต่อแสนประชากร และความชุกของการส่องกล้องพบตั้งเนื้อในลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เท่ากับ 34.51 ต่อแสนประชากร โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการส่องกล้องพบตั้งเนื้อ ได้แก่ เพศชาย กลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) เกินมาตรฐาน และผู้ที่ดื่มสุรา

สรุป: ในประชาชนอายุ 50-70 ปี ที่มีผล FIT เป็นบวกที่เป็นเพศชาย กลุ่มมีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน หรือมีประวัติการดื่มสุรา มีโอกาสพบตั้งเนื้อในลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจากการส่องกล้อง colonoscopy เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่ ตั้งเนื้อ ลำไส้ใหญ่ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ความชุก

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Factors Associated with Colorectal Cancer Detection by Colonoscopy Among Individuals Testing Positive for Fecal Immunochemical Test (FIT) at Namom Hospital, Songkhla Province

Wasana Achirasena, MD.

Namom Hospital, Songkhla Province, Thailand

Corresponding author :

Wasana Achirasena, MD.,
Namom Hospital, Songkhla
90310, Thailand
Email: Wasy_achirasena@
hotmail.com

Received: July 24, 2023;

Revised: August 22, 2023;

Accepted: October 30, 2023

ABSTRACT

Background: Colorectal cancer is the third leading cause of death in the Thai population. The Ministry of Public Health of Thailand has laid down a policy to screen for colorectal cancer in populations 50-70 years old by FIT since 2017. Then, the FIT-positive individuals were further screened by colonoscopy. Since there is limited research on colorectal cancer in the Songkhla population, researchers are interested in studying the results of colorectal cancer screening among people who received endoscopy at Namom Hospital, Songkhla Province. This study aimed to evaluate the prevalence and factors associated with colorectal cancer among the population in Songkhla province who received FIT-positive tests. These results can provide useful information that encourages colorectal cancer screening in the future.

Design: Cross-Sectional descriptive study

Methods: The study sample consisted of patients who were admitted for colonoscopy at Namom Hospital, Songkhla Province, from February to May 2023. The data were collected from colonoscopy results from the hospital's medical record database and questionnaires from the sample group. Descriptive statistical analysis of personal information data was performed using chi-square analysis for factors correlated with colorectal cancer outcomes

Results: From 230 samples, 116 samples had abnormal results, and four samples had colorectal cancer. The prevalence of colorectal cancer was 1.19 per 100,000 population, and the prevalence of colorectal polyps was 34.51 per 100,000 population in the FIT-positive population. Male, overweight to obesity, and alcohol usage are factors that correlate with abnormal endoscopic findings ($p < 0.05$).

Conclusion: Male, overweight to obesity, and alcohol usage in FIT-positive aged between 50-70 years old have statistically significant correlation with colorectal polyp.

Keywords: colorectal cancer, colorectal polyp, colonoscopy, prevalence

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบมากเป็น 5 อันดับแรกทั้งเพศชายและเพศหญิง ในขณะที่ประมาณการผู้ป่วยรายใหม่และผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2565 พบรู้ป่วยรายใหม่ เฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่ 106,180 ราย มะเร็งไส้ตรง 44,850 ราย และเสียชีวิต 52,580 ราย (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรวมกัน)¹ มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุการตายอันดับสองของมะเร็งในสหรัฐอเมริกา^{2,3} และข้อมูลจากการอนามัยโลกอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และอัตราการเสียชีวิตของประเทศไทยในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ต่อ ในปี พ.ศ. 2563 พบรู้ป่วยรายใหม่อุบัติการณ์การเกิดโรคเป็นอันดับที่ 3 คือ 16.9 ต่อแสนประชากร รองจาก มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ คือ 19.6 และ 18.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁴

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่งผลกระทบต่อทั้งเพศชายและเพศหญิงทุกกลุ่มเชื้อชาติและหลากหลายการศึกษาพบว่าปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ อายุมากกว่า 50 ปี ประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัว ประวัติเคยตรวจพบตั้งเนื้อในลำไส้ใหญ่และไส้ตรง น้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์^{5,6} ซึ่งโรคมะเร็งเป็นภัยร้ายต่อสุขภาพ ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิต ทั้งเป็นโรคค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา โดยเฉพาะในภาวะที่โรคลุกลามแล้ว การตรวจคัดกรองจึงเป็นมาตรการสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มต้น เพิ่มโอกาสที่จะรักษาหายขาดแล้วยังลดค่าใช้จ่ายและงบประมาณประเทศไทยในการรักษาโรคมะเร็ง การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสามารถค้นหาตั้งเนื้อมะเร็งระยะเริ่ม หรือตั้งเนื้อที่มีความเสี่ยงในการกลâyเป็นมะเร็ง ซึ่งสามารถตัดออกก่อนที่จะกลâyเป็นมะเร็ง การตรวจคัดกรองจึงเป็นช่วงที่การรักษาได้ผลดีที่สุด⁷⁻⁹

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2565 การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะคัดกรองในประชาชนช่วงอายุ 50-70 ปี โดยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี FIT (Fecal Immuno-

chemical Test) เมื่อพบผลบวกจะมีการส่งต่อเพื่อรับการตรวจเพิ่มเติมโดยวิธีการส่องกล้อง colonoscopy¹⁰ ซึ่งที่จังหวัดสงขลาเริ่มมีการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี FIT เมื่อปี พ.ศ. 2560 โดยตรวจกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 1,083 คน พบรู้ป่วยทั้งหมด 324 คน (ร้อยละ 29.92) และได้ขยายความครอบคลุมมากขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2565 ได้ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 9,707 คน พบรู้ป่วย 718 คน (ร้อยละ 7.4)¹¹ ผู้ป่วยที่คัดกรองดังกล่าวเมื่อพบรู้ป่วย FIT เป็นบวกจะได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง colonoscopy ต่อไป

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดลได้เปิดให้บริการส่องกล้อง colonoscopy เพื่อคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา โดยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการ คือ ประชาชนชาวที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา ทั้งจากอำเภอเมือง และอำเภอข้างเคียง ที่มีผลตรวจอุจจาระด้วยวิธี FIT เป็นบวก ทำให้ประชาชนจังหวัดสงขลา ได้เข้าถึงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการส่องกล้อง colonoscopy หากกินลดสามารถลดระยะเวลาการรอคิว colonoscopy เมื่อตรวจคัดกรองด้วยวิธี FIT เป็นบวกสามารถพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้นมากขึ้น และเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 ประชาชนจังหวัดสงขลาที่เข้ารับการตรวจอุจจาระด้วยวิธี FIT มีผลบวกถึงร้อยละ 7.4 (สูงกว่าในเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งพบรู้ป่วย FIT เป็นบวกร้อยละ 5)¹² ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความซูกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในกลุ่มประชาชนจังหวัดสงขลาที่มีผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ FIT เป็นบวก เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการวางแผนการตรวจคัดกรองและส่งเสริมป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในจังหวัดสงขลาต่อไป

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและปัจจัยในช่วงเวลาหนึ่งในประชากรที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา ที่มีอายุ 50-70 ปี ที่เข้าร่วมการตรวจอุจจาระด้วยวิธี FIT มีผลเป็นบวกแล้วได้รับการส่องกล้อง colonoscopy เพื่อคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ต่อง ที่โรงพยาบาลหน่วยม่อม จังหวัดสงขลา โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2566 จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล และแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดเข้า

ประชาชนสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 50-70 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลาอย่างน้อย 1 ปี ผลการตรวจ FIT เป็นบวก และยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

ไม่สามารถอ่านออกเสียงได้ มีปัญหาด้านการสื่อสาร และไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เป็นแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล เพื่อทราบข้อมูลที่ว่าไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 16 ข้อ และแบบบันทึกผลการทำ colonoscopy

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ต้องแบบสอบถามและผลการส่องกล้อง colonoscopy ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยการหาความถี่ ร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการตรวจจากการตรวจสอบกล้อง colonoscopy ด้วยสถิติโคสแคร์ (Chi-square)

วิเคราะห์หาอัตราความชุก (prevalence rate) ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ต่องในจังหวัดสงขลา จากกลุ่มตัวอย่าง 230 คน และประชากรอายุ 50-70 ปี ในจังหวัดสงขลา จำนวน 336,062 คน¹² และวิเคราะห์หาสัมพันธ์ระหว่างเพศ ดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) และประวัติการดื่มสุรา กับผลการตรวจส่องกล้อง colonoscopy พบทิ้งเนื้อในลำไส้ใหญ่และลำไส้ต่อง

อัตราความชุก (prevalence rate)

$$P.R. = X/Y * K$$

X = ผู้ป่วยตรวจพบมะเร็งลำไส้

Y = ประชากรอายุ 50-70 ปี ในพื้นที่จำนวน 336,062 คน

K = 100,000 ประชากร

การพิหักสิทธิ์

การศึกษาระดับนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เลขที่ 18/2566 ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้เข้าแจ้งตกลงประสัคของการศึกษาและเข้าแจ้งให้ทราบว่าคำตอบที่ได้รับจะไม่มีการเปิดเผยซึ่งอาจทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.7 เพศชายร้อยละ 41.3 ส่วนใหญ่อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 64.8 รองลงมาอายุมากกว่า 60-69 ปี ร้อยละ 32.2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 80 รองลงมา rate ปริญญาตรี ร้อยละ 7 ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.9 รองลงมา rate จ้างร้อยละ 18.3 ส่วนใหญ่รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทร้อยละ 60.4 รายได้ 10,000-30,000 บาท ร้อยละ 32.2 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 77 รองลงมา หย่าร้าง/ม่าย ร้อยละ 15.7 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 53.5 กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 46.5 โรคเบาหวานร้อยละ 8.7 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 29.1 ขอบทีดร้อยละ 3.9 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 15.2 ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ปกติและโรคอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 30.9 เท่ากัน และประวัติสูบบุหรี่ ไม่สูบร้อยละ 76.1 สูบบุหรี่ร้อยละ 15.7 และร้อยละ 8.3 สูบบุหรี่แต่เลิกสูบนานกว่า 1 ปี แล้ว ประวัติดื่มสุราดื่มสุรา ร้อยละ 73.5 ไม่ดื่มสุราร้อยละ 22.2 และเคยดื่มสุราแต่เลิกดื่มนานกว่า 1 ปี ร้อยละ 4.3 ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ไม่มีประวัติร้อยละ 92.6 มีประวัติร้อยละ 7.4 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินอาหาร ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินอาหารร้อยละ 82.6 และมี

ตารางที่ 1. ผลการตรวจลำไส้ใหญ่และไส้ตrongจากการส่องกล้อง colonoscopy

ผลการตรวจ (n=230)	จำนวนคน (ร้อยละ)
1. Normal	114 (49.6)
2. Tubular adenoma with low grade dysplasia	27 (11.7)
3. Hyperplastic polyp	68 (29.6)
4. High grade dysplasia	0 (0.0)
5. Adenocarcinoma	4 (1.7)
6. อื่น ๆ เช่น Diverticular disease, Internal Hemorrhoid ฯลฯ	17 (7.4)
รวม	230 (100.0)

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินอาหารร้อยละ 17.4 จากตารางที่ 1 ผลการส่องกล้อง colonoscopy ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีผลการตรวจปกติ 114 คน (ร้อยละ 49.6) และผลการพบตั้งเนื้อ 116 คน (ร้อยละ 50.4) ส่วนใหญ่ hyperplastic polyp 68 คน (ร้อยละ 29.6) และ tubular adenoma with low grade dysplasia 21 คน (ร้อยละ 11.7) อื่น ๆ เช่น diverticular disease, internal hemorrhoid ฯลฯ 17 คน (ร้อยละ 7.4) และเป็นมะเร็ง adenocarcinoma 4 คน (ร้อยละ 1.7)

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบผลการตรวจโดยการส่องกล้อง colonoscopy จำแนกตามตัวแปรสถานภาพส่วนบุคคล โดยใช้ Chi-square

ลักษณะของประชากร	ผลปกติ		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. เพศ			
ชาย	38 (33.3)	57 (49.1)	0.011*
หญิง	76 (66.7)	59 (51.9)	
2. อายุ			
50-59 ปี	75 (65.8)	74 (63.0)	0.62
60-69 ปี	34 (29.8)	40 (34.5)	
70 ปี ขึ้นไป	5 (4.4)	2 (1.7)	
3. ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	84 (73.7)	100 (86.2)	0.093
สูงกว่าปริญญาตรี	4 (3.5)	1 (0.9)	
ปริญญาตรี	11 (9.6)	5 (8.3)	
ไม่ได้เรียน	15 (13.2)	10 (4.6)	

*p < 0.05

อัตราความชุกของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตrong ในของประชาชนในจังหวัดสงขลาที่มีผล FIT เป็นบวก เท่ากับ 1.19 ต่อ 100,000 ประชากร และความชุก ของการตรวจพบตั้งเนื้อจากการส่องกล้อง colonoscopy ของประชาชนในจังหวัดสงขลา ที่มีผล FIT เป็นบวก เท่ากับ 34.5 ต่อ 100,000 ประชากร

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปด้านเพศมีความสัมพันธ์กับผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตrongด้วยการส่องกล้อง colonoscopy พบรดับตั้งเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กล่าวคือ ผู้ชายจำนวน 95 คน พบรดับตั้งเนื้อ 57 คน (ร้อยละ 60) ส่วนเพศหญิง 135 คน พบรดับตั้งเนื้อ 59 คน (ร้อยละ 43.70) ส่วนค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์กับพบตั้งเนื้อจากการส่องกล้อง colonoscopy อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่น้ำหนักน้อย (ดัชนีมวลกาย < 18.5) 14 คน พบรดับตั้งเนื้อ 6 คน (ร้อยละ 42.86) กลุ่มตัวอย่าง ค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.90) 71 คน พบรดับตั้งเนื้อ 18 คน (ร้อยละ 25.35) ในขณะที่น้ำหนักเกิน (BMI 23-24.90) 49 คน พบรดับตั้งเนื้อ 24 คน (ร้อยละ 48.98) กลุ่มตัวอย่างโรคอ้วนระดับที่ 1 (ดัชนีมวลกาย 25-29.90) 70 คน พบรดับตั้งเนื้อ 61 คน (ร้อยละ 87.14) กลุ่มตัวอย่าง โรคอ้วนระดับที่ 2 (ดัชนีมวลกาย 30 ขึ้นไป) 28 คน พบรดับตั้งเนื้อ 10 คน (ร้อยละ 35.71)

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบผลการตรวจโดยการส่องกล้อง colonoscopy จำแนกตามตัวแปรสถานภาพส่วนบุคคล โดยใช้ Chi-square (ต่อ)

ลักษณะของประชากร	ผลปกติ	พบร่องรอย		p-value
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
4. ดัชนีมวลกาย				
< 18.5	น้ำหนักน้อย	8 (7.2)	6 (5.4)	0.01*
18.5-22.90	ปกติ	53 (47.7)	18 (16.2)	
23-24.90	น้ำหนักเกิน	25 (22.5)	24 (21.6)	
25-29.90	โรคอ้วนระดับที่ 1	9 (8.1)	61 (54.9)	
30 ขึ้นไป	โรคอ้วนระดับที่ 2	13 (11.7)	15 (13.5)	
5. อาชีพ				
รับราชการ		5 (4.4)	6 (5.2)	0.78
ค้าขาย		14 (12.3)	20 (17.2)	
เกษตรกร		59 (51.8)	58 (50.0)	
รับจ้าง		21 (18.4)	21 (18.1)	
อื่น ๆ		15 (13.2)	11 (9.5)	
6. รายได้				
ต่ำกว่า 10,000 บาท		69 (60.5)	70 (60.3)	0.97
10,000-30,000 บาท		37 (32.5)	37 (31.9)	
มากกว่า 30,000 บาท		8 (7.0)	9 (7.8)	
7. โรคประจำตัว				
เบาหวาน		9 (7.9)	11 (9.5)	0.24
ความดันโลหิตสูง		37 (32.5)	30 (25.9)	
หอบหืด		5 (4.4)	4 (3.4)	
อื่น ๆ		22 (19.3)	13 (11.2)	
ไม่มี		59 (48.2)	64 (51.8)	
8. สถานภาพสมรส				
โสด		8 (7.0)	9 (7.8)	0.45
คู่		85 (74.6)	92 (79.3)	
หม้าย/หย่า/แยก		21 (18.4)	15 (12.9)	

* p < 0.05

ตั้งเนื้อ 15 คน (ร้อยละ 53.57) ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลด้าน อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สถานภาพ สมรส และไม่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการส่องกล้อง ($p > 0.05$)

จากการที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการ ตรวจส่องกล้องจำแนกตามตัวแปรประวัติสุขภาพของ ผู้ตอบแบบว่า ประวัติการดีมสุรา มีความสัมพันธ์กับผลผิด ปกติจากการส่องกล้อง colonoscopy ($p < 0.05$) โดย ผู้ที่ดีมสุรา 51 คน พบร่องรอย 33 คน (ร้อยละ 64.71)

ส่วนผู้ที่ไม่ดีมสุรา 169 คน พบร่องรอย 78 คน (ร้อยละ 46.15) และผู้ที่ดีมสุราแต่ปัจจุบันไม่ได้ดีมแล้ว 10 คน พบร่องรอย 5 คน (ร้อยละ 50)

จากการที่ 4 เมื่อศึกษาสัมพันธ์ระหว่าง BMI และประวัติการดีมสุรา กับผลการตรวจส่องกล้องมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความสัมพันธ์กับผลการพบร่องรอย จากการที่ colonoscopy อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบผลการตรวจโดยการส่องกล้อง colonoscopy จำแนกตามตัวแปรสุขภาพส่วนบุคคลโดยใช้ Chi-square

ลักษณะของประชากร	ผลปกติ	พบตั้งเนื้อ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
9. ประวัติสูบบุหรี่			
สูบ	12 (10.5)	24 (20.7)	0.94
ไม่สูบ	93 (81.6)	82 (70.7)	
สูบแต่เลิกแล้ว	9 (7.9)	10 (8.6)	
10. ประวัติการดื่มสุรา			
ดื่ม	18 (15.8)	33 (28.4)	0.046*
ไม่ดื่ม	91 (79.8)	78 (67.2)	
ดื่มแต่เลิกแล้ว	5 (4.4)	5 (4.3)	
11. ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งลำไส้			
ไม่มี	104 (91.2)	109 (94.0)	0.29
มี	10 (8.8)	7 (6.0)	
12. ประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินอาหาร			
ไม่มี	95 (83.3)	95 (81.9)	0.45
มี	19 (16.7)	21 (18.1)	

*p , 0.05

ตารางที่ 4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการตรวจส่องกล้อง colonoscopy พบตั้งเนื้อในลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

คะแนน	R	p-value
1. เพศ	-0.160	0.015
2. ประวัติการดื่มสุรา	0.132	0.046
3. ดัชนีมวลกาย	0.189	0.010

วิจารณ์

จากการศึกษาผลการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง colonoscopy ในผู้ที่มีผลการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี FIT เป็นบวกในจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างตรวจพบตั้งเนื้อร้อยละ 50.4 สอดคล้องกับการศึกษาผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในผู้ที่มีผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี FIT ของโรงพยาบาลประจำเครือขันธ์ พบ ว่าจากผู้ที่ FIT เป็นบวก ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy ที่โรงพยาบาลประจำเครือขันธ์ 367 ราย พบทั้งเนื้อร้อยละ 58.3 ค่าการทำนายผลบวกพบ ตั้งเนื้อป กติร้อยละ 13.8 ตั้งเนื้อที่มีความเสี่ยงของการกลایเป็นมะเร็งร้อยละ

28.5 มะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 7.1 และโรคของกระเพาะลำไส้ใหญ่ร้อยละ 9.0 สรุปการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ของโรงพยาบาลประจำเครือขันธ์พบค่า การพยากรณ์ผลบวก คิดเป็นร้อยละ 35.6 ใน การตรวจพบ รอยโรคตั้งเนื้อที่มีความเสี่ยงของการกลัยเป็นมะเร็ง และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็น ประโยชน์ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในขณะที่พบผลบวกลงได้ร้อยละ 41.7¹³ สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของการส่องกล้อง colonoscopy หลังจากผลตรวจ FIT จากอุจจาระเป็นบวก ด้วยการศึกษาข้อมูลในผู้ป่วยอายุ 50-75 ปี ใน San Francisco Health Network ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธี FIT ระหว่างเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2010 ถึงมิถุนายน ค.ศ. 2015 ผลการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่มีผลบวกจาก FIT เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาในประชากรที่มีอายุ 50-70 ปี ในจังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 20,670 คน ผู้ที่มีผลตรวจ FIT เป็นบวกได้รับการส่องกล้อง colonoscopy จำนวน 376 ราย และมี 243 ราย (ร้อยละ 63.83) ของผู้ที่มีผล FIT เป็นบวกได้รับ colonoscopy พบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

และไส้ตrong 3.879 ต่อ 10,000 ประชากรเป้าหมาย และ advanced adenoma 6.289 ต่อ ประชากร 10,000 คน¹⁵

จากข้อมูลส่วนบุคคล เพศ ดั้งนีมวลกาย และ ประวัติการดีมสุรา มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบติ่งเนื้อ ในลำไส้จากการส่องกล้อง colonoscopy ในส่วนปัจจัย ส่วนบุคคลอื่น เช่น อายุ อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ ไม่มี ความสัมพันธ์กับการตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการตรวจอุจจาระ FIT เป็น บางสามารถทำนาย adenoma ในผู้ใหญ่ อายุ 30-49 ปีที่ มีภาวะไขมันพอกตับและกลุ่มอาการของโรคเมตาบอลิก ได้ ผลการศึกษาพบว่า ในบรรดาผู้เข้าร่วมอายุ 30-49 ปี ผล FIT เป็นบางมีความสัมพันธ์กับค่า ADR ที่สูงขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญ (ร้อยละ 28.5 เทียบกับผล FIT เป็นลบ 15.5, ($p < 0.001$) และ ADR ร้อยละ 14.5 เทียบกับร้อยละ 3.7, ($p < 0.001$) นอกจากนี้ FIT ที่เป็นบางยังสัมพันธ์กับ ADR ที่สูงขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่าในกลุ่มที่มี ความเสี่ยงโดยเฉลี่ยร้อยละ 14.5 เทียบกับร้อยละ 9.8, ($p = 0.028$) แม้ว่าจะไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดที่ทำนายผลเชิงบวก ของ FIT ในผู้เข้าร่วมอายุน้อย แต่โรคไขมันพอกตับที่ไม่มี แอลกอฮอล์นั้นสัมพันธ์กับค่า ADR ที่สูงขึ้น¹⁶

จากการศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตrong adenocarcinoma คิดเป็นร้อยละ 1.7 และ ความชุกของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตrong เท่ากับ 1.19 ต่อ 100,000 ประชากรเป้าหมาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับผล การสำรวจของ WHO⁴ ซึ่งประเทศไทยมีอุบัติการณ์การ เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตrong 16.9 ต่อ 100,000 ประชากร แต่จากการศึกษานี้พบความชุกของการตรวจ พบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่และไส้ตrong ถึง 34.51 ต่อ 100,000 ประชากร อาจเป็นเพราะการศึกษารังนี้เลือกเฉพาะ กลุ่มตัวอย่างที่มีผลตรวจอุจจาระด้วย FIT เป็นบางจาก การคัดกรองในประชาชนอายุ 50-70 ปีเท่านั้น และส่วน ใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติ จึงทำให้มีโอกาสตรวจพบซึ้นเนื้อ ได้มาก แต่ตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตrongได้น้อย เพียง 4 ราย จึงไม่สามารถนำมาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ ตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตrongในงานวิจัยนี้ได้ อย่างไรก็ตามแม้ผลการตรวจพบมะเร็งลำไส้ไม่มากแต่

การตรวจพบติ่งเนื้อชนิดต่าง ๆ มีจำนวนมากถึง ร้อยละ 50.4 จึงนำมาใช้ในการหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจ พบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่และไส้ตrongจากการส่องกล้องได้ ซึ่งช่วยในเรื่องการวางแผนการคัดกรอง และส่งเสริม ป้องกันต่อไป เนื่องจากการศึกษาพบว่าผู้ที่เคยมีประวัติ พบติ่งเนื้อในลำไส้จากการตรวจส่องกล้องมีโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตrongได้มากกว่าผู้ที่ไม่ เคยมีประวัติ^{5,6}

สรุป

ประชาชนในจังหวัดสิงขลาที่มีผลการตรวจอุจจาระ ด้วยวิธี FIT เป็นบางที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตrongด้วยการส่องกล้อง colonoscopy ที่โรงพยาบาลหมอม่อม จังหวัดสิงขลา จำนวน 230 คน พบรผลการตรวจปกติ 114 คน (ร้อยละ 49.6) และผลการ ตรวจพบติ่งเนื้อ 116 คน (ร้อยละ 50.4) ส่วนใหญ่ Hyperplastic polyp 68 คน (ร้อยละ 29.6) และ Tubular adenoma with low grade dysplasia 21 คน (ร้อยละ 11.7) อื่น ๆ เช่น diverticular disease, internal hemorrhoid ฯลฯ 17 คน (ร้อยละ 7.4) และเป็น adenocarcinoma 4 คน (ร้อยละ 1.7)

ความชุกของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตrongของ ประชาชนในจังหวัดสิงขลาที่มีผล FIT เป็นบาง เท่ากับ 1.19 ต่อ 100,000 ประชากร ความชุกของการตรวจพบ ติ่งเนื้อผิดปกติของประชาชนในจังหวัดสิงขลาที่มีผล FIT เป็นบาง เท่ากับ 34.51 ต่อ 100,000 ประชากร และ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ค่าดั้งนีมวลกาย และ ประวัติการดีมสุรา มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบความ ผิดปกติในลำไส้จากการส่องกล้อง colonoscopy อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษารังนี้แสดงให้เห็นว่าการ ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตrongด้วยการตรวจ FIT มีความสำคัญในการช่วยคัดกรองเบื้องต้น ในกลุ่ม เสี่ยงที่อายุ 50-70 ปี โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเพศชาย ที่มีค่า ดั้งนีมวลกาย เกินมาตรฐานและมีประวัติการดีมสุรา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พญ.ภูเงิน คงทอง อายุรแพทย์โรคมะเร็ง และ พญ.วรารักษ์ อรันยภูติ ศัลยแพทย์โรคมะเร็ง จากโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และดร.กิตติพิรเนวาร์สุวรรณ วิทยาลัยบรมราชชนนี จังหวัดสงขลา ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. American cancer society. What Is Colorectal Cancer? [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 28]. Available from :<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html>
2. Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, et al. Colorectal cancer statistics, 2020. CA Cancer J Clin. 2020;70:145-64.
3. CDC. Use of Colorectal Cancer Screening Tests 2020 Behavioral Risk Factor Surveillance System [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 28]. Available from : <https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/statistics/use-screening-tests>
4. WHO IARC (International Agency for Research on Cancer [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 15]. Available from :<https://gco.iarc.fr/today/online-analysis> 28 Jan 2003
5. Chulacancer รังสีรักษาระยะเร็ววิทยา. ระยะของโรคมะเร็ง (Stage of Cancer) (อินเทอร์เน็ต). 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.chulacancer.net/faq-list-page.php?id=328>)
6. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพ: มะเร็งลำไส้ (Colorectal cancer). 2565 [เข้าถึงเมื่อ 31 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/colorectal
7. Mayo Clinic. [Internet]. Screening Helps Prevent Colorectal Cancer. 2022 [cited 2023 Jan 31]. Available from :<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/colon-cancer/symptoms-causes/syc-20353669>
8. National Cancer Institute [Internet]. Colorectal Cancer Screening (PDQ®)-Health Professional Version 2023 [cited 2023 Jan 28]. Available from :<https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-screening-pdq>
9. Cancer.gov. Colorectal Cancer-Health Professional Version [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 28]. Available from: <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colon-treatment-pdq>
10. คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
11. HDC Report. ผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี FIT สำหรับอายุ 50-75 ปีงบประมาณ 2561-2565 (อินเทอร์เน็ต). 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
12. HDC Report. ผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี FIT เขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2565 (อินเทอร์เน็ต). 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
13. วุฒิกร วงศ์ศิลปทัย. ผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในผู้ที่มีผลลบจากการตรวจเลือดแดง ในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล ของโรงพยาบาลประจำวิชีรชัยวัฒน์. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2564;40:193-200.
14. Alsayid M, Singh MH, Issaka R, Laleau V, Day L, Lee J, Allison J, Somsouk M. Yield of colonoscopy after a positive result from a fecal immunochemical test OC-Light. Clin Gastroenterol Hepatol. 2018;16:1593-1597.e1. PubMed PMID: 29660528
15. ชัชวาลย์ วชิรเมธารัชต์, เกรียงไกร โภวิทากุล, สุกัธรร ชุมตินพิทักษ์, ฉันทิชย์ พูลลาก, จิตเกษม เวชกามา, ยุทธพงศ์ ชำนาญเกื้อ, และคณะ. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรคมะเร็ง. 2561;31:11-8
16. Yeh JH, Lin CW, Wang WL, Lee CT, Chen JC, Hsu CC, Wang JY. Positive fecal immunochemical test strongly predicts adenomas in younger adults with fatty liver and metabolic syndrome. Clin Transl Gastroenterol. 2021 Feb 3;12(2):e00305. Erratum in: Clin Transl Gastroenterol. 2021;12(7):e00368. PubMed PMID: 33570858