

การบริหารความเสี่ยง

สุณีย์ สกฤตศรีประเสริฐ

นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ รักษาการผู้อำนวยการกลุ่มตรวจสอบภายใน
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

คำจำกัดความของการบริหารความเสี่ยงขององค์กร

การบริหารความเสี่ยงขององค์กร คือ กระบวนการที่กำหนดขึ้นและนำไปใช้โดย คณะกรรมการ ฝ่ายบริหาร และบุคลากรอื่นๆ ขององค์กร เพื่อกำหนดกลยุทธ์และใช้กับ หน่วยงานทั้งหมดในองค์กร โดยได้รับการออกแบบมาเพื่อระบุเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นซึ่งอาจมี ผลกระทบต่อองค์กร รวมทั้งการบริหารความเสี่ยงให้อยู่ภายใต้ระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับ ได้ (risk appetite) ทั้งนี้ เพื่อให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าองค์กรจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

การบรรลุวัตถุประสงค์

ภายใต้บริบทของพันธกิจหรือวิสัยทัศน์ที่องค์กรกำหนดขึ้น ฝ่ายบริหารกำหนด วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เลือกกลยุทธ์ และกำหนดวัตถุประสงค์ที่เชื่อมโยงและลดหลั่นลงไปที่ทั่ว ทั้งองค์กร การบริหารความเสี่ยงขององค์กรนี้จะช่วยนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท คือ

- ด้านกลยุทธ์ – เป้าหมายระดับสูง ต้องสอดคล้องและสนับสนุนพันธกิจของ องค์กร
- ด้านการปฏิบัติการ – การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล
- ด้านการรายงาน – ความน่าเชื่อถือของรายงาน
- ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ – การปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยงขององค์กร

การบริหารความเสี่ยงขององค์กรประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่

- **สภาพแวดล้อมภายใน** - ครอบคลุมถึงแนวนโยบายโดยทั่วไปขององค์กร รวมไปถึงปรัชญาการบริหารความเสี่ยง กับระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ความเชื่อศรัทธากับคุณค่าทางจริยธรรม และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานของบุคลากร
- **การกำหนดวัตถุประสงค์** - วัตถุประสงค์ที่เลือกจะเป็นสิ่งสนับสนุนและไปในทิศทางเดียวกันกับพันธกิจขององค์กรและสอดคล้องระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้
- **การระบุเหตุการณ์** – เหตุการณ์ภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรต้องได้รับการระบุและมีการแยกแยะความเสี่ยงกับโอกาสออกต่างหากจากกัน
- **การประเมินความเสี่ยง** – มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง พิจารณาโอกาสที่จะเกิดและผลกระทบเพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจว่าจะบริหารความเสี่ยงนั้นอย่างไร จะประเมินทั้งความเสี่ยงที่มีอยู่ตามธรรมชาติ (inherent risk) และความเสี่ยงที่เหลืออยู่ (residual risk)
- **การตอบสนองต่อความเสี่ยง** – ฝ่ายบริหารเลือกวิธีการตอบสนองต่อความเสี่ยงได้หลายวิธี เช่น หลีกเลี่ยง ยอมรับ ลด หรือหาผู้ร่วมรับความเสี่ยง
- **กิจกรรมควบคุม** – จะต้องมีการกำหนดนโยบายและขั้นตอนการปฏิบัติไว้และนำไปดำเนินการเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามีการดำเนินการตามวิธีการตอบสนองต่อความเสี่ยงเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- **สารสนเทศและการสื่อสาร** – ควรได้รับการระบุ จัดเก็บและนำมาสื่อสารในรูปแบบและในการกำหนดเวลาที่จะช่วยให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบของตนให้ลุล่วงไปได้ มีการสื่อสารสู่ระดับล่าง ระดับบน และทั่วทั้งองค์กร
- **การติดตามประเมินผล** – การบริหารความเสี่ยงขององค์กรต้องได้รับการติดตามประเมินผลและได้รับการปรับเปลี่ยนตามความจำเป็น

ความมีประสิทธิภาพ

การจะตัดสินว่าการบริหารความเสี่ยงขององค์กร “มีประสิทธิภาพ” หรือไม่นั้น องค์กรประกอบจึงเป็นเงื่อนไขสำหรับความมีประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงขององค์กรเช่นกัน องค์กรประกอบที่แสดงบทบาทและทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจะต้องไม่มีจุดอ่อนที่เป็นสาระสำคัญ และความเสี่ยงจะต้องได้รับการบริหารจัดการให้อยู่ภายใต้ระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้

ข้อจำกัด

แม้ว่าการบริหารความเสี่ยงขององค์กรจะให้ประโยชน์อย่างใหญ่หลวง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง ในการใช้ดุลยพินิจและการตัดสินใจของมนุษย์เรานั้นอาจผิดพลาดได้ การตัดสินใจในการตอบสนองต่อความเสี่ยงและการควบคุมที่กำหนดขึ้นจำเป็นต้องพิจารณาถึงต้นทุนและประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง การหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตามมาตรการควบคุม และการที่ฝ่ายบริหารใช้อำนาจฝ่าฝืนมาตรการในการบริหารความเสี่ยง ข้อจำกัดเหล่านี้เป็นอุปสรรคที่ทำให้คณะกรรมการและฝ่ายบริหารไม่สามารถมั่นใจได้อย่างเต็มที่ว่าองค์กรจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรได้

บทนำ

การบริหารความเสี่ยงขององค์กรเป็นกระบวนการที่เป็นผลมาจากคณะกรรมการผู้บริหาร และบุคลากรอื่นๆ ขององค์กรได้ร่วมกันกำหนดขึ้นเป็นกลยุทธ์และใช้ทั่วทั้งองค์กร การบริหารความเสี่ยงได้ถูกออกแบบมาเพื่อระบุเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อองค์กร และเพื่อจัดการความเสี่ยงเหล่านั้นให้อยู่ในระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้ (risk appetite) ทั้งนี้ เพื่อทำให้เกิดความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลว่า องค์กรจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้ การบริหารความเสี่ยงประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 8 องค์ประกอบที่สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน องค์ประกอบเหล่านี้จะผสมผสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับวิถีทางที่ผู้บริหารใช้ในการดำเนินธุรกิจ องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงกันและทำหน้าที่เป็นเกณฑ์ในการวัดว่าการบริหารความเสี่ยงขององค์กรมีประสิทธิภาพหรือไม่

ความไม่แน่นอนและคุณค่า (Uncertainty and Value)

หลักการพื้นฐานของการบริหารความเสี่ยงขององค์กร คือ องค์กรทุกแห่งดำรงอยู่เพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กรนั้น ไม่ว่าจะเป็นองค์กรที่แสวงกำไรหรือไม่ แสวงหากำไร หรือหน่วยงานของรัฐ ทุกองค์กรล้วนต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยงขององค์กรจะทำให้ผู้บริหารสามารถรับมือกับความไม่แน่นอน ความเสี่ยง และโอกาสที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มพูนความสามารถขององค์กรในการสร้างคุณค่าได้

เหตุการณ์ – ความเสี่ยงและโอกาส (Events – Risks and Opportunities)

เหตุการณ์ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นหรือการเกิดขึ้นของเหตุต่างๆ จากปัจจัยภายในหรือปัจจัยภายนอก ที่มีผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร เหตุการณ์ต่างๆ ดังกล่าวสามารถส่งผลในเชิงลบ เชิงบวก หรือทั้งสองอย่างก็ได้ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดผลในเชิงลบ คือ ความเสี่ยง

ความเสี่ยง คือ ความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดจะเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้น และส่งผลให้องค์กรไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้

เหตุการณ์ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบในเชิงลบ จะเป็นอุปสรรคต่อการเสริมสร้างคุณค่าหรือบั่นทอนคุณค่าที่องค์กรมีอยู่

โอกาส คือ ความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและส่งผลดีต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

โอกาสจะส่งเสริมการสร้างและการรักษาคุณค่า เมื่อมีโอกาสเกิดขึ้น ผู้บริหารจะต้องนำโอกาสนั้นกลับไปพิจารณาในกระบวนการกำหนดกลยุทธ์หรือวัตถุประสงค์ขององค์กร เพื่อที่จะวางแผนดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในอันที่จะฉวยโอกาสนั้นไว้

ระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้ (Risk Appetite)

ระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้ คือ ปริมาณความเสี่ยงในระดับกว้างๆ ซึ่งองค์กรเต็มใจที่จะยอมรับในการมุ่งสู่คุณค่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นปรัชญาการบริหารความเสี่ยงขององค์กร และมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมองค์กรและรูปแบบการปฏิบัติงาน

ระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้จะเป็นแนวทางในการจัดสรรทรัพยากร ผู้บริหารจะจัดสรรทรัพยากรไปให้หน่วยงานต่างๆ และการริเริ่มสิ่งใหม่ๆ โดยต้องคำนึงถึงระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ขององค์กรและแผนงานของหน่วยงานที่จะดำเนินการเพื่อให้ได้รับผลตอบแทนตามที่ต้องการจากทรัพยากรที่ได้ลงทุนไป ผู้บริหารจะพิจารณาระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ที่สอดคล้องกับองค์กร บุคลากร กระบวนการปฏิบัติงาน และออกแบบโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงและติดตามดูแลการบริหารความเสี่ยงนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ

การให้ความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผล

การบริหารความเสี่ยงขององค์กรที่ได้รับการออกแบบมาอย่างดีและมีการนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้บริหารและคณะกรรมการขององค์กรเกิดความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลเกี่ยวกับการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ความเชื่อมั่นที่สมเหตุสมผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงแนวความคิดที่ว่า ความไม่แน่นอนและความเสี่ยงเป็นเรื่องของอนาคตซึ่งไม่มีใครสามารถทำนายได้อย่างแน่นอน ดังนั้น การบริหารความเสี่ยงขององค์กรจึงให้ความเชื่อมั่นได้อย่างสมเหตุสมผลเท่านั้น ไม่ใช่ให้ความเชื่อมั่นได้อย่างสมบูรณ์

อย่างไรก็ตาม การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การบริหารความเสี่ยงขององค์กรจะสามารถช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ที่ผู้บริหารจะตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้น สำหรับวัตถุประสงค์เหล่านี้ การบริหารความเสี่ยงขององค์กรสามารถทำให้เกิดความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลได้ว่าผู้บริหารและคณะกรรมการขององค์กรในบทบาทของผู้มีหน้าที่กำกับดูแลจะได้รับทราบข้อมูลอย่างทันทั่วถึง ว่าอีกใกล้ไกลแค่ไหนที่องค์กรกำลังเคลื่อนที่ไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

การบริหารความเสี่ยงขององค์กรจึงไม่ใช่กระบวนการที่ต้องดำเนินการไปตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งจะต้องส่งผลไปยังองค์ประกอบถัดไปเท่านั้น แต่คือ

กระบวนการที่มีวิธีดำเนินการหลากหลาย ต่อเนื่องและทำซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งส่วนใหญ่ องค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งจะสามารถส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นในกระบวนการได้เสมอ

การบริหารความเสี่ยงขององค์กรจะเกี่ยวข้องกับส่วนต่างๆ ของกระบวนการบริหาร ที่ทำให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงบนพื้นฐานของข้อมูล แต่การตัดสินใจใดที่ได้เลือกมาจากทางเลือกที่เหมาะสมซึ่งมีอยู่หลากหลายนั้น ไม่ได้เป็นสิ่งที่บอกว่าการบริหารความเสี่ยงขององค์กรนั้นได้ผลหรือไม่ อย่างไรก็ตาม แม้วัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจง การตอบสนองต่อความเสี่ยง และกิจกรรมการควบคุมที่เลือกใช้ จะเป็นเรื่องของการใช้ดุลยพินิจทางการบริหาร แต่ทางเลือกต่างๆ ต้องส่งผลให้การลดความเสี่ยงไปสู่ระดับที่ยอมรับได้ตามที่กำหนดไว้และทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้อย่างสมเหตุสมผลว่าองค์กรจะบรรลุมิติวัตถุประสงค์

การบริหารความเสี่ยงขององค์กรประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมภายในองค์กร

สภาพแวดล้อมภายในองค์กร เป็นพื้นฐานขององค์ประกอบอื่นๆ ทั้งหมดของการบริหารความเสี่ยงขององค์กร และช่วยก่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติและโครงสร้างของการบริหารความเสี่ยงขององค์กร ปัจจัยของสภาพแวดล้อมภายในองค์กรประกอบด้วยปรัชญาในการบริหารความเสี่ยงขององค์กร ระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้ การกำกับดูแลของคณะกรรมการ ความซื่อสัตย์ คุณค่าแห่งจริยธรรม และความสามารถของบุคลากรตลอดจนวิธีการที่ผู้บริหารมอบหมายอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ และการจัดโครงสร้างองค์กรและการพัฒนาบุคลากรขององค์กร

สภาพแวดล้อมภายในองค์กรได้รับอิทธิพลมาจากประวัติความเป็นมาและวัฒนธรรมขององค์กร สภาพแวดล้อมภายในองค์กรมีส่วนประกอบหลายอย่างซึ่งรวมถึงคุณค่าทางจริยธรรมขององค์กร ความสามารถในการพัฒนาของบุคลากร ปรัชญาการบริหารความเสี่ยงของผู้บริหาร และวิธีการที่ผู้บริหารมอบหมายอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ คณะกรรมการขององค์กรถือเป็นส่วนสำคัญยิ่งของสภาพแวดล้อมภายในองค์กร และมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อส่วนประกอบอื่นๆ ของสภาพแวดล้อมภายในองค์กร

ปรัชญาการบริหารความเสี่ยง

ปรัชญาการบริหารความเสี่ยงขององค์กร เป็นความเชื่อและทัศนคติที่บุคลากรในองค์กรมีร่วมกัน ซึ่งแสดงถึงลักษณะและวิธีพิจารณาความเสี่ยงในทุกๆ กิจกรรมขององค์กร ตั้งแต่การกำหนดกลยุทธ์ และการนำไปปฏิบัติในกิจกรรมประจำวัน ปรัชญาการบริหารความ

เสี่ยงขององค์กรจะสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าขององค์กร ซึ่งมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมองค์กร และรูปแบบการดำเนินงาน จะส่งผลต่อการนำองค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยงขององค์กรมาประยุกต์ใช้ รวมถึงวิธีการระบุความเสี่ยง ประเภทของความเสี่ยงที่ได้ยอมรับ และวิธีที่องค์กรจัดการกับความเสี่ยงเหล่านั้นด้วย

เมื่อปรัชญาการบริหารความเสี่ยงได้รับการพัฒนา เป็นที่เข้าใจและยอมรับโดยบุคลากรเป็นอย่างดีแล้ว องค์กรก็อยู่ในสถานะที่จะสามารถรับรู้ถึงความเสี่ยงและจัดการกับความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ ประเด็นที่สำคัญยิ่งก็คือ ผู้บริหารจะทำให้ปรัชญาการบริหารความเสี่ยงแข็งแกร่งขึ้นได้ ไม่ใช่โดยการพูดเท่านั้น แต่ต้องอยู่ที่การปฏิบัติจริงในแต่ละวันด้วย

ทัศนคติและความใส่ใจของผู้บริหารระดับสูงเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงขององค์กรจะต้องมีการกำหนดไว้และต้องชัดเจน รวมทั้งแทรกซึมอยู่ในองค์กร

2. การกำหนดวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในระดับกลยุทธ์เป็นพื้นฐานของการกำหนดวัตถุประสงค์ด้านการปฏิบัติการ การรายงาน และการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ทุกองค์กรจะเผชิญกับความเสี่ยงที่หลากหลายทั้งจากแหล่งภายในและภายนอก การกำหนดวัตถุประสงค์เป็นเงื่อนไขเบื้องต้นที่จะทำให้สามารถระบุเหตุการณ์ ประเมินความเสี่ยงและตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์จะต้องสอดคล้องกับระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้ (risk appetite) ซึ่งเป็นตัวกำหนดระดับของช่วงความเบี่ยงเบนของความเสี่ยงที่ยอมรับได้ขององค์กร (risk tolerance levels) วัตถุประสงค์ในระดับองค์กรจะเชื่อมโยงและผสมผสานกับวัตถุประสงค์เฉพาะเรื่องที่ถ่ายทอดลงไปสู่วัตถุประสงค์ย่อยที่กำหนดขึ้นในหลายๆ กิจกรรมทั่วทั้งองค์กร

การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ระดับองค์กรและระดับกิจกรรม องค์กรจะสามารถระบุปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จ (critical success factors) ได้ สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องทำให้ถูกต้องและเหมาะสมจึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้

วัตถุประสงค์ที่กำหนดขึ้นจะต้องเข้าใจได้ง่ายและสามารถวัดได้ การบริหารความเสี่ยงขององค์กรกำหนดให้พนักงานทุกระดับต้องมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นอย่างดี เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละคน พนักงานทั้งหมดต้องมีความเข้าใจร่วมกันว่าองค์กรต้องการบรรลุผลสำเร็จในเรื่องใดบ้าง และจะใช้วิธีการใดเพื่อวัดผลความสำเร็จนั้น

ประเภทของวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกัน

- **วัตถุประสงค์ด้านการปฏิบัติการ** – เป็นวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานขององค์กร ซึ่งรวมถึงเป้าหมายด้านผลการปฏิบัติงานและด้านผลกำไร และการป้องกันการสูญเสียทรัพยากรขององค์กร

- **วัตถุประสงค์ด้านการรายงาน** – เป็นวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของรายงานที่องค์กรจัดทำขึ้น ซึ่งรวมถึงรายงานภายในและภายนอกองค์กร และอาจเป็นรายงานข้อมูลทางการเงินและที่ไม่ใช่ข้อมูลทางการเงิน

- **วัตถุประสงค์ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ** – เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์เหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก

วัตถุประสงค์ด้านการปฏิบัติการและวัตถุประสงค์ด้านการรายงานภายในเพื่อการบริหารขององค์กรจะขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ วิจารณ์และรูปแบบการบริหารงาน วัตถุประสงค์เหล่านี้แตกต่างกันได้อย่างมากในแต่ละองค์กร

วัตถุประสงค์ที่ได้รับการเลือก

ฝ่ายบริหารไม่เพียงแต่เลือกวัตถุประสงค์และพิจารณาว่าวัตถุประสงค์จะช่วยสนับสนุนพันธกิจขององค์กรได้อย่างไร แต่还必须แน่ใจว่าวัตถุประสงค์เหล่านั้นสอดคล้องกับระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้ มิฉะนั้น อาจมีผลให้องค์กรไม่ยอมรับความเสี่ยงอย่างเพียงพอที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรได้ หรือในทางตรงกันข้ามอาจยอมรับความเสี่ยงมากเกินไป

ระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้

ระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้จะสะท้อนอยู่ในกลยุทธ์ขององค์กร ซึ่งจะให้แนวทางในการจัดสรรทรัพยากร ฝ่ายบริหารจะจัดสรรทรัพยากรให้ทั่วทั้งหน่วยธุรกิจ โดยพิจารณาถึงระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้ ฝ่ายบริหารจะพิจารณาให้โครงสร้างองค์กร บุคลากร กระบวนการทำงานและโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ มีความสอดคล้องกันเพื่อช่วยให้การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติประสบความสำเร็จได้ และช่วยให้องค์กรอยู่ภายในระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้

3. การระบุเหตุการณ์

ฝ่ายบริหารจะระบุเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นว่า หากเหตุการณ์เหล่านั้นเกิดขึ้นแล้วจะมีผลกระทบที่เป็นโอกาส หรือเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการดำเนินกลยุทธ์ให้สำเร็จและการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรหรือไม่ เหตุการณ์ที่มีผลกระทบในเชิงลบหรือเป็นอุปสรรค

คือความเสี่ยง ซึ่งฝ่ายบริหารจะต้องประเมินและตอบสนอง เหตุการณ์ที่มีผลกระทบในเชิงบวก คือโอกาส ซึ่งฝ่ายบริหารจะนำโอกาสนั้นไปพิจารณาในกระบวนการกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์ในการระบุเหตุการณ์ ฝ่ายบริหารจะต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ ทั้งจากภายในและภายนอกองค์กรที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงและโอกาส โดยจะต้องพิจารณาให้ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร

เหตุการณ์

เหตุการณ์ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นหรือเรื่องที่เกิดขึ้นจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภายในหรือภายนอกองค์กร ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินการตามกลยุทธ์ หรือการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร เหตุการณ์อาจให้ผลกระทบในเชิงบวกหรือเชิงลบ หรือทั้งสองอย่างในคราวเดียวกันก็ได้

เหตุการณ์อาจมีตั้งแต่เหตุการณ์ที่มีความชัดเจนไปจนถึงเหตุการณ์ที่ยังคลุมเครือ และมีผลกระทบตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก วิธีระบุเหตุการณ์ที่ดีที่สุดเพื่อหลีกเลี่ยงการมองข้ามเหตุการณ์ที่มีสาระสำคัญ คือ มองแยกจากการประเมินโอกาส (likelihood) ที่เหตุการณ์จะเกิดขึ้น และผลกระทบ (impact) ของเหตุการณ์นั้นๆ

ปัจจัยที่มีอิทธิพล

การระบุปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อเหตุการณ์ จะช่วยให้สามารถระบุเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อฝ่ายบริหารสามารถระบุปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุได้ ก็จะสามารถพิจารณาความสำคัญของปัจจัยเหล่านั้นและมุ่งเน้นความสนใจไปยังเหตุการณ์ที่มีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ได้

การจำแนกระหว่างความเสี่ยงและโอกาส

เหตุการณ์ต่างๆ หากเกิดขึ้น จะมีผลกระทบในเชิงลบ เชิงบวก หรือทั้งสองอย่าง เหตุการณ์ที่มีผลกระทบในเชิงลบ คือ ความเสี่ยงนานาประการ (risks) ซึ่งฝ่ายบริหารจะต้องประเมินและตอบสนอง ดังนั้น ความเสี่ยงก็คือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นแล้วเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

เหตุการณ์ที่มีผลกระทบในเชิงบวกก็คือโอกาส หรือให้ผลตรงข้ามกับผลกระทบในเชิงลบของความเสี่ยง โอกาสคือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้น แล้วจะช่วยส่งเสริมให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์และสร้างมูลค่าแก่องค์กร ฝ่ายบริหารจะนำเหตุการณ์ซึ่งเป็นโอกาสกลับไปพิจารณากลยุทธ์ หรือกระบวนการกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อจะได้

กำหนดการดำเนินการที่จะฉวยโอกาส ดังกล่าว นอกจากนั้น ฝ่ายบริหารจะพิจารณาเหตุการณ์ที่เป็นโอกาสเพื่อการประเมินความเสี่ยง และการตอบสนองต่อความเสี่ยงด้วย

4. การประเมินความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงจะช่วยให้แต่ละองค์กรพิจารณาถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ฝ่ายบริหารจะประเมินเหตุการณ์จาก 2 มุมมอง ซึ่งได้แก่ โอกาสที่จะเกิดและผลกระทบ ซึ่งโดยปกติแล้วจะใช้ทั้งวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณร่วมกัน องค์กรควรพิจารณาผลกระทบทั้งในเชิงบวกและเชิงลบจากเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งในรายเหตุการณ์หรือตามประเภทของเหตุการณ์นั้น และตลอดทั่วทั้งองค์กร นอกจากนี้ จะต้องมีการประเมินความเสี่ยงบนพื้นฐานของความเสี่ยงที่มีอยู่ตามธรรมชาติ (inherent risk) และความเสี่ยงที่เหลืออยู่ (residual risk)

วิธีการประเมินความเสี่ยง

วิธีการประเมินความเสี่ยงขององค์กรประกอบด้วยการผสมผสานระหว่างวิธีการเชิงคุณภาพและวิธีการเชิงปริมาณ ฝ่ายบริหารมักจะใช้เทคนิคการประเมินเชิงคุณภาพเมื่อความเสี่ยงนั้นไม่สามารถวัดเป็นปริมาณได้ หรือไม่สามารถหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้เพียงพอสำหรับการประเมินความเสี่ยงเชิงปริมาณ หรือเมื่อต้นทุนในการวิเคราะห์ข้อมูลไม่คุ้มกับค่าใช้จ่าย วิธีการเชิงปริมาณโดยทั่วไปแล้วจะมีความแม่นยำกว่า และมักใช้ในการประเมินกิจกรรมที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนเพื่อใช้เสริมวิธีการประเมินเชิงคุณภาพ

วิธีการประเมินเชิงปริมาณมักต้องใช้ความพยายามและเคร่งครัดมากกว่า ซึ่งบางครั้งอาจต้องใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ด้วย วิธีการประเมินเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับคุณภาพของข้อมูลสนับสนุน และสมมติฐานเป็นอย่างมาก และวิธีการประเมินเชิงปริมาณจะเข้ามาเกี่ยวข้องมากที่สุดสำหรับความเสี่ยงที่มีประวัติและความถี่ของการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นที่รู้ๆ กัน อันจะก่อให้เกิดการประมาณการที่น่าเชื่อถือได้

ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์

ถ้าเมื่อเหตุการณ์ต่างๆ มีความสัมพันธ์กัน หรือเมื่อเหตุการณ์ต่างๆ เกิดมารวมตัวกัน และสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันทำให้ความน่าจะเป็นหรือผลกระทบแตกต่างออกไปอย่างมาก ฝ่ายบริหารจะประเมินความน่าจะเป็นหรือผลกระทบแตกต่างออกไปอย่างมาก ฝ่ายบริหารจะประเมินเหตุการณ์เหล่านั้นร่วมกัน ในขณะที่ผลกระทบของเหตุการณ์เพียงเหตุการณ์เดียวอาจจะมีน้อย แต่ผลกระทบของเหตุการณ์ที่ต่อเนื่องกันหรือเกิดขึ้นร่วมกัน อาจส่งผลกระทบต่องค์กรอย่างมีนัยสำคัญก็ได้

การพิจารณาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของโอกาสที่จะเกิด และผลกระทบของความเสียหาย เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญของฝ่ายบริหาร การบริหารความเสี่ยงขององค์กรอย่างได้ผลนั้น จำเป็นต้องมีการประเมินความเสี่ยงทั้งความเสี่ยงที่มีอยู่ตามธรรมชาติและการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่จะตามมา

5. การตอบสนองต่อความเสี่ยง

ประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องแล้ว ฝ่ายบริหารจะพิจารณาว่าจะตอบสนองต่อความเสี่ยงอย่างไร วิธีการตอบสนองต่อความเสี่ยง รวมถึงการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การลดความเสี่ยง การหาผู้ร่วมรับความเสี่ยง และการยอมรับความเสี่ยง ในการพิจารณาว่าจะตอบสนองต่อความเสี่ยงอย่างใดนั้น ฝ่ายบริหารจะประเมินผลกระทบที่มีต่อโอกาสที่จะเกิดผลกระทบของความเสียหาย รวมทั้งต้นทุนและประโยชน์ที่ได้รับ เพื่อเลือกวิธีการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่ทำให้ความเสี่ยงที่เหลืออยู่ภายในช่วงความเบี่ยงเบนของความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ฝ่ายบริหารจะระบุโอกาสที่อาจจะมียู และมองความเสี่ยงในระดับองค์กร หรือความเสี่ยงในภาพรวมแล้วจึงพิจารณาว่าความเสี่ยงที่เหลืออยู่โดยรวมนั้นอยู่ในระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้หรือไม่

การตอบสนองต่อความเสี่ยงสามารถจำแนกออกเป็นประเภทได้ ดังนี้

- การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Avoidance) คือ การเลิกกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง
- การลดความเสี่ยง (Reduction) คือ การกระทำใดๆ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง หรือผลกระทบของความเสียหาย หรือลดทั้งสองด้าน การตอบสนองต่อความเสี่ยงประเภทนี้ มักจะเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทางธุรกิจที่เกิดขึ้นมาทุกวันนี้
- การหาผู้ร่วมรับความเสี่ยง (Sharing) คือ การลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง หรือลดผลกระทบของความเสียหายโดยการโอนความเสี่ยง หรือมีจะนั้นก็โดยการหาผู้ร่วมรับความเสี่ยงไปบางส่วน
- การยอมรับความเสี่ยง (Acceptance) คือ ไม่กระทำการใดๆ ที่จะเปลี่ยนแปลงต่อโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง หรือผลกระทบของความเสียหาย

การประเมินต้นทุนเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ

องค์กรจึงจำเป็นต้องพิจารณาเปรียบเทียบต้นทุนและประโยชน์ที่ได้รับของวิธีตอบสนองต่อความเสี่ยงในแต่ละทางเลือก การวัดต้นทุนและประโยชน์ที่ได้รับเพื่อพิจารณานำวิธีตอบสนองต่อความเสี่ยงไปใช้

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนและประโยชน์ที่ได้รับ การมองความเสี่ยงต่างๆ ว่าเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ฝ่ายบริหารสามารถรวมเอาการตอบสนองต่อความเสี่ยงด้วยการลดความเสี่ยง และด้วยการหาผู้ร่วมรับความเสี่ยงขององค์กรเข้าไว้ด้วยกันได้

6. กิจกรรมการควบคุม

กิจกรรมการควบคุม คือ นโยบายและวิธีปฏิบัติที่จะช่วยให้มั่นใจว่า ได้มีการดำเนินการตามแนวทางการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่ได้วางไว้ กิจกรรมการควบคุมเกิดขึ้นในทุกระดับ ทุกหน้าที่งาน ทั้งทั้งองค์กร กิจกรรมการควบคุมประกอบไปด้วยกิจกรรมหลายๆ กิจกรรมที่แตกต่างกัน เช่น การอนุมัติ การมอบหมายอำนาจหน้าที่ การยืนยันความถูกต้อง การกระหายอด การสอบทานผลการปฏิบัติงาน การดูแลรักษาสินทรัพย์ และการแบ่งแยกหน้าที่งาน

กิจกรรมการควบคุม คือ นโยบายและวิธีปฏิบัติงานที่บุคลากรนำไปถือปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติโดยตรงหรือโดยการใช้เทคโนโลยีมาช่วย เพื่อให้แน่ใจว่าได้มีการดำเนินการตามแนวทางการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่ฝ่ายบริหารได้กำหนดไว้ กิจกรรมการควบคุมสามารถจัดประเภทได้ตามลักษณะของความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ขององค์กร ซึ่งได้แก่ กลยุทธ์ การปฏิบัติการ การรายงาน การปฏิบัติตามกฎระเบียบ

ลักษณะเฉพาะขององค์กร

แต่ละองค์กรมีวิธีการตอบสนองต่อความเสี่ยงและกิจกรรมควบคุมที่เกี่ยวข้องที่แตกต่างกัน แต่ละองค์กรจะบริหารโดยบุคลากรที่ต่างกันซึ่งแต่ละคนก็ใช้ดุลยพินิจของตัวเองในการที่จะทำให้การควบคุมบังเกิดผล นอกจากนี้ วิธีการควบคุมต่างๆ ยังสะท้อนให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมและอุตสาหกรรมที่องค์กรกำลังดำเนินงานอยู่ เช่นเดียวกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร รวมทั้งลักษณะและขอบเขตของกิจกรรม ประวัติความเป็นมาและวัฒนธรรมขององค์กรด้วย

7. สารสนเทศและการสื่อสาร

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงจะต้องถูกระบุ บันทึกและจัดเก็บไว้ (captured) และสื่อสารในรูปแบบและกรอบเวลาที่ช่วยทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินงานตามความรับผิดชอบของตนได้ ระบบสารสนเทศใช้ข้อมูลทั้งที่ผลิตภายในองค์กรและข้อมูลจากแหล่งภายนอกซึ่งช่วยสนับสนุนสารสนเทศสำหรับการบริหารความเสี่ยงและการตัดสินใจที่อยู่บนพื้นฐานของสารสนเทศซึ่งสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ขององค์กรการสื่อสารที่มีประสิทธิผลจะเกิดขึ้นจากผู้บริหารไปสู่พนักงานในระดับล่าง ข้ามหน่วยงาน และขึ้นสู่ระดับบน

ขององค์กร บุคลากรทุกคนต้องได้รับข่าวสารที่ชัดเจนจากผู้บริหารระดับสูงว่าความรับผิดชอบในเรื่องการบริหารความเสี่ยงขององค์กรถือเป็นเรื่องสำคัญและต้องดำเนินการอย่างจริงจัง ทุกคนต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนในการบริหารความเสี่ยงขององค์กร รวมทั้งต้องเข้าใจว่ากิจกรรมของแต่ละบุคคลเกี่ยวพันถึงงานของบุคคลอื่นๆ อย่างไร ทุกคนต้องมีช่องทางและวิธีการสื่อสารข้อมูลที่สำคัญย้อนกลับไปสู่ระดับบน (upstream) นอกจากนี้ยังต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิผลกับกลุ่มบุคคลภายนอก

ทุกองค์กรจะระบุและจัดเก็บสารสนเทศที่หลากหลายและสัมพันธ์กับเหตุการณ์ทั้งจากภายนอกและภายใน รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นต่อการบริหารองค์กรสารสนเทศดังกล่าวจะถูกส่งให้บุคลากรอย่างเป็นรูปแบบและภายในช่วงเวลาที่จะช่วยให้บุคลากรในองค์กรสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงและหน้าที่ความรับผิดชอบอื่นๆ ได้

วิธีการสื่อสาร

วิธีที่ผู้บริหารปฏิบัติต่อพนักงานสามารถเป็นการสื่อสารที่ทรงอิทธิพลยิ่งผู้บริหารควรระลึกไว้ว่าการกระทำนั้นดังกล่าวคำพูด การกระทำของผู้บริหารนั้นจะได้รับอิทธิพลมาจากประวัติความเป็นมาหรือวัฒนธรรมขององค์กรที่ผู้บริหารผู้นั้นได้รับมา ซึ่งรวบรวมจากการสังเกตวิธีการที่ผู้ที่สอนงานให้ (mentors) ปฏิบัติในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันในอดีต

8. การติดตามประเมินผล

การบริหารความเสี่ยงขององค์กร จะต้องมีการติดตามประเมินผล และประเมินแต่ละองค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยงขององค์กรที่มีอยู่จริง การติดตามประเมินผลสามารถทำได้โดยใช้วิธีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในแต่ละกิจกรรม หรือการประเมินแยกต่างหาก (Separate Evaluations) หรือใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องจะเกิดขึ้นในการดำเนินกิจกรรมทางการบริหารตามปกติ ส่วนการประเมินแยกต่างหากนั้นการกำหนดขอบเขตและความถี่จะขึ้นอยู่กับประเมินความเสี่ยงและประสิทธิผลของวิธีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ข้อบกพร่องที่พบจากการติดตามประเมินผลการบริหารความเสี่ยงขององค์กรจะรายงานต่อผู้บังคับบัญชา โดยข้อบกพร่องที่มีสาระสำคัญจะรายงานต่อผู้บริหารระดับสูงและคณะกรรมการ

กิจกรรมการติดตามประเมินผลแบบต่อเนื่อง

การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะพิจารณาความหมายต่างๆ ของข้อมูลที่พวกเขาได้รับอย่างรอบคอบ จากการให้ความสนใจในเรื่องความสัมพันธ์ ความไม่สม่ำเสมอ หรือผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เพื่อที่จะตัดสินใจได้ว่าได้มีการปรับปรุงแก้ไขปัญหาดังกล่าว หรือ

ได้มีการดำเนินการอื่นใดที่จำเป็นแล้วหรือยัง กิจกรรมการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องแตกต่างจากกิจกรรมที่ปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดไว้ในกระบวนการทางธุรกิจ

การประเมินแยกต่างหาก

ในขณะที่วิธีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องปกติจะให้ข้อมูลตอบกลับที่สำคัญว่า องค์ประกอบอื่นๆ ของการบริหารความเสี่ยงขององค์กรแต่ละองค์ประกอบมีประสิทธิผลเพียงใด แต่ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินแยกต่างหากเป็นครั้งคราว โดยมุ่งเน้นไปที่ประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยงขององค์กร นอกจากนี้การประเมินแยกต่างหากจะช่วยให้เกิดโอกาสในการพิจารณาถึงความมีประสิทธิผลของวิธีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องด้วย **บทบาทและความรับผิดชอบ**

การบริหารความเสี่ยงขององค์กรจะนำไปใช้โดยผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย แต่ละฝ่ายมีความรับผิดชอบที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการ ฝ่ายบริหาร ผู้ตรวจสอบภายในและบุคลากรอื่นๆ ล้วนมีส่วนสำคัญในการบริหารความเสี่ยง สำหรับหน่วยงานภายนอกอื่นๆ เช่น ผู้สอบบัญชีและหน่วยงานกำกับดูแลจะเกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงและการควบคุมภายในในบางครั้งถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างระหว่างผู้ที่เป็นส่วนหนึ่งและผู้ที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารความเสี่ยงขององค์กร แต่การกระทำของบุคคลเหล่านี้อาจมีผลต่อกระบวนการหรืออาจช่วยให้องค์กรสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ อย่างไรก็ตามไม่ว่าบุคคลภายนอกเหล่านี้จะช่วยให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์โดยตรงหรือทางอ้อม ก็ไม่ได้ทำให้พวกเขาเป็นส่วนหนึ่งหรือมีความรับผิดชอบต่อการบริหารความเสี่ยงขององค์กรแต่อย่างใด

ข้อจำกัดของการบริหารความเสี่ยงขององค์กร

การบริหารความเสี่ยงจะให้ความเชื่อมั่นกับฝ่ายบริหารและคณะกรรมการที่จะช่วยให้้องค์กรสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างสมเหตุสมผลเท่านั้น การบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรจะได้รับผลกระทบจากข้อจำกัดในกระบวนการบริหารทั้งหมดที่มีอยู่ ซึ่งรวมถึงข้อเท็จจริงที่ว่า การตัดสินใจของ แต่ละบุคคลอาจผิดพลาดได้ และความล้มเหลวของการบริหารความเสี่ยงก็อาจเกิดขึ้นได้เสมออันเนื่องจากข้อบกพร่องหรือการดำเนินการผิดพลาดของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นอยู่เป็นปกติวิสัย การควบคุมอาจถูกหลบหลีกได้โดยการสมรู้ร่วมคิดของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ฝ่ายบริหารก็มีอำนาจที่จะฝ่าฝืนกฎเกณฑ์การบริหารความเสี่ยงขององค์กรรวมทั้งฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ที่ดีในการตอบสนองต่อความเสี่ยงหรือการกำหนดกิจกรรมการควบคุม

ต่างๆ ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดอีกประการหนึ่งของการบริหารความเสี่ยงขององค์กร ก็คือ ต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับจากมาตรการตอบสนองต่อความเสี่ยงแล้วคุ้มหรือไม่

เป็นที่ยอมรับกันว่า ข้อจำกัดประการแรก คือ ไม่มีผู้ใดสามารถทำนายอนาคตได้แน่ชัด ประการที่สอง คือ เหตุการณ์บางอย่างอยู่นอกเหนือการควบคุมของฝ่ายบริหาร ประการที่สาม คือ สัจธรรมที่ว่าไม่มีกระบวนการใดที่จัดตั้งขึ้นมาแล้วจะประสบผลสำเร็จได้ตามที่ตั้งใจไว้ทุกกรณี

อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ข้อผิดพลาดหรือการรายงานที่ไม่ถูกต้องก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจจะพูดได้อีกอย่างหนึ่งว่า แม้จะมีการบริหารความเสี่ยงขององค์กรที่มีประสิทธิผลแล้ว องค์กรก็อาจจะประสบความล้มเหลวได้ และความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลก็มีใช้ความเชื่อมั่นได้อย่างสมบูรณ์ที่รับประกันได้

รายการอ้างอิง

กรอบโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงขององค์กรเชิงบูรณาการ : บทสรุปสำหรับผู้บริหารและกรอบโครงสร้าง.—กรุงเทพฯ: ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย, 2551.

การปฏิรูประบบสุขภาพโดยมุ่งเน้นที่ระบบสาธารณสุข (Health reform)

นพ สุทัศน์ โชตนะพันธ์

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

1. ความหมายและนิยามศัพท์

สุขภาพ คือ ภาวะที่มนุษย์เป็นสุขทั้งกาย ทางจิต ทางสังคม และ จิตวิญญาณ คือความสุขและคุณค่าชีวิต สุขภาพมิใช่เรื่องที่ผูกขาดอยู่กับโรงพยาบาล ยา เครื่องมือแพทย์ การผ่าตัด หมอและพยาบาล หรือกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งมีความหมายใหญ่และครอบคลุมมากกว่าคำว่าสาธารณสุข

ระบบสุขภาพ หมายถึงระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพด้วย

การปฏิรูประบบสุขภาพ หมายถึง กระบวนการใด ๆ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการจัดระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นระบบที่มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

การปฏิรูประบบสาธารณสุข หมายถึง กระบวนการใด ๆ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการจัดระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นระบบที่มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยระบบกลไกและหน่วยงานทางสาธารณสุข

2. ความเป็นมาและความจำเป็นในการการปฏิรูประบบสาธารณสุข

ระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบันไม่สามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้าได้ คนไทยต้องเจ็บป่วยล้มตาย เป็นจำนวนมากด้วย โรคเครียด โรคหัวใจ อุบัติเหตุ โรคเอดส์ โรคติดสารเสพติด โรคมะเร็ง โรคจากการประกอบอาชีพ โรคแห่งความรุนแรง โรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งโรคและปัญหาเหล่านั้น ส่วนใหญ่ล้วนป้องกันได้ แต่แก้ไม่ได้หรือได้ผลน้อยถ้ารอให้เจ็บป่วยแล้ว ในปีพ.ศ. 2543 ประเทศไทยใช้จ่ายเรื่องสุขภาพประมาณ 150,000 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 250,000 ล้านบาท ในปีพ.ศ. 2550 การใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสูงมาก แต่ได้ผลตอบแทนน้อย ผลลัพธ์คือคนไทยยังเจ็บป่วยล้มตายโดยไม่จำเป็นจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายนี้เพิ่มขึ้นด้วยอัตรากว่าร้อยละ 10 มาหลายปีติดต่อกัน นั่นหมายความว่า ระบบสาธารณสุขกำลังวิ่งเข้าไปสู่สภาวะวิกฤต

คืองบประมาณจะไม่เพียงพอถ้าไม่มีปฏิรูปหรือปรับปรุงพัฒนา และประชาชนก็ยังเจ็บป่วยล้มตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ต่อไป

ความเป็นจริงในปัจจุบันก็ยังพบว่าระบบบริการด้านสุขภาพยังมีปัญหาทั้งด้านคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม คนไทยส่วนหนึ่งยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ หรือมีหลักประกันสุขภาพก็ ยังมีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันอยู่มาก ปัญหาดังกล่าวหลายครั้งนำมาสู่ความขัดแย้งระหว่างฝ่ายผู้ให้และ ผู้รับบริการ ฉะนั้น จึงจำเป็นต้องปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อป้องกันการเข้าสู่สภาวะวิกฤตที่นับวันแต่จะหนักยิ่งขึ้น

การปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการปรับนโยบายและแผนทางด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนที่หลายประเทศทั่วโลกได้หันกลับมาใช้เป็นแนวทางจัดการด้านสุขภาพ ซึ่งเป้าหมายการดูแลได้ เปลี่ยนแปลงไปจากการรักษาเยียวยาเป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน โรคและการบาดเจ็บ ในขณะเดียวกันได้มุ่งเน้นการลดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ และการพัฒนาศักยภาพในการดูแล ตนเองของบุคคล เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่ม และชุมชนให้หันมาเอาใจใส่เรื่องสุขภาพร่วมกัน สำหรับ แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยนั้น เน้น ให้คนสามารถดูแลตนเอง ปฏิรูปจากระบบตั้งรับเป็นระบบ เชิงรุก ปฏิรูประบบบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ จาก ผลการกระจายอำนาจในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดว่าบริการสาธารณสุขของรัฐ จะต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพภายใต้กลวิธีการดำเนินการโดยส่งเสริมให้องค์กรปกครอง ส่วน ท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วย ในส่วนราชการจึงนำมาสู่กระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุขสู่ระบบเขต บริการ

3. กรอบแนวคิดการปฏิรูประบบสาธารณสุข

ก่อนการเริ่มกระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข มีความจำเป็นอย่างยิ่งว่าเราต้องทราบ สถานการณ์ หรือสภาวะการณ์ของระบบ ณ ปัจจุบัน และความดำเนินการโดยการประเมินภาพ หรือ ผลที่ต้องการจะดำเนินการไป โดยภาพหรือความคาดหวังดังกล่าวควรมาจากความต้องการ หรือ ความคาดหวังของประชาชน หรือผู้รับบริการเป็นหลัก มิใช่เกิดจากการที่ผู้บริหารดำเนินการจัดการ เองซึ่งจะทำให้กระบวนการดังกล่าวมิได้ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง เมื่อทราบถึงความ ต้องการที่แท้จริงแล้ว เราจะสามารถระบุสิ่งที่ขาดหรือสิ่งที่ต้องเสริม (Gaps) เพื่อดำเนินการพัฒนา ต่อไป และเครื่องมือของรัฐหรือผู้บริหารใช้ในการดำเนินการดังกล่าวคือ นโยบาย ดังแสดงในรูปที่



1. งบประมาณ
2. การกระจายของบริการ
3. โครงสร้างประชากร
4. ปัจจัยอื่นๆ

รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการปฏิรูประบบสาธารณสุข

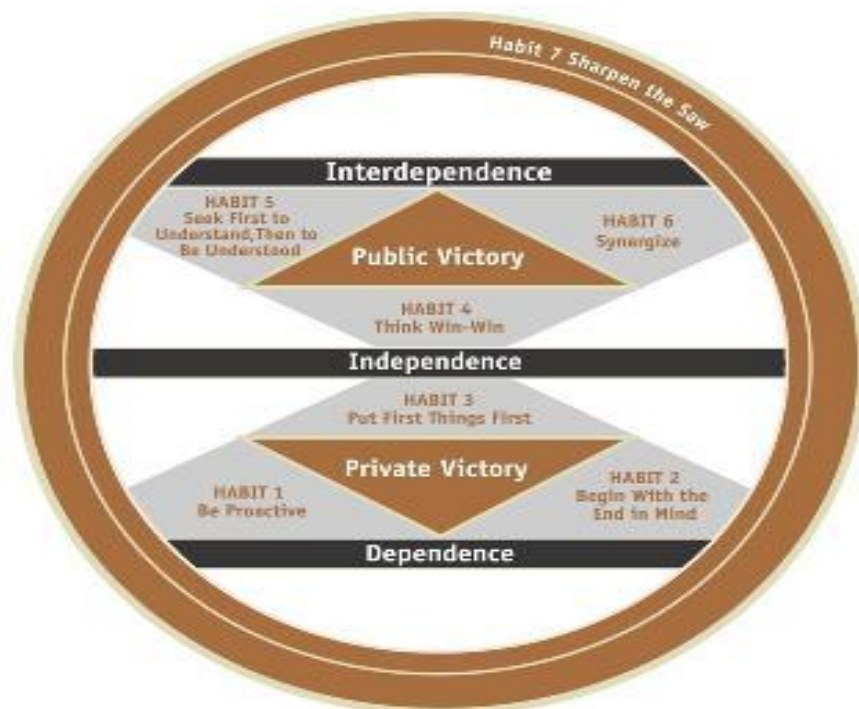
4. วัตถุประสงค์ในการปฏิรูประบบสาธารณสุข

1. ครอบคลุมของระบบ [Coverage]
2. การขยายสาขา หรือระบบบริการ [Array expansion]
3. การสร้างความเข้าถึงระบบบริการ [Improve access]
4. การปรับปรุงคุณภาพ [Improve Quality]
5. ความเสมอภาคของการได้รับบริการ [Care for citizen (Equity)]
6. การเพิ่มประสิทธิภาพ และลดค่าใช้จ่าย [Reduce cost]

5. แนวทางในการนำการปฏิรูประบบสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ

1. Be proactive (Habit 1) การคิดบวก และการปรับทัศนคติว่างานหรือกิจกรรมต่างๆ สามารถทำได้

2. Create a picture (Habit 2) ควรมีการสร้างแนวคิด ผลที่คาดหวังในใจก่อนการเริ่มดำเนินการ
3. Prioritized plan (Habit 3) ควรมีการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของการดำเนินการตามแผน
4. Win-Win model (All partners – health staffs) (Habit 4) การคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นและผลประโยชน์ร่วมของทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องรวมถึงกลุ่มผู้ให้บริการเอง
5. Hearing(Evaluation) (Habit5) การติดตามการประเมินผล การดำเนินการต่างๆดังกล่าวควรมีการรับฟังความเห็นตลอดการดำเนินการ
6. Synergy (Habit 6) การนำเสนองานดังกล่าวจะก่อให้เกิดทีมที่มีประสิทธิภาพ และการได้รับความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมในทุกภาคส่วน
7. Sharpen the saw (Habit 7) การดำเนินการต่างๆต้องดำเนินการแบบต่อเนื่อง และมีการปรับปรุงตลอดเวลา



รูปที่ 2 แผนภาพแสดงแนวคิดการดำเนินการเพื่อองค์กรที่มีประสิทธิภาพโดย 7 Habits

6. แนวทางการปฏิรูประบบสาธารณสุขความเหมือน และความแตกต่าง

การบริการด้านการแพทย์ในปัจจุบันของประเทศไทยมีปัญหาอย่างมากในแง่ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย และแพทย์ทำให้มีการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น ปริมาณค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสาธารณสุขที่สูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาการกระจายตัวของแพทย์และปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล การขาดแคลนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในต่างจังหวัด ซึ่งพบว่าปัญหาต่างๆ เหล่านี้พบน้อยมากในประเทศทางฝั่งยุโรปโดยเฉพาะประเทศอังกฤษ สาเหตุหนึ่งอาจเกิดขึ้นเนื่องจากระบบการแพทย์ของไทยมีการพัฒนาล้าคลึงกับของสหรัฐอเมริกาคือการมุ่งเน้นการพัฒนาแพทย์เฉพาะทาง และขาดระบบการบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการดูแลในระดับตติยภูมิทำให้เกิดปัญหาที่คล้ายคลึงกันเหล่านี้ ซึ่งในทางตรงกันข้ามประเทศทางยุโรป โดยเฉพาะประเทศอังกฤษมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นหลัก การเปรียบเทียบการมุ่งเน้น หรือวิสัยทัศน์ในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย และอังกฤษมีความแตกต่างกันอย่างมาก ซึ่งหากมีการทบทวนนำข้อดีข้อเสียมาพิจารณาปรับใช้น่าจะช่วยให้สามารถลดปัญหาทางการบริการด้านการแพทย์ที่ประเทศไทยกำลังประสบอยู่ได้

ระบบบริการด้านการแพทย์ของอังกฤษ

ระบบการแพทย์ของสหราชอาณาจักรเป็นลักษณะของรัฐสวัสดิการประชากรสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมด ยกเว้นบางกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการบริการพิเศษ ยามบางชนิดที่มีราคาสูง หักลดการการผ่าตัดบางอย่างเช่นการเสริมสวย ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องจ่ายค่าใช้จ่ายบางส่วน หรือทั้งหมดเอง สหราชอาณาจักรมีการแบ่งการบริการสาธารณสุขออกตามเขตการปกครองสี่เขตคือ อังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์ แต่ละเขตจะมีการแบ่งการดูแลประชากรตามเขตปกครองย่อยๆ โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ดูแลความเจ็บป่วยเบื้องต้นก่อนการส่งต่อไปกับแพทย์เฉพาะทาง ยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้เลย ซึ่งหน่วยบริการดังกล่าวเรียกว่าศูนย์การรักษาระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และให้การรักษาในระดับต้น แต่หากมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางจึงจะทำการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจกับแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล ซึ่งการบริหารจัดการดังกล่าวทำให้สามารถลดปริมาณผู้ป่วยที่ต้อง

ไปโรงพยาบาลได้อย่างมาก จากเหตุผลดังกล่าวก่อให้เกิดผลหลายอย่างซึ่งต่างจากประเทศไทยเช่น ลดความผิดพลาดในการทำงานของแพทย์เนื่องจากแพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อรายนานขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่ายซ้ำซ้อนในการซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์และลดปัญหาการส่งต่อในการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีสภาวะหรือปัญหาซับซ้อนที่ต้องการแพทย์เฉพาะทางเนื่องจากจะมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ลดปัญหาความขัดแย้งและการฟ้องร้อง แต่ในการจัดการดังที่กล่าวมาแล้วจำเป็นต้องมีการจัดการที่ดีเนื่องจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอาจขาดประสบการณ์ และความชำนาญในการตรวจโรคที่มีความซับซ้อน ระบบจึงต้องเน้นการตรวจสอบและการพัฒนาศักยภาพของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ในประเทศอังกฤษการแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต้องใช้การฝึกฝนนาน เทียบเท่ากับแพทย์เฉพาะทางกล่าวคือภายหลังการจบปริญญาตรีทางการแพทย์ จะยังไม่สามารถเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้ ต้องทำงานภายใต้การดูแลของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอาวุโสอีกสองปี ก่อนจะเข้ารับการฝึกฝนเพื่อเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอีกสามปี จากนั้นจึงนับว่าเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ภายหลังได้รับอนุญาตในทำเวชปฏิบัติแล้วจะมีการประเมินความรู้ความสามารถใหม่ทุกๆห้าปี โดยมีการจัดสอบทดสอบความรู้ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีมาตรฐานที่สูง และมีความผิดพลาดในการทำงานต่ำ ในการดึงดูดให้แพทย์ฝึกฝนเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทางอังกฤษให้เกียรติ ให้ความสำคัญ และค่าตอบแทนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเทียบเท่ากับแพทย์เฉพาะทางทุกๆสาขา การปราศจากการเหลื่อมล้ำดังกล่าวทำให้การพัฒนากระบวนการบริการทางการแพทย์ของอังกฤษมีประสิทธิภาพ ประหยัด และมีการฟ้องร้องต่ำ นอกจากนี้ประเทศอังกฤษยังมีการควบคุมการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นการใช้ยาที่มีคุณภาพแต่ราคาไม่สูง ไม่มุ่งเน้นการใช้ยาที่มีราคาแพง ซึ่งรัฐบาลอังกฤษมีการจัดหน่วยงานสำหรับการขึ้นทะเบียนยาและควบคุมต่อรองราคาในการจัดซื้อยาโดยตรงทำให้ได้ยาที่มีราคาต่ำ แม้กระนั้นก็ตามจากการปฏิบัติดังกล่าวมีส่วนทำให้การพัฒนาทางการแพทย์ของอังกฤษมีความล่าช้ากว่าประเทศยุโรปข้างเคียง และอเมริกา โดยยาและเทคโนโลยีใหม่ๆต้องได้รับการพิสูจน์มาแล้วในประเทศอื่นๆจึงจะมีการอนุญาตให้ใช้ในประเทศอังกฤษ

ระบบบริการด้านการแพทย์ของไทย

ระบบการแพทย์ของไทยดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่ามีการจัดระบบคล้ายคลึงกับประเทศสหรัฐอเมริกาคือการมุ่งเน้นการผลิตแพทย์เฉพาะทางที่มีความสามารถในทางการแพทย์สาขาที่ตน

ชำนาญอย่างลึกซึ้ง และไม่มุ่งเน้นการมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รวมถึงรายได้และค่าตอบแทนแพทย์ก็มีความแตกต่างกันอย่างมากตามสาขาเฉพาะทาง มุ่งเน้นการพัฒนาใช้เทคโนโลยีใหม่ๆทาง การแพทย์และการตรวจวินิจฉัยแบบครอบคลุมเพื่อป้องกันปัญหาความผิดพลาด และปัญหาการ ฟ้องร้องแพทย์ ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้แตกต่างโดยสิ้นเชิงกับประเทศอังกฤษ ซึ่งการจัดการดังกล่าวทำให้ระบบการแพทย์ไทยเกิดปัญหาล้ายกันกับที่เกิดในสหรัฐอเมริกา กล่าวคือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์มีราคาสูง มีการส่งตรวจมากเกินไป มีความจำเป็น มีการใช้เทคโนโลยีและยาใหม่ต่างๆที่มีราคา แพง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปน้อย มีแพทย์เฉพาะทางมากทำให้ต้นทุนด้านแรงงานแพทย์สูงขึ้น เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางมีแนวโน้มที่จะได้รับค่าตอบแทนที่สูงกว่า เกิดปัญหาการฟ้องร้องมาก เนื่องจากความคาดหวังของประชาชนต่อบริการทางการแพทย์สูงตามค่าใช้จ่ายที่สูง การเกิดปัญหา เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยเนื่องจากระบบการกระจายงานที่ไม่ดี การกระจายตัวของการเข้ารับบริการของ ผู้ป่วยไม่เป็นระบบทำให้ภาระงานเพิ่มอยู่ในโรงพยาบาลทุกแห่ง โรงพยาบาลตติยภูมิไม่สามารถ กรองผู้ป่วยหนัก หรือมีปัญหาแทรกซ้อนที่ต้องรับการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางออกจากกลุ่มผู้ป่วย ทั่วไป การใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่าเช่น การที่ทุกโรงพยาบาลมีการใช้แพทย์เฉพาะทางในการทำการ แบบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อย่างไรก็ตามดังที่ได้กล่าวมาแล้วการแพทย์ในระบบที่ประเทศไทย และสหรัฐอเมริกาใช้ทำให้มีการพัฒนามาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ได้เร็วและทันสมัย ผู้ป่วย จะได้รับการดูแลที่รวดเร็วมากกว่าการแพทย์ที่เน้นระบบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

แนวทางการปฏิรูปของประเทศไทย

ระบบสุขภาพของเราในปัจจุบันเป็นระบบตั้งรับ คือ รอให้เจ็บป่วยแล้วค่อยมารักษา ซึ่ง สิ้นเปลือง ลำบากลำอน ช่วยไม่ทัน ได้ไม่คุ้มเสีย และสูญเสียเหลือคณา สูญเสียคุณค่าชีวิต สูญเสีย ชีวิต สูญเสียเศรษฐกิจ และสูญเสียจิตใจ จึงควรปฏิรูประบบ จากระบบตั้งรับเป็นระบบรุก รุก ออกไปสร้างสุขภาพดี โดยมีระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดีที่สุด โดยคนทั้งมวลมีสุขภาพ ดี ไม่ให้เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น การทำให้สุขภาพดี เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาเมื่อสุขภาพเสีย แล้ว เมื่อมีผู้สุขภาพเสียไม่มาก เราก็จะมีทรัพยากรเพียงพอที่จะสร้างระบบบริการที่มีคุณภาพดี ที่คน ไทยเข้าถึงได้ทุกคน โดยไม่ต้องคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ จะปฏิรูปกันอย่างไร การปฏิรูประบบ สุขภาพของชาติเป็นเรื่องใหญ่และยากเพราะต้องการการปฏิรูปวิธีคิดของคนไทยทั้งสังคมเกี่ยวกับ เรื่องสุขภาพ และต้องการการปฏิรูประบบทั้งปวงที่ดำรงอยู่ก่อนแล้ว ให้เป็นระบบสุขภาพที่พึง

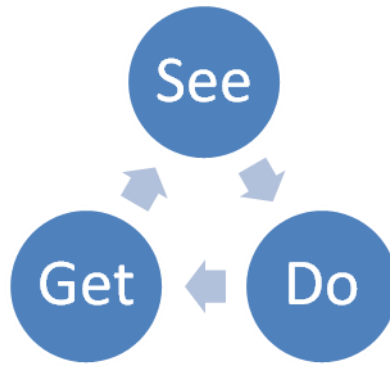
ประสงค์ที่จะสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้าได้จริง การจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของชาติ เป็นการประกาศเจตนารมณ์ด้านสุขภาพของสังคมไทย กำหนดเงื่อนไข ระบบ และโครงสร้างหลักเพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม คือ หนทางสำคัญของการปฏิรูป การจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งไม่ใช่เป้าหมายสุดท้าย แต่เป็นเครื่องมือสำหรับการสร้างกระแส ปรับเปลี่ยนวิธีคิด และเริ่มต้นการระดมความร่วมมือจากทุกภาคของสังคม

แนวทางของการสร้างกระแสการปรับเปลี่ยนวิธีคิดด้านสุขภาพของคนไทย จากการซ่อมสุขภาพมาสู่การสร้างสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

- สนับสนุนการเคลื่อนไหวของสังคม โดยการเข้าร่วมและสนับสนุนกิจกรรมที่จะสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน สังคม และองค์กรทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ
- สนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ สำหรับบรรจุเป็นสาระบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ในระยะถัดไป
- ประสานงานกับภาคการเมือง ภาคราชการ หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความร่วมมือผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างกว้างขวาง

7. ความต่อเนื่องของการปฏิรูประบบสาธารณสุข

การดำเนินการต่างๆดังกล่าวมาแล้วควรมีการติดตามประเมินผล และควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ดังแผนภูมิในรูปที่ 3 ต้องมีการดำเนินการเป็นวงวัฏจักรมีการวางแผน การลงมือดำเนินการ การประเมินผลการดำเนินงาน ประเมินผลการดำเนินการ และนำกลับสู่การวางแผนใหม่ต่อไป



รูปที่ 3 แสดงผังของความต่อเนื่อง

8. บทสรุป และข้อเสนอแนะ

การดำเนินการปฏิรูประบบสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน การปฏิรูปควรมีการวางแผน เรียงลำดับจัดความสำคัญ การคำนึงถึงประโยชน์ของทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลกระทบต่างๆที่จะตามมา ควรมีการติดตามประเมินผล การดำเนินการที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และในการดำเนินการดังกล่าวควรคำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการ หรือประชาชนเป็นหลัก การปฏิรูประบบสาธารณสุขดังกล่าวจะสามารถช่วยในการปรับปรุง และวางรากฐานของระบบสาธารณสุขดังต้นไม้ใหญ่ที่จะมีรากที่แข็งแรง รูปที่ 4



รูปที่ 4 การวางรากฐานของระบบสาธารณสุขดังต้นไม้ใหญ่ที่จะมีรากที่แข็งแรง

รายการอ้างอิง

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544. ร่างแผนพัฒนาสุขภาพ

ภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และสุภาภรณ์ แซ่ลี้ม. 2545. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9

จากนโยบายสู่การปฏิบัติ. ใน 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. โกมาตร จึงเสถียร
ทรัพย์ และสุภาภรณ์ แซ่ลี้ม บรรณาธิการ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และสุภาภรณ์ แซ่ลี้ม บรรณาธิการ.
กรุงเทพ : โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. 2543. สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพ : อุษาการพิมพ์.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. 2545. การกระจายอำนาจ การปรับตัวของระบบสุขภาพ ใน 30

ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และสุภาภรณ์ แซ่ลี้ม
บรรณาธิการ. กรุงเทพ : โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และ สุชาดา ตั้งทางธรรม. 2541. สุขภาพของโลก ค.ศ.2020: ภาพ

อนาคตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2541. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: สำนัก
พิมพ์หมอชาวบ้าน.

เสนีย์ สุขสว่าง. 2543. ปฏิรูประบบสุขภาพไทย: กระแสที่ต้องจับตามอง. วารสารหมออนามัย.

4(4): 46 – 50.

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. 2543. รายงานการจัดทำตารางชีพ ปี พ.ศ.2539

และ 2540. (เอกสารอัดสำเนา)

อำพล จินดาวัฒนะ. 2545. การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ: การปฏิรูปสังคมและชีวิต ใน

30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และสุภาภรณ์ แซ่ลี้ม
บรรณาธิการ. กรุงเทพ : โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.

การประชาสัมพันธ์และการสร้างภาพลักษณ์องค์กร

ศิริวิทย์ มณีศรีเดช

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การประชาสัมพันธ์ คือกระบวนการที่จะทำความเข้าใจระหว่างบุคคล องค์กร หรือหน่วยงานกับประชาชนอย่างถ่องแท้เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การประกาศข่าวสาร กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ วัฏปฏิบัติของบุคคลหรือประชาชนในการติดต่อ การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น การจูงใจให้เกิดการยอมรับ การสร้างความเข้าใจความ พอใจที่มีให้กับหน่วยงาน การชี้แจง อธิบาย ถึงวิธี กระบวนการทำงาน รายงานผลงาน ให้ประชาชนได้รู้การประชาสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เป็นการให้ความรู้ (Knowledge) เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจ และความตระหนักอันจะนำไปสู่การสร้างทัศนคติ (Attitude) ที่ถูกต้อง เพราะทัศนคติเป็นการพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ (practice) ให้กับประชาชนอย่างครบถ้วน

บทบาทของการประชาสัมพันธ์

1.การเข้าไปเกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ และการตีความ ความคิดเห็น ทัศนคติ และประเด็น

ปัญหา ซึ่งมีผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการดำเนินงานและแผนงานขององค์กร ซึ่งส่งผลให้เกิดภาพลักษณ์ของ บุคคล หน่วยงานและองค์กร

2.การให้คำแนะนำต่อการจัดการในทุกระดับ ซึ่งต้องคำนึงถึงการตัดสินใจนโยบาย ทางเลือกในการปฏิบัติ และการสื่อสาร การเกี่ยวข้องกับประชาชน ชุมชน ตลอดจนความรับผิดชอบด้านสังคมหรือประชาชน

3.การแจ้งข่าวสารให้เกิดความเข้าใจและ ความสำเร็จของเป้าหมายองค์กร

4.การวางแผน และการปฏิบัติตามแผนซึ่งจะมีอิทธิพลต่อนโยบาย

5.การกำหนดวัตถุประสงค์ การวางแผน การกำหนดงบประมาณ การสรรหา การฝึกอบรม การพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ รวมทั้งการจัดการทรัพยากรขององค์กร

6.ความรู้และทักษะ การปฏิบัติงานแบบมืออาชีพ ได้แก่ ศิลปะการสื่อสาร จิตวิทยา จิตวิทยาสังคม สังคมวิทยา การเมือง เศรษฐกิจ หลักการจัดการ จริยธรรม เทคนิค IT การวิเคราะห์ วิจัย การสร้างความสัมพันธ์กับสื่อ ธุรการเอกสาร การโฆษณา สื่อสิ่งพิมพ์ การผลิตสื่อ สุนทรพจน์ เทคนิคการนำเสนอ การจัดกิจกรรมพิเศษ

วิธีการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานของรัฐ ส่วนใหญ่มี 2 วิธี คือ

- 1.การประชาสัมพันธ์เชิงรุก(Proactive PR) เช่นการชี้แจงทำความเข้าใจล่วงหน้า เพื่อให้ได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ที่จะได้เป็นแนวร่วม ผู้ที่เสียจะลดความรู้สึกต่อต้าน
- 2.การประชาสัมพันธ์เชิงรับ(Reactive PR) เมื่อหน่วยงานได้ดำเนินงานไปแล้ว แต่เกิดความไม่พอใจของประชาชน/กลุ่มใด กลุ่มหนึ่ง ทำให้ต้องออกมาชี้แจง แก้ไข เพื่อให้สามารถดำเนินการต่อได้

หน้าที่ของประชาสัมพันธ์ คือการสร้างความเข้าใจระหว่างหน่วยงาน/องค์กร กับสาธารณชน โดย

- 1.ติดตามมติสาธารณชน(Public opinion) เพื่อให้ทราบสถานการณ์ ความคิดเห็น
- 2.วางแผนและจัดการประชาสัมพันธ์ให้เกิดประสิทธิผล
- 3.สร้างข่าวสารโดยมีเป้าหมายที่ผู้รับข่าวสารทั้งภายใน ภายนอกส่วนราชการ
- 4.วัดประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมด

ลักษณะการประชาสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ของรัฐ (Government Public Relation Practitioners)

คือการให้บริการทั้งสาธารณชน และรัฐบาล (Serving both the public and government)

- 1 ทำการประชาสัมพันธ์เพื่อช่วยให้แผนงาน/โครงการของหน่วยงานบรรลุเป้าหมาย
- 2 เสริมการให้บริการของส่วนราชการ
- 3 จัดหาข้อมูลที่สำคัญสู่สาธารณชน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และความเชื่อมั่น ซึ่งมีวิธีการดังนี้
 - 3.1 เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงได้ (Accessibility)
 - 3.2 มีความรับผิดชอบที่ประเมินได้ (Accountability)
 - 3.3 ความคงเส้นคงวา (Consistency)
 - 3.4 ความซื่อสัตย์ จริงใจ (Integrity)

การสร้างภาพลักษณ์

ในปัจจุบันการสร้างภาพลักษณ์เป็นแนวคิดที่ทั้งหน่วยงานภาครัฐและองค์กรธุรกิจต่างตระหนักถึงความสำคัญอย่างสูง โดยพยายามพัฒนากลยุทธ์การสร้างภาพลักษณ์อย่างเป็นระบบ จากเดิมที่อาศัยการ

ประชาสัมพันธ์เป็นเครื่องมือหลัก มาเป็นการประยุกต์และผสมผสานกลยุทธ์การสื่อสารหลากหลายรูปแบบ โดยใช้เทคนิควิธีต่าง ๆ อย่างเป็นเอกภาพและเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสู่เป้าหมาย ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ขององค์กร

ความหมายของภาพลักษณ์

ภาพลักษณ์ (Image) เป็นผลรวมระหว่างข้อเท็จจริง (Objective Facts) กับการประเมินส่วนตัว (Personal judgment) มีผลมาจากการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีความสำคัญดังนี้

I : Institution คือ สถาบัน องค์กร เป็นภาพลักษณ์ที่สร้างได้จากการทำให้เกิดความน่าเชื่อถือต่อองค์กร เช่น มีสถานที่ มีโครงสร้างการจัดการที่มีระบบทันสมัย มีโลโก้ (Logo) ขององค์กรที่สามารถสร้างความจดจำ และศรัทธาได้ในระยะยาว

M : Management คือ ผู้บริหารหรือฝ่ายบริหารขององค์กร ซึ่งเปรียบเสมือนสื่อบุคคลที่มีความฉลาด มีความดีงาม มีผลงานและประสพการณ์ที่เป็นที่รู้จักและยอมรับแก่บุคคลทั่วไป

A : Action คือ การกระทำต่อประชาชนหรือผู้บริโภค โดยมุ่งเน้นการให้บริการที่ดี น่าเชื่อถือไว้วางใจ

G : Goodness คือ คนดี มีความดีงาม โดยการที่องค์กรแสดงความเป็นคนดีของสังคม เป็นองค์กรที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility) เช่น มีความซื่อสัตย์ โปร่งใส เป็นประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถสะท้อนภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กรในระยะยาว

E : Employee คือ บุคลากรขององค์กร เปรียบเสมือนช่องทางหรือสื่อบุคคล ที่จะส่งเสริมความน่าเชื่อถือและไว้วางใจในองค์กรได้ โดยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อลูกค้า กลุ่มเป้าหมาย และสังคม เป็นกระบอกเสียงที่สำคัญในการกระจายชื่อเสียงและภาพลักษณ์ขององค์กร แต่ถ้าขาดการสื่อสารที่ดี ขาดความเข้าใจที่ตรงกัน การสื่อสารภาพลักษณ์โดยผ่านสื่อบุคคลจะกลับกลายเป็นภาพลบ การเผยแพร่โดยบุคลากรขององค์กรมักจะเป็นสิ่งที่ทุกคนเชื่อถือมากที่สุด

ประเภทของภาพลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานและองค์การธุรกิจ องค์กรประกอบทางการบริหารจัดการโดยจำแนกเป็น 3 ประเภทด้วยกันคือ

1. **ภาพลักษณ์ผลิตภัณฑ์หรือบริการ (Product or Service Image)** คือ ภาพที่เกิดขึ้นในใจของประชาชนที่มีต่อผลิตภัณฑ์หรือบริการของหน่วยงานเพียงอย่างเดียว ไม่รวมถึงตัวองค์กรหรือตัวธุรกิจ ซึ่งอาจมีผลิตภัณฑ์และบริการหลายชนิดและหลายยี่ห้อจำหน่ายอยู่ในท้องตลาด ดังนั้น ภาพลักษณ์ประเภทนี้จึง

เป็นภาพโดยรวมของผลิตภัณฑ์หรือบริการทุกชนิดและทุกตราที่ยี่ห้อ ที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กร หรือบริษัทใดบริษัทหนึ่ง

2. ภาพลักษณ์ตราที่ยี่ห้อ (Brand Image) คือ ภาพที่เกิดขึ้นในใจของประชาชนที่มีต่อสินค้านั้นๆ ยี่ห้อใด ยี่ห้อหนึ่งหรือตรา (Brand) ใดตราหนึ่ง หรือเครื่องหมายการค้า (Trademark) ใดเครื่องหมายการค้าหนึ่ง ส่วนมากมักอาศัยวิธีการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย เพื่อบอกถึงบุคลิกลักษณะของสินค้า โดยการเน้นถึงคุณลักษณะเฉพาะหรือจุดขาย แม้สินค้าหลายยี่ห้อจะมาจากบริษัทเดียวกัน แต่ก็ไม่จำเป็นต้องมีภาพลักษณ์เหมือนกัน เนื่องจากภาพลักษณ์ของตราที่ยี่ห้อถือว่าเป็นสิ่งเฉพาะตัว โดยขึ้นอยู่กับข้อกำหนดตำแหน่งครองใจ (Positioning) ของสินค้านั้นๆ ยี่ห้อใด ยี่ห้อหนึ่ง ที่บริษัทต้องการให้มีความแตกต่าง (Differentiation) จากยี่ห้ออื่น ๆ

3. ภาพลักษณ์ของสถาบันหรือองค์กร (Institutional Image) คือ ภาพที่เกิดขึ้นในใจของประชาชนที่มีต่อองค์กรหรือสถาบัน ซึ่งเน้นเฉพาะภาพของตัวสถาบันหรือองค์กรเพียงส่วนเดียว ไม่รวมถึงสินค้าหรือบริการที่จำหน่าย ดังนั้น ภาพลักษณ์ประเภทนี้จึงเป็นภาพที่สะท้อนถึงการบริหารและการดำเนินงานขององค์กร ทั้งในแง่ระบบบริหารจัดการ บุคลากร (ผู้บริหารและพนักงาน) ความรับผิดชอบต่อสังคม และการทำประโยชน์แก่สาธารณะ

ภาพลักษณ์ขององค์กรที่สังคมต้องการ

1. เป็นองค์กรที่เจริญก้าวหน้าทันโลก มีวิสัยทัศน์ที่ทันสมัย
2. มีบริการและสัมพันธ์อันดีกับลูกค้า สามารถเข้าถึงได้ง่าย ตอบสนองต่อความต้องการได้รวดเร็ว
3. มีระบบบริหารและฝ่ายจัดการที่สูงด้วยประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส น่าเชื่อถือและตรวจสอบได้
4. ทำคุณประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้แก่ส่วนรวม ผลประโยชน์ต่อส่วนรวมชัดเจนเป็นรูปธรรม
5. ปฏิบัติงานภายในกรอบกฎหมายของบ้านเมือง มีกฎ ระเบียบและระบบของการทำงาน
6. มีความรับผิดชอบต่อสังคมในระดับสูง คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ในการกำหนดภาพลักษณ์เพื่อส่งเสริมการตลาดที่พึงประสงค์นั้น อาจเริ่มต้นจากการวิเคราะห์จำแนกภาพลักษณ์แต่ละด้านโดยอาศัยกรอบทฤษฎีส่วนผสมทางการตลาด (Marketing Mix) ทั้ง 4 ส่วน คือ

ผลิตภัณฑ์ (Product) ราคา (Price) ช่องทางการจำหน่าย (Place) และการส่งเสริมการตลาด (Promotion) โดยอาศัยส่วนผสมทางการตลาดรวมไปถึงมิติอื่น ๆ ของธุรกิจมาเป็นแนวทางการดำเนินการ

การสร้างภาพลักษณ์ คือ การวางแผนการประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์องค์กรเพื่อสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดี อันจะนำไปสู่การสนับสนุนความร่วมมือ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างองค์กรและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ในการให้ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่างๆ เช่น การนำเสนอข้อมูลโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย การเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชนประเภทต่างๆ ว่าจะเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ Social Media และสื่อบุคคล ซึ่งการดำเนินงานต่างๆ เหล่านี้ต้องใช้กระบวนการ วิธีการ และเวลาที่ต่อเนื่อง

การสร้างภาพลักษณ์เพื่อส่งเสริมการตลาดโดยอาศัยการโฆษณา (Advertising)

การโฆษณาเป็นเครื่องมือหลักในการสื่อสารภาพลักษณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาพที่สื่อถึงความสวยงาม ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีล้ำสมัย คือ การสร้างภาพลักษณ์ตราหือของสินค้าหรือบริการผ่านทาง การโฆษณา

การสร้างภาพลักษณ์เพื่อส่งเสริมการตลาดโดยอาศัยการประชาสัมพันธ์ (Public Relations)

การประชาสัมพันธ์เป็นเครื่องมือที่สร้างความเชื่อถือได้ดีและมีความยืดหยุ่นสูง จึงสามารถช่วยสร้างภาพลักษณ์ตราหือและภาพลักษณ์ผลิตภัณฑ์โดยรวมได้ด้วยวิธีการเสนอข้อเท็จจริงเชิงบวกอย่างนุ่มนวลและไม่โอ้อวด จึงกลายเป็นจุดแข็งที่เสริมสร้างความเชื่อถือไว้วางใจแก่ประชาชน/ผู้บริโภคในระยะยาว นอกจากนี้ การทำประชาสัมพันธ์ยังเป็นเครื่องมือหลักของการสื่อสารภาพลักษณ์ขององค์กร โดยถ่ายทอดผ่านทางกิจกรรมพิเศษ การรณรงค์ และสื่อต่างๆ เพื่อบ่งบอกถึงประสิทธิภาพและความเจริญก้าวหน้าของกิจการ และแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสังคม

การสร้างภาพลักษณ์เพื่อส่งเสริมการตลาดโดยอาศัยการสื่อสารผ่านบุคคล (Personal Contact)

การสื่อสารผ่านทางบุคคลอาจเป็นผู้บริหาร พนักงานเจ้าหน้าที่ หรือสมาชิกเครือข่ายในระบบ ซึ่งทำหน้าที่โดยตรงในการถ่ายทอดข้อมูลและให้บริการที่ดีแก่ลูกค้า/ประชาชน ตลอดจนช่วยเสริมสร้างการรับรู้ และทัศนคติที่ดีต่อองค์กรตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งถือว่าสื่อบุคคลเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนธุรกิจ และเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างองค์กรกับลูกค้าในทุก ๆ เรื่อง ทั้งเรื่องผลิตภัณฑ์ บริการ และกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากช่องทางสื่อบุคคลซึ่งทำหน้าที่ขายโดยตรงแล้ว พนักงานบริการ

การสร้างภาพลักษณ์เพื่อส่งเสริมการตลาดโดยอาศัยการสื่อสารผ่านลักษณ์ของธุรกิจ (Business Identity)

การสื่อสารผ่านลักษณ์ของธุรกิจในที่นี้หมายถึงการกำหนดรูปแบบหรือการออกแบบ (Design) ซึ่งสามารถถ่ายทอดผ่านองค์ประกอบหลัก ๆ ของธุรกิจได้โดยตรง คือ ถ่ายทอดผ่านลักษณ์ของสินค้า (Product Identity) ซึ่งเน้นที่การออกแบบตัวสินค้าและบรรจุภัณฑ์ให้เหมาะสมกับตำแหน่งครองใจ นอกจากนี้ ยังถ่ายทอดผ่านลักษณ์ขององค์กร (Corporate Identity) ซึ่งเน้นที่รูปทรงของอาคาร การตกแต่งสถานที่

บรรยากาศ ป้ายสัญลักษณ์ (logo) รวมถึงรูปแบบเจ้าหน้าที่ที่จะช่วยสื่อความหมายและสร้างความประทับใจในทิศทางที่ต้องการได้อย่างสอดคล้องกัน

กระบวนการสร้างภาพลักษณ์

ส่วนใหญ่จะใช้กระบวนการสื่อสารแบบ 2 ทาง (Two-way Communication) และ การสื่อสารเพื่อชักจูงใจ (Persuasive Communication) โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตามขั้นตอนดังนี้

1. สำรวจวิเคราะห์ภาพลักษณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

โดยตรวจสอบจากกลุ่มประชาชน/ผู้บริโภคที่เป็นเป้าหมาย (Target group) ว่า ภาพลักษณ์ปัจจุบันเป็นอย่างไร มีภาพลักษณ์ซ่อนเชิงบวก-ลบในด้านใดบ้าง จากนั้น หากเคยได้ตั้งเป้าหมายภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ไว้ก่อนหน้านี้แล้วให้นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบดูว่ามีด้านใดที่บรรลุถึงภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์แล้ว และมีด้านใดที่ยังประสบปัญหา เพื่อนำมาเป็นแนวทางกำหนดเป้าหมายของภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ในสายตาของกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องต่อไป

2. วิเคราะห์ส่วนผสมทางการตลาดและเป้าหมายทางการตลาดขององค์กร เป็นการสำรวจตนเองโดยคำนึงถึงสินค้าหรือบริการที่ขาย คุณสมบัติ รูปแบบ การวางตำแหน่งครองใจ (Positioning) ในตลาด เพื่อช่วยในการกำหนดภาพลักษณ์เป้าหมายให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการ ดังตัวอย่างเช่น กรมควบคุมโรคได้ตั้งวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรชั้นนำระดับนานาชาติที่สังคมเชื่อถือและไว้วางใจ เพื่อปกป้องประชาชนจากโรคและภัยสุขภาพ ด้วยความเป็นเลิศทางวิชาการ ภายใน ปี 2563” ซึ่งการจะทำให้บรรลุถึงเป้าหมายดังกล่าวจะต้องประกอบด้วย แนวทางดำเนินการ 5 ส่วนคือ

(1) มีระบบโครงสร้างพื้นฐานที่สูงด้วยเทคโนโลยี (High Technology Infrastructure) ได้แก่องค์ความรู้ผลิตภัณฑ์และนวัตกรรม ที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพ ฯลฯ

(2) การบริการที่เป็นมิตร (Personalized Service) บุคลากรมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีความเป็นมืออาชีพ สามารถถ่ายทอดและเข้าถึงได้ง่าย

(3) มุ่งสู่สากล (International Caliber) องค์กรความรู้ วิชาการและบริการ เป็นที่ยอมรับและได้มาตรฐานในระดับสากล

(4) ภาคภูมิใจในความเป็นไทย (Thai Heritage) มีทัศนคติและบุคลิกภาพที่ดีงามและสอดคล้องกับประเพณีและวัฒนธรรมไทย

(5) คำนึงถึงสังคม (Community Caring) คือการแสดงความรับรู้ ตระหนักถึงผลกระทบต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับสังคมและประเทศชาติ

3. กำหนดเป้าหมายภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์

ต้องตระหนักว่าการสร้างภาพลักษณ์ให้ดีขึ้น ๆ กันในทุกด้านนั้นเป็นเรื่องที่ยากจะเป็นไปได้ ผู้บริหารภาพลักษณ์จึงต้องเลือกกำหนดภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์เพียงบางด้านโดยเลือกจัดอันดับภาพลักษณ์ด้านหลัก ๆ ก่อน คราวละไม่เกิน 3-5 ด้านเพื่อป้องกันความสับสน โดยมีข้อความระบุถึงหัวข้อสำคัญหรือแนวคิดหลัก (Theme) กำหนดไว้อย่างชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางสำหรับขั้นตอนต่อไป

4. กำหนดเครื่องมือ (Tools)

การสร้างภาพลักษณ์จะต้องวางแผนดำเนินงานให้ ประสานกันใน 2 ส่วนหลัก ได้แก่

4.1 การสร้างเอกลักษณ์เฉพาะตัวหรือลักษณะขององค์กร (Corporate Identity) ซึ่งต้องมีทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกายภาพ (Physical) อันประกอบด้วยรูปทรง เส้น สี ที่ผู้บริโภคสามารถสัมผัสได้โดยตรง ตั้งแต่อาคารสำนักงาน การตกแต่งสถานที่ ป้ายสัญลักษณ์ เครื่องแบบเจ้าหน้าที่ วิธีและรูปแบบการบริการ ฯลฯ และในด้านกิจกรรมดำเนินงาน (Performance) เช่น การจัดกิจกรรมทางการสื่อสาร การจัดโครงการรณรงค์เพื่อสังคม ฯลฯ

4.2 การเลือกใช้เครื่องมือสื่อสารและการวางแผนการสื่อสาร ซึ่งครอบคลุมทั้งแผนกิจกรรมและแผนการ

ใช้สื่อในทุก ๆ เครื่องมือ โดยมีหัวข้อสำคัญหรือแนวคิดหลัก (Theme) เป็นตัวควบคุมข่าวสารในทุกเครื่องมือให้มีความเป็นเอกภาพตลอดทั้งโครงการ

5. ปฏิบัติการสื่อสารตามแผนโดยอาศัยกลยุทธ์การใช้สื่อและการนำเสนอสารที่เป็นเอกภาพ

ขั้นตอนนี้จำเป็นต้องอาศัยการสร้างสรรรูปแบบกิจกรรม และการออกแบบสื่อให้มีรูปลักษณ์ดึงดูดใจกลุ่มเป้าหมาย พร้อม ๆ กับการสร้างสารให้สัมพันธ์กับสื่อที่ใช้ได้อย่างประทับใจภายใต้หัวข้อสำคัญที่กำหนดไว้แล้ว

องค์ประกอบของแผนการสร้างภาพลักษณ์

1. กลุ่มเป้าหมาย

จะต้องกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ในการสร้างภาพลักษณ์ ระบุไว้อย่างชัดเจนตามระดับและกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มลูกค้า (Customer) หรือสมาชิก/เครือข่าย (Member/network) กลุ่มผู้บริโภคเป้าหมาย (Target Consumer) กลุ่มประชาชนทั่วไป (General Public) นอกจากจะระบุกลุ่มได้ชัดเจนแล้ว ยังต้องวิเคราะห์ลักษณะพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนรูปแบบการใช้ชีวิต และพฤติกรรมผู้บริโภค

2. วัตถุประสงค์ของการสร้างภาพลักษณ์

ต้องระบุแต่ละข้อตามเป้าหมายภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ซึ่งได้กำหนดไว้แต่ต้น โดยไล่ลำดับที่ต้องการ

ตามแนวทางของกระบวนการสื่อสารและชักจูงใจผู้บริโภค ตั้งแต่เพื่อสร้างการรับรู้ (Awareness) การรู้จัก (Knowledge) การมีใจโน้มเอียง (Liking) การชอบ (Preference) และการเชื่อมั่น (Conviction)

3. กลยุทธ์การสื่อสารหรือเครื่องมือสื่อสารที่ใช้

โดยจำแนกกลยุทธ์การสื่อสารหรือเครื่องมือแต่ละประเภทตามกลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เช่น การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การสื่อสารความเสี่ยง เป็นต้น

4. กลยุทธ์การใช้สื่อและกิจกรรม

โดยทั่วไป จะมีกรอบของระยะเวลาและงบประมาณเป็นตัวกำหนด โดยต้องระบุ 2 ส่วนคือ ชนิดของสื่อหรือกิจกรรมที่ใช้ และช่วงเวลาการใช้สื่อ

5. กลยุทธ์การนำเสนอสาร

อาจเลือกใช้แบบใดแบบหนึ่งหรือทั้งสองแบบร่วมกันในแต่ละสื่อคือ การนำเสนอสารแบบแจ้งเพื่อทราบ และการนำเสนอสารแบบชักจูงใจ

การตรวจสอบและประเมินภาพลักษณ์

1. การตรวจสอบภาพลักษณ์ของผลิตภัณฑ์/บริการ
2. การตรวจสอบภาพลักษณ์ของตราชี้ห่อ
3. การตรวจสอบภาพลักษณ์ขององค์การ

วิธีการและเครื่องมือในการตรวจสอบและประเมินผลภาพลักษณ์ กระทำได้ดังนี้

1. การตรวจสอบจากข่าวสารที่ปรากฏทางสื่อมวลชนและสื่ออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากข่าวสารจำนวนมากที่ปรากฏทางสื่อมวลชนเป็นข่าวสารที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลสืบเนื่องที่เกิดขึ้นต่อองค์การจึงอาจเป็นไปได้ทั้งในเชิงลบและเชิงบวก ผู้บริหารภาพลักษณ์จะต้องตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสอบข่าวสารที่ปรากฏทางสื่อมวลชนทุกชนิด และสำหรับในโลกยุคเทคโนโลยีสารสนเทศแล้ว ข่าวสารทางเครือข่ายสากลหรืออินเทอร์เน็ตก็มีคุณสมบัติเดียวกันนั้นคือ องค์การไม่สามารถเข้าไปควบคุมข่าวสารเหล่านั้นได้ทั้งในแง่ของทิศทางและการแพร่กระจายของข่าวสาร

การตรวจสอบ (Monitoring) ควรกระทำเป็นประจำทุกไตรมาสหรืออย่างน้อยที่สุดคือทุก ๆ 6 เดือนหรือหนึ่งปี เพื่อให้สอดคล้องกับความเคลื่อนไหวของกระแสข่าวสารที่มีสื่อมวลชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน โดยผู้บริหารภาพลักษณ์จะต้องวิเคราะห์ในประเด็นต่อไปนี้ให้ชัดเจน

1.1 ปริมาณของข่าวสารที่สะท้อนภาพลักษณ์ขององค์กร โดยคำนวณจาก

- ความถี่ (Frequency) ของข่าวสารที่ปรากฏ
- ปริมาณของข่าวสารที่ปรากฏ(ขนาดของพื้นที่หรือความยาวของเวลา)
- ความโดดเด่นของข่าวสาร(ตำแหน่งของข่าวสารที่ลงตีพิมพ์หรือระยะเวลาที่ออกอากาศ)

1.2 ทิศทางของข่าวสารที่มีผลสืบเนื่องต่อภาพลักษณ์ขององค์กร โดยดูว่าข่าวสารนั้นก่อให้เกิดผลต่อภาพลักษณ์ในเชิงบวก (Positive Image) หรือภาพลักษณ์ในเชิงลบ (Negative Image)

1.3 ภาพลักษณ์ที่เป็นผลสะท้อนจากข่าวสาร โดยการจำแนกออกเป็นแต่ละด้านและจัดลำดับเพื่อให้เห็นน้ำหนักของภาพแต่ละด้าน เช่น ด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการ ด้านความเชี่ยวชาญของผู้บริหารและทีมงาน เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์

1. ข่าวลือ เป็นวิกฤตการณ์ที่หนักหน่วงสำหรับองค์กร โดยเฉพาะข่าวลือในเชิงทำลาย เพราะจะกระพือแพร่สะพัดเร็วมาก คนที่ได้รับข่าวต่อกีจะระบายสีเพิ่มเติมจนน่าสะพรึงกลัว และคนจำนวนมากจะไม่เข้าใจว่าจริงหรือไม่จริงเพราะเป็นข่าวที่ไม่มีต้นตอ องค์กรหลายแห่งมักเกิดวิกฤตการณ์เพราะข่าวลือ

2. พฤติกรรมเชิงลบขององค์กร เช่น การบริหารไม่มีประสิทธิภาพ บริการไม่สะดวก ไม่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ไม่รับผิดชอบต่อหน้าที่ ฯลฯ ซึ่งเป็นสิ่งที่กระทบต่อความรู้สึกของประชาชน หากองค์กรไม่ปรับปรุงแก้ไขก็จะเป็นการทำลายภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กรให้ย่อยยับได้

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์เพื่อส่งเสริมการตลาดอย่างรอบด้านแล้ว จะเห็นได้ว่าเกิดขึ้นจาก 2 ส่วน จำแนกเป็น

2.1. ปัจจัยแวดล้อมภายใน (Internal Environment) หมายถึงการกระทำหรือพฤติกรรมขององค์กร ถือว่าเป็นสภาพความเป็นจริงภายในที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพ (Efficiency) และคุณภาพ (Quality) ขององค์กร

2.2. ปัจจัยแวดล้อมภายนอก (External Environment) ไม่ว่าจะเป็น ข่าวลือ หรือ ข้อมูลใหม่ ที่แพร่กระจายสู่กลุ่มเป้าหมายและสาธารณชนในวงกว้าง หากเป็นไปในเชิงลบแล้ว ย่อมถือว่าเป็นภาวะคุกคาม (Threat) ที่น่าสะพรึงกลัวสำหรับองค์กร เพราะนั่นอาจหมายถึงการสูญเสียศักยภาพและนำไปสู่ความถดถอยของส่วนการตลาด (Market Share) ในที่สุด

เนื่องจากปัจจัยแวดล้อมภายนอกมีลักษณะที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrollable) และยากแก่การแก้ไข ในการสื่อสารจึงต้องอาศัยกลวิธีที่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง พร้อมกับต้องมีความรวดเร็วทัน

ต่อสถานการณ์ในช่วงเวลานั้น ๆ กลไกสำคัญที่ผู้บริหารภาพลักษณ์ต้องเข้าใจก็คือ การจัดการกับช่องทางข่าวสารสู่มวลชน แม้ในปัจจุบันช่องทางการสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ตจะมีบทบาทสูง แต่สื่อมวลชนทุกชนิดก็ยังคงมีบทบาทสำคัญในการแพร่กระจายข่าวสาร ซึ่งนอกจากสามารถสร้างการรับรู้อย่างหลากหลายแก่ประชาชนและผู้บริโภคแล้ว ยังเป็นช่องทางที่ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจอย่างสูงจากสาธารณะอีกด้วย

รายการอ้างอิง

1. Grunig, James E. and Hunt, Todd. Managing Public Relations. (Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich, 1984), 6e.
2. นันทวิภา ชีวะอุดม. (2551). การศึกษาการให้ความหมาย รูปแบบและกลยุทธ์ ความรับผิดชอบต่อสังคมของ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) (วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร).
3. เนตร์พัฒนา วาวิราช. (2551). จริยธรรมธุรกิจ: Business ethics (พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: ทริปเพิ้ล กรุ๊ป.
4. พิพัฒน์ นนทนาธรณ์. (2553). การจัดการความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร การสร้างข้อได้เปรียบในการแข่งขันอย่างยั่งยืน. นนทบุรี: ธิงค์ บียอนด์ บั๊กส์.

Compared adverse effects on generic Tenofovir to the original Tenofovir

Ratchanu Charoenpak , Wisit Prasithsirikul , Sukanya Chongthawonsatid

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.

Abstract

Tenofovir (Tenofovir Disoproxil Fumarate) is a drug Nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NtRTI). It used as the first NtRTI drug to treat AIDS patients with other antiretroviral drugs. The original drug was used in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institution since 2007. The generic version of this drug was used in 2010 after the approval by Thai FDA. To confirm the safety of this generic version, we reported the safety of Tenofovir generic version compared to the original one. A Retrospective descriptive study was conducted in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institution. The data collection started from January 1, 2007 until October 31, 2010. Total 112 cases of HIV infected patients who aged above 18 years old were enrolled. Clinical adverse reactions found as followed; Glomerular dysfunction 29.5%, Tubular dysfunction 28.6%, and combined two forms 42.0 %.

The duration of drug usage prior to adverse effect on kidney was averaged 395.68 ± 338.70 days. The incidences of adverse effect were 6.14% for original drug and 2.37% for generic drug. The adverse effect was not related to the combination drugs. There was no significant different in the adverse effects in both groups of drugs, except the time to adverse effect was shorter in generic group ($p < 0.05$). This report showed the safety of Tenofovir generic drug compared to original one.

Key words: Tenofovir, HIV, AIDS

เปรียบเทียบผลของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์สูตรต้นแบบและยาสามัญ

ภญ.รัชฎา เจริญพัทธ์*, นพ.วิศิษฐ์ ประสิทธิศิริกุล**, ดร.สุกัญญา จงถาวรสถิตย์***

*งานเภสัชกรรม **งานอายุรกรรม ***งานฝึกอบรม สถาบันบำราศนราดูร

บทคัดย่อ

ยาทีโน โฟเวียร์ (Tenofovir Disoproxil Fumarate) เป็นยากลับ Nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NRTI) ตัวแรกที่นำมาใช้เป็นยาในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับยาด้านไวรัสชนิดอื่น สถาบันบำราศนราดูรได้นำยาต้นแบบมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 และต่อมาในปี พ.ศ. 2553 ได้เริ่มมีการนำยาสามัญมาใช้ร่วมด้วย ซึ่งยาดังกล่าวได้ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาให้สามารถนำมาใช้ในข้อบ่งชี้เดียวกัน แต่ยังขาดข้อมูลยืนยันด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูรที่ได้รับยาทีโน โฟเวียร์สูตรต้นแบบและยาสามัญ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2550 – 31 ตุลาคม 2553 โดยทำการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่ต้องหยุดยาจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไต ผลการศึกษาพบผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตจากยาทีโน โฟเวียร์ ทั้งหมดจำนวน 112 ราย คิดเป็น 3.55% จากผู้ป่วยทั้งหมด 3,154 รายที่ได้รับยาทีโน โฟเวียร์ทั้ง 2 สูตรในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา อาการแสดงทางคลินิกของอาการไม่พึงประสงค์พบแบบ Glomerular dysfunction 29.5% , Tubular dysfunction 28.6% และพบทั้ง 2 รูปแบบ 42.0% และระยะเวลาของการใช้ยาทีโน โฟเวียร์แล้วทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตเฉลี่ย 395.68 ± 338.70 วัน เมื่อพิจารณาโดยแยกเป็นกลุ่มที่ได้รับเฉพาะยาต้นแบบและยาสามัญคิดเป็น 6.14% และ 2.37% ตามลำดับ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการแสดงทางคลินิกกับยาทั้ง 2 ชนิด แต่พบความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, การใช้ยาทีโน โฟเวียร์เป็นส่วนประกอบในสูตรแรกและระยะเวลาของการใช้ยาทีโน โฟเวียร์ที่น้อยกว่า 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนระยะเวลาการใช้ยาทีโน โฟเวียร์เฉลี่ยของกลุ่มที่ใช้สูตรต้นแบบและยาสามัญเป็น 387.83 ± 315.55 วัน และ 52.91 ± 38.03 วัน ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าการได้รับยาทีโน โฟเวียร์ต้นแบบแล้วเปลี่ยนมาเป็นยาสามัญ, การได้รับยาทีโน โฟเวียร์สามัญ, CD_4 ก่อนเริ่มยาทีโน โฟเวียร์ และประวัติการใช้ยาอินคินาเวียร์มาก่อนมีผลต่อการระยะเวลาใช้ยา TDF แล้วทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสรุปจากผลการศึกษาพบว่ายาสามัญจะมีการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้น้อยกว่ายาต้นแบบแต่จะใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการเกิดอาการเร็วกว่ายาต้นแบบ โดยที่อาการแสดงทางคลินิกของอาการไม่พึงประสงค์ทางไตไม่ต่างกัน ดังนั้นการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทีโน โฟเวียร์อย่างต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังใช้ยาเป็นสิ่งที่จะต้องทำเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: Tenofovir, HIV, AIDS

วิธีการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เปรียบเทียบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรที่ได้รับยา TDF ระหว่างยาต้นแบบและยาสามัญ โดยดูในเชิงอุบัติการณ์, ระยะเวลาใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และอาการแสดงทางคลินิกของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

ประชากร

เวชระเบียนของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยา TDF ทุกรายซึ่งได้รับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 ถึง 31 ตุลาคม 2553 เป็นเวลา 3 ปี 10 เดือน

ประชากรตัวอย่าง

เวชระเบียนของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยา TDF แต่ต่อมาต้องหยุดยาดังกล่าว เนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไต ซึ่งได้รับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 ถึง 31 ตุลาคม 2553 เป็นเวลา 3 ปี 10 เดือน ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์ตามเกณฑ์การคัดเลือกทุกรายเป็นตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมการศึกษา

- เวชระเบียนผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่ได้รับยา TDF

เกณฑ์การคัดประชากรออกจากการศึกษา

- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางไตแบบเรื้อรังมาก่อนที่จะได้รับยา TDF
- ผู้ป่วยที่แพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าอาการทางไตที่เกิดขึ้นเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากยา TDF

กรณีประวัติหรือผลทางห้องปฏิบัติการไม่ครบถ้วน จะรายงานว่าเป็น missing ไป และรายงานการวิจัยออกมาในภาพรวม โดยไม่ตัดตัวอย่างนั้นทิ้งไป เนื่องจากตัวอย่างนั้นแพทย์ยังคงวินิจฉัยว่าต้องหยุดยาเพราะอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตอยู่ และยังคงนับเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรักษาความลับผู้ป่วย

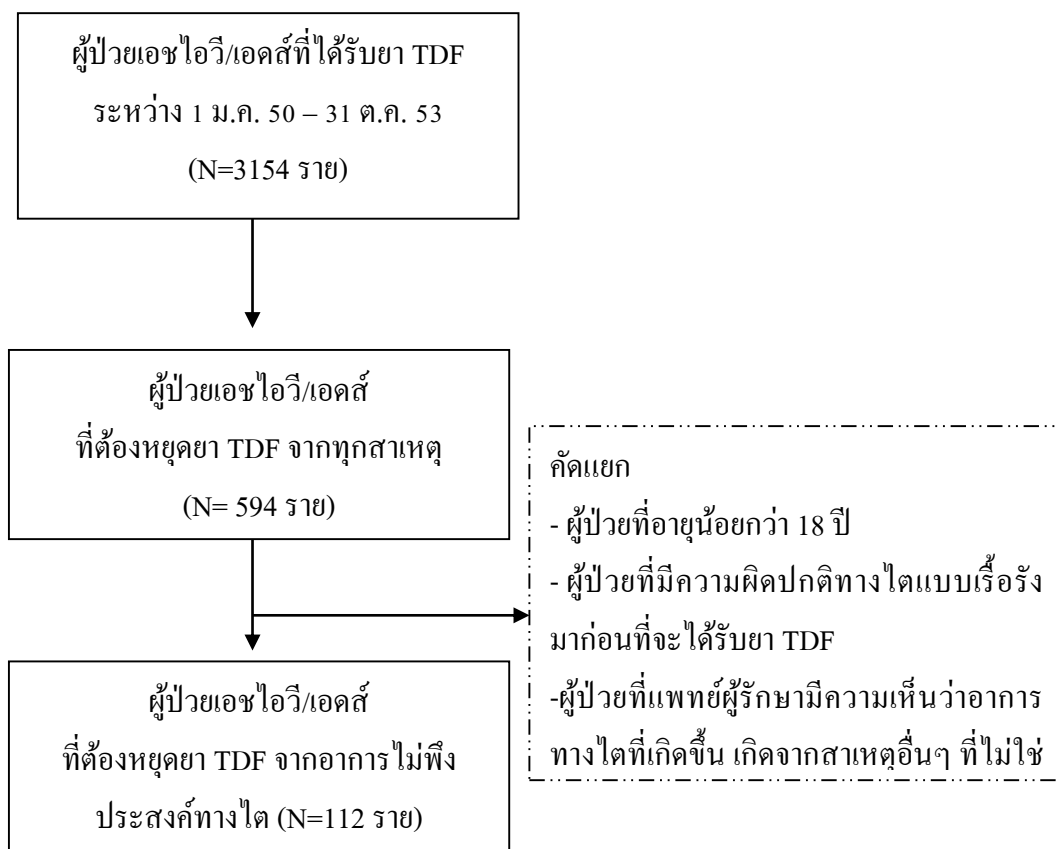
ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลของผู้ป่วยมาเปิดเผย โดยจะไม่ระบุชื่อ นามสกุล และ HN แต่จะใช้แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ระบุเพียงหมายเลขที่ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดขึ้นเอง

ขั้นตอนการวิจัย

1. สืบค้นข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมของยา TDF และอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์
2. จัดเตรียมแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

3. สืบค้น HN ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยา TDF ทั้งหมดทั้งที่ใช้ยาดัชนีแบบ และยาสามัญ ระหว่าง 1 ม.ค. 50 – 31 ต.ค. 53 จากระบบคอมพิวเตอร์ของสถาบันบำราศนราดูร โดยแยกผู้ป่วยที่ยังใช้ยาต่อเนื่องและผู้ป่วยที่หยุดใช้ยาจากทุกสาเหตุ
4. คัดแยกเวชระเบียนของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ต้องหยุดยา TDF จากสาเหตุอื่นๆ ที่มีไข้ผลข้างเคียงทางไตออกไป
5. คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ได้ระบุไว้ในวิธีการดำเนินการวิจัย บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยไม่ระบุชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย
6. วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลและการคำนวณ

ข้อมูลที่รวบรวมได้แก่เพศ, อายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, ประวัติโรคประจำตัว, การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี, ประวัติการสูบบุหรี่, ช่องทางการได้รับเชื้อ, ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส, ประวัติการใช้ยาต้านไวรัส, ระยะเวลาที่ใช้ยา TDF โดยแยกเป็นกลุ่มที่ได้รับเฉพาะยา TDF ดัชนีแบบ , ยา TDF สามัญ และ

กลุ่มที่ใช้ยา TDF ดันแบบแล้วเปลี่ยนไปใช้ยาสามัญ , ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับ CD4 ต่ำที่สุด ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส, CD4 และ viral load ก่อนเริ่มยา TDF , ค่า Serum Creatinine, ระดับ phosphate ในเลือด, ผลตรวจ protein dipstick , phosphate และน้ำตาลในปัสสาวะ ,ค่า Estimated creatinine clearance (CrCl) ได้จากการคำนวณสมการ Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) Study equation (MDRD formula in mg/dl:

$$GFR_{MDRD} = 186 \times \text{serum creatinine (mg/dl)}^{-1.154} \times \text{age}^{-0.203} [\times 1.210 \text{ if african-american }] [\times 0.742 \text{ if female }],$$

$$\text{ค่า BMI} = \text{น้ำหนักตัว (กก.)} / \text{ส่วนสูง(เมตร)}^2$$

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่า Serum Creatinine, eGFR ก่อนใช้ยา TDF และก่อนหยุดยา TDF โดยการทดสอบ paired samples t-test, เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการใช้ยา TDF ดันแบบและยาสามัญที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไต โดยการทดสอบ Independent sample test, หาคความสัมพันธ์ของอาการแสดงทางคลินิกของอาการไม่พึงประสงค์จากยา TDF กับปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วย โดยใช้ Chi-square (χ^2), วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่มีต่อระยะเวลาในการใช้ยา TDF แล้วทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางไตโดยอาศัยการวิเคราะห์ simple linear regression และเพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของแต่ละตัวแปรเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ที่เหลือ ด้วย Multiple linear regression วิธี stepwise, ค่าความแตกต่างทางสถิติใช้ค่า $p\text{-value} < 0.05$

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ทำให้ทราบข้อมูลความปลอดภัยของการใช้ยา TDF ที่เป็นยาสามัญเปรียบเทียบกับยาดันแบบ

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรที่ได้รับยา TDF ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 ถึง 31 ตุลาคม 2553 มีจำนวน 3,154 ราย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 112 ราย ที่ต้องหยุดยาเนื่องจากพบอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไต เป็นเพศชาย 85 ราย (75.9%) อายุเฉลี่ย 45.71 ± 11.09 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.46 ± 3.75 กก./เมตร² มีภาวะความดันโลหิตสูง 34 ราย (30.4%), เบาหวานชนิดที่ 2 20 ราย (17.9%), ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 74 ราย (66.1%), เคยมีประวัติเกิดไตวายเฉียบพลันมาก่อน 20 ราย (17.9%), ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 11 ราย (9.8%), ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 7 ราย (6.3%), สูบบุหรี่ 25 ราย (22.3%) มีประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาสส่วนมากได้แก่ วัณโรค, PCP และ Cryptococcal meningitis มีผู้ป่วยเสียชีวิต 14 ราย (12.50%) โดยที่ทุกรายไม่ได้มีสาเหตุการเสียชีวิตจากการใช้ยา TDF ส่วนมากสาเหตุของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ (แบคทีเรีย, PCP, TB) 10 ราย

ผู้ป่วยส่วนมากก่อนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมี CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm^3 73 ราย (65.2%) ในขณะที่ก่อนเริ่มใช้ยา TDF จะมี CD4 สูงกว่า 200 cell/mm^3 67 ราย (59.8%) แต่มี viral load undetectable ($<40 \text{ copies/ml}$) เพียง 28 ราย (25%) ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสสูตรรวมเป็นกลุ่ม Protease inhibitor และ Non-

nucleoside reverse transcriptase inhibitor จำนวน 40 ราย (35.7%) และ 72 ราย (64.3%) ตามลำดับ และมีผู้ป่วย 20 ราย (17.9%) ที่เริ่มยาต้านไวรัสสูตรแรกมียา TDF เป็นส่วนประกอบ

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป (n=112)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	85	75.9
หญิง	27	24.1
อายุ (ปี)		
≤ 50	77	68.8
> 50	35	31.3
Min 18, Max 79, Mean (SD) 45.71 (11.09)		
ดัชนีมวลกาย (กก./เมตร²)		
<18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	22	19.6
18.5-22.9 (ปกติ)	51	45.5
>23 (เกินเกณฑ์)	14	12.5
Min 15.23, Max 36.33, Mean (SD) 21.46 (3.75)		
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ความดันโลหิตสูง	34	30.4
เบาหวานชนิดที่ 2	20	17.9
ไขมันในเลือดผิดปกติ	74	66.1
เคยมีประวัติไตวายเฉียบพลันมาก่อน	20	17.9
การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
ใช่	11	9.8
ไม่ใช่	53	47.3
การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
ใช่	7	6.3
ไม่ใช่	52	46.4
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	25	22.3
ไม่สูบ	54	48.2
ช่องทางที่ได้รับเชื้อ		
Heterosexual	48	42.9
Homosexual	7	6.3

ลักษณะทั่วไป (n=112)	จำนวน	ร้อยละ
การใช้สารเสพติดชนิดใด	1	0.9
จากแม่สู่ลูก	2	1.8
อื่น ๆ	2	1.8
ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
TB	39	34.8
NTM	4	3.6
Cryptococcal meningitis	21	18.8
PCP	22	19.6
CMV retinitis	12	10.7
Toxoplasmosis	1	0.9
Penicillosis	1	0.9
อื่น ๆ	6	5.4
CD4 ต่ำที่สุดก่อนเริ่มยาต้านไวรัส (cells/μL)		
≤ 200	73	65.2
> 200	7	6.3
Min 0, max 853, Mean (SD) 79.26 (120.25)		
CD4 ก่อนเริ่มยา TDF (cells/μL)		
≤ 200	44	39.3
> 200	67	59.8
Min 1, max 1,092, Mean(SD) 291.14 (231.66)		
Viral load ก่อนเริ่มยา TDF (copies/ml)		
≤ 40	28	25.0
> 40	69	61.6
Min ≤ 40 , Max 8,490,000		
สูตรยา HAART Regimen		
PI base	40	35.7
NNRTI base	72	64.3
มีประวัติการใช้ยา Indinavir		
ใช่	34	30.4
ไม่ใช่	78	69.6
มีประวัติการใช้ยา Atazanavir		
ใช่	11	9.8
ไม่ใช่	101	90.2
เริ่มใช้ TDF เป็นสูตรแรก		
ใช่	20	17.9

ลักษณะทั่วไป (n=112)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช่	92	82.1

จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตของผู้ป่วยทั้งหมดเป็น 3.55% เมื่อพิจารณาโดยแยกเป็นกลุ่มที่ได้รับเฉพาะยาต้นแบบและยาสามัญคิดเป็น 6.14% และ 2.37% ตามลำดับ อาการแสดงทางคลินิกของอาการไม่พึงประสงค์พบแบบ Glomerular dysfunction 29.5% , Tubular dysfunction 28.6% และพบทั้ง 2 รูปแบบ 42.0% (ตารางที่ 2)) ค่าเฉลี่ยของ Serum Creatinine และ eGFR (MDRD) ก่อนใช้ยาและก่อนหยุดยา TDF เป็น 0.96 ± 0.30 และ 1.86 ± 2.65 mg/dL ; 98.44 ± 47.11 และ 62.66 ± 36.40 ml/min ตามลำดับ ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันโดยใช้ T-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา TDF และอาการแสดงทางคลินิกของอาการไม่พึงประสงค์

	ผู้ป่วยทั้งหมด	ผู้ป่วยที่ใช้ เฉพาะยา ต้นแบบ	ผู้ป่วยที่ใช้ เฉพาะยาสามัญ	ผู้ป่วยที่ใช้ ต้นแบบแล้ว เปลี่ยนเป็นยา สามัญ
	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)
ผู้ป่วยที่รับยาTDF	3,154	1,319(41.89)	465 (14.74)	1,370(43.44)
ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไต	112	81 (72.32)	11 (9.82)	20 (17.86)
อาการแสดงทางคลินิก				
Glomerular dysfunction ^A	33 (29.5)	25 (75.8)	5 (15.2)	3 (9.1)
Tubular dysfunction ^B	32 (28.6)	22 (68.8)	5 (15.6)	5 (15.6)
Mix-type ^C	47 (42.0)	34 (72.3)	1 (2.1)	12 (25.5)

^AGlomerular dysfunction พบค่า Serum Creatinine สูงขึ้นและค่า eGFR (MDRD) ลดลง ;

^BTubular dysfunction พบ hypophosphatemia, proteinuria, normoglycemic glucosuria

^CMix type พบทั้ง Glomerular dysfunction และ Tubular dysfunction

ระยะเวลาเฉลี่ยของการใช้ยา TDF แล้วทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตเป็น 395.68 ± 338.70 วัน (min 6, max 1,227) เมื่อแยกเป็นการใช้ยาต้นแบบและยาสามัญเป็น 387.83 ± 315.55 วัน (min 14, max 1,172) และ 52.91 ± 38.03 วัน (min 41, max 1,227) ตามลำดับ ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันโดยใช้ T-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ Serum Creatinine, eGFR ก่อนใช้ยาและก่อนหยุดใช้ยา TDF และระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้ยา TDF ขาดันแบบและยาสามัญ

	Mean (SD)	t	p-value
ค่า Serum Creatinine ก่อนใช้ยาและก่อนหยุดยา TDF (n=79)	0.90(2.59)	-3.09	0.003
ค่า eGFR ก่อนใช้ยาและก่อนหยุดยา TDF (n=79)	35.94(4566)	7.00	0.000
ระยะเวลาเฉลี่ยของการใช้ยาขาดันแบบและยาสามัญ (n=92)	334.92	9.08	0.000

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-Square พบว่าอาการแสดงทางคลินิกจากผลการใช้ยา TDF พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, การใช้ยา TDF เป็นส่วนประกอบในสูตรแรก และระยะเวลาของการใช้ยา TDF น้อยกว่า 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของอาการแสดงทางคลินิกจากผลของการใช้ยา TDF

ตัวแปร	Glomerular dysfunction ^A ราย (ร้อยละ)	Tubular dysfunction ^B ราย (ร้อยละ)	Mix-type ^C ราย (ร้อยละ)	χ^2
เพศ				2.627
ชาย	26 (30.6)	21 (24.7)	38 (44.7)	
หญิง	7 (25.9)	11 (40.7)	9 (33.3)	
อายุ (ปี)				0.594
≤50	21 (27.3)	23 (29.9)	33 (42.9)	
>50	12 (34.3)	9 (25.7)	14 (40.0)	
ดัชนีมวลกาย (กก./เมตร²)				3.460
<18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	6 (27.3)	8 (36.4)	8 (36.4)	
18.5-22.9 (ปกติ)	9 (22.5)	11 (27.5)	20 (50.0)	
>23 (เกินเกณฑ์)	10 (40.0)	7 (28.0)	8 (32.0)	
ความดันโลหิตสูง				2.639
ใช่	9 (26.5)	7 (20.6)	18 (52.9)	
ไม่ใช่	24 (30.8)	25 (32.1)	29 (37.2)	
เบาหวาน ชนิดที่ 2				0.636
ใช่	6 (30.0)	7 (35.0)	7 (35.0)	
ไม่ใช่	27 (29.3)	25 (27.2)	40 (43.5)	

ตัวแปร	Glomerular dysfunction ^A ราย (ร้อยละ)	Tubular dysfunction ^B ราย (ร้อยละ)	Mix-type ^C ราย (ร้อยละ)	χ^2
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ				9.315**
ใช่	16 (21.6)	20 (27.0)	38 (51.4)	
ไม่ใช่	17 (44.7)	12 (31.6)	9 (23.7)	
เคยมีประวัติไตวายเฉียบพลันมาก่อน				4.572
ใช่	6 (30.0)	2 (10.0)	12 (60.0)	
ไม่ใช่	27 (30.3)	28 (31.5)	34 (38.2)	
ประวัติการสูบบุหรี่				1.879
สูบ	5 (20.0)	11 (44.0)	9 (36.0)	
ไม่สูบ	17 (31.5)	16 (29.6)	21 (38.9)	
CD4 (cells/ μ L) ค่าที่ต่ำสุดก่อนเริ่มยาต้านไวรัส				3.574
≤ 200	25 (34.2)	23 (31.5)	25 (34.2)	
> 200	0 (0)	3 (42.9)	4 (57.1)	
CD4 (cells/ μ L) ก่อนเริ่มยา TDF				2.098
≤ 200	15 (34.1)	14 (31.8)	15 (34.1)	
> 200	17 (25.4)	18 (26.9)	32 (47.8)	
Viral load (copies/ml) ก่อนเริ่มยา TDF				0.610
≤ 40	7(25.0)	7(25.0)	14 (50.0)	
> 40	18 (26.1)	22 (31.9)	29 (42.0)	
สูตรยา HAART Regimen				0.638
PI base	21 (29.2)	19 (26.4)	32 (44.4)	
NNRTI base	12 (30.0)	13 (32.5)	15 (37.5)	
เริ่มใช้ TDF เป็นสูตรแรก				11.669*
ใช่	11 (55.0)	7 (35.0)	2 (10.0)	
ไม่ใช่	22 (23.9)	25 (27.2)	45 (48.9)	
การใช้ TDF				8.055
ใช้ยาต้นแบบ	25 (30.9)	22 (27.3)	34 (42.0)	
ใช้ยาสามัญ	5 (45.5)	5 (45.5)	1 (9.1)	
ใช้ยาต้นแบบแล้ว เปลี่ยนเป็นยาสามัญ	3 (15.0)	5 (25.0)	12 (60.0)	
ระยะเวลาที่ใช้ TDF (วัน)				6.16*
≤ 30	6 (60.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	
> 30	27 (26.5)	29 (28.4)	46 (45.1)	

^AGlomerular dysfunction พบค่า Serum Creatinine สูงขึ้นและค่า eGFR (MDRD) ลดลง ;

^BTubular dysfunction พบ hypophosphatemia, proteinuria, normoglycemic glucosuria

^CMix type พบทั้ง Glomerular dysfunction และ Tubular dysfunction

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

การวิเคราะห์ด้วยวิธี Simple linear regression analysis เพื่อหาอิทธิพลของเพศ, อายุ, ดัชนีมวลกาย, ประวัติโรคประจำตัว, ประวัติเคยมีไตวายเฉียบพลันมาก่อน, การสูบบุหรี่, CD4 ก่อนเริ่มใช้ยาต้านไวรัส และ ยา TDF, การใช้ยา TDF ดันแบบแล้วเปลี่ยนมาใช้ยาสามัญ, การใช้ยา TDF สามัญ, สูตรยาที่ใช้เป็น PIs base และประวัติการใช้ยา Indinavir หรือ Atazanavir ที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาของการใช้ยา TDF แล้วทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไต พบเพียงประวัติโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง, CD4 ก่อนเริ่มใช้ยาต้านไวรัสและยา TDF, การใช้ยาดันแบบแล้วเปลี่ยนมาใช้ยาสามัญ, การใช้ยาสามัญ, สูตรยาที่ใช้เป็น PIs base และประวัติการใช้ยา Indinavir มีค่า $p\text{-value} < 0.2$ เมื่อนำตัวแปรที่เหลือมาวิเคราะห์ต่อโดยใช้ Multiple linear regression analysis ด้วยวิธี stepwise เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของแต่ละตัวแปรเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ พบว่าค่า CD4 ก่อนเริ่มใช้ยา TDF, การใช้ยาดันแบบแล้วเปลี่ยนมาใช้ยาสามัญ, และประวัติการใช้ยา Indinavir มีความสัมพันธ์เชิงบวก และ การใช้ยาสามัญมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับระยะเวลาของการใช้ยา TDF แล้วทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไต (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 Multiple linear regression analysis ด้วยวิธี stepwise ของระยะเวลาการใช้ยา TDF แล้วทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไต

MODEL	Coefficients (SE)	$p\text{-value}$	95%CI
(Constant)	213.28 (50.76)	0.000	112.17 - 314.39
ค่า CD4 ก่อนเริ่มใช้ยา TDF	0.38 (0.12)	0.002	0.14 - 0.62
การใช้ TDF			
ยาสามัญ	-250.51 (87.41)	0.005	-424.64 - -76.39
ยาดันแบบแล้วเปลี่ยนมาใช้ยาสามัญ	237.80 (82.93)	0.005	72.59 - 403.01
ยาดันแบบ (Ref.)			
ประวัติการใช้ยา Indinavir			
ใช่	170.80 (66.12)	0.012	39.09 - 302.51
ไม่ใช่ (Ref.)			

$R^2 = 0.41$

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรที่ได้รับยา TDF ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 ถึง 31 ตุลาคม 2553 มีจำนวน 3,154 ราย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 112 ราย ที่ต้องหยุดยาเนื่องจากพบอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไต คิดเป็น 3.55% และระยะเวลาของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตโดยเฉลี่ย 395.68 ± 338.70 วัน เมื่อพิจารณาโดยแยกเป็นกลุ่มที่ได้รับเฉพาะยาต้นแบบและยาสามัญคิดเป็น 6.14% และ 2.37% ตามลำดับ ซึ่งดูเหมือนว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นแบบจะมีโอกาสสูงกว่าในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางไต แต่เมื่อนำปัจจัยด้านเวลาของการใช้ยา TDF มาพิจารณาจะพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของกลุ่มที่ใช้ยาสามัญจะน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้สูตรต้นแบบมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลวิเคราะห์จาก Multiple linear regression analysis ด้วยวิธี Stepwise ก็พบว่าการใช้ยาสามัญมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับระยะเวลาการใช้ยา TDF แล้วทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวยืนยันว่าการใช้ยาสามัญจะทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้เร็ว การใช้ยาต้นแบบ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนจากยาต้นแบบมาเป็นยาสามัญนั้นเนื่องจากมีความแตกต่างเรื่องระยะเวลาใช้ยาแต่ละแบบมากจึงไม่นำมารวมพิจารณาด้วย อาการทางคลินิกของอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบไตที่เกิดจากการใช้ยา TDF พบผู้ป่วยที่มี Glomerular dysfunction 29.5% ซึ่งพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงค่า serum Creatinine และค่า eGFR หลังจากใช้ยา TDF , พบผู้ป่วยที่มีอาการของ Tubular dysfunction 28.6% ซึ่งพิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ hypophosphatemia, proteinuria, phosphaturia, normoglycemic glucosuria และพบทั้ง 2 รูปแบบ 42.0% ซึ่งอาการแสดงทางคลินิกไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาต้นแบบและกลุ่มที่ได้รับยาสามัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, การใช้ยาทีโนโฟเวียร์เป็นส่วนประกอบในสูตรแรกและระยะเวลาของการใช้ยาทีโนโฟเวียร์ที่น้อยกว่า 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากในการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเฉพาะยาสามัญยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นแบบ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ติดตามอาการของผู้ป่วยจะเป็นไปตามเวชปฏิบัติจริงจะพบได้ว่ามีผู้ป่วยเพียงบางรายที่ได้รับการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังการใช้ยา สิทธิการรักษาของผู้ป่วยก็เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจติดตามเนื่องจากบางสิทธิการรักษาไม่ครอบคลุมการตรวจติดตามในปัสสาวะ และระดับ phosphate ในเลือด จึงทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ในทางปฏิบัติหากผู้ป่วยที่ใช้ยา TDF ได้รับการตรวจติดตามอาการไม่พึงประสงค์ทั้งก่อนและหลังรับยาอย่างต่อเนื่องเมื่อพบความผิดปกติตั้งแต่ในช่วงแรก การหยุดยาก็จะสามารถทำให้การทำงานของไตกลับมาเป็นปกติได้

เอกสารอ้างอิง

1. ประพันธ์ ภานุภาค, มนูญ ลิเชวงวงศ์, ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, et al. *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี 2553: ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย; 2553.*

2. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Available at <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf>.
3. Clumeck N, Pozniak A, Raffi F, EACS Executive Committee. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults. Available at <http://www.europeanidsclinicalociety.org>.
4. Gilead Sciences Inc. Viread® (Tenofovir Disoproxil Fumarate) tablets: US package insert [on line]. Available at : http://www.gilead.com/pdf/viread_pi.pdf.
5. Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. Drug information handbook international. 14th Edition. Ohio: Lexi-Comp; 2006. 1637-1639.
6. Chapman TM, McGavin JK, Noble S. Tenofovir Disoproxil Fumarate. *Drugs* 2003;63(15): 1597-1608.
7. Lyseng-Williamson KA, Reynolds NA, Plosker GL. Tenofovir Disoproxil Fumarate: A review of its Use in the Management of HIV infection. *Drug* 2005;65(3):413-432.
8. Schooley RT, Ruane P, Myers RA, et al. Tenofovir DF in antiretroviral-experienced patients: results from a 48-week, randomized, double-blind study. *AIDS* 2002; 16 (9): 1257-1263.
9. Squires K, Pozniak AL, Pierone Jr G, et al. Tenofovir Disoproxil Fumarate in Nucleoside-Resistant HIV-1 Infection: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2003 Sep2; 139 (5 Pt 1): 313-20.
10. Gallant JE, Staszewski S, Pozniak AL, et al. Efficacy and safety of Tenofovir DF vs Stavudine in combination therapy in Antiretroviral-Naïve patients : A 3-year Randomized Trial. *JAMA* 2004 July 14; 292 (2): 191-201.
11. Gallant JE, DeJesus E, Arribas JR, et al. Tenofovir DF, emtricitabine, and efavirenz vs. zidovudine, lamivudine, and efavirenz for HIV. *N Engl J Med* 2006 Jan 19; 354 (3): 251-260.
12. Ray AS, Cihlar T, Robinson KL, et al. "Mechanism of Active Renal Tubular Efflux of Tenofovir." *Antimicrob Agents Chemother* 2006 Oct: 3297–3304.
13. Cooper RD, Wiebe N, Smith N, Keiser P, Naicker S, Tonelli M. Systematic review and meta-analysis: renal safety of tenofovir disoproxil fumarate in HIV-infected patients. *Clin Infect Dis* 2010;51:496-505.
14. Nelson MR, Katlama C, Montaner JS, et al. The safety of tenofovir disoproxil fumarate for the treatment of HIV infection in adults: the first 4 years. *AIDS* 2007;21:1273-1281.

15. Hall AM., Hendry BM., Nitsch D., Connolly JO. "Tenofovir-Associated Kidney Toxicity in HIV-Infected Patients:A Review of the Evidence." *Am J Kidney Dis* 2011; 57(5) : 773-780.
16. Hall AM, Kleta R, Unwin RJ. The renal Fanconi syndrome. In: Barrat J, Harris K, Topham P, eds. *Oxford Desk Reference in Nephrology*. New York, NY: Oxford University Press; 2009:204-207.
17. Fernandez- Fernandez B, Montoya-Ferrer A, Sanz AB, et al., .Tenofovir Nephrotoxicity: 2011 Update. *AIDS Research and Treatment*, 2011; 2011.
18. Gupta SK, Eustace JA, Winston JA, et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease in HIV-infected patients: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2005;40:1559-1585.

**The study relationship between factors and ventilator associated pneumonia of
newborn intensive care unit, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.**

Nattinee Tannitisupawong , Patcharanatt Rithtironakun, Natthanicha Panpayab,
Benjamapat Ngenpan, Phenchai Chaikumpun, Waratchaya Sangsawang
Nurse newborn intensive care unit , Bamrasnaradura ventilator Infectious Diseases Institute.

The study relationship between factors and ventilator associated pneumonia of newborn intensive care unit (NICU). Samples were newborns who are on endotracheal tube at newborn intensive care unit during October 2005 to September 2010, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Data were collected from medical record such as maternal and newborn information. Analysis was used percentage and chi - square test.

Results presented newborns were on endotracheal tube more than 10 days had ventilator associated pneumonia 64.7%. Newborns who are on endotracheal tube less than 5 days did not show ventilator associated pneumonia. Factors were associated with ventilator associated pneumonia, for instance duration on endotracheal tube and repeated endotracheal tube ($p < 0.05$). Apgar score, method of delivery, age of maternal, age of pregnancy, and birth weight were not statistically significant. Healthcare worker should have follow guideline and try to wean of endotracheal tube rapidly (less than 10 days) as well as nursing carefully to prevent repeated on endotracheal tube.

**การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
ในเด็กทารกแรกเกิด หน่วยงานเด็กแรกเกิดวิกฤต สถาบันบําราศนราดูล**

ณัฐฉิณี ตันนิตินุภาพษ์ , พัทธณัฐ ฤทธิธรรณันต์, ณัฐฉิณี ปานพยัพ, เบญจมาภรณ์ เงินปาน,

เพ็ญจันทร์ ใจคำปัน และ วรัชยา แสงสว่าง

พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานเด็กแรกเกิดวิกฤต สถาบันบําราศนราดูล

บทคัดย่อ

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นทารกแรกเกิดที่ได้รับการใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจทุกรายที่เข้ารับการรักษานในหน่วยงานทารกแรกเกิดวิกฤต สถาบันบําราศนราดูล ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2553 จำนวน 51 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลมารดา และทารกแรกเกิด การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ร้อยละ และไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการคาท่อหลอดลมคอ นานมากกว่า 10 วัน จะเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสูงถึง ร้อยละ 64.7 ระยะเวลาการคาท่อหลอดลมคอ น้อยกว่า 5 วัน ไม่พบการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทารกที่มีการใส่ท่อหลอดลมคอช้า พบว่าเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 54.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ระยะเวลาการคาท่อหลอดลมคอ และการใส่ท่อหลอดลมคอช้า มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับ Apgar score วิธีการคลอด อายุมารดา อายุครรภ์ และน้ำหนักแรกเกิด ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลควรให้การดูแลรักษาพยาบาลตามแนวปฏิบัติ เพื่อช่วยลดระยะเวลาของการใส่ท่อช่วยหายใจให้น้อยกว่า 10 วัน และควรดูแลผู้ป่วยที่คาท่อหลอดลมคออย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ หลีกเลี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำโดยไม่จำเป็น

คำสำคัญ: ปอดอักเสบ การใช้เครื่องช่วยหายใจ ทารกแรกเกิด สถาบันบําราศนราดูล

บทนำ

การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator – associated pneumonia: VAP) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นปัญหาสำคัญในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และตติยภูมิทุกแห่ง ส่งผลกระทบรุนแรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้โรงพยาบาล/สถาบันสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก สาเหตุของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่สำคัญ คือ การสำลักเอาเชื้อซึ่งอยู่ในช่องปาก ลำคอ และการสูดหายใจเอาอากาศที่มีเชื้อจุลินทรีย์เข้าไปในทางเดินหายใจส่วนล่าง⁽¹⁾ นอกจากนี้ อาจเกิดจากการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ และการแพร่กระจายเชื้อจากการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นเข้าสู่ปอดทางกระแสโลหิต พบว่าเชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิด VAP มีแนวโน้มที่จะดื้อยาต้านจุลินทรีย์มากขึ้น หน่วยงานเด็กทารกแรกเกิดวิกฤต สถาบันบําราศนราดรุร เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิด เพื่อที่จะนำมาพัฒนาระบบงานหาแนวทางมาตรฐานการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิด

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นทารกแรกเกิดที่ได้รับการใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานทารกแรกเกิดวิกฤต สถาบันบําราศนราดรุร ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2553 รวมระยะเวลา 5 ปี รวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของมารดา และทารกแรกเกิด ได้แก่ อายุของมารดา Apgar score วิธีการคลอด โรคแทรกซ้อนระหว่างการคลอด เพศทารกแรกเกิด อายุครรภ์ น้ำหนักของทารก ระยะเวลาการคา่ท่อหลอดลมคอ การใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ และการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ร้อยละ และไคสแควร์ งานวิจัยนี้ผ่าน **การพิจารณา**จากคณะกรรมการจริยธรรมใน**มนุษย์** สถาบันบําราศนราดรุร และกรมควบคุมโรค

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทารกเป็นเพศชาย (ร้อยละ 51) เพศหญิง (ร้อยละ 49) มีอายุครรภ์แรกเกิด 25 - 30 สัปดาห์ (ร้อยละ 39.2) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 78.4) โดยส่วนมากมี Apgar score 5 - 7 (ร้อยละ 49) รองลงมา Apgar score 8 - 10 (ร้อยละ 27.5) และ Apgar score น้อยกว่า 5 สูงถึง ร้อยละ 23.5 คลอดปกติ (NL) (ร้อยละ 45.1) และผ่าตัดทางหน้าท้อง (C/S) (ร้อยละ 45.1) มารดาตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 30 ปี รองลงมาอายุมากกว่า 30 ปี และอายุน้อยกว่า 20 ปี ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 28.08 ปี พบโรคแทรกซ้อนของมารดาระหว่างการคลอด ร้อยละ 33.3 โรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ Pregnancy Induce Hypertension (PIH) (ร้อยละ 9.8) รองลงมา คือ Pre Rupture of Membrane (PROM) มากกว่า 18 ชั่วโมง (ร้อยละ 7.8) และ Placenta previa (ร้อยละ 5.9) ส่วนใหญ่ทารกใช้ระยะเวลาการคา่ต่อหลอดลมคอ นาน 1-5 วัน ร้อยละ 39.2 การใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ เพียงร้อยละ 21.6 เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ร้อยละ 29.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามปัจจัยทารกแรกเกิด มารดา และการรักษา

ลักษณะทั่วไป (n = 51)	จำนวน	ร้อยละ
ทารกแรกเกิด		
เพศ		
ชาย	26	51.0
หญิง	25	49.0
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
25-30	20	39.2
31-34	16	31.4
> 34	15	29.4
Min = 25 Max = 42 Mean (SD) = 31.92 (4.17)		
น้ำหนักของทารก (กรัม)		
< 2,500	40	78.4
≥ 2,500	11	21.6
Min = 760 Max = 3,305 Mean (SD) = 1,760.86 (763.93)		

ลักษณะทั่วไป (n = 51)	จำนวน	ร้อยละ
มารดาตั้งครรภ์		
อายุมารดา (ปี)		
< 20	6	11.8
20 - 30	26	51
> 30	19	37.3
Min = 16 Max = 41 Mean (SD) 28.08 (7.09)		
Apgar score		
0 - 2	10	19.6
3 - 4	2	3.9
5 -7	25	49
8 -10	14	27.5
วิธีการคลอด		
Breech	4	7.8
C/S	23	45.1
F/E	1	2
NL	23	45.1
โรคแทรกซ้อนระหว่างการคลอด		
ไม่พบ	34	66.7
พบ	17	33.3
- PROM มากกว่า 18 ชั่วโมง	4	7.8
- GDM	2	3.9
- PIH	5	9.8
- Placenta previa	3	5.9
- Eclampsia	2	3.9
- Exhaustion	1	2.0

การรักษา

ระยะเวลาการคา่ท่อหลอดลมคอ (วัน)

ลักษณะทั่วไป (n = 51)	จำนวน	ร้อยละ
1 – 5	20	39.2
6 – 10	14	27.5
> 10	17	33.3
Min = 1 Max = 3 Mean (SD) 1.94 (0.86)		
การใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ		
ไม่ซ้ำ	40	78.4
ซ้ำ	11	21.6
การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)		
ไม่เกิด	36	70.6
เกิด	15	29.4

การศึกษาความสัมพันธ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าระยะเวลาการใส่คาท่อหลอดลมคอ และการใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่า Apgar score, วิธีการคลอด, อายุมารดา, อายุครรภ์, และน้ำหนักทารกแรกเกิด ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทารกแรกเกิด มารดา และการรักษา กับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)

ตัวแปร	การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ		χ^2	p - value
	ไม่เกิด จำนวน (ร้อยละ)	เกิด จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะเวลาการคาท่อหลอดลมคอ(วัน)			18.54	0.00
1 - 5	20 (100.0)	0 (00.0)		
6 - 10	10 (71.4)	4 (28.6)		
> 10	6 (35.3)	11 (64.7)		
การใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ			4.27	0.04
ไม่ซ้ำ	31 (77.5)	9 (22.5)		
ซ้ำ	5 (45.5)	6 (54.5)		
Apgar score			3.23	0.20
8 - 10	10 (78.6)	3 (21.4)		
5 - 7	19 (76.0)	6 (24.0)		
< 5	6 (50.0)	6 (50.0)		
วิธีการคลอด			0.02	0.88
ปกติ	16 (69.6)	7 (30.4)		
ไม่ปกติ	20 (71.4)	8 (28.6)		
อายุมารดา (ปี)				
< 20	4 (66.7)	2 (33.3)	1.05	0.60
20 - 30	20 (76.9)	6 (23.1)		
> 30	12 (63.2)	7 (36.8)		
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)			0.03	0.86
750 - 2,500	28 (70.0)	10 (30.0)		
> 2,500	8 (72.7)	3 (27.3)		
อายุครรภ์ทารก (สัปดาห์)			0.26	0.88
25 - 30	14 (70.0)	6 (30.0)		
31 - 34	12 (75.0)	4 (25.0)		
> 34	10 (66.7)	5 (33.3)		

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่าระยะเวลาการคาท่อหลอดลมคอ และการใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระยะเวลาการคาท่อหลอดลมคอ นานมากกว่า 10 วัน จะเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสูงถึง ร้อยละ 64.7 ระยะเวลาการคาท่อหลอดลมคอ น้อยกว่า 5 วัน ไม่พบการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทารกที่มีการใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ พบว่าเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 54.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าระยะเวลาการอยู่รักษาและจำนวนครั้งการใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการคาท่อหลอดลมคอช่วยหายใจตั้งแต่ 6 วันขึ้นไป เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 6.8 เท่า ของกลุ่มที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ⁽²⁻⁷⁾ การศึกษานี้ พบว่า Apgar score, วิธีการคลอด, อายุมารดา, อายุครรภ์, และน้ำหนักทารกแรกเกิด ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภคมน เชาว์ศิลป์⁽⁸⁾ พบว่าปัจจัยด้านเพศ น้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์ การใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อจำกัดของการศึกษานี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีน้อย การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 15 ราย จึงทำให้เห็นความสัมพันธ์ไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิด หน่วยงานทารกแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร พบเพียงร้อยละ 29.4 อาจเป็นเพราะทางหน่วยงานทารกแรกเกิดวิกฤต มีการนำมาตรฐานงาน CQI เรื่อง C - Three Decrease VAP และ IC เข้ามาร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิด ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเร็ว ดังนั้นควรหาแนวปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดให้ใช้ระยะเวลาการคาท่อหลอดลมคอร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่า 10 วัน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้ ควรให้เจ้าหน้าที่พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ตระหนักในการดูแลผู้ป่วยที่คาท่อหลอดลมคออย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ หลีกเลี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำโดยไม่จำเป็น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจาก ดร.สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ และ รศ.พรศรี ศรีอัมภูพร ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไข ให้ข้อเสนอแนะ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ที่กรุณาตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่อง พิจารณาความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสถาบัน รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายกุมารเวชกรรม บุคลากรในหน่วยงานเด็กแรกเกิดวิกฤต เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัย ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจจาก คุณพ่อ คุณแม่ พี่น้องและเพื่อนๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดีของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Mayhall CG. Ventilator-associated pneumonia or not? Contemporary diagnosis. Emerg Infect Dis 2011; 7:200-4.
2. สมพิศ ปุราชะคิง, และคณะ. ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 11 เม.ย. 2554]; เข้าถึงได้จาก: http://www.smj.ejnal.com/ejournal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1347.
3. ธัญญกร นันทียกุล. โรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17(3).
4. สุริพร ดวงสุวรรณ, กรรณิการ์ แก้วเพชร, บุญญรัตน์ รัตนประภา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย สุโขทัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 11 เม.ย. 2554]; เข้าถึงได้จาก: <http://kvr.it.heroku.com/blogs/posts/2346>.
5. เสาวลักษณ์ พูปินวงศ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหออภิบาลกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2543.
6. Apisarnthanarak A, Holzmann - Pazgal G, Hamvas A, Olsen MA. Ventilator - Associated Pneumonia in Extremely Preterm Neonates in a Neonatal Intensive Care Unit: Characteristics, Risk Factors, and Outcomes. [Internet]. 2001 [cited 2011 June 22]. Available from: <http://www.pediatricsdigest.mobi/content/112/6/1283.short>.
7. Apisarnthanarak A, Holzmann-Pazgal G, Hamvas A, Olsen MA, Fraser VJ. Ventilator-associated pneumonia in extremely preterm neonates in a neonatal intensive care unit: characteristics, risk factors, and outcomes. [Internet]. 2003 [cited June 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
8. ภคมน เชาว์ศิลป์. การศึกษาโรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดที่ โรงพยาบาลหาดใหญ่. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2554]; เข้าถึงได้จาก: http://www.thaipediatrics.org/html/slidedetail2_news.phpjournal_id=262

