



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

วิจัยระบบสุขภาพ 2561

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สวรส. สร้างความรู้เชิงประจักษ์ สู่การพัฒนาระบบสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

วิจัยระบบสุขภาพ 2561

(เล่ม 1)

Search



วิจัยระบบสุขภาพ 2561 (เล่ม 1)

พิมพ์ครั้งที่ 1

จำนวน

จัดทำและเผยแพร่โดย

กันยายน 2561

1,000 เล่ม

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เลขที่ 88/39 ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ

ซอยสาธารณสุข 6 ถนนติวานนท์ 14

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ O 2832 9200 โทรสาร O 2832 9201

บริษัท ดีเซมเบอร์รี่ จำกัด

ออกแบบรูปเล่ม



www.hsri.or.th



สวรส. สร้างความรู้เชิงประจักษ์
สู่การพัฒนาาระบบสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

สร้างความรู้เชิงประจักษ์ สู่การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

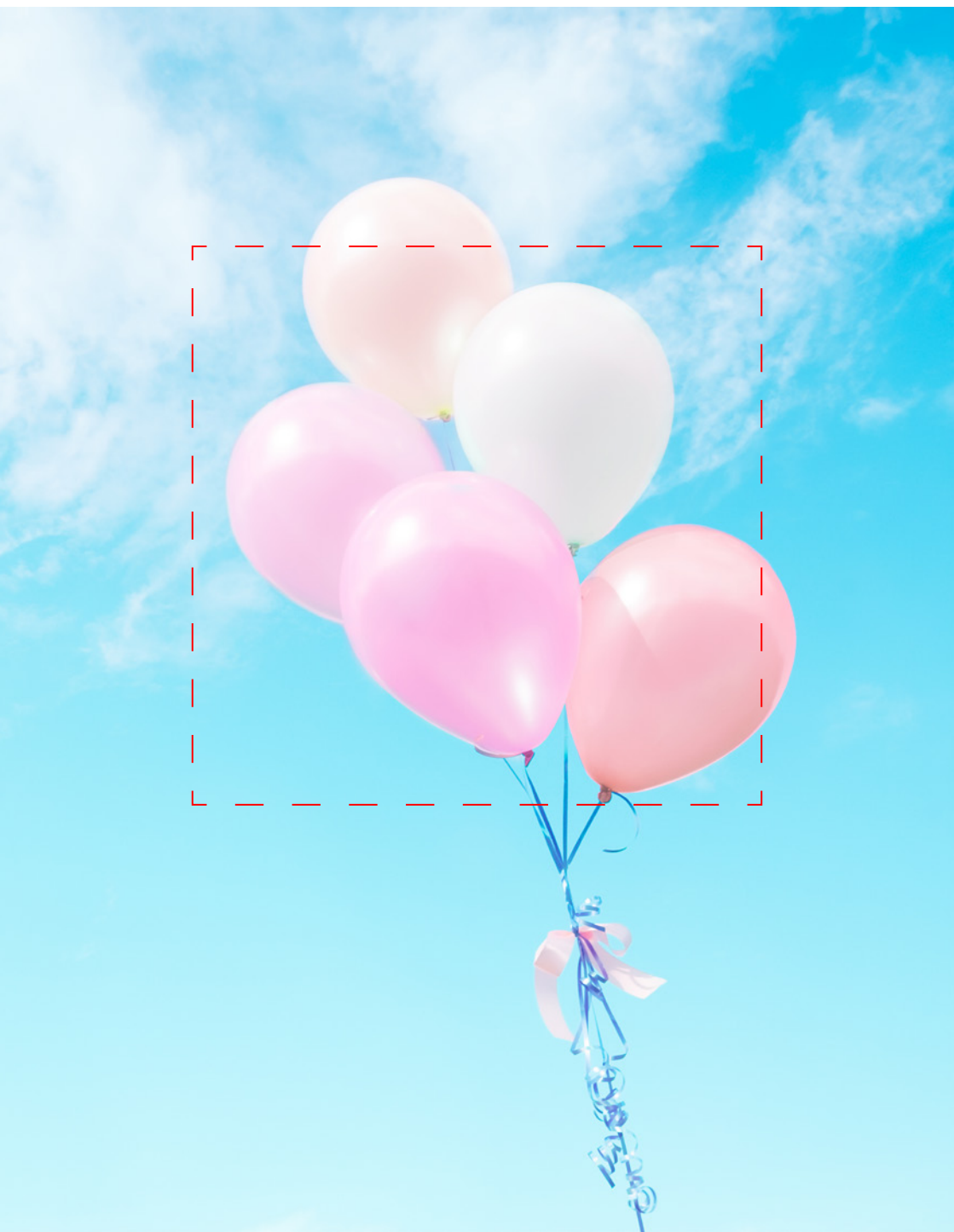
สังคมโลกให้การยอมรับว่าการวิจัยเป็นพื้นฐานสำคัญที่มีบทบาทต่อวิวัฒนาการขององค์กรในทุกระดับโดยเฉพาะในระดับชาติ แม้แต่องค์การสหประชาชาติยังใช้ดัชนีวัดส่วนการลงทุนในการวิจัยของแต่ละชาติเปรียบเทียบกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ เป็นเครื่องชี้วัดสมรรถนะการพัฒนาที่สำคัญของแต่ละประเทศ

ประเทศไทยเริ่มหันมาให้ความสำคัญกับการลงทุนในด้านการวิจัยตั้งแต่ พ.ศ. 2475 โดยมีแนวคิดที่จะตั้งหน่วยงานรัฐบาลสำหรับทำหน้าที่ให้คำปรึกษาทางวิชาการ ทั้งนี้มีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยของนักวิจัยสาขาต่างๆ ได้ชี้ให้เห็นว่าสุขภาวะของคนเป็นพื้นฐานที่จำเป็นที่สุดในการขับเคลื่อนยกระดับเศรษฐกิจของชุมชนและประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่เริ่มขยับขึ้นมาเป็นกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางเช่นประเทศไทย ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมาโดยตลอด

ทั้งนี้ สวรส. ภายใต้บทบาทภารกิจการสร้างความรู้เชิงประจักษ์ สู่การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยทำหน้าที่บริหารจัดการให้เกิตรงานวิจัยในประเด็นสำคัญต่างๆ ตามองค์ประกอบของระบบสุขภาพ (6 building blocks) ตลอดจนปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสุขภาพ รวมทั้งการนำงานวิจัยไปต่อยอดหรือใช้ประโยชน์ในมิติต่างๆ เพื่อให้เกิดการขยายผลทางวิชาการ การลดต้นทุนทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาและแก้ปัญหาสุขภาพ ทั้งในระดับนโยบาย สังคม ชุมชนต่อไป

ในปี 2561 สวรส. ได้มุ่งมั่นสร้างผลงานวิจัยที่เป็นองค์ความรู้ในประเด็นต่างๆ ซึ่ง Booklet เล่มเล็กๆ ภายใต้ชื่อ **“วิจัยระบบสุขภาพ 2561 (เล่ม 1)”** นี้ เป็นการรวบรวมผลงานวิจัยที่แล้วเสร็จในช่วงครึ่งปีแรกของปี 2561 ของ สวรส. ที่ได้ประมวลเนื้อหาสำคัญของสถานการณ์ปัญหา ซึ่งเป็นที่มาของโจทย์การวิจัย ไฮไลต์หรือจุดเน้นของผลวิจัยที่สำคัญแต่ละเรื่องไว้อย่างสั้น กระชับ น่าสนใจ โดยผู้อ่านสามารถสังเกตุแนวโน้มผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้ต่อไปจาก **คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส.** (<http://kb.hsri.or.th>)

ทั้งหมดนี้ สวรส. หวังว่า ผลงานวิจัยเหล่านี้ จะถูกหยิบยกนำไปต่อยอดใช้ประโยชน์ต่อไป ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนเป็นสำคัญ

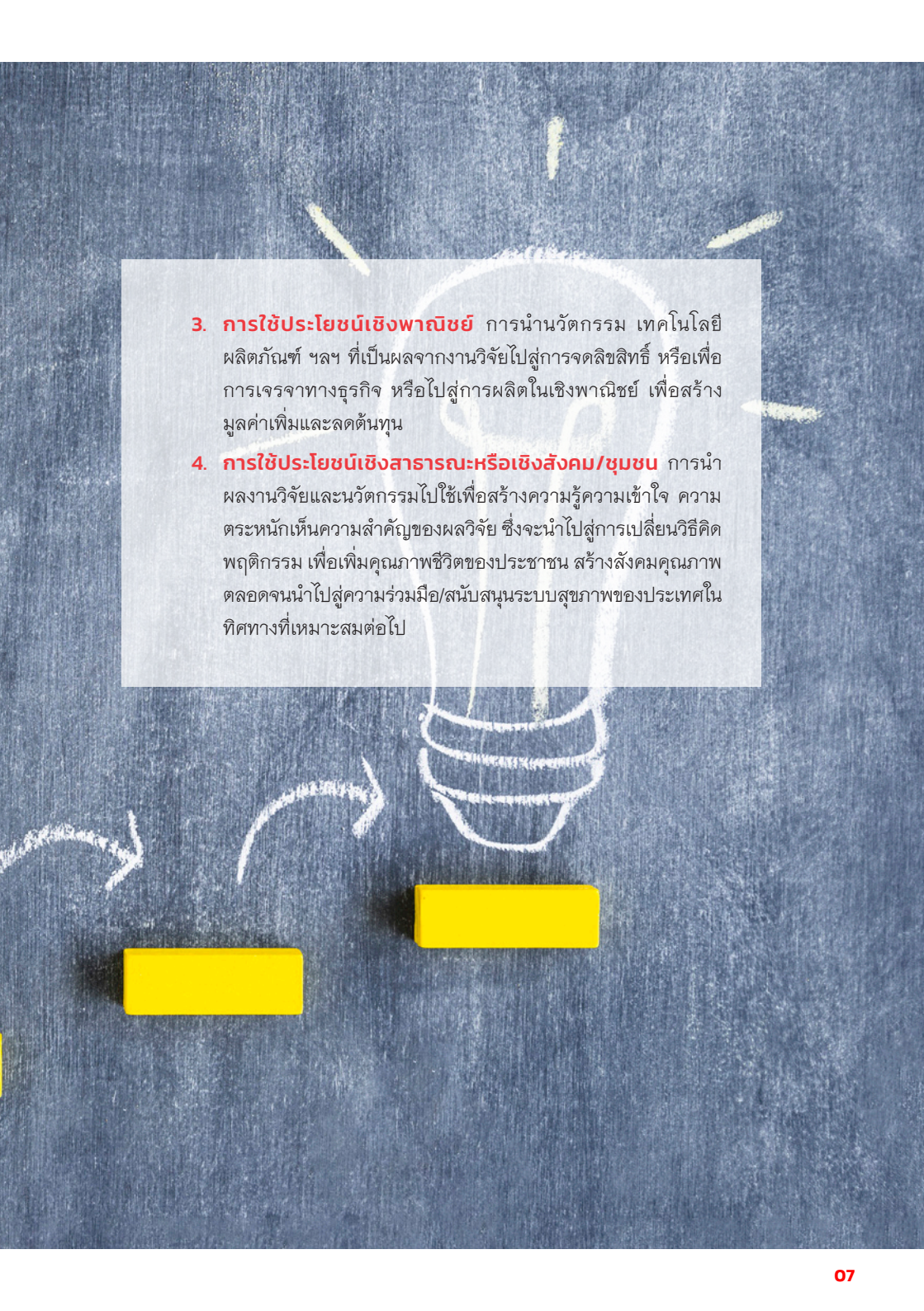


4 มิติ:

การใช้ประโยชน์งานวิจัย

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Research Utilization)

1. **การใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย** การนำความรู้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารหรือใช้ในกระบวนการกำหนดนโยบาย/มาตรการ/แนวทางสำคัญ/ทางเลือกเชิงนโยบาย ซึ่งครอบคลุมถึงหลักการ แนวทาง กลยุทธ์ ในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ โดยอาจเป็นนโยบายระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น หรือระดับหน่วยงาน
2. **การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ** การนำองค์ความรู้จากผลงานวิจัยไปอ้างอิงต่อยอดในการสร้างสรรค์ความรู้ทางนวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ หรือปรับใช้ในแนวทางเวชปฏิบัติ หรือตีพิมพ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น วารสารระดับนานาชาติ ระดับชาติ หนังสือนิตยสาร บทความ บทเรียน ฯลฯ ซึ่งเป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ การเรียนการสอน

- 
3. **การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์** การนำนวัตกรรม เทคโนโลยี ผลิตภัณฑ์ ฯลฯ ที่เป็นผลจากงานวิจัยไปสู่การจดสิทธิบัตร หรือเพื่อการเจรจาทางธุรกิจ หรือไปสู่การผลิตในเชิงพาณิชย์ เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มและลดต้นทุน
4. **การใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะหรือเชิงสังคม/ชุมชน** การนำผลงานวิจัยและนวัตกรรมไปใช้เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักเห็นความสำคัญของผลวิจัย ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนวิถีคิด พฤติกรรม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน สร้างสังคมคุณภาพ ตลอดจนนำไปสู่ความร่วมมือ/สนับสนุนระบบสุขภาพของประเทศในทิศทางที่เหมาะสมต่อไป



สารบัญ

01	การดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง : การรักษา การเฝ้าระวัง และการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการลำไส้ทางช่องท้อง โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์	12
02	การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคมาริสันแบบบูรณาการ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ	14
03	แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์พกพาเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาการเด็กไทย ปีที่ 2	16
04	การออกแบบสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลให้เอื้อต่อการเยียวยา ปีที่ 2	18
05	การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2	20
06	การศึกษการใช้ Asia-Pacific Colorectal Cancer Risk Score และการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test) ในการช่วยตรวจคัดกรองเนื้องอกลำไส้ใหญ่ในประเทศไทย	22
07	การปรับปรุงผลทางคลินิกในการรักษาโรคลำไส้ ผ่านระบบทะเบียน โรคลำไส้ในประเทศไทย ปีที่ 2	24

08	การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ ของนโยบายคลินิกหมอบครอบครัว	26
09	ความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล จากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์	28
10	การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน	30
11	การวิจัยและพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายบนอินเทอร์เน็ต ระยะที่ 2	32
12	การจัดระบบและคาดการณ์งบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการ ทางการแพทย์กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กต่างด้าว	34
13	การพัฒนาหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	36
14	การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและแนวทางการขับเคลื่อน การดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)	38
15	การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.เอื้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง)	40
16	การประยุกต์ใช้สาร (1->3)-เบต้า-ดี-กลูแคน : ตัวชี้วัดทางชีวภาพ เพื่อการตรวจติดตามโรคพิษโอซิสในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา แบบ immunotherapy	42
17	การวิจัยเพื่อคิดค้นและพัฒนาเทคนิคใหม่ในการตรวจหาโรค ก่อนเริ่มปากมดลูกระยะเริ่มต้นและโรคที่เกี่ยวข้อง กับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี	44
18	การพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	46

19	ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของเครื่องมือคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐและเอกชน ในจังหวัดปทุมธานี	48
20	การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองเขตสุขภาพที่ 3	50
21	การศึกษ้อัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีจากการรายงานอุบัติเหตุการฉีดยาในประเทศไทย	52
22	การวิเคราะห์สภาพการณ์การดำเนินงานวิจัยจากงานประจำในเขตสุขภาพที่ 11 และ 12	54
23	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 : สุขภาพเด็ก	56
24	การศึกษาแผนการเพิ่มจำนวนนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายและการกระจายตัวที่เหมาะสม	58
25	การศึกษาผลของวิธีการฟอกไต,ระดับการทำงานของไตก่อนการฟอกไตต่ออัตราการเสียชีวิตและการต่อเศรษฐกิจสาธารณสุขารณสุขโดยการติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า	60
26	การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	62
27	การพัฒนาประชาคมสุขภาพจังหวัดน่านในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	64
28	การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรมในภาคใต้ของไทย	66
29	การมีพื้นที่ของสตรีมุสลิมกับการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการมีกิจกรรมทางกายภายใต้บริบทสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ระยะที่ 1)	68
30	การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย	70

มาตรการใหม่ของการดูแลผู้ป่วยล้างไต ป้องกันการติดเชื้อทางช่องท้อง อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการล้างไตทางช่องท้อง สามารถพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 16-18 ซึ่งภาวะดังกล่าวนี้ไม่เพียงแต่จะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หากแต่ยังถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญอย่างมากในการกำหนดความสำเร็จของการล้างไตทางช่องท้อง โดยสาเหตุหลักๆ มักเกิดจาก 1) เชื้อจุลชีพจากสิ่งแวดล้อมหรือจากผิวหนังแพร่เข้าสู่ช่องท้องผ่านสายน้ำยาล้างไต 2) เกิดจากการเกิดชั้นฟิล์มที่ปกคลุมภายในสายล้างช่องท้อง 3) เกิดพยาธิสภาพในลำไส้หรือในช่องท้อง เช่น โรคลำไส้อักเสบ โรคถุงน้ำดีอักเสบ ภาวะลำไส้ขาดเลือด ฯลฯ 4) การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด 5) การแพร่ของเชื้อจุลชีพจากช่องคลอดที่มีการติดเชื้อราหรือการส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก ซึ่งการป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อ เป็นมาตรการสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิต ลดความล้มเหลวในการล้างไตทางช่องท้อง และลดภาระค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุข

สิ่งที่พบจากงานวิจัยบอกว่า ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อ เช่น การฝึกอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแล การพัฒนาตัวชี้วัดและการเปรียบเทียบสมรรถนะ ตลอดจนส่งเสริมให้มีวิธีการหรือมาตรการในการใช้ยาต้านจุลชีพให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้ยังพบว่า ยาต้านจุลชีพหลักที่ใช้ในการรักษาคือสูตรยาผสม cefazolin และ ceftazidime มีความคงตัวดีในน้ำยาล้างไตชนิดต่างๆ ในขณะที่พบความไม่คงตัวและความไม่เข้ากันของยาต้านจุลชีพกลุ่ม carbapenems และสูตรยาผสม cefoperazone และ sulbactam กับน้ำยาล้างไตชนิดต่างๆ ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้บริหารยาดังกล่าวทางช่องท้อง และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมยาด้านจุลชีพ ประเภทของน้ำยาล้างไต ตลอดจนสภาวะและอุณหภูมิที่มีการใช้ในเวชปฏิบัติด้วย



ที่มา	การดูแลผู้ป่วยล้าทางช่องท้อง : การรักษา การเฝ้าระวัง และการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการล้าทางช่องท้องโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์
นักวิจัยหลัก	ภญ.ดร. ชิดชนก เรือนทอน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4785

02

**“ความร่วมมือ 3 ฝ่าย”
กับนวัตกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น
แบบครบวงจร**



ความบกพร่องของพัฒนาการที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมด้านสมาธิและการควบคุมตนเอง จนนำไปสู่ “โรคสมาธิสั้น” ส่งผลโดยตรงทั้งต่อเด็กที่จะมีพฤติกรรมบกพร่องไปจนถึงวัยรุ่น รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและประเทศ เนื่องจากต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลและงบประมาณในการดูแลรักษาจำนวนมาก นอกจากนี้ระบบบริการการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นยังมีช่องว่าง ทั้งในด้านบุคลากรสาธารณสุขที่ยังขาดการฝึกอบรมทักษะในการบำบัดรักษาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการติดตามการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้าน และชุมชนยังไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

ผลงานวิจัยที่สำคัญนำมาสู่การแก้ปัญหา คือ การพัฒนาหลักสูตรและคู่มือสำหรับผู้ปกครองเพื่อคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กวัยประถมศึกษาที่มีอาการโรคสมาธิสั้น โดยผู้ปกครองสามารถนำไปใช้ได้เอง และพัฒนาหลักสูตรและคู่มือสำหรับครูโรงเรียนประถมศึกษาเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง ปรับพฤติกรรม และจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของเด็กโรคสมาธิสั้น ตลอดจนหลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในการวินิจฉัย รักษา และดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น ซึ่งนับเป็นนวัตกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบบูรณาการร่วมกันของ 3 ฝ่าย

ที่มา

การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ

นักวิจัยหลัก

อว.สมัย ศรีทอง ทรนสุขภาพจิต ทรนสงวสารณสุข

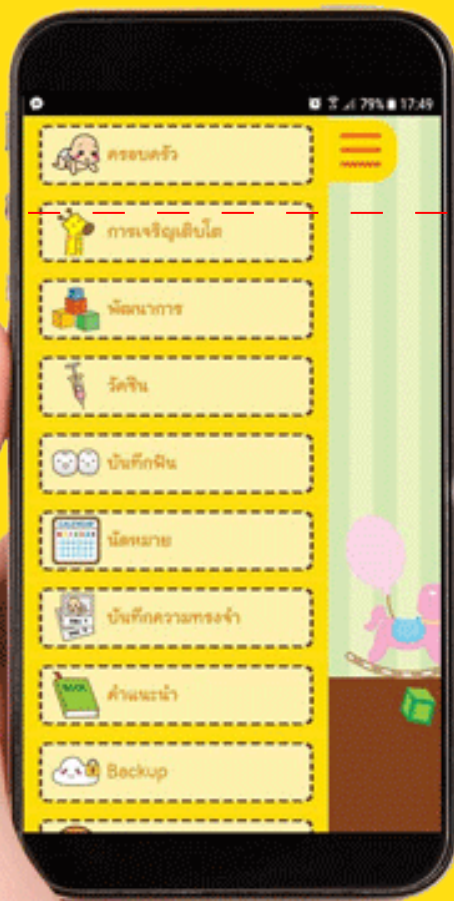
ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4786>

“แอปพลิเคชัน KhunLook” ตัวช่วยพ่อแม่ยุคไฮเทค

เด็กวัยแรกเกิดจนถึง 3 ปี เป็นวัยสำคัญที่สมองและร่างกายมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการอย่างเต็มที่ หากได้รับการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม จะส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการเต็มศักยภาพ พร้อมทั้งจะเรียนรู้และเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพในอนาคต แต่ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือ พ่อแม่ ผู้ปกครองขาดความรู้ที่ถูกต้องจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ขาดการติดตาม การส่งเสริมดูแลเด็กที่ต่อเนื่อง ด้วยปัจจัยของไลฟ์สไตล์ที่เปลี่ยนไป ทั้งด้านเวลา ความสะดวก ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล การลืมหรือขาดช่วงของการดูแล ฯลฯ ดังนั้นการส่งเสริมและพัฒนาเด็กไทย ในยุค Thailand 4.0 จึงผนวกไปกับการพัฒนาแอปพลิเคชัน ซึ่งเป็นช่องทางที่มีประสิทธิภาพช่องทางหนึ่ง และสามารถเข้าถึงไลฟ์สไตล์ของกลุ่มเป้าหมายในสังคมปัจจุบัน

งานวิจัยจึงได้พัฒนาแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์พกพา เพื่อให้ผู้ปกครองและบุคลากรทางสาธารณสุขมีความสะดวกในการประเมินและคัดกรองภาวะผิดปกติของการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสมกับวัย โดยมีการเตือนนัดการตรวจคัดกรองล่วงหน้า รวมถึงบันทึกข้อมูลสุขภาพและวัดขึ้นตามกำหนดการกำกับดูแลสุขภาพเด็ก ตลอดจนมีคำแนะนำที่ง่ายต่อการเข้าใจจากแหล่งที่เชื่อถือได้ สามารถเข้าถึงได้ สะดวกต่อการใช้งาน พกพาข้อมูลไปได้ทุกที่ รองรับการใช้งานในวงกว้าง ซึ่งหากดาวน์โหลดบนสมาร์ตโฟนแล้ว สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องเข้าถึงผ่านอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ยังสามารถสำรองข้อมูล เพิ่มเติมเนื้อหา และปรับปรุงองค์ความรู้ใหม่ได้อย่างรวดเร็วอีกด้วย



ที่มา

แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์พกพาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กไทย ปีที่ 2

นักวิจัยหลัก

พญ.สรณดี อารัมมิตร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4796>

04

“ต้นแบบสถานพยาบาล” เอื้อต่อการเยียวยา

สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา เป็นเรื่องที่สถานพยาบาลควรให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสิทธิภาพการรักษสถานพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษา และส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศแห่งความสุขในสถานพยาบาล ทั้งนี้จากงานวิจัยของ Roger Ulrich เรื่อง View through a window may influence recovery from surgery พบว่า สภาพแวดล้อมในสถานพยาบาล เช่น การมีหน้าต่างในห้องพักผู้ป่วยที่มองเห็นธรรมชาติ ไม่เพียงแต่ช่วยลดการใช้ยาแก้ปวดลงได้ แต่ผู้ป่วยยังฟื้นตัวเร็วขึ้น มีภาวะทางอารมณ์ที่ดี มีการบ่นและข้อร้องเรียนน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในห้องพักที่ไม่สามารถมองเห็นธรรมชาติ สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับการจัดห้องพักที่มีแสงสว่างธรรมชาติส่องถึง เมื่อเปรียบเทียบกับที่ผู้ป่วยอยู่ในอาคารเดียวกัน แต่มีแสงสว่างธรรมชาติส่องถึงน้อยกว่าร้อยละ 46 พบว่า ผู้ป่วยในห้องที่มีแสงสว่างมากกว่าจะมีความเครียดน้อยกว่า และใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่าร้อยละ 22 ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลในส่วนค่ายาแก้ปวดได้ถึงร้อยละ 21 (Walch et al.2005)

ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขจะสร้างสิ่งแวดล้อมอย่างไรให้เหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพกายและใจ ตลอดจนการรักษากายการต่างๆ ของผู้ป่วย รวมถึงส่งผลดีต่อผู้ให้บริการและญาติผู้ป่วยไปพร้อมกัน ซึ่งงานวิจัยพบว่าปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาในโรงพยาบาลมีอยู่ 2 ด้านคือ 1) เกิดจากปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐานที่ยังไม่เพียงพอ 2) ปัญหาของคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานและสุขภาวะของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังมีสื่อปริมาณมากที่ไม่มีคุณภาพติดตั้งอยู่ในระดับที่ทำให้รบกวนสายตาและเพิ่มความเครียดให้กับผู้มารับบริการ บ้ายบอกทางมีความสับสน ฯลฯ

งานวิจัยการออกแบบสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลให้เอื้อต่อการเยียวยา จึงเสนอต้นแบบของสถานพยาบาลที่เอื้อต่อการเยียวยา ซึ่งประกอบด้วย การจัดสถานที่ของหน่วยบริการควรมีพื้นที่สำหรับการพูดคุยที่มีความอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย มองเห็นสวนหรือแสงธรรมชาติ การจัดแสงสว่างในอาคาร/ห้องพัก/ห้องทำงาน ควรจัดแสงที่เหมาะสมกับการทำงาน หลีกเลี้ยงแสงที่แยงตา จัดให้มีแสงจากธรรมชาติเข้าในห้องพักหรือหอผู้ป่วย การทาสีของอาคาร/ห้องพัก/ห้องทำงาน ควรใช้สีที่ปรากฏอยู่ตามธรรมชาติ (สีเขียวโทน) หลีกเลี้ยงการใช้แม่สี เน้นสีที่สร้างความสดใสบายตา การปรับภูมิทัศน์/การจัดสวน ควรปรับภูมิทัศน์เพื่อความสวยงาม สดชื่น มีกลิ่นหอมอ่อนๆ ปลุกต้นไม้ที่ให้ร่มเงาด้านที่มีแสงแดด โดยปลูกพันธุ์ไม้ที่เหมาะสมกับภูมิอากาศและง่ายต่อการดูแล

ทั้งนี้งานวิจัยดังกล่าว เน้นการศึกษาแนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ พร้อมเน้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มุ่งสร้างเครื่องมือระเบียบวิธีที่เอื้อต่อการเยียวยา ส่งเสริมคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย

ที่มา

การออกแบบสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลให้เอื้อต่อการเยียวยา ปีที่ 2

นักวิจัยหลัก

นายโกศล จิงเสถียรทรัพย์ นักวิจัยอิสระ

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4797>

05

“เทคนิค” สร้างแรงจูงใจ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดี ไม่มีโรค NCD

CHA



ที่มา

การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2

นักวิจัยหลัก

นพ.ไชยวัฒน์ ทายาวีวัฒน์ เขตบริการสุขภาพที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4800>

โรค NCD หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่นับวันจะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นในด้านสาธารณสุขหรือระบบสุขภาพของประเทศ ส่งผลในภาพรวมพบว่า คนไทยเป็นโรค NCD ประมาณ 14 ล้านคน และเสียชีวิตปีละเกือบ 300,000 คน และสถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาครัฐต้องเลียบงบประมาณในการรักษาพยาบาลถึง 335,359 ล้านบาทปี

ผลการวิจัยพบว่า การใช้เทคนิค MI (Motivational Interviewing) หรือเรียกว่าเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) คิดค้นโดย Miller & Rollick เพื่อใช้ในการบำบัดผู้ดื่มสุรา โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีหลักการสำคัญคือ 1) การสร้างความร่วมมือมากกว่าการเผชิญหน้าหรือเป็นคนละพวก 2) การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากการปรึกษามากกว่าการแนะนำสั่งสอน 3) การสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง มากกว่าการเชื่องฟังและทำตาม โดยใช้ MI ในกลุ่มเสี่ยง จะช่วยป้องกันหรือลดอัตราการป่วยใหม่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และช่วยให้ควบคุมการดำเนินของโรคและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงดีกว่ากลุ่มป่วย และในโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าโรคเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อให้รูปแบบและระบบการใช้เทคนิค MI เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้บริหารระดับสูงควรให้การสนับสนุน โดยกำหนดเป็นนโยบายหลัก และกำหนดรูปแบบการใช้เทคนิค MI ที่ชัดเจน ควบคู่กับการพัฒนาทักษะการใช้ MI และจัดทำคู่มือสำหรับใช้ในการดำเนินงาน ฯลฯ

มะเร็งลำไส้ใหญ่ สาเหตุตายติดอันดับ 1 ใน 3 ป้องกันได้แค่ตรวจคัดกรอง

มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นมะเร็งที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของทั่วโลก ในประเทศไทยมะเร็งลำไส้ใหญ่จัดเป็นมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตติด 1 ใน 3 ของประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรอง และให้เริ่มตรวจคัดกรองในประชากรทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งหากแต่ละประเทศมีการกำหนดแนวทางการตรวจคัดกรองที่เหมาะสม และชัดเจน ไม่ว่าจะเป็น การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ฯลฯ จะสามารถลดอัตราการเกิดโรคและเสียชีวิตให้ได้มากที่สุด

งานวิจัยเสนอแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายเกินจำเป็น โดยแนวทางสำคัญๆ ที่พบคือ

1. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ควรเริ่มเมื่ออายุ 50 - 75 ปี ในประชากรทั่วไป แต่ถ้ามีญาติลำดับที่ 1 เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ควรเริ่มตรวจที่อายุ ลบ 10 ปี จากอายุที่ญาติถูกวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. การประเมินความเสี่ยงทางคลินิกอาศัยปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ และประวัติญาติลำดับที่ 1 เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
3. การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการตรวจคัดกรองฯ ประชาชนทั่วไป โดยกำหนดค่าจุดตัดปริมาณฮีโมโกลบินที่ 150 ng/ml ซึ่งเป็นระดับจุดตัดที่สามารถวินิจฉัยโรคได้และไม่ส่งผลให้เกิดการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยไม่จำเป็น
4. ผู้ที่มีผล FIT เป็นบวกทุกรายควรได้รับการตรวจสอบส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อการวินิจฉัย หากผล FIT เป็นลบ แนะนำให้ตรวจคัดกรองด้วย FIT ทุก 1-2 ปี



ที่มา

การศึกษาการใช้ Asia-Pacific Colorectal Cancer Risk Score และการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test) ในการช่วยตรวจคัดกรองเนื้องอกลำไส้ใหญ่ในประเทศไทย

นักวิจัยหลัก

ศ.พ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4802>

07

ระบบทะเบียนออนไลน์ โรคไตไกลเมอร์ลิส เชื่อมต่อการรักษาและช่องทางการดูแล ที่มีประสิทธิภาพ



ที่มา	การปรับปรุงผลทางคลินิกในการรักษาโรคไต ผ่านระบบทะเบียนโรคไตไกลเมอร์ลิส ในประเทศไทย ปีที่ 2
นักวิจัยหลัก	ผศ.พญ.รัตนา ชวนะสุนทรพจน์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4803



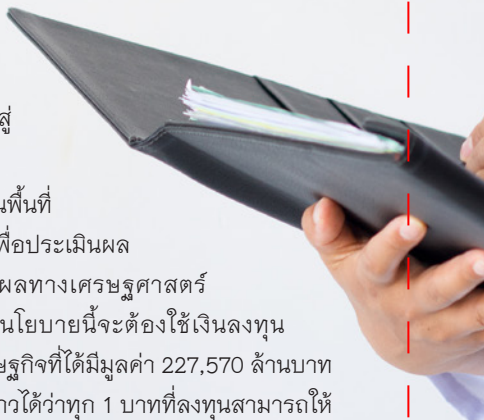
โรคไตวายระยะสุดท้ายมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงเป็นสาเหตุของค่าใช้จ่ายที่สูงในระบบสาธารณสุข ซึ่งการป้องกันการเกิดโรคไตวายระยะสุดท้ายสามารถทำได้โดยการดูแลและรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก แต่ปัญหาของการรักษาที่พบส่วนใหญ่คือ การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ความร่วมมือของเครือข่ายในการติดตามผู้ป่วย ทั้งนี้โรคไตอักเสบโกลเมอรูลัสเป็นสาเหตุของโรคไตวายระยะสุดท้ายที่พบบ่อยอันดับ 3 ในประเทศไทย

งานวิจัยพบว่า โรคไตโกลเมอรูลัสที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) Lupus nephritis 2) IgA nephropathy และ 3) focal segmental glomerulosclerosis ซึ่งทั้ง 3 โรคนี้เป็นสาเหตุที่พบบ่อยสุดของการเกิดไตวายในประเทศไทย ผลจากการพัฒนาระบบทะเบียนโรคโกลเมอรูลัสและการขยายเครือข่ายสู่โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ ทำให้สามารถติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะยาวได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสามารถแสดงผลและปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ต่างๆ ของโรคฯ ซึ่งโปรแกรม Online registry สามารถส่งต่อข้อมูลภายในเครือข่ายสมาชิกได้ ทำให้เพิ่มช่องทางการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี

ประเมินนโยบายคลินิกหมอบรรพช. “คุ้มหรือไม่” ก่อนตัดสินใจเซ็นนโยบาย

จากปัญหาความแออัดและการเข้าถึงบริการ รวมทั้งความสะดวกและต่อเนื่องของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาป้องกันหรือควบคุมโรคในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่อยู่ห่างไกลจากที่อยู่อาศัย ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาจำนวนมากขึ้น ส่วนหนึ่งจึงเป็นที่มาของนโยบายคลินิกหมอบรรพช. ภายใต้แนวคิด การดูแลผู้ใช้บริการอย่างใกล้ชิด “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” โดยทีมบุคลากรสาธารณสุขหลากหลายวิชาชีพ นับเป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่จัดให้มีทีมหมอบรรพช. 1 ทีมต่อประชาชน 10,000 คน ซึ่งนโยบายดังกล่าวต้องการพัฒนาทั้งด้านบุคลากร โครงสร้างและระบบในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า และต้องการข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการลงทุนดำเนินนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยจึงทำการสำรวจและเก็บข้อมูลจริงในพื้นที่และวิเคราะห์ฐานข้อมูลร่วมกับการใช้แบบจำลอง เพื่อประเมินผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจากการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์นโยบายดังกล่าวมีความคุ้มค่ากล่าวคือ ถึงแม้ว่านโยบายนี้จะต้องใช้เงินลงทุน 50,000 ล้านบาทในระยะเวลา 10 ปี ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจที่ได้มีมูลค่า 227,570 ล้านบาทหรือมากกว่าเงินลงทุนในสัดส่วน 1 ต่อ 4.55 หรือกล่าวได้ว่าทุก 1 บาทที่ลงทุนสามารถให้ค่าตอบแทน 4.55 บาท โดยการประเมินผลดังกล่าวอยู่บนสมมติฐานสำคัญว่า นโยบายนี้จะประสบความสำเร็จ หากทำให้ผู้ป่วยย้ายมารับบริการรักษาโรคที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อย ร้อยละ 6





ของจำนวนปัจจุบันที่รับ
บริการในโรงพยาบาล
ขนาดใหญ่ มีการทำให้
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูงสามารถ
ควบคุมโรคได้ดี ส่งผลให้
ป้องกันโรคแทรกซ้อน
และการเสียชีวิตจาก
โรคแทรกซ้อนเหล่านั้น
ได้อย่างน้อย 17,889 คน
ในเวลา 10 ปี มีการเพิ่ม
การเข้าถึงการคัดกรอง
โรคเบาหวานและความดัน
โลหิตสูง หรือมีผู้ป่วยที่
วินิจฉัยโรคได้เพิ่มขึ้น ฯลฯ

ที่มา

การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิก
หมอบรรเทา

นักวิจัยหลัก

พว.ยศ ตีระวัฒนานนท์ มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4804>

09

ผู้ป่วย: “ผมป่วยจึงจำเป็นต้องมาหา”

หมอ: “คุณยังไม่ป่วยไม่จำเป็นต้องมาหาผม”



ที่มา	ความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์
นักวิจัยหลัก	ดร.อุษณีย์ อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4805

หนึ่งในข้อโต้แย้งสำคัญที่มักถูกยกขึ้นมาจากฝ่ายผู้ให้บริการเพื่อคัดค้านการให้รักษาฟรีภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ “การที่รัฐบาลจัดการรักษาฟรีให้แก่ประชาชน นำไปสู่การเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นหรือเกินจำเป็นจำนวนมาก ทำให้ประชาชนไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง และเป็นภาระต่องบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ” ขณะที่ในมุมมองของผู้ป่วยหรือประชาชน “การมารักษาพยาบาลไม่ใช่กิจกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และมีค่าใช้จ่ายซึ่งการมาโรงพยาบาลเป็นเพราะความจำเป็นทางสุขภาพ”

ดังนั้นการเก็บข้อมูลจากงานวิจัยเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงข้อเท็จจริงของความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล จึงเป็นประเด็นสำคัญของการคลี่คลายข้อโต้แย้งดังกล่าว ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มารับบริการโดยไม่มี ความจำเป็น แต่ระดับความจำเป็นในมุมมองของแพทย์จะแตกต่างกับผู้ป่วย อยู่ที่ระดับ 40-50% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ ซึ่งวิธีจัดการปัญหาที่ดีกว่าในประเด็นนี้คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น และมีแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยว่าควรดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรก่อนมาโรงพยาบาล และแนวทางการประเมินเบื้องต้นว่าอาการอย่างไรที่สมควรมาพบแพทย์ ส่วนด้านผู้บริหารโรงพยาบาลต้องสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานให้แก่แพทย์ หากแพทย์มีความพึงพอใจกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานแล้ว มุมมองต่อความจำเป็นระหว่างผู้ป่วยและแพทย์น่าจะสอดคล้องกันมากขึ้น สำหรับประเด็นการร่วมจ่ายแบบอัตราเดียวหรือไม่นั้น ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของนโยบายหลักประกันสุขภาพพบว่า จะลดจำนวนการเข้ารับบริการของผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยที่จำเป็นและไม่จำเป็นในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

“เพิ่มศักยภาพ อสม.” ให้เติบโตได้มากกว่าคนดูแลสุขภาพชุมชน

ที่ผ่านมาอาจยังพบข้อจำกัดในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่บ้างตามขีดความสามารถเฉพาะบุคคล ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างบทบาท อสม. ให้มีศักยภาพในด้านต่างๆ อย่างเหมาะสมกับบริบทของชุมชนพื้นที่นั้นๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาการทำงานของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

อสม. นับเป็นทรัพยากรบุคคลและเครือข่ายสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ หากกระบวนการสุขภาพจะจัดการดูแลประชาชนอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในชุมชน ปฏิเสธไม่ได้ว่า อสม. คือกำลังคนและด่านจิตสำคัญในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพคนในพื้นที่ โดยเฉพาะการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

งานวิจัยจึงได้พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนนาเคียน จ.นครศรีธรรมราช โดยมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็น การสำรวจคนพิการสูงอายุ การชี้แจงให้อสม. เข้าใจบทบาทของการเป็นผู้จัดการรายกรณี การจัดอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ อสม. เช่น การประเมินและการคัดกรองภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะโภชนาการ การประเมินและดูแลสุขภาพช่องปาก ฯลฯ การจัดทีมในการลงพื้นที่ดูแลและฟื้นฟูคนพิการสูงอายุในชุมชน การบันทึกการลงเยี่ยม การรวบรวมข้อมูล การกำกับติดตามการปฏิบัติงานของ อสม. และการประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือหรือดูแลคนพิการสูงอายุ



ทั้งนี้รูปแบบการดูแลดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้และขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ ตลอดจนอุดช่องว่างของปัญหาหรือข้อจำกัดต่างๆ ของการดูแลคนพิการสูงอายุ ที่ต้องใช้ทักษะความชำนาญ ค่าใช้จ่าย ความอดทน และความรักความเข้าใจไปได้อย่างมาก ที่สำคัญเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนพิการสูงอายุ และ อสม. ในชุมชน พัฒนาเป็นเหมือนเครือญาติที่พึ่งพาอาศัยกันตลอดไป

ที่มา

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายการณในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

นักวิจัยหลัก

นางวรัญญา จิตบรรทัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4808>

“ระบบออนไลน์” ข้อมูลสำรวจสุขภาพ เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนไทย เข้าถึงง่ายแค่ปลายนิ้วคลิก

การใช้ข้อมูลวิจัยเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายสุขภาพของประเทศ เป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าทิศทางนโยบายต่างๆ จะมีโอกาสของความสำเร็จได้มากน้อยเพียงไร รวมถึงข้อมูลดังกล่าวมีระบบการแสดงผลข้อมูลที่หลากหลาย ถูกต้อง รอบด้าน และการจัดเก็บข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์หรือขยายผลเชื่อมโยงกับข้อมูลการพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศในด้านอื่นๆ ตลอดจนเป็นระบบที่สะดวก รวดเร็วต่อการเข้าถึงด้วยแล้วนั้น นับว่าเป็นระบบที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ที่มา	การวิจัยและพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายบนอินเทอร์เน็ต ระยะที่ 2
นักวิจัยหลัก	บว.พนิจ ฟาอำนวยผล สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4809

ตั้งนํานงานวิจัยและการพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายบนอินเทอร์เน็ต จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นระบบหรือช่องทางเสริมการนำเสนอในรูปแบบรายงาน โดยผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทางเว็บไซต์ผ่านทาง www.hiso.or.th/healthexamreport และสามารถเลือกข้อมูลหรือตัวแปรเพื่อการเปรียบเทียบได้ตามต้องการ รวมถึงการแสดงผลข้อมูลแนวโน้ม เปรียบเทียบระหว่างครั้งของการสำรวจ ซึ่งงานวิจัยได้แสดงผลข้อมูลการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 ปี 2547 ครั้งที่ 4 ปี 2552 และครั้งที่ 5 ปี 2557 โดยมีรายการข้อมูลผลลัพธ์ที่นำเสนอในระบบรวม 17 หมวด 63 รายการ ในรูปแบบของกราฟแท่ง ซึ่งข้อมูลได้แสดงถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายและพื้นที่เป้าหมายของปัญหาสุขภาพ การกระจายของระดับความรุนแรงของปัญหา การแสดงแนวโน้มของปัญหาสุขภาพ ฯลฯ ทั้งนี้ระบบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า สามารถนำข้อมูลไปขยายผลต่อยอดในการขับเคลื่อนเชิงประเด็นหรือเชิงระบบ รวมถึงการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องได้อย่างกว้างขวาง

สิทธิเด็กต่างด้าว: สิทธิพึงได้ เพื่อสุขภาพของเด็ก-สุขภาพของคนไทย

การแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนที่อาจมีผลกระทบเกี่ยวข้องกับสุขภาพคนไทย เป็นประเด็นเชิงนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งให้ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าประเด็นสุขภาพด้านอื่นๆ ด้วยเพราะอัตราการเกิดของเด็กต่างด้าวที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ขณะที่จำนวนการเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพมีค่อนข้างน้อย อาจส่งผลให้เด็กไม่ได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคอย่างเพียงพอ ตลอดจนขาดการรักษาป้องกันโรคตามมาตรฐานสากล ขาดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กและการเกิดโรคต่างๆ ที่เป็นภัยทางสาธารณสุขขยายวงกว้างออกไป

งานวิจัยการจัดระบบและคาดการณ์งบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กต่างด้าวมีข้อเสนอให้ภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขที่ควรกำหนดให้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค





เป็นสิทธิพื้นฐานที่เด็กทุกคนพึงได้รับ โดยปราศจากอุปสรรคทางการเงินการคลัง และอุปสรรคเงื่อนไขทางสัญชาติ ซึ่งในระยะสั้นควรมุ่งเน้นที่บริการบางส่วนให้ชัดเจน เช่น การให้วัคซีนพื้นฐาน โดยตัดออกมาจากสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ให้เป็นบริการในพื้นที่กับเด็กต่างด้าวทุกคน นอกจากนี้ภาครัฐควรพิจารณาลงทุนในเรื่องวัคซีนเพิ่มเติม ซึ่งจากการคำนวณมีมูลค่าระหว่าง 26.4–73.9 ล้านบาท และสิ่งที่น่าจะแก้ไขได้ง่ายที่สุดในระยะเร่งด่วนคือ การขยายอายุการเข้าสู่ประกันสุขภาพเด็กต่างด้าวจาก 7 ปี เป็น 15–18 ปี เพื่อลดปัญหาเด็กที่อาจตกหล่นจากการประกันสุขภาพในช่วง 8–15 ปี และเป็นการทำให้การประกันสุขภาพสำหรับเด็กต่างด้าวสอดคล้องกับมาตรฐานในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ที่มา

การจัดระบบและคาดการณ์งบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กต่างด้าว

นักวิจัยหลัก

ดร.นว วัระศักดิ์ พุทธาศรี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4799>

13

สูงวัยสุขภาพดีมีคุณค่า
ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง



ที่มา	การพัฒนาหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
นักวิจัยหลัก	ดร.โสภณา สุดสมบูรณ์ สาขาวิชาบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4825

สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี จนสังคมก้าวไปสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” โดยองค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่า ในปี 2544 – 2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านั้นจะมีฐานะยากจน ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจที่แต่ละประเทศต้องเตรียมรับมือและวางแผนรองรับอย่างเป็นระบบ

งานวิจัยจึงได้พัฒนาหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง ตลอดจนวิธีการดูแลฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ยืดเวลาการเกิดความเจ็บป่วย หรือเพื่อบรรเทาการเจ็บป่วย และลดความพิการหรือทุพพลภาพ โดยมีแนวทางปฏิบัติตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านโภชนาการ 5) ด้านการจัดการความเครียด ร่วมกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่มุ่งเน้นให้ยึดทางสายกลาง การมีความสมดุลพอดี รู้จักพอประมาณ มีเหตุผล มีระบบภูมิคุ้มกัน รู้เท่าทันโลก และมีคุณธรรมจริยธรรม

วิจัยคลินิก-กฤษฎาไช เพื่องานอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่

“คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)” เป็นกลไกที่สำคัญกลไกหนึ่งตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด แต่จากการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2557 - 2559 พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงานตามมติของคณะกรรมการฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานหลักในการสนับสนุนส่งเสริมให้มีการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุข โดยให้ คสจ. เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ ซึ่งได้ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานของ คสจ.

งานวิจัยสะท้อนข้อมูลที่เป็นจุดคลิสิกความสำเร็จ ไม่ว่าจะเป็น การให้ความสำคัญกับประเด็นการขับเคลื่อนงานของผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด การดำเนินงานตามมติที่ประชุมอย่างมีประสิทธิภาพของเลขาธิการ คสจ. ความสอดคล้องของมติที่ประชุม คสจ. กับนโยบายของประเทศและนโยบายจังหวัด การสนับสนุนและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิบัติตามมติที่ประชุม คสจ. ตลอดจนการสนับสนุนทางด้านวิชาการของศูนย์อนามัยเขต และกรมอนามัย ฯลฯ ทั้งนี้ข้อมูลสำคัญที่ได้จากงานวิจัยถูกนำไปใช้ในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตลอดจนมีการติดตามการดำเนินงานที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



ที่มา	การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจร.)
นักวิจัยหลัก	รศ.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4828

15

“ชุมชนฮ้องห้า”
จับมือเพื่อนภาคีสร้างทีมดูแล
ผู้สูงวัยป่วยติดเตียง



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง มีประชากรรับผิดชอบ 3 ชุมชน รวม 3,183 คน โดยมีประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป จำนวน 859 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการป่วยติดบ้านและติดเตียง จำนวน 62 คน ซึ่งพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงบางรายไม่มีคนในครอบครัวดูแล บางรายขาดการเข้ารับบริการที่ต่อเนื่อง ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ข้อติด การหกล้ม และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา

ชุมชนส่องห้า จึงได้มีการพัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายบริการสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ผ่านรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยจับมือ 3 ภาคร่วม ได้แก่ ภาควิชาการสุขภาพ เช่น อสม. เทศบาล ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ภาควิชาการชุมชน/ท้องถิ่น เช่น รพ.สต. รพ.ชุมชน รพ.ศูนย์ และภาควิชาการสังคม เช่น พัฒนาสังคมจังหวัด ร่วมออกแบบแนวทางการทำงาน การเรียนรู้อบรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ควบคู่ไปกับการปฏิบัติ การจัดสรรทีม อสม. ร่วมกับญาติผู้ดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น อาบน้ำเช็ดตัว การจัดเตรียมยา/อาหาร การพาไปพบแพทย์ การประเมินความรุนแรงจากการเจ็บป่วยเพื่อการส่งต่อ การใช้เครื่องมือสื่อสารผ่านไลน์ (CG ส่องห้า) เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารและให้ความช่วยเหลือกันได้อย่างทันทั่วทั้งทีมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นับเป็นการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่เกิดจากการระดมสรรพกำลังในชุมชนและภาคีเกี่ยวข้อง มาร่วมแก้ไขปัญหาด้วยการพึ่งตนเองอย่างมีระบบ

ที่มา

การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ส่องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง)

นักวิจัยหลัก

นางสุมิตรา วิชา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4827>

วิจัยประยุกต์ใช้สาร เบต้า-ดี-กลูแคน ลดการตาย-ลดอันดับแชมป์ การเกิดโรคฟิโทโอซิสของประเทศ

“โรคฟิโทโอซิส” (pythiosis) เป็นโรคติดเชื้อชนิดหนึ่งที่ก่อโรคในคน ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมและสัตว์ปีก มีอันตรายถึงแก่ชีวิต โดยมักพบการติดเชื้อในหลอดเลือดแดงและบริเวณกระดูกตา ทั้งนี้มักจะเกิดอุบัติเหตุการณ์ของโรคในประเทศเขตร้อนชื้น ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศที่มีรายงานการเกิดโรคฟิโทโอซิสในคนสูงที่สุดในโลก โดยในปี 2549 มีรายงานผู้ป่วยโรคฟิโทโอซิส จำนวน 100 ราย ทั่วประเทศไทย แต่ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานชัดเจน ด้วยเพราะเชื่อที่เป็นสาเหตุก่อโรคไม่ใช่เชื้อราที่แท้จริง การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะต้านเชื้อราจึงให้ผลไม่ดีเท่าที่ควร รวมทั้งความรู้ความเข้าใจในกลไกการเกิดโรครังกล่าวยังมีอยู่น้อยมาก

วิจัยนวัตกรรมทางความรู้พบว่ารูปแบบการเปลี่ยนแปลงของระดับสาร BG และระดับไซโตไคน์ ทั้งชนิด IFN- γ และชนิด IL-17 เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในตัวชี้วัดทางชีวภาพที่สามารถประยุกต์ใช้ในการตรวจติดตามผลการรักษาและทำนายการดำเนินไปของโรคที่มีหลักฐานชัดเจน สามารถประเมินค่าได้ในเชิงปริมาณ รวมถึงสามารถบ่งชี้ถึงผลการรักษาและการดำเนินไปของโรคได้ ซึ่งผลจากงานวิจัยมีความสำคัญอย่างมากในกระบวนการรักษาและป้องกัน/ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานของรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของระดับไซโตไคน์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยโรคฟิโทโอซิส

ที่มา

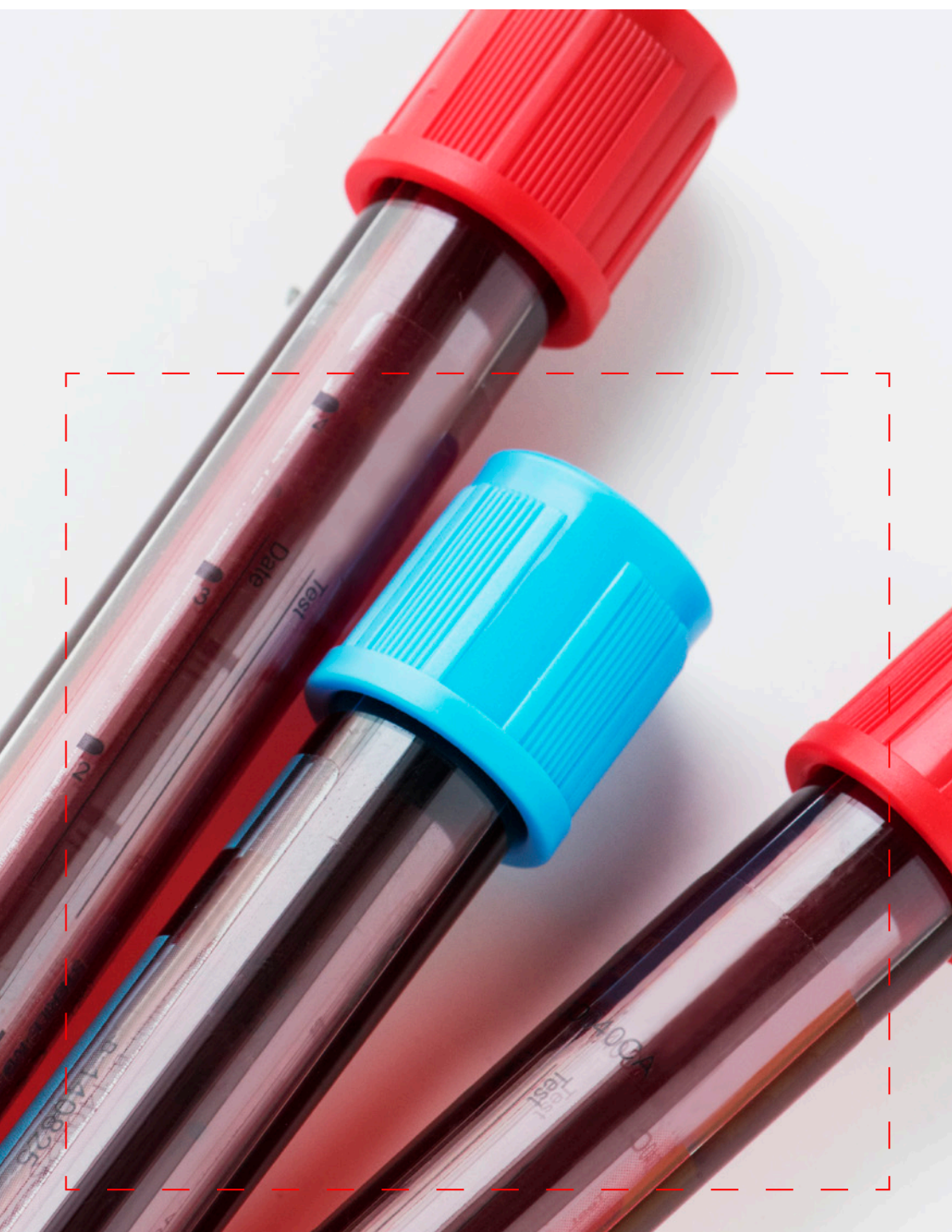
การประยุกต์ใช้สาร (1- $\rightarrow$ 3)-เบต้า-ดี-กลูแคน: ตัวชี้วัดทางชีวภาพเพื่อการตรวจติดตามโรคฟิโทโอซิสในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ immunotherapy

นักวิจัยหลัก

ศศ.ดร.อริยา จินดาบพร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4838>



วิจัยเพิ่มประสิทธิภาพ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดเจ็บ ปวด ตายของหญิงไทย

ปัจจุบัน “มะเร็งปากมดลูก” นับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกมากกว่า 500,000 รายต่อปี และในจำนวนนี้ พบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 50% สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 2 ในผู้หญิงไทย ทั้งๆ ที่สามารถป้องกันได้ หากตรวจพบความผิดปกติและได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยการตรวจคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจุบันการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะใช้เทคนิค Pap smear และเทคนิคการตรวจ DNA ของเชื้อไวรัส HPV หากแต่วิธีการดังกล่าวยังมีจุดด้อยคือ ราคาแพง และมีผลบวกสูงสูง ดังนั้นควรมีวิธีการตรวจคัดกรองที่สามารถทำอย่างแม่นยำ ง่าย สะดวก ราคาถูก และไม่ต้องพึ่งพาบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะ เพื่อให้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้กว้างขวางมากขึ้น

ผลสำเร็จของงานวิจัย สามารถพัฒนาต้นแบบชุดตรวจแอนติเจน HPV16E6 ที่มีความไวในการตรวจจับโปรตีนบริสุทธีที่ไม่น้อยกว่า 312.5 นาโนกรัม ในเวลา 15 นาที และมีความจำเพาะต่อ HPV16 และพัฒนาวิธีการตรวจการเกิดภาวะเมธิลเลชั่นของยีน L1 ของเชื้อ HPV16 โดยพบว่าตำแหน่ง CpG 5600 และ 5609 มีค่าสูงในเซลล์มะเร็งปากมดลูก แต่มีค่าต่ำในกลุ่มภาวะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งต้นแบบชุดตรวจฯ และวิธีการตรวจฯ ดังกล่าว สามารถนำไปสนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม และช่วยลดงบประมาณที่ต้องสูญเสียของประเทศลงได้เป็นอย่างมาก

ที่มา

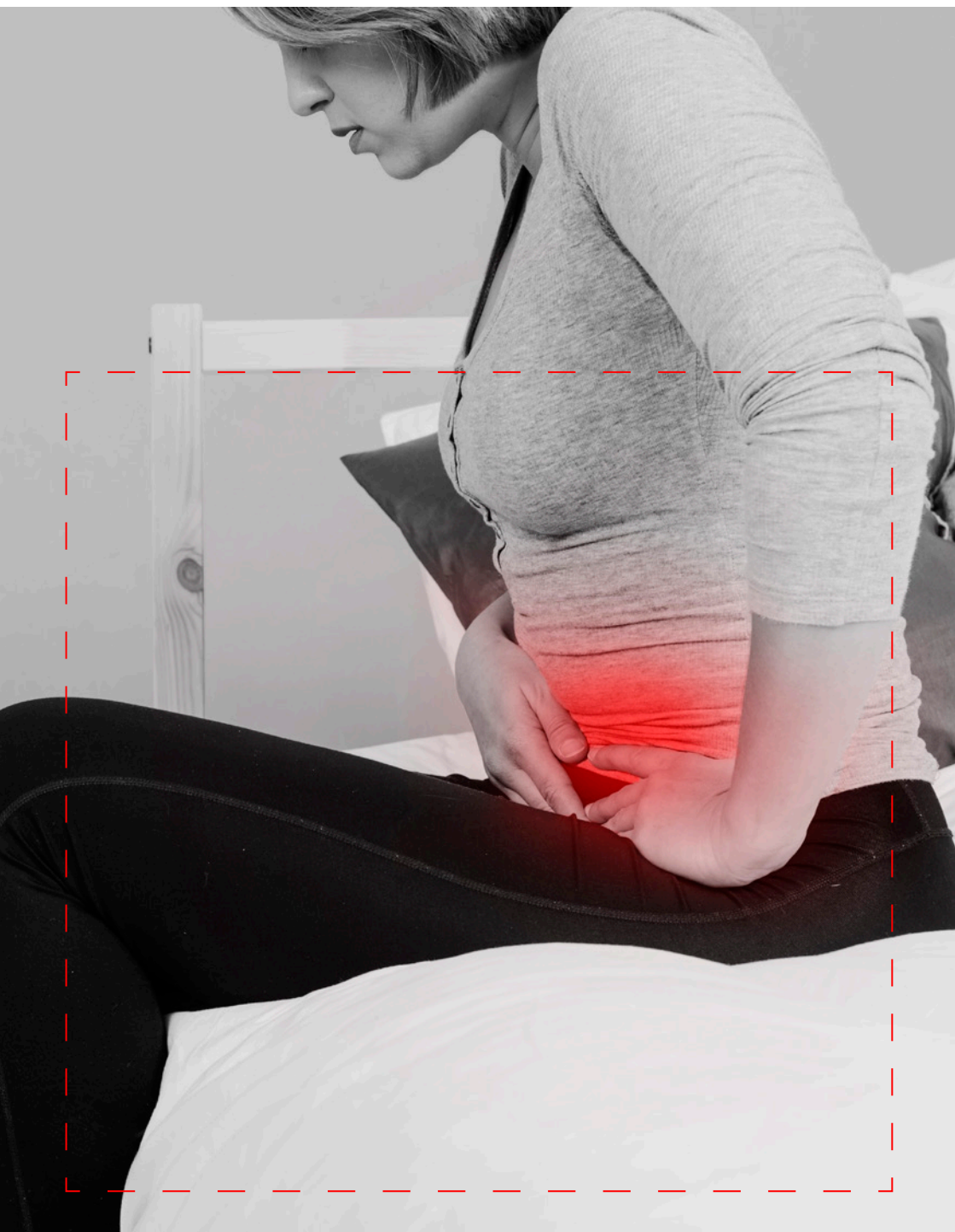
การวิจัยเพื่อคิดค้นและพัฒนาเทคนิคใหม่ในการตรวจหาไวรัสก่อมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้นและโรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

นักวิจัยหลัก

รศ.ดร.ภาวพันธ์ ภักธโกศล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดาวน์โหลดงานวิจัย

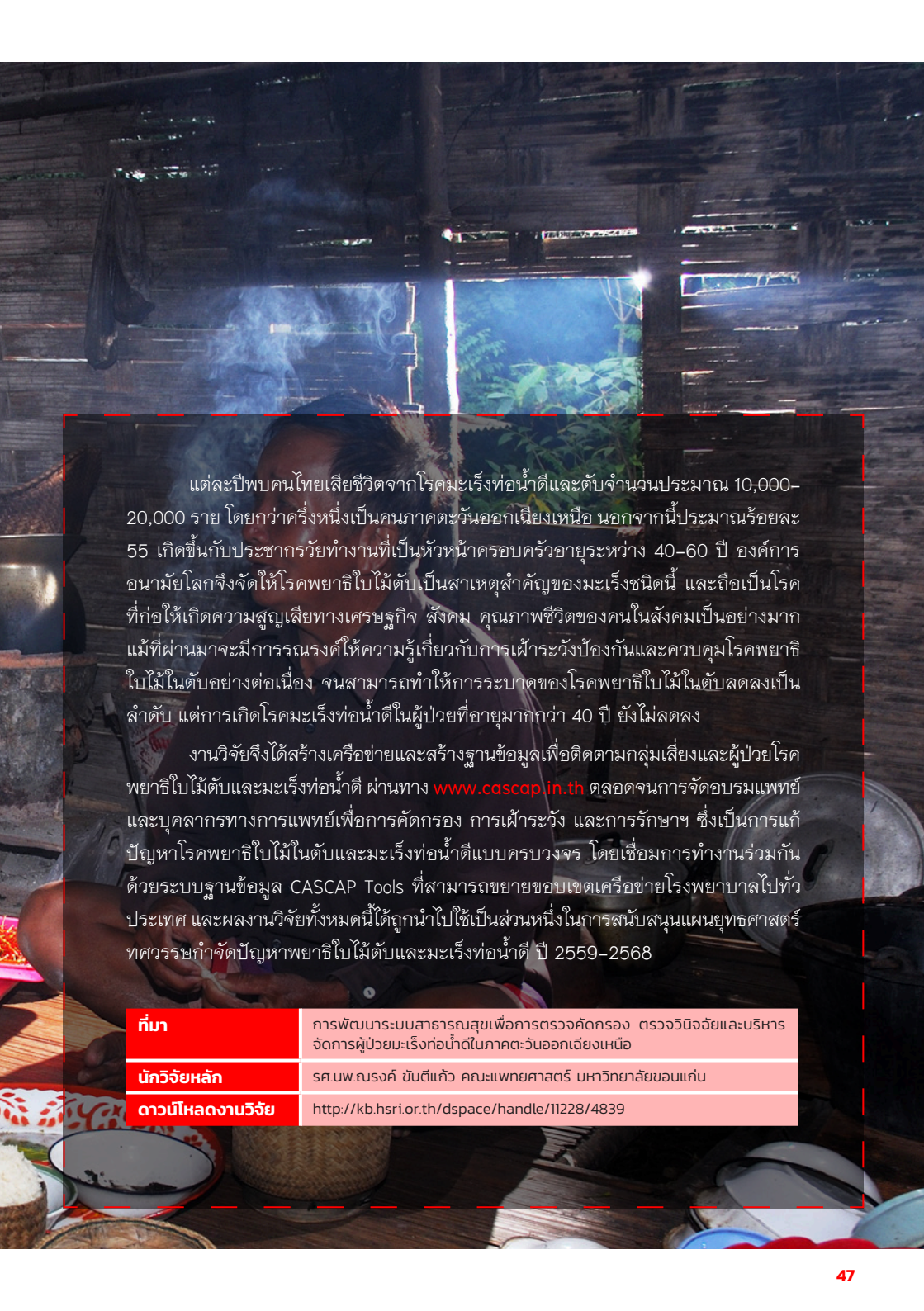
<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4837>



18

วิจัยพัฒนาระบบแก้ปัญหายาธิปไตย
ป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีแบบครบวงจร





แต่ละปีพบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับจำนวนประมาณ 10,000–20,000 ราย โดยกว่าครึ่งหนึ่งเป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้ประมาณร้อยละ 55 เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัวอายุระหว่าง 40–60 ปี องค์การอนามัยโลกจึงจัดให้โรคมะเร็งตับเป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งชนิดนี้ และถือเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก แม้ที่ผ่านมาจะมีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับในตับอย่างต่อเนื่อง จนสามารถทำให้การระบาดของโรคมะเร็งตับในตับลดลงเป็นลำดับ แต่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปี ยังไม่ลดลง

งานวิจัยจึงได้สร้างเครือข่ายและสร้างฐานข้อมูลเพื่อติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ผ่านทาง www.cascap.in.th ตลอดจนการจัดอบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการคัดกรอง การเฝ้าระวัง และการรักษา ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาโรคมะเร็งตับในตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบครบวงจร โดยเชื่อมการทำงานร่วมกันด้วยระบบฐานข้อมูล CASCAP Tools ที่สามารถขยายขอบเขตเครือข่ายโรงพยาบาลไปทั่วประเทศ และผลงานวิจัยทั้งหมดนี้ได้นำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559–2568

ที่มา

การพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นักวิจัยหลัก

รศ.นพ.ณรงค์ ชันดีแก้ว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4839>

ทางเลือกใหม่ของการค้นหา “โรคไต” ในผู้ป่วยเบาหวาน

รู้หรือไม่ว่า ผู้ป่วยเบาหวาน เสี่ยงเป็นโรคไตวายได้ !!

ภาวะแทรกซ้อนจากความผิดปกติของไต มักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากภาวะอ้วน ไขมันในเลือด ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย จะส่งผลให้ไตทำงานหนักขึ้น และมีโอกาสเกิดโรคไตนำไปสู่ภาวะไตวายได้ และปัญหาสำคัญคือ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนหนึ่งอาจยังไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว ปัจจุบันมีวิธีในการตรวจคัดกรองหา “ไมโครแอลบูมินูเรีย” โปรตีนชนิดหนึ่งที่พบในผู้ป่วยโรคไต โดยการตรวจด้วยการจุ่มแถบปัสสาวะที่มีค่าใช้จ่าย ครั้งละ 80 บาท แต่การตรวจต้องตรวจถึง 3 ครั้ง จึงจะประเมินได้ว่าผู้ป่วยกำลังเผชิญกับโรคไต

งานวิจัยประสิทธิผลการคัดกรองแบบใหม่ เป็นอีกหนทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยวิธีการตรวจหา “ไมโครแอลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนนความเสี่ยง ฉบับปฐมภูมิ” ด้วยวิธีทางสถิติสร้างสมการประเมินค่าจากปัจจัยเสี่ยงในประวัติคนไข้ เช่น ไขมันไม่ดี น้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระยะเวลาป่วยเบาหวาน ประวัติเบาหวานบิดา/มารดา ผลการศึกษาพบว่า การตรวจประเมินสามารถใช้แทนการตรวจด้วยการจุ่มแถบตรวจปัสสาวะได้ มีค่าใช้จ่ายเพียง 40 บาทต่อราย ช่วยลดความยุ่งยากในการเดินทางไปตรวจคัดกรอง ถึง 3 ครั้ง เหมาะสำหรับใช้ประเมินผู้ป่วยในชุมชนที่ห่างไกลเมืองหรือพื้นที่ชนบท

ที่มา	ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของเครื่องมือคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐและเอกชน ในจังหวัดปทุมธานี
นักวิจัยหลัก	พศ.ดร.สิริมา มงคลสันตฤกษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4840



20

**วิจัยปรับทิศทาง ยกระดับการพัฒนา
“นโยบายหมอครอบครัว”**



ที่มา	โครงการวิจัยเพื่อการสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 3
นักวิจัยหลัก	ผศ.ดร.นพ.ภูติก เตชาดีวัฒน์ สำนักงานวิทยาลัยการจัดการระบบสุขภาพมหาวิทยาลัยนเรศวร
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4841

เพื่อลดปัญหาความแออัดและการเข้าถึงบริการ รวมทั้งความสะดวกและต่อเนื่องของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาป้องกันหรือควบคุมโรคในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่อยู่ห่างไกลจากที่อยู่อาศัย ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาจำนวนมากขึ้น ระบบบริการปฐมภูมิจัดให้มีระบบการแพทย์เข้ามาดูแลประชาชนในแต่ละพื้นที่ในสัดส่วนที่เหมาะสม

ซึ่งที่ผ่านมา ข้อมูลจากงานวิจัย โครงการวิจัยเพื่อการสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 3 ได้ถูกใช้เป็นเครื่องมือทบทวนการขับเคลื่อนนโยบายฯ โดยงานวิจัยพบว่า นโยบายหมอครอบครัวช่วยหนุนให้เกิดจุดแข็งของระบบบริการคือ มีการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น ประชาชนพอใจในบริการที่มีทีมแพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่

ทว่าในการศึกษายังพบช่องว่างที่จะเป็นโอกาสในการพัฒนา โดยเสนอให้นโยบายดังกล่าวมุ่งเน้น เร่งจัดบริการให้ครอบคลุมในเขตเมืองที่มีประชากรหนาแน่นก่อนการเร่งผลิตและพัฒนาพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสุขภาพของผู้สูงวัยเขตเมือง เป็นต้น จากข้อเสนอข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขได้นำข้อมูลเชิงประจักษ์จากงานวิจัยนี้ ไปใช้ในการทบทวนนโยบายฯ ในคณะทำงานพัฒนาปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว พร้อมพัฒนาเป้าหมายการดำเนินงาน เช่น การทบทวนแผนการจัดตั้งคลินิกฯ โดยให้มีทีมประเมินความเหมาะสม จัดตั้งทีมหมอครอบครัวที่เน้นการพัฒนาที่เขตเมืองก่อน เพื่อให้ดำเนินงานได้จริงตามเกณฑ์เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

ศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในรอบ 10 ปี สะท้อนความปลอดภัย - คุณภาพบริการงานวิสัญญี

งาน **“วิสัญญี”** หรือการให้ยาชา/ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหรือศัลยกรรม จัดเป็นงานบริการทางการแพทย์ที่มีความสำคัญ ทั้งนี้ ข้อมูลจากโครงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทย ปี 2547-2548 จากฐานข้อมูล 200,000 ราย ใน 20 โรงพยาบาล พบอุบัติการณ์ภาวะหัวใจหยุดเต้นภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วย ผ่าตัดหลังได้รับยาระงับความรู้สึก คิดเป็น 31 คนต่อประชากร 10,000 คน และมีอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุใน 24 ชั่วโมงหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด คิดเป็น 28 คนต่อประชากร 10,000 คน ซึ่งถือว่ามียัตถส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับต่างประเทศ เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่มีการเสียชีวิต 8 คนต่อประชากร 10,000 คน ทำให้ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ทำการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติการเฝ้าระวังระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก ตลอดจนการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางวิสัญญีอย่างต่อเนื่อง

ผ่านมา 10 ปี ทีมวิจัย ร่วมกับ 22 โรงพยาบาล ทำการศึกษา **“อัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีจากการรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย”** อีกครั้งหนึ่งเพื่อทราบอุบัติการณ์ปัจจุบัน ปัจจุบันมา ปัจจัยลดอุบัติการณ์ ตลอดจนแนวทางในการป้องกันเพื่อลดอุบัติการณ์และความเสียหายจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จากฐานข้อมูล 333,219 ราย ใน 22 โรงพยาบาล ระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม 2558 โดยผลจากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับ 10 ปีก่อน พบว่า อุบัติการณ์ภาวะหัวใจหยุดเต้นภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยผ่าตัดหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ลดลงจาก 31 คน เหลือ 16 คนต่อประชากร 10,000 คน และอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุใน 24 ชั่วโมงหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ลดลงจาก 28 คน เหลือ 14 คนต่อประชากร 10,000 คน รายงานวิจัยได้สรุปว่า ช่วงทศวรรษที่ผ่านมา อุบัติการณ์หัวใจหยุดเต้นและการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ และการใส่ท่อหายใจากลดลงอย่างมาก โดยปัจจัยที่ช่วยลดอุบัติการณ์ ได้แก่ ความรอบคอบระมัดระวัง ประสิทธิภาพของแพทย์/พยาบาล รวมถึงผู้ช่วย การสื่อสารที่ดี เป็นต้น แสดงถึงการพัฒนาด้านความปลอดภัย และคุณภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลในประเทศไทย

ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การขาดประสิทธิภาพ การประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกไม่เพียงพอ การขาดความรอบคอบ และขาดบุคลากรผู้ช่วยที่มีประสิทธิภาพ สำหรับการแนะนำในการป้องกันหรือลดความรุนแรง ได้แก่ เครื่องคิดในการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ การฝึกอบรมเพิ่มเติมให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง มีระบบให้คำปรึกษาหรือระบบพี่เลี้ยง และจัดกิจกรรมประกันคุณภาพเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรงพยาบาล รวมถึงการส่งเสริมการปฏิบัติตามคลินิกโดยจัดหาเครื่องวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (Capnometer) เพื่อเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกที่ใส่ท่อหายใจ เป็นต้น

ที่มา

การศึกษาอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีจากการรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย

นักวิจัยหลัก

ศ.อว.สมรัตน์ จารุลักษณานันท์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4844>

“R2R พัฒนาคณ พัฒนางาน” จากงานวิจัยสู่การใช้ประโยชน์พัฒนา ระบบบริการเขตสุขภาพที่ 11 และ 12

“การพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research : R2R)” เป็นแนวคิดของงานวิจัยที่ต้องการนำข้อมูลเชิงประจักษ์ไปใช้แก้ปัญหาและปรับปรุงการทำงานประจำในระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาให้การบริการมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ประโยชน์แก่ผู้รับบริการได้มากที่สุด

งานวิจัยการวิเคราะห์สภาพการณ์การดำเนินงานวิจัยจากงานประจำในเขตสุขภาพที่ 11 และ 12 จึงเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจสภาพการณ์ดำเนินงานวิจัยจากงานประจำในเขตสุขภาพที่ 11 และ 12 ในช่วงปี 2551-2559 เพื่อพัฒนากลไกสนับสนุนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้งานวิจัยฯ สะท้อนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้องชัดเจนว่า R2R มีส่วนช่วยในการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ ช่วยเพิ่มเติมกระบวนการวิจัยคุณภาพได้มากขึ้น และช่วยแก้ปัญหาสำคัญในพื้นที่ หากได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายในการนำผลงานวิจัย R2R ไปต่อยอดและขยายผลจากการปฏิบัติไปสู่ระดับนโยบาย นอกจากนั้นยังสร้างการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ทำวิจัยจากงานประจำได้เป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็น การคิดอย่างเป็นระบบ การตระหนักถึงทันท่วงทีของตนเอง การเรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน การเรียนรู้เป็นทีม ฯลฯ

ที่มา	การวิเคราะห์สภาพการณ์การดำเนินงานวิจัยจากงานประจำในเขตสุขภาพที่ 11 และ 12
นักวิจัยหลัก	ดร.ปริญญ์ ชัยทองเกียรติ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดยะลา
ดาวบิโหลตงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4845



บ้าน “แหล่งคว้นมือสอง” ภัยร้ายทำลายคนที่คุณรัก เร่ง “รัฐณรงค์” พร้อมใช้ “กฎหมายคุม” ทางเลือกลดปัญหาที่ต้องมาพร้อมหลักวิชาการ

หนึ่งในข้อค้นพบที่น่าสนใจ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 (พ.ศ.2557) ในหัวข้อ “การได้รับควันบุหรี่มือสองของคนไทย” ในกลุ่มประชากรตัวอย่างจำนวน 19,468 คน ซึ่งเป็นตัวแทนของคนไทยทั้งประเทศที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นประชากรจำนวน 58 ล้านคน โดยเป็นประชากรที่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 48 ล้านคน และคนสูบบุหรี่จำนวน 10 ล้านคน ทั้งนี้ รายงานผลการสำรวจพบว่า มีคนที่ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่จากผู้ที่สูบบุหรี่ สูงถึง 72.6% โดยสถานที่ได้รับควันบุหรี่บ่อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งตอบได้มากกว่า 1 ปัจจัย พบสถานที่ได้รับควันบุหรี่ คือ บ้าน 56.3% รองลงมาคือ ที่ทำงาน 46.1% ร้านอาหาร 35.6% สถานที่ขนส่งสาธารณะ 25% เป็นต้น โดยผู้หญิงได้รับควันบุหรี่ที่บ้านมากกว่าผู้ชาย 68.5% และ 44.1% ตามลำดับ

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า สถานที่ที่ส่วนบุคคลกำลังกลายเป็นแหล่งสำคัญที่ทำร้ายคนในบ้าน โดยเฉพาะเด็ก ผู้หญิง แม่บ้าน ผู้สูงอายุ ถ้าคนในบ้านมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก็จะมีส่งผลให้อาการป่วยแย่ลงหรือฟื้นตัวได้ช้ากว่าที่ควรจะเป็น และสิ่งที่น่ากังวลก็คือ ควันบุหรี่

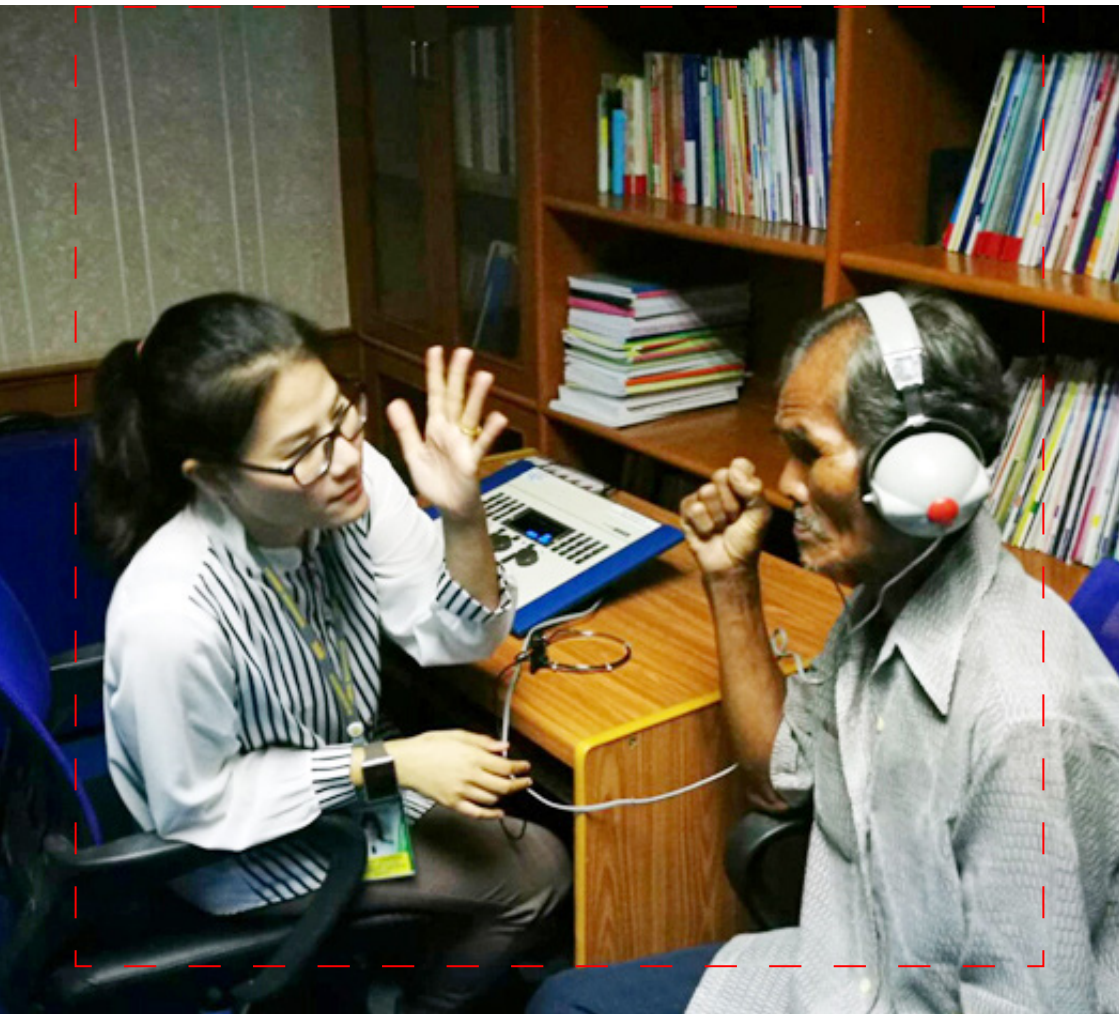
ที่มา	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (พ.ศ.2557)
นักวิจัยหลัก	ศ.บพ.วิชัย เอกพลากร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4626

อาจส่งผลให้เด็กมีโอกาสเป็นโรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ และเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่ายกว่าเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ นอกจากนี้จะส่งผลให้เด็กเกิดความเคยชินจนมองเรื่องการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ และอาจตกเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ในอนาคต

สำหรับแนวทางในการแก้ไขปัญหา รัฐบาลจึงควรณรงค์โดยย้ำให้เห็นว่าคนที่ได้รับผลกระทบเป็นคนในครอบครัวไม่ใช่คนอื่นไกล รวมถึงผู้ที่อาศัยในบ้าน คอนโด แฟลต โดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สามารถเป็นผู้นำในการสร้างความตระหนักรู้ได้ดี ตลอดจนการณรงค์ให้ความรู้กับเด็กและเยาวชนในโรงเรียน ให้มีภูมิความรู้เป็นเกราะป้องกันปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ในบ้านของผู้ปกครอง สามารถสื่อสารบอกถึงความไม่ต้องการรับควันจากคนสูบบุหรี่ได้ ส่วนมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ในบ้าน อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยลดปัญหา แต่จำเป็นต้องมีข้อมูลทางวิชาการมาสนับสนุน

24

**วิจัยทุนการจัดการเชิงระบบ
แก้ปัญหาคาดแคลนนักเวชศาสตร์
สื่อความหมาย เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน**



ประเทศไทยมีปัญหาการขาดแคลน “นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย” หรือที่เรียกว่านักแก้ไขการได้ยินและนักแก้ไขการพูด เห็นได้จากข้อมูลของกองการประกอบโรคศิลปะ ณ วันที่ 30 ก.ย. 2558 ประเทศไทยมีนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายที่มีทะเบียนประกอบโรคศิลปะ จำนวนทั้งสิ้น 294 คน ประกอบด้วย นักแก้ไขการได้ยิน 136 คน นักแก้ไขการพูด 158 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนทั้งหมดในประเทศ จำนวน 65,729,098 คน (ข้อมูลของระบบสถิติทางการแพทย์ ณ 31 ธ.ค. 2558) โดยอัตราส่วนของนักแก้ไขการได้ยินต่อประชากรเท่ากับ 1 : 479,854 และอัตราส่วนของนักแก้ไขการพูดต่อประชากรเท่ากับ 1 : 413,039 โดยร้อยละ 70 ของนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีเพียง 27 รายเท่านั้นที่ทำงานในส่วนภูมิภาค

ดังนั้นการศึกษาแผนการเพิ่มจำนวนนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายและการกระจายตัวที่เหมาะสม จึงเป็นงานวิจัยที่ศึกษาแนวทางในการเพิ่มจำนวนนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย และการจัดการปัญหาเชิงระบบที่จะสนับสนุนให้เกิดมาตรการของการกระจายกำลังคนในวิชาชีพดังกล่าวอย่างเหมาะสม ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย เมื่อจบการศึกษาแล้วมีแนวโน้มอยากรับราชการในสถานพยาบาลของรัฐมากกว่าเอกชน เนื่องจากรู้สึกมีความมั่นคงและก้าวหน้า รวมถึงนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ เนื่องจากทำงานในอาชีพนี้เพราะได้ช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้นหากมีการกำหนดตำแหน่งและผลักดันเรื่องความก้าวหน้าในการทำงานให้กับนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ น่าจะเป็นการแก้ปัญหการกระจายตัวได้ นอกจากนี้ยังพบอีกว่า นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายที่ผู้รับบริการต้องการอาจไม่สอดคล้องกับทักษะความรู้ความสามารถของบัณฑิตปริญญาตรี จึงควรมีการปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการ ซึ่งการแก้ปัญหาดังกล่าวนี้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น สถาบันการศึกษา สมาคมวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างมีมาตรฐานและเกิดความยั่งยืน

ที่มา

การศึกษาแผนการเพิ่มจำนวนนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายและการกระจายตัวที่เหมาะสม

นักวิจัยหลัก

ผศ.พณิศา สุนาวิรัตน์นางอ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4847>

25

วิจัยวิธีการฟอกไตที่เหมาะสม
เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์



อุบัติการณ์ของภาวะไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย ส่วนหนึ่งมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเกิดจากการเริ่มให้การรักษากับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายๆ ด้วยการบำบัดทดแทนไตไม่เหมาะสม ซึ่งการเริ่มการรักษากับบำบัดทดแทนไตอย่างไม่เหมาะสมหรือเร็วเกินไป ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังสูง และมีความเสี่ยงในการถูกนำเข้าสู่การรักษากับบำบัดทดแทนไตสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มทั่วไปถึง 10 เท่า นอกจากนั้นยังทำให้เกิดภาระด้านงบประมาณของประเทศอีกด้วย

การศึกษาผลของวิธีการฟอกไต ระดับการทำงานของไตก่อนการฟอกไต ต่ออัตราการเสียชีวิตและภาระต่อเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยการติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า ได้ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ของระดับการทำงานของไต เมื่อเริ่มรักษากับบำบัดทดแทนไตกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้าย และเปรียบเทียบผลของวิธีการฟอกเลือดทางเส้นเลือดและหน้าท้องในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้ายของประเทศไทย ซึ่งข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า การประเมินการทำงานของไตเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษากับบำบัดทดแทนไตด้วย CKD-EPI Equation (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Equation) ซึ่งเป็นสูตรการคำนวณตัวแปรต่างๆ เช่น ระดับค่าครีเอตินินในเลือด เพศ และอายุของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ฯลฯ มีความแม่นยำในระดับหนึ่ง แต่ให้ค่าการทำงานของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายๆ ต่ำกว่าความเป็นจริง จึงควรใช้ Thai GFR Equation (Thai Glomerular Filtration Rate Equation) ซึ่งเป็นสูตรการคำนวณอัตราการการทำงานของไตที่ได้มีการปรับให้เหมาะสมสำหรับคนไทยแล้ว ทั้งนี้ CKD-EPI Equation เป็นสูตรสากลที่ใช้กันทั่วโลก ซึ่งจะแม่นยำในการใช้กับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1 และ 2 ส่วน Thai GFR Equation เป็นสูตรการคำนวณที่เหมาะสมสำหรับคนไทย เนื่องจากเป็นการวัดค่าการทำงานของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดทดแทนไตโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเสียงบประมาณของรัฐโดยไม่มีประสิทธิภาพ

ที่มา	การศึกษาผลของวิธีการฟอกไต,ระดับการทำงานของไตก่อนการฟอกไต ต่ออัตราการเสียชีวิตและภาระต่อเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยการติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า
นักวิจัยหลัก	ศ.นพ.เกรียงยศติ ประดิษฐ์พรศิลป์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4847

ประเมินกลไกดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2555 ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระบุว่า การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ มีแนวโน้มทำให้ประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้น โดยคาดว่า ในปี 2583 ประชากรวัยแรงงาน 1.7 คน จะต้องแบกรับผู้สูงอายุถึง 1 คน ทั้งนี้ ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจมีภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ภาวะทุพพลภาพ รวมถึงสมรรถนะร่างกายและสมองที่เสื่อมลง ส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้อย่างจำกัด โดยในปี 2558-2559 รัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณและจัดให้มีกลไกหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) ภายใต้สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นกลไกในการบริหารจัดการ มุ่งเน้นให้ท้องถิ่น/ชุมชนมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการและระดมทรัพยากร โดยมีพื้นที่นำร่อง 1,000 แห่ง

ภายหลังจากการเดินหน้านโยบายได้ 1 ปี จึงทำการศึกษาประเมินการดำเนินงานดังกล่าว พบว่า กลไกกองทุนตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้รับการยอมรับจากพื้นที่ว่าเป็นกลไกที่เหมาะสมในการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นช่วงเริ่มต้นจึงยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้และศักยภาพในการจัดบริการ Long Term Care เช่น ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชนในเรื่องดังกล่าว การขาดความมั่นใจในระเบียบการใช้บ Long Term Care และงบประมาณที่จะนำมาใช้บูรณาการร่วม รวมทั้งยังขาดกระบวนการประชุมหารือกับเครือข่ายต่างๆ และญาติในการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

ขณะที่บางพื้นที่ขาดกลไกสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) เป็นต้น

ข้อเสนอจากงานวิจัย เสนอว่า สปสช. กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และ อปท. ต้องรีบจัดทำความชัดเจนของระเบียบการใช้จ่ายงบ Long Term Care และงบของท้องถิ่นเอง รวมทั้งสร้างความมั่นใจแก่ท้องถิ่นในการใช้เงินเพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแล ทั้งนี้อาจสร้างคู่มือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยการจัดทำแผนโครงการและเอกสารอนุมัติการใช้จ่ายสำหรับ อปท. โดยได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ สปสช. และ สธ. ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคต้องเชื่อมประสานและบูรณาการการดำเนินนโยบายร่วมกัน เช่น การปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่มากขึ้น การจัดสรรโควตาและจัดอบรม Caregiver ให้พร้อมรองรับการดูแล รวมถึงการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง ซึ่งไม่ควรจำกัดเฉพาะผู้สูงอายุ แต่ควรพิจารณาการดูแลกลุ่มผู้มีความพิการอื่นๆ เช่น คนพิการ ด้วย ตลอดจนขยายสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคมด้วย

ที่มา	โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นักวิจัยหลัก	ดร.อุว.สับฤกษ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4850

สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างยั่งยืน บนฐานการจัดการสุขภาพตนเองของชุมชน คนน่าน

การนำนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ตามแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนนั้น ควรมุ่งเน้นให้ชุมชนท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ มีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ตามกลุ่มวัย โดยเริ่มจากการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ เพื่อการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่นำสู่การปฏิบัติ โดยมีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่ชัดเจน

ทีมวิจัยประชาคมสุขภาพจังหวัดน่าน จึงทำการศึกษาวิจัยการพัฒนาประชาคมสุขภาพจังหวัดน่าน เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยของการดำรงความเข้มแข็งของกลุ่ม/องค์กรด้านสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ที่ประชาคมสุขภาพมีส่วนร่วม ตลอดจนการสังเคราะห์ข้อเสนอในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งจากการณศึกษในพื้นที่จังหวัดน่านพบว่า การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรเริ่มจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มผู้สูงอายุก่อน เนื่องจากเป็นกลุ่มแกนที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในทุกกลุ่มวัย โดยบุคลากรสาธารณสุขควรมีบทบาทในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับกลุ่มองค์กรชุมชนที่มีอยู่ในพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง จนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ที่สำคัญ ได้แก่ การมีหลักคิดในการทำงาน มีโครงสร้างกลุ่มองค์กรและบทบาทที่ชัดเจน ชุมชนมีความตระหนักในปัญหาร่วมกัน มีผู้นำที่เข้มแข็ง การบริหารแบบมีส่วนร่วม การสร้างคนรุ่นใหม่ให้เข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้ การทำงานเป็นเครือข่ายและการประสานงานแบบไม่เป็นทางการ มีการสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น Line Facebook มีการเรียนรู้จากกรณีตัวอย่าง และการปฏิบัติจริง ฯลฯ

ที่มา	การพัฒนาประจําชุมชนสุขภาพจังหวัดน่านในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
นักวิจัยหลัก	นายถนัด ไบยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4851



28

คู่มือ 2 ภาษา ไทยมลายู - ปฏิทินเตือนกินยา
เครื่องมือสร้างความรู้ สู่พฤติกรรมลดความดัน
เลียงเส้นเลือดแตก ตีบ ตัน



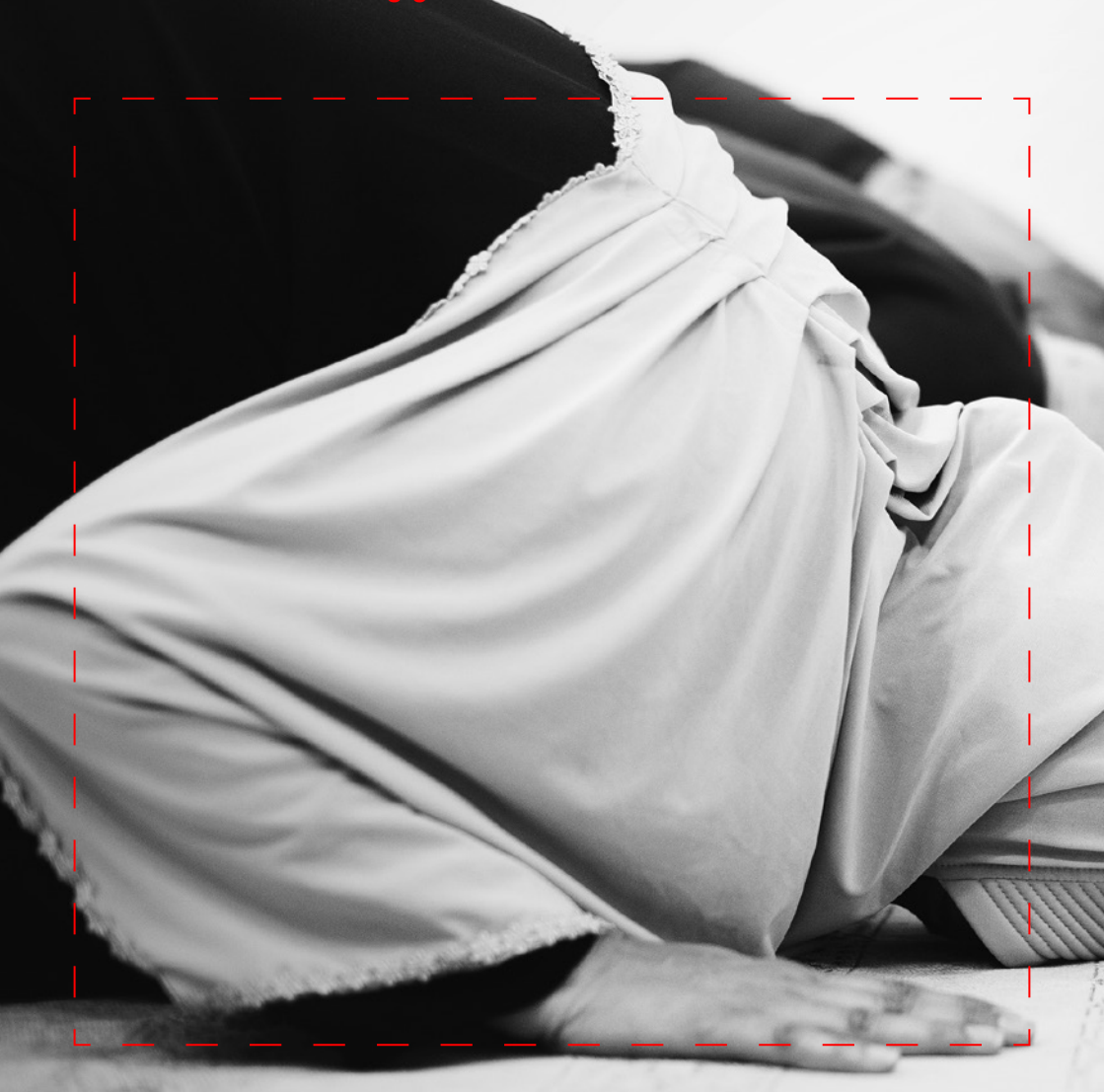
ชุมชนบ้านควน (หมู่ 1,4) ต.บ้านควน อ.เมือง จ.สตูล เป็นชุมชนไทยมลายูที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 33 ราย โดยสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยเกิดจากวิถีชีวิต พฤติกรรม และวัฒนธรรมความเชื่อ อาทิ ประเพณีกินนุหรี ที่นิยมจัดเลี้ยงอาหารจำพวก “หวาน มัน เค็ม” เช่น แกงกะทิเนื้อ แกงมัสมั่น ขนมหวาน น้ำซาวหวาน ฯลฯ ให้แก่ผู้ร่วมงาน ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แม้ผู้ป่วยพยายามเลี่ยงอาหารตามคำแนะนำแพทย์ แต่ก็พบว่าไม่สามารถบังคับตนเองได้ จากเมนูประจำถิ่นและไม่มีอาหารให้เลือก ทั้งยังพบว่าผู้ป่วยบางรายมักจะหยุดกินยาเอง เพราะคิดว่าไม่มีอาการของโรคแล้ว ส่วนบางรายเชื่อว่าการเกิดโรคเป็นบททดสอบของพระผู้เป็นเจ้า

เนื่องจากโรคความดันโลหิตเป็นภัยเงียบที่อาจทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดตีบ แดง ตัน ในผู้ป่วยอย่างกะทันหัน ฉะนั้นการสร้างพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ ทีมวิจัยจึงพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีการอบรมการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล 33 ราย และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) 45 ราย พร้อมจัดทำเครื่องมือการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ปฏิทินเตือนใจให้กินยา ซึ่งในปฏิทินจะมีตัลบายในทุกวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเก็บและกินยาได้อย่างสม่ำเสมอ ลดปัญหาการลืมหรือหยุดใช้ยาเอง การทำแบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแล และ อสม. การจัดทำคู่มือ 2 ภาษา ไทย-มลายู สำหรับให้ความรู้กับชุมชนที่ใช้ได้ทั้งไทยพุทธและไทยมลายู เช่น การสร้างความเชื่อที่ไม่ขัดหลักศาสนา ในการปรุงอาหารให้หวาน มัน เค็ม ลดน้อยลง โดยเน้นเพิ่มเมนูอาหารเป็นการต้ม นึ่ง ตลอด จนการฝึกบริหารร่างกายด้วยตนเองเพื่อสร้างภูมิป้องกันโรคแทรกซ้อน

ซึ่งผลการเก็บข้อมูลสำรวจผู้ป่วยด้านการจัดการตนเอง ใน 1 ปี พบว่ามีค่าคะแนนรวมในระดับดีมาก เฉลี่ย 4.30 จากคะแนนเต็ม 5 เช่น ผู้ป่วยกินยาลดความดันโลหิตครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่ง 4.58 คะแนน การกินประเภทต้ม นึ่ง ย่าง 4.40 คะแนน ลดอาหารมัน อาหารประเภททอดหรือผัดที่ใช้ น้ำมัน รวมถึงน้ำอัดลม 3.26 คะแนน ส่วนในรายการนี้มีผลคะแนนโดยรวมที่ต่ำจะประสาน รพ.สต. เข้ามาดูแลหรือให้คำแนะนำเพิ่มเติม

ที่มา	โครงการการพัฒนาแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรมในภาคใต้ของไทย
นักวิจัยหลัก	ดร.วิไล อุณพิกยสสว วิทยาลัยพยาบาลบรูซราชชนนี ยะลา
ดาวน์โหลดงานวิจัย	http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4865

สตรีมุสลิมชายแดนใต้กับการส่งเสริมสุขภาพ : ช่องว่างความรู้สู่การพัฒนา



บริบทพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้หลังเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา ส่งผลให้ผู้หญิงจำนวนหนึ่งต้องกลายเป็นเด็กกำพร้า และต้องรับภาระในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ขณะที่เด็กต้องกลายเป็นเด็กกำพร้า โดยข้อมูลของหญิงหม้ายและเด็ก นับแต่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบปี 2547 จนถึงวันที่ 17 มิ.ย. 2559 มีสตรีหม้ายจำนวน 2,772 ราย เด็กกำพร้าจำนวน 4,503 ราย และเด็กในกรณีพิพาทมารดาบาดเจ็บสาหัสหรือพิการจำนวน 1,773 ราย (ข้อมูลจากโครงการหน่วยเคลื่อนที่เยี่ยมผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้, 17 มิ.ย. 2559) แต่ข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาความไม่สงบที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่มุ่งปรับปรุงและฟื้นฟูโครงสร้างหลัก เช่น การเมือง การปกครอง เศรษฐกิจ ระบบการศึกษา ฯลฯ แต่ไม่มีการกล่าวถึงการส่งเสริมสภาพบอบช้ำของผู้หญิงเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยเฉพาะประเด็นเรื่องของการมีพื้นที่ในการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการมีกิจกรรมทางกายภายใต้บริบทสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

การศึกษาเรื่องการมีพื้นที่ของสตรีมุสลิมกับการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการมีกิจกรรมทางกายภายใต้บริบทสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงเป็นงานวิจัยที่ช่วยเติมเต็มช่องว่างความรู้ที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องการมีพื้นที่ของสตรีมุสลิมกับการสร้างเสริมสุขภาพ ความสามารถที่จะมีกิจกรรมทางกายได้ของสตรีมุสลิมตามหลักศาสนา เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดช่องทางในการมีกิจกรรมทางกายแก่สตรีมุสลิมในการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้บริบทสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เหมาะสมตามหลักศาสนา ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า ปัจจุบันยังไม่มีพื้นที่ของสตรีมุสลิมสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่านกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม แต่กลุ่มสตรีเหล่านี้จะมีพื้นที่เฉพาะของกลุ่มในการพบปะพูดคุย เพื่อการผ่อนคลาย และภายในกลุ่มก็ได้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ ตามความสามารถและกำลังที่มีอยู่ โดยเฉพาะการทำกิจกรรมจิตอาสาต่างๆ ด้านขอความช่วยเหลือที่จะมีกิจกรรมทางกายของสตรีมุสลิมตามหลักศาสนาพบว่า มีการเข้าร่วมกิจกรรมตามขอบเขตของหลักศาสนา ไม่ปะปนกันระหว่างชายหญิง แต่ปัจจุบันยังไม่มีสถานที่เป็นการเฉพาะ มีเพียงพื้นที่สาธารณะรวมกับบุคคลทุกเพศทุกวัย

ที่มา

การมีพื้นที่ของสตรีมุสลิมกับการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการมีกิจกรรมทางกายภายใต้บริบทสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

นักวิจัยหลัก

อ.สุชัย ไวยวรรณจิตร์ โรงเรียนเร้าะห์บาญียะห์

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4864>

ประเมินผลถ่ายโอน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่ท้องถิ่น เสนอแนะ “การกระจายอำนาจ” ควรเดินต่ออย่างสมัครใจ

การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ที่เริ่มกระบวนการมาตั้งแต่ปี 2550 ภายใต้รัฐธรรมนูญ 2540 ตามบทบัญญัติให้รัฐกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น เพื่อการพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง ปัจจุบันมีการถ่ายโอนหน่วยบริการของ สธ. ให้กับ อปท. แล้ว 51 แห่ง จากหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดจำนวน 9,787 แห่ง ผ่านมาเป็นเวลา 10 ปี จึงได้ทำการประเมินผลของการถ่ายโอนเพื่อศึกษากระบวนการ จุดแข็งจุดอ่อนของปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคต่างๆ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการจัดบริการปฐมภูมิในอนาคต

งานวิจัยได้สังเคราะห์บทเรียนจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ใน 51 พื้นที่ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. มีค่าเฉลี่ยอัตราการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ถ่ายโอน ส่วนอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ด้านงบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสถานที่ พบว่าเพียงพอต่อการให้บริการ บางแห่งสามารถจัดหาบุคลากรสายวิชาชีพเพิ่มเติมได้มากกว่ารอบที่ อปท. หรือ สธ. กำหนด ด้านการให้บริการบางแห่งมีบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น มีสวัสดิการ ค่าตอบแทนเป็นที่น่าพอใจ แต่บางแห่งยังขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพ ซึ่ง อปท. ไม่สามารถจัดหาบุคลากรได้ รวมถึงการขึ้นตรงกับท้องถิ่นทำให้มีสายบังคับบัญชาที่สั้น แต่ก็มีข้อกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนทางด้านการเมืองและมีอิทธิพลของการเมืองท้องถิ่นที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นต้น

ที่มา

การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย

นักวิจัยหลัก

บว.อานนท์ กุลธรรมาวุธสรณ์ มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ดาวน์โหลดงานวิจัย

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4866>



ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย เสนอว่า
รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
ในปัจจุบัน ควรดำเนินการต่อไป ตาม
พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจาย
อำนาจให้แก่ อบต. พ.ศ.2542 แต่ให้เป็น
ไปอย่างสมัครงใจของทั้งสองฝ่าย คือ หน่วย
บริการปฐมภูมิต้องถิ่น ตามความพร้อม
และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เนื่องจาก
ประเทศไทยยังไม่พร้อมกับการถ่ายโอน
หน่วยบริการปฐมภูมิภาคบังคับ ในอนาคต
หากต้องการให้การกระจายอำนาจด้าน
สุขภาพประสบความสำเร็จ รัฐบาลต้อง
มีนโยบายที่ชัดเจนในการกระจายอำนาจ
โดยปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับให้
สอดคล้องกับการกระจายอำนาจ รวมถึง
สร. ควรมีการติดตามการทำงานของหน่วย
บริการปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนไปขึ้นอยู่กับ
กระทรวงมหาดไทยแล้วอย่างต่อเนื่อง หาก
พบปัญหาในการบริการควรมีแนวทางใน
การแก้ไขปัญหาพร้อมกัน

ดาวนโหลด วิจัยระบบสุขภาพ 2561 (เล่ม 1) และข้อมูลงานวิจัยฉบับเต็ม
ได้ที่ **"คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ"** <http://kb.hsri.or.th>

และสามารถติดตามข้อมูลข่าวสารอื่นๆ ของ สวรส. ได้ทาง www.hsri.or.th



Hsrithailand



Hsrithailand



Hsrithailand



www.hsri.or.th/rss.xml



www.hsri.or.th

