

การใช้ประโยชน์งานวิจัย สวรส.







สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การใช้ประโยชน์งานวิจัย สวรส.

พิมพ์ครั้งที่ 2

กรกฎาคม 2559

จำนวน

1,000 เล่ม

จัดทำและเผยแพร่โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เลขที่ 88/39 ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ

ซอยสาธารณสุข 6 ถนนติวานนท์ 14

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2832 9200 โทรสาร 0 2832 9201

www.hsri.or.th

ปกและรูปเล่ม

บริษัท ดีไซน์เบอรี่ จำกัด

โทรศัพท์ 0 2884 5933-4



คำนำ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีบทบาทในการพัฒนาระบบสาธารณสุข โดยการสนับสนุนส่งเสริมการวิจัยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสร้างและจัดการความรู้สู่การพัฒนา นโยบายและแก้ปัญหาของระบบสาธารณสุขของประเทศ

การดำเนินงานที่ผ่านมา สวรส. ตระหนักและให้ความสำคัญกับการทำให้เกิดองค์ความรู้จากงานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อการนำไปใช้ในประโยชน์สร้างการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพที่ชัดเจน ตอบสนองปัญหาและความต้องการที่มีความเป็นพลวัต โดยเกิดจากการติดตามสถานการณ์ระบบสุขภาพ วิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญอย่างสม่ำเสมอ การประมวลสถานะองค์ความรู้ระบุช่องว่างความรู้และโจทย์วิจัยที่จำเป็น การนำเสนอเพื่อรับฟังความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การพัฒนาโครงการแผนงานวิจัย การแสวงหาและสนับสนุนทุนวิจัย การควบคุมคุณภาพมาตรฐานงานวิจัย และการพัฒนาศักยภาพระบบวิจัยสุขภาพ การประมวลความรู้ที่ได้จากการวิจัยและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพหรือปฏิรูประบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ทั้งนี้โดยคำนึงถึงหลักการบริหารที่มุ่งประสิทธิผลและมีธรรมาภิบาล

ที่ผ่านมา มีผลงานวิจัยเกิดขึ้นมาอย่างมากมาย ภายใต้การส่งเสริม สนับสนุนและการขับเคลื่อนสู่การใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย ซึ่งถูกนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือแก้ปัญหาสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรและขับเคลื่อนการใช้ประโยชน์งานวิจัย ทั้งนี้ เป็นไปตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ 6 BUILDING BLOCKS ประกอบด้วย ระบบบริการ (Service Delivery) ระบบยา (Drug System) บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce) ข้อมูลข่าวสาร (Information) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology) การเงิน (Financing) การนำและการอภิบาลระบบ (leading / Governance) ผลจากการบริหารจัดการ Building Block ทั้ง 6 จะส่งผลให้เกิดการเข้าถึงบริการ (Access) การเพิ่มความครอบคลุมการบริการ (Coverage) คุณภาพบริการ และความปลอดภัย (Quality and Safety) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในระบบ 4 ด้านคือ สุขภาพดีขึ้น (Improve Health) ตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน หรือไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (Social and Risk Protection) และเพิ่มประสิทธิภาพ (Improved Efficiency)

หนังสือการใช้ประโยชน์งานวิจัย สวรส. เล่มนี้ ได้รวบรวมผลงานที่มีการนำไปใช้ประโยชน์ในช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมา โดยการนำไปใช้ประโยชน์แยกตามองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ และตามกลุ่มเป้าหมายที่งานวิจัยถูกนำไปใช้พัฒนาหรือแก้ปัญหา ทั้งนี้ งานวิจัยและการพัฒนาต่างๆ เกิดขึ้นได้จากความร่วมมือของนักวิจัย เครือข่ายภาคีการพัฒนา ตลอดจนหน่วยงานสนับสนุนและผู้นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ สวรส. ขอขอบคุณทุกท่านในการร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างและขับเคลื่อนงานวิจัยสู่การพัฒนาระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ยังคงมีโจทย์การวิจัยอีกจำนวนมาก ที่ สวรส. จะเร่งขับเคลื่อนให้เกิดงานวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและการแก้ปัญหาระบบสุขภาพของประเทศต่อไป



นายแพทย์พิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

คำนำ	3
สารบัญ	4
การใช้ประโยชน์งานวิจัยด้านต่างๆ ตาม 6 BUILDING BLOCKS	
A. งานวิจัยด้านระบบบริการ	9
1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยฯ.....	10
2. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร.....	12
3. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทย (ระยะที่ 1: วางระบบการทำงาน).....	14
4. การใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย เพื่อการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด.....	16
5. โครงการวิจัยการออกแบบสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลให้เอื้อต่อการเยียวยา (ระยะที่ 1).....	18
B. งานวิจัยด้านกำลังคน	21
6. โครงการศึกษาแนวทางการบริหารราชการและการบริหารงานบุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข.....	22
7. การทบทวนระบบธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย.....	24
C. งานวิจัยด้านข้อมูลข่าวสาร	27
8. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 – 2552.....	28

D. งานวิจัยด้านระบบยา ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยี

31

9. ชุดโครงการการวิจัยและพัฒนาการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย..... 32
10. ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล..... 34
11. การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย..... 36
12. โครงการติดตามประเมินผลนําร่องบริการเครื่องช่วยฟังไทย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ..... 38
13. โครงการพัฒนาเข็มฉีดยาตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อที่ใช้สำหรับการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง..... 40
14. โครงการศึกษาและพัฒนาต้นแบบหัวฉีดวัคซีนใช้หวัดชนิดพ่นทางจมูกในเชิงพาณิชย์..... 42
15. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดตับ..... 44
16. การพัฒนาและประเมินตัวอย่างควบคุมคุณภาพเพื่อประกันคุณภาพการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทางห้องปฏิบัติการ..... 46
17. โครงการวิจัยเรื่องภาวะและระบบการดูแลโรคหลอดเลือดส่วนปลาย..... 48
18. โครงการการวัดปริมาณน้ำตาลบนอัลบูมินเพื่อติดตามภาวะเบาหวาน..... 50

E. งานวิจัยด้านการเงิน/การคลัง

53

19. ข้อเสนอการคลังสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดและเป้าหมาย..... 54
20. โครงการศึกษาภาระทางเศรษฐศาสตร์และการพยากรณ์โรคของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะหอบเฉียบพลันและพึ่งพอดพบเลี้ยงวัด..... 56

F. งานวิจัยด้านการอภิบาลระบบ

59

21. รายงานผลการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาที่หมอบระจำครอบครัว..... 60
22. โครงการการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายที่หมอบครอบครัว..... 62
23. โครงการศึกษาประเมินระบบบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพไทย..... 64
24. การสังเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย..... 66
25. ทบทวนสถานการณ์การดำเนินงาน และระบบความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับชาติและนานาชาติ..... 68
26. โครงการพัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ ระยะที่ 1..... 70
27. โครงการพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาภาวะอ้วนลงพุงและภาวะแทรกซ้อนของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร..... 72

28. การศึกษารูปแบบการมีงานทำของคนพิการแห่ง พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ม.35.....	76
29. โครงการวิเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์ของบริการปรับสภาพบ้านสำหรับผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุ.....	78
30. โครงการสนับสนุนกลไกเพื่อการปรับสภาพบ้านเพื่อเพิ่มสมรรถนะของคนพิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุ และโครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมเพื่อเพิ่มสมรรถนะคนพิการและผู้สูงอายุจากนโยบายสู่การปฏิบัติ.....	80
31. ระบบบริการแท็กซี่เพื่อคนพิการของเมืองพิษณุโลก.....	82
32. อุปสงค์ อุปทาน และรูปแบบกำลังคนทางเลือก เพื่อตอบสนองการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ.....	84
33. โครงการหลักสูตรนาร่องการเรียนรู้การทำรายการสารคดี DEAF ไทยไปเที่ยว.....	86
34. การเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการภายหลังการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุโครงการฟันเทียมพระราชทาน: กรณีศึกษาเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 2.....	88
35. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว.....	90
36. สถานสงเคราะห์คนชราอาคารเขียวต้นแบบตามหลักวิศวกรรมปัจจัยมนุษย์.....	92
37. การล้มในผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองและชนเมือง: อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง การจัดการและการป้องกัน.....	94
38. การพัฒนาเครื่องมือทางคลินิกสำหรับประเมินความเสี่ยงในการล้มของผู้สูงอายุ.....	96
39. การใช้ยาในผู้สูงอายุไทย เขตภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย.....	98
40. การศึกษาและพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจวัยสูงอายุ โดยการบูรณาการกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายประชาสังคม.....	100
41. การพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ.....	102
42. การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในประเทศไทย.....	104
43. การพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการมองเห็นและฟื้นฟูของผู้ป่วยสูงอายุ.....	106

H. งานวิจัยด้านเด็ก – วัยรุ่น

109

44. โครงการแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์พกพาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพของเด็กไทย..... 110
45. การศึกษาการส่งเสริมการใช้เบาะนิรภัยเด็กในรถยนต์ กรณีศึกษาของประเทศไทย..... 112
46. การพัฒนาตัวแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมทักษะชีวิตของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน..... 114
47. โครงการผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดน้ำหนักของเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา..... 115
48. โครงการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาทางอนามัยแม่และเด็ก ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้..... 118

แหล่งสืบค้นงานวิจัยฉบับเต็ม

120

การใช้ประโยชน์งานวิจัยด้านต่างๆ ตาม 6 BUILDING BLOCKS

A stylized illustration of a hand holding a magnifying glass. The hand is pink and positioned at the bottom, gripping a black handle. The magnifying glass's lens is a large blue circle with a thick black border. Inside this circle is a yellow capital letter 'A'. Below the 'A', the Thai text 'งานวิจัย' (Research) and 'ด้านระบบบริการ' (Service System) is written in white. The background is a solid blue color with a horizontal black band passing behind the magnifying glass's lens.

A

งานวิจัย
ด้านระบบบริการ

ชื่องานวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาลง

นักวิจัย

นพ.กรเอก มั่นสวานิช

สังกัด

ศูนย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แหล่งทุนวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



ผลการศึกษาปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยยาก
สู่แนวทางการเตรียมความพร้อมและเครือข่ายรองรับการส่งต่อ



สถานการณ์ปัญหา

ปัจจุบันการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิยังมีปัญหาและอุปสรรคที่พบได้ค่อนข้างมากในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐและโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ เนื่องจากมีความหนาแน่นของผู้ป่วยในสูงมาโดยตลอด ทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยรายอื่น รวมถึงผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อเข้าเป็นผู้ป่วยในได้ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยในเดิมมีการครองเตียงนานเพราะไม่พร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น การจะลดอัตราการครองเตียงลงได้ จึงต้องเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลเมื่อถึงเวลาอันสมควรให้ได้ก่อน

การแบ่งบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

- การบริการปฐมภูมิ เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคฟื้นฟูสภาพ
- การบริการทุติยภูมิ เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ รพ.ชุมชนในระดับอำเภอ รพ.ทั่วไปในระดับจังหวัด รพ.ในสังกัดกระทรวงกลาโหม
- การบริการตติยภูมิ เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง เช่น รพ.ศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่างๆ ในสังกัดมหาวิทยาลัย



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้ทำการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาหลัง โดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยที่จำหน่ายออกยาก และค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงปัจจัยทางสังคม เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกถึงรูปแบบของความล้มเหลวและข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ยาก

ผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 นิยามและขอบเขตมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ มองว่า การจำหน่ายยากของผู้ป่วยหมกขบ่งชี้ทางการแพทย์ในการนอนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตั้งใจที่จะให้ทำการจำหน่ายแล้ว แต่ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกได้ เกิดจาก 6 ปัจจัย ได้แก่ ด้านการแพทย์ เช่น บางกรณียังมีความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ด้านผู้ป่วย เช่น มีภาวะพึ่งพิงสูง ด้านครอบครัว เช่น ความไม่มั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วย คาดหวังกับสถานพยาบาลสูง ด้านสังคม เช่น ความไม่พร้อมของที่อยู่อาศัยที่จะดูแลผู้ป่วย ด้านโรงพยาบาล เช่น บริการดีทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการไปทีอื่น ด้านระบบการส่งต่อตามสิทธิ เช่น ศักยภาพของโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กไม่มีเครื่องอุปกรณ์ ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่เชื่อมั่น

ส่วนที่ 2 การศึกษาถึงขนาดปัญหาของโรงพยาบาลกรณีศึกษาในเขตกรุงเทพฯ พบว่า มีผู้ป่วยจำหน่ายยากประมาณ 10% ของผู้ป่วยใน โดยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 65 ปี ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในการตัดสินใจต่อฝ่ายผู้ให้การรักษา คือ ภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วยและความไม่พร้อมของญาติที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน ส่วนผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเพราะไม่มั่นใจที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน บางครอบครัวกังวลเรื่องเตียงเต็มหากจะต้องเข้าโรงพยาบาลอีก

ส่วนที่ 3 การศึกษามุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ต่อการนอนโรงพยาบาลและการออกจากโรงพยาบาล พบว่า สังคมไทยให้ความคาดหวังกับสถานพยาบาลไว้สูง เพราะเชื่อมั่นว่าจะรักษาได้ทุกโรคและเป็นทั้งทางสุขภาพ ทำให้เมื่อเกิดภาวะที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยและญาติจึงทำใจยอมรับได้ยาก เมื่อถึงเวลาจำหน่ายออก จึงเกิดความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับบุคลากรทางการแพทย์เพราะยังต้องการพึ่งพาโรงพยาบาล ที่สำคัญสังคมไทยยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมไปถึงยังขาดสถานที่ที่จะช่วยรองรับปัญหาความเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 4 การสำรวจสถานการณ์ของปัญหาในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐในวงกว้างจากการจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาการจำหน่ายยาก ข้อคิดหลักที่พบคือ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนรับรู้และตัดสินใจในแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การจำหน่ายทำได้ง่ายขึ้น การมีโรงพยาบาลเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันในแต่ละพื้นที่จะช่วยส่งผลดีต่อผู้ป่วยขาหลัง ซึ่งปัญหาใหญ่ของโรงพยาบาลในเขต กทม. คือ การขาดโรงพยาบาลเครือข่ายในการรับผู้ป่วยขาหลังที่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายและระบบบริการสาธารณสุข งานวิจัยเสนอว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะช่วยทำให้การดูแลต่อเนื่องได้ดี หากมีการเชื่อมโยงเครือข่ายโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ รวมถึงการพัฒนาสถานพยาบาลเครือข่ายให้เป็นที่น่าเชื่อถือของประชาชน การตั้งหน่วยสนับสนุนที่จำเป็นหรือสถานพยาบาลรูปแบบอื่นๆ เช่น สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น ส่วนข้อเสนอของโรงพยาบาล ควรสร้างเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยขาหลังที่เป็นทางการและเชื่อมโยงอย่างชัดเจน การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจำหน่ายยาก เพื่อวางแผนและเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายโดยให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วม



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

โดยข้อเสนอนี้ ทางนักวิจัยได้มีการนำเสนอผลงานต่อรพ.เครือข่ายวิชาการทั่วประเทศ ในงานประชุม HA National Forum ครั้งที่ 16 จัดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สธพ.) การนำเสนอในงานประชุม UHOSNET และเสนอต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2558 ที่ผ่านมา

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังได้เสนอให้ สวรส. ผลิตรายวิจัยเกี่ยวกับสถานดูแลผู้ป่วยระยะยาว การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีประเด็นการศึกษาที่ครอบคลุมเรื่องรูปแบบบริการ มาตรฐานความต้องการของประชาชน รวมทั้งความคุ้มค่า เพื่อเป็นการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจำหน่าย เป็นต้น ซึ่งในปี 2559 สวรส. ได้สนับสนุนให้มีการศึกษารูปแบบการจัดการบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งของการรองรับปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยยากในอนาคต



วิจัยพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เขต กทม.
สู่การออกแบบระบบที่สอดคล้องกับวิถีคนเมือง



สถานการณ์ปัญหา

การขยายตัวและเติบโตของชุมชนเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงของบริบทและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ลักษณะของประชากรมีความหนาแน่นมากขึ้นเรื่อยๆ ปัญหานี้ไม่เพียงจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมที่แออัดและเผชิญกับการแข่งขัน แต่ยังกระทบไปถึงระบบบริการสุขภาพในบริบทเขตเมืองอีกด้วย เช่น การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ พื้นฐานของคนบางกลุ่ม ทำให้เกิดโรคระบาดขึ้นเป็นครั้งคราว อาทิ โรคมือเท้าปาก ไข้หวัดใหญ่ H5N1 เป็นต้น เกิดปัญหาเตียงรับผู้ป่วยเต็ม ปัญหาด้านประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดระบบส่งต่อหรือส่งผู้ป่วยกลับ ขณะที่การใช้สิทธิบัตรทองยังมีอัตราต่ำ ซึ่งเชื่อว่าส่วนหนึ่งเป็นผลจากพฤติกรรมการเลือกเนื่องจากคนในเขตเมืองมีทางเลือกมากกว่ารวมทั้งมีรสนิยมและมาตรฐานความพอใจที่แตกต่างหลากหลายตามสถานะเศรษฐกิจและสังคม

ข้อมูลที่พอสะท้อนภาพปัญหาสุขภาพเขตเมืองในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีงานวิจัยเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน กทม. ปี 2547 พบว่า ประชาชนส่วนหนึ่งมีความพยายามหาทางข้ามขั้นตอนการรักษาในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ไปสู่การใช้บริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ จนทำให้มีผู้ใช้บริการจำนวนมากเกินจนเกิดความแออัดและความล่าช้าในการบริการ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เกิดจากความไม่พึงพอใจในระบบบริการ รอนาน คุณภาพบริการต่ำกว่าที่คาดหวัง มีความเชื่อมั่นน้อยในระบบบริการปฐมภูมิ แม้จะมีกระแสสังคมที่เรียกร้องให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการสาธารณสุขให้กลายเป็นธรรมต่อทุกคนในสังคม แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ทั้งในระดับโลก และระดับประเทศ เนื่องจากวิถีชีวิตชุมชนเขตเมืองมีความซับซ้อน



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่สามารถรองรับความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องตามบริบท และตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน จึงเป็นโจทย์สำคัญ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้มีโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อที่จะออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน และทำให้ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองมีความสำคัญมากขึ้น

จากการทบทวนรูปแบบการจัดบริการสุขภาพเขตเมืองในประเทศไทยของคณะวิจัย แบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ คือ 1) กลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โดยโรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ แม้ช่วยดูแลสนับสนุนเงินเดือน ค่าตอบแทน ยาและเวชภัณฑ์อื่นๆ วัสดุ ครุภัณฑ์ กรณีส่งต่อมารักษาในโรงพยาบาลไม่ต้องตามจ่าย 2) หน่วยบริการประจำมีอิสระในการบริหารจัดการ จากที่โรงพยาบาลตัดโอนงบประมาณรายหัวหลังหักเงินเดือนให้เครือข่ายหน่วยบริการประจำเป็นผู้ดูแลทั้งหมด 3) โรงพยาบาลดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการรวมกองทุนผู้ป่วยนอกใช้ร่วมกัน และ 4) โรงพยาบาลให้ท้องถิ่นหรือเอกชนดำเนินการเอง เช่น เทศบาล คลินิกเอกชน หรือคลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) เป็นต้น

แม้ว่านโยบายกระทรวงสาธารณสุข จะกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ใน 14 จังหวัดนำร่องรวมถึง กทม. เช่น ให้มีคลินิกชุมชน จัดบริการตรวจรักษาแบบคลินิกเพิ่มเติม จัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) ที่มีแพทย์ประจำ และมีพื้นที่รับผิดชอบบริการสาธารณสุข มีทีมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลักในการทำงาน คณะวิจัยพบว่า การดำเนินนโยบายยังมีปัญหาและข้อจำกัด คือ การบริการสุขภาพในเขตเมืองดำเนินงานจากหน่วยงานที่หลากหลาย ซึ่งขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขาดกลไกการเชื่อมโยง ทำให้การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพเขตเมืองอย่างมีส่วนร่วมมีข้อจำกัดทั้งในด้านความแตกต่างของนโยบาย รวมถึงเรื่องวงจรการบริหารจัดการและการเบิกจ่ายงบประมาณด้านสุขภาพด้วย

งานวิจัยได้พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ได้ร่วมกันกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แนวทางการพัฒนา ตลอดจนกลไกในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพเขตเมือง จะทำให้การบริหารจัดการสุขภาพสามารถรองรับความต้องการของประชาชนในเขตเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพียงพอ และสอดคล้องตามบริบท และความต้องการของประชาชน โดยเสนอให้กระทรวงสาธารณสุข

กรุงเทพมหานคร ร่วมกับ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เป็นแกนหลักในการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพเขตเมือง ร่วมกับภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชน ภายในระยะเวลา 2 ปี โดยข้อเสนอนี้ได้บรรจุอยู่ในมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 เรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองอย่างมีส่วนร่วม : ระบบบริการสุขภาพ เมื่อเดือนธันวาคม 2558 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งจะช่วยให้ระบบสุขภาพเขตเมืองได้รับการพัฒนาไปอย่างมีทิศทาง

นอกจากนี้ งานวิจัยดังกล่าวยังได้สำรวจประชากรที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคมในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,916 คน แบ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีสิทธิข้าราชการ 918 คน และที่มีสิทธิประกันสังคมจำนวน 998 คน โดยดำเนินการสำรวจประชากรในช่วงไตรมาสสุดท้ายของปี พ.ศ.2558 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประชากรที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพัฒนาทางเลือกรูปแบบนวัตกรรมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมือง และการจัดการสภาพแวดล้อมนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในเขตเมืองที่พึงประสงค์ ในมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้จ่ายเงิน ค่าชดเชยบริการ ธุรกิจเพื่อสังคม เอกชนในเขตเมืองต่อไป



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลงานวิจัยต่อคณะทำงานขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติระบบสุขภาพเขตเมือง : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เพื่อนำข้อมูลไปจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองในระดับชาติ ระดับเขต 12 เขตในพื้นที่ภูมิภาค เขตกรุงเทพมหานคร และระดับจังหวัดต่อไป





วิจัยค้นสถานการณ์สุขภาวะคนต่างด้าวในไทย
วางฐานการพัฒนากระบวนการสุขภาพที่ทั่วถึง มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน



สถานการณ์ปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมี “คนต่างด้าว” อาศัยและใช้ชีวิตร่วมกับคนไทยเป็นจำนวนมาก ทั้งที่เป็น “คนต่างด้าวแท้” คือ บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย และ “คนต่างด้าวเทียม” ซึ่งเป็นคนสัญชาติไทยแต่ยังไม่สามารถใช้สิทธิในสัญชาติได้ โดยในด้านสิทธิของคนต่างด้าวกับการเข้าถึงบริการต่างๆ ของภาครัฐ เช่น การเข้าถึงการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิที่ได้รับแบบมีเงื่อนไข เช่น ต้องขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมาย ฯลฯ ซึ่งสิทธิต่างๆ ดังกล่าวนี้อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาวะของคนเหล่านั้นที่อาจส่งผลเชื่อมโยงมาสู่คนไทยที่อยู่ในพื้นที่ดินเดียวกันนี้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

รัฐไทยมีหน้าที่ผูกพันตามกฎหมายที่ต้องดำเนินการคุ้มครอง “สิทธิในสุขภาวะ” สำหรับบุคคลทุกคนที่ปรากฏตัวบนแผ่นดินไทยและ/หรืออยู่ในความดูแลของรัฐไทย รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีไม่อาจดำเนินการได้ด้วยมุมมองและวิธีคิดทางสาธารณสุขอย่างเดียว หากแต่ต้องดำเนินการสร้างองค์ความรู้ในเรื่องการจัดการประชากร รวมทั้งการบริการสังคมอื่นๆ ควบคู่กันไป และ คำว่า “สุขภาพ” นั้น ย่อมหมายถึง

การมี “สุขภาวะที่ดี” ด้วยประการทั้งปวง อันได้แก่ การมีสุขภาวะทางกาย สุขภาวะในมิติทางจิตใจ ทางปัญญาและทางสังคม ซึ่งรวมถึงการได้รับการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายที่เหมาะสม และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่เอื้อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีด้วย



ประชากรสาธารณสุขต่างด้าว หมายถึง (1) ประชากรต่างด้าว คือ ทั้งต่างด้าวแท้และต่างด้าวเทียม ที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย และ (2) ประชากรสัญชาติไทยที่กลายเป็นคนต่างด้าวในต่างประเทศ โดยการศึกษาภายใต้โครงการนี้ จะครอบคลุมถึงบุคคลที่มีความเป็นต่างด้าวในทุกสถานการณ์ความเป็นจริงของประเทศไทย อันรวมไปถึง (1) คนต่างด้าวที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย หรือที่ถูกเรียกในภาษาอังกฤษว่า “Migrants” และ (2) คนต่างด้าวที่ไม่ได้มีการอพยพเข้ามา ซึ่งอาจจะเป็นคนที่เกิดในประเทศไทยหรือปรากฏตัวในประเทศไทยโดยไม่ทราบรากเหง้า



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงมีแนวคิดในการศึกษาบทบาทสถานการณ์ปัญหาของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในความสัมพันธ์ของประเทศไทย ในชื่อแผนงานสร้างเสริมสุขภาพะประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทย (ระยะที่ 1: วางระบบการทำงาน) ภายใต้แผนงานวิจัยและพัฒนากระบวนการสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลมาวางระบบการทำงานวิจัยเชิงประเด็นในระลอกต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและมีระบบที่ยั่งยืน

โดยการศึกษาในระยะแรก ทางคณะวิจัยได้ลงพื้นที่สำรวจและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการจัดการสิทธิ การระดมองค์ความรู้และความคิดเห็นจากเครือข่ายที่ทำงานในพื้นที่จริง โดยคณะนักวิจัยพบประชากรสาธารณสุขต่างด้าวและครอบครัวที่ยินยอมให้ข้อมูลทั้งสิ้น 47 กรณี ประกอบไปด้วย ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง 3 กรณีศึกษา ในพื้นที่ จ.กาญจนบุรี 6 กรณีศึกษา ในพื้นที่ จ.กระบี่ 10 กรณีศึกษา ในพื้นที่ จ.เชียงราย 13 กรณีศึกษา ในพื้นที่ จ.พิษณุโลก 9 กรณีศึกษา และในพื้นที่ จ.ระนอง 6 กรณีศึกษา โดยแบ่งปัญหาทางสถานะได้เป็น 6 ลักษณะ คือ 1) ไร้รัฐโดยสิ้นเชิง 2) ไม่ไร้รัฐ แต่ยังไม่ไร้สัญชาติโดยข้อเท็จจริง (ยังเข้าเมืองผิดกฎหมาย) 3) ไม่ไร้รัฐ แต่ยังไม่ไร้สัญชาติโดยข้อเท็จจริง (เข้าเมืองถูกกฎหมาย) 4) มีสัญชาติของรัฐต่างประเทศอาจจะมีสถานะเข้าเมืองถูกหรือผิดกฎหมายไทยก็ได้ 5) มีสัญชาติไทยตามกฎหมายซึ่งอาจจะมีสถานะเข้าเมืองถูกหรือผิดกฎหมายไทยก็ได้และ (6) หลายรัฐหลายสัญชาติ ซึ่งอาจจะมีสัญชาติหนึ่งเป็นสัญชาติไทยก็ได้ โดยการแบ่งในลักษณะดังกล่าวจะทำให้คณะวิจัยสามารถกำหนดแนวทางในการศึกษาระบบสุขภาพะทางสังคม หรือระบบการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมาย อันเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชากรต่างด้าวเข้าไม่ถึงสุขภาพะด้านอื่นๆ ได้

จากนั้นคณะนักวิจัยได้นำกรณีศึกษามาทำการวิเคราะห์ ทำให้เห็น “ประเด็นสำคัญ” ที่ยังเป็นปัญหา ได้แก่ 1) ด้านระบบสุขภาพ เช่น เรื่องการพัฒนาระบบประกันสุขภาพในภาวะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉินให้กับบุคคลทุกคนโดยไม่ขึ้นกับสถานะบุคคล เรื่องภาระทางการเงินการคลังของสถานพยาบาลกับการให้บริการประชากรต่างด้าวที่ไม่ได้เข้าระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น 2) ด้านระบบการรับรองสถานะบุคคล เช่น การหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อขับเคลื่อนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่สนับสนุนและมีส่วนร่วมช่วยเหลือ

ผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน และ 3) ด้านระบบการคุ้มครองคุณภาพชีวิต เช่น การดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนต่างด้าวที่เป็นเด็ก สตรี คนชรา คนพิการ และผู้ป่วยติดเตียง ทั้งที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบท เป็นต้น



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ข้อมูลจากการศึกษา ในระยะที่ 1 ในปี 2558 ถูกนำมาจัดทำเป็นแผนงานสุขภาพะประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทย ของ สวรส. ในปี 2559 โดยคณะกรรมการบริหาร สวรส. ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานได้มีมติเห็นชอบแผนงานดังกล่าว และ สวรส. ได้กำหนดโจทย์วิจัย ปี 2559 ที่เกี่ยวข้อง เช่น การวิจัยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของกลุ่มประชากรต่างด้าวในด้านขอบเขตของการให้สิทธิการบริการ รวมทั้งศึกษาค่าใช้จ่ายพื้นฐาน การวิจัยอนามัยแรงงานแม่และเด็ก กรณีการคลอดในประเทศไทย จะครอบคลุมการบริการได้อย่างไรบ้าง โดยเฉพาะวัคซีนซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากในการควบคุมโรค การวิจัยเรื่องการป้องกันและควบคุมโรค อาทิ วัณโรค เอชไอ โรคเท้าช้าง ที่แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะลดน้อยในประเทศไทย แต่ในประเทศเพื่อนบ้านยังคงเป็นปัญหาอยู่ จะมีแนวทางป้องกันและการแพร่กระจายของเชื้อโรคต่อจากนี้ไปอย่างไร เป็นต้น

ทั้งหมด ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการพัฒนาและแก้ปัญหาประชากรต่างด้าวในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพะที่ดีของคนต่างด้าว ที่เชื่อมโยงส่งผลดีให้กับคนไทยไปพร้อมๆ กัน

ชื่องานวิจัย

การใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย เพื่อการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

นักวิจัย

ผศ.ดร.นงเยาว์ เกษตรภิบาล

สังกัด

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แหล่งทุนวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ



วิจัยการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของ WHO
ใน sw. ของรัฐและเอกชนไทย
สู่ข้อเสนอพัฒนาหลักสูตร – ตัวชี้วัด กำหนดเป็นนโยบายปฏิบัติทั่วประเทศ



สถานการณ์ปัญหา

ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยผ่าตัด/หัตถการ ปี 2552 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 1.2 ล้านคน/ปี เป็นการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 44.9 โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 31.2 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 25.2 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 5.1 ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ปลอดภัย อย่างไรก็ตามก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดชนิดการผ่าตัด การติดเชื้อมาตรัดผ่าตัด การมีสิ่งแปลกปลอม ค้างอยู่ในผู้ป่วย ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ความผิดพลาดเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ เป็นต้น จะเห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดหมายที่อาจก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงหรือทำให้เสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น แต่ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นยังเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในหลายๆ ประเทศทั่วโลก

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว และ “จัดทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย” ขึ้น ในปี 2551 (ฉบับปรับปรุงปี 2552) เพื่อให้โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วโลก นำไปใช้เป็นแนวทางป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายหลักไว้ว่า การผ่าตัดปลอดภัย ช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่ามีการนำแบบตรวจสอบไปทดลองใช้ใน 8 ประเทศทั่วโลก สามารถช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยผ่าตัด จากร้อยละ 1.5 เหลือร้อยละ 0.8 และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จากร้อยละ 11.0 เหลือร้อยละ 7.0



สำหรับประเทศไทย ได้ร่วมลงนามในปฏิญญาดังด้วย **“การรณรงค์ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด”** โดยองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ วิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์ ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ และสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย เพื่อรณรงค์ให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของ WHO มาใช้ในห้องผ่าตัดทุกแห่งในประเทศไทย



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

“การใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย” เป็นโครงการวิจัยมุ่งเป้าเพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่คณะผู้วิจัยมองว่า ประเทศไทยยังไม่เคยมีข้อมูลผลลัพธ์ของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในภาพรวมของประเทศ จึงทำการศึกษาสถานการณ์การประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของ WHO ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด อันจะส่งผลให้สามารถลดอุบัติเหตุการผ่าตัดไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยผ่าตัด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพกับบุคลากรทีมผ่าตัด อาทิ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลศัลยกรรม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2558 ในโรงพยาบาล 61 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล 46 แห่ง และเอกชน 15 แห่ง

จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ มีปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ไม่มีนโยบาย นโยบายไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง บุคลากรบางส่วนในทีมผ่าตัดไม่ให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น การสื่อสารปัญหาไปยังแพทย์ทำได้ยาก และมีบุคลากรไม่เพียงพอ นอกจากนี้พบว่าบุคลากรทีมผ่าตัดบางส่วนไม่เข้าใจเนื้อหาและกระบวนการการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ส่งผลให้มีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่ถูกต้อง ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยและเบื่อหน่ายจากการถูกสอบถามและตรวจสอบหลายครั้ง

การวิจัยครั้งนี้มี**ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา** คือ ควรผลักดันเชิงนโยบายและให้การสนับสนุนทั้งในระดับประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และระดับโรงพยาบาล ผลักดันให้อยู่ในหลักสูตรฝึกอบรมศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด กำหนดเป็นตัวชี้วัดกำหนดเป็นนโยบายให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรใช้การประสานความร่วมมือกับทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง นำสื่อหรือเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ ประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์ให้มีการปฏิบัติ ฝึกอบรมโดยใช้การแสดงบทบาทสมมติและการฝึกปฏิบัติแบบฐาน ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล วางเงื่อนไขบางอย่างเพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างจริงจัง ให้รางวัลเมื่อปฏิบัติได้ดี มีการสุ่มตรวจการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และให้ข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

สำหรับผลการวิจัยที่ได้ครั้งนี้ มีรูปธรรมที่เกิดขึ้นประโยชน์ทั้งกับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ อาทิ ได้ข้อมูลพื้นฐานและบทเรียนเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของ WHO ในประเทศไทย ทั้งประเด็นอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ความพึงพอใจของบุคลากร ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะสามารถใช้ประกอบในการพัฒนาองค์กรและผลักดันเชิงนโยบาย

ในการศึกษาวิจัย ยังได้แกนนำบุคลากรทีมผ่าตัดในการประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของ WHO จำนวน 66 คน จากโรงพยาบาล 61 แห่ง ที่มาเข้าร่วมอบรมในกระบวนการวิจัย และยังได้พัฒนาบุคลากรทีมผ่าตัดเรื่องการประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก จำนวน 1,045 คน เป็นต้น รวมไปถึงการจัดทำสื่อคู่มือการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย จำนวน 1 เล่ม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำงานให้กับบุคลากร และหนังสือถอดบทเรียน เรื่อง การประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในประเทศไทย จำนวน 1 เล่ม สำหรับให้ความรู้เชิงแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่บุคลากรทีมผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นต้น

การออกแบบสภาพแวดล้อม “สถานพยาบาล” ให้เอื้อต่อการเยี่ยมเยียน สู่แนวทางการทำงานและการพัฒนา รพ.ต้นแบบ



สถานการณ์ปัญหา

ปัญหาของ “การจัดสภาพแวดล้อมในสถานพยาบาล” ตั้งแต่ในโรงพยาบาล หรือสถานเอนามัย แม้กระทั่งคลินิกที่ก่อสร้างมานานในอดีต พบว่า หลายๆ แห่งมีสภาพอาคารเก่าทรุดโทรม สีที่เก่าหลุดร่อน ราเหล็ก และเตียงผู้ป่วยที่มีสนิมจับ โถงพักคอยมืดสลัว ส่วนหนึ่งเป็นเพราะในอดีตอาจมีการออกแบบโดยไม่ได้คำนึงถึงหลักการของสุนทรียภาพหรือศาสตร์เฉพาะทางในการออกแบบมากนัก ในปัจจุบัน แนวความคิดในเรื่อง “การออกแบบสภาพแวดล้อม” ได้ถูกพัฒนาปรับเปลี่ยนไปมาก บรรยากาศเก่าๆ ที่กล่าวข้างต้นก็เริ่มถูกแทนที่ด้วยการปรับปรุงใหม่

มีหลักฐานการค้นคว้าวิจัยในต่างประเทศ (Roger S. Ulrich, 2000) ชี้ชัดถึงคุณประโยชน์ที่ได้จากการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเยี่ยมเยียน สามารถจำแนกได้ดังนี้ ลดอัตราการติดเชื้อมาจากโรงพยาบาล ลดความเครียดและความกังวลของผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพและความคล่องตัวในรูปแบบและกระบวนการทางการแพทย์ สร้างความพึงพอใจและความสุข

ในการทำงานของเจ้าหน้าที่ เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย เช่น ลดความผิดพลาดทางการรักษา เป็นต้น

ผลการวิจัยพบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเยี่ยมเยียนในสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการจัดการพื้นที่ในการให้บริการ ปัญหาเรื่องป้ายบอกทาง บอร์ดให้ข้อมูล การติดภาพต่างๆ การเลือกใช้โทนสีที่ไม่เหมาะสม ปัญหาความไม่เพียงพอของพื้นที่ส่วนพักคอย รวมทั้งปัญหาของคุณภาพอากาศในพื้นที่ให้บริการ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาในส่วนพื้นที่ด้านนอกอาคาร เช่น ลานจอดรถ ทางเดินเชื่อมต่ออาคาร และบริเวณจัดสวนที่ไม่สามารถรองรับการใช้งานได้จริง เป็นต้น

โครงการวิจัยการออกแบบสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลให้เอื้อต่อการเยี่ยมเยียน (ระยะที่ 1)



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

โครงการวิจัยเรื่อง “การออกแบบสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลให้เอื้อต่อการเยียวยา (ระยะที่ 1)” เป็น 1 ในชุดโครงการวิจัยมุ่งเป้าเพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาพสิ่งแวดล้อมและศึกษารูปแบบการออกแบบโครงสร้าง/ภูมิสถาปัตยกรรมของสถานพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยออกแบบชุดรูปแบบการประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อม (Assessment Tool) เพื่อการเยียวยา มีกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 13 แห่ง จากทั่วประเทศ โดยการเลือกอย่างเจาะจง

การดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ส่วน คือ 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการ “การออกแบบสิ่งแวดล้อมสถานพยาบาลเพื่อเอื้อต่อการเยียวยา” ร่วมกับนักวิจัยของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 13 แห่ง 2) การลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 13 แห่ง และ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการลงพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (Assessment Tools) ที่ทีมทำงานวิจัยได้ออกแบบร่างเครื่องมือขึ้นมา ซึ่งแบ่งพื้นที่ประเมินออกเป็น 3 ส่วนคือ (1) ภายนอกอาคาร (2) พื้นที่ใช้สอยส่วนกลาง และ (3) พื้นที่ใช้สอยภายในอาคาร

ภายหลังจากการศึกษาและเก็บข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 คณะทำงานวิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล อาทิ

อาคารส่วนใหญ่มีอายุยาวนาน โครงสร้างคอนกรีตหมดอายุ วัสดุผนังหลังคาเสื่อมคุณภาพเกิดปัญหาการรั่วซึมของน้ำฝน ส่วนการกำหนดที่ตั้งอาคารยังไม่สอดคล้องกับสภาพภูมิอากาศ เช่น การวางอาคารขวางแนวทางเดินของดวงอาทิตย์ ทำให้ผนังและหลังคาอาคารต้องรับความร้อนจากแสงอาทิตย์ทั้งวัน ดังนั้นการกำหนดที่ตั้งอาคารใหม่ จึงควรจะต้องคำนึงถึงสภาพภูมิอากาศและความสัมพันธ์กับอาคารแวดล้อมด้วย สำหรับวัสดุที่ใช้ก่อสร้างอาคารยังไม่ป้องกันความร้อนดีพอ ทำให้ภายในอาคารมีอุณหภูมิสูง ก่อให้เกิดความเครียดแก่ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่มาใช้สอยอาคาร ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการกรุฉนวน หรือการฉาบหาด้วยวัสดุที่มีคุณสมบัติในการสะท้อนความร้อน

ส่วนปัญหาการขาดแคลนพื้นที่ใช้สอย เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรที่มาใช้บริการ ทำให้เกิดความแออัด เกิดเสียงรบกวน ความไม่คล่องตัว โรงพยาบาลควรจะต้องบริหารจัดการกับความแออัด โดยอาจแยกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรก ควรแยกกลุ่มคลินิกและจัดนัดเวลาตรวจโรคให้ไม่ตรงกัน โดยกระจายคลินิกออกไปในพื้นที่ของโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ต้องมีแผนสำหรับการขยายตัวของโรงพยาบาล



เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ขณะที่ข้อจำกัดของพื้นที่ก่อสร้างอาคาร ทำให้เป็ยคบังพื้นที่เปิดโล่ง ที่จะสามารถใช้เป็นพื้นที่จัดสวน เพื่อนำธรรมชาติกลับเข้ามาใกล้มนุษย์ ในขณะที่พื้นที่ที่สามารถจัดสวนธรรมชาติได้ก็ถูกนำไปใช้เป็นลานจอดรถคอนกรีต ในกรณีที่โรงพยาบาลมีที่ดินปลูกสร้างอาคารน้อย ควรพิจารณาเลือกก่อสร้างอาคารสูงที่มีจำนวนชั้นมากเพื่อลดพื้นที่ดินที่ใช้ปลูกสร้างอาคาร ให้เหลือพื้นที่โล่งสำหรับธรรมชาติได้

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ยังพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ขาดการวางผังแม่บท การขยายตัวของอาคารที่เพิ่มขึ้นจึงไม่มีแบบแผนรองรับ ทำให้อาคารบดบังทิศทางลม บดบังทัศนียภาพกันเอง เส้นทางการสัญจรขยอซ้อน จัดพื้นที่ใช้สอยไม่เป็นสัดส่วน โรงพยาบาลควรจะต้องมีผังแม่บทที่เป็นพันธะสัญญาขององค์กร โดยกำหนดโซนพื้นที่ใช้สอยไว้ล่วงหน้า อย่างเป็นสัดส่วนเมื่อวางผังแม่บทไว้ดีแล้ว การขยายตัวของอาคารต้องเป็นไปตามที่วางไว้ การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารก็ไม่สามารถปรับแก้ผังแม่บทของโรงพยาบาลได้ เว้นแต่มีการลงมติแก้ไขตามความจำเป็นและเหมาะสม เป็นต้น



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังเป็นข้อเสนอจากการวิจัยในระยะที่ 1 จะเป็นองค์ความรู้เพื่อการทำงานขั้นต่อไป โดยผู้ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับองค์ความรู้พื้นฐานที่เพียงพอตามข้อเสนอที่เน้นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสร้างฐานความรู้ให้โรงพยาบาลทั้ง 13 แห่ง พร้อมทั้งจะสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเยียวยาตามรูปแบบของชุดเครื่องมือหรือข้อเสนอแนะที่สอดคล้องเหมาะสมกับสถานพยาบาลนั้นๆ ซึ่งจะเป็นการ Implement เพื่อปรับปรุงให้เป็นโมเดลต้นแบบเตรียมเข้าสู่กระบวนการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาเต็มรูปแบบ เพื่อส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการวิจัยระยะที่ 2 และ 3 ต่อไป

B

งานวิจัย
ด้านกำลังคน





สถานการณ์ปัญหา

จากสถานการณ์วิกฤตกำลังคนด้านสุขภาพในช่วงที่ผ่านมา นำมาสู่กระแสข่าวในประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) มีความประสงค์จะออกนอกระบบการบริหารบุคลากรของสำนักงานข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการอัตรากำลัง และมองว่าบุคลากรจะได้มีความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ตลอดจนการพัฒนาเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพให้ประชาชนดีขึ้นด้วยนั้น

ในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มอบหมายให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางการบริหารราชการและการบริหารงานบุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีโจทย์สำคัญ คือการศึกษากระบวนการบริหารจัดการและหากระบวนการบริหารบุคลากรที่จำเป็นและเหมาะสมว่าควรทำอะไรบ้าง แนวทางเป็นอย่างไร รวมถึงการวิเคราะห์แนวทางการจัดระเบียบบริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และหน่วยบริการ ที่ครอบคลุมถึงการบริการสาธารณสุขจากรูปแบบเขตบริการสุขภาพ พร้อมข้อเสนอแนะ

แนวทางการจัดระเบียบ การบริหารงานบุคลากร การกำหนดกรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขด้วยรูปแบบของเขตสุขภาพที่สอดคล้องกับการบริหารบุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น



ในรายงานวิจัย “การศึกษาแนวทางการบริหารราชการและการบริหารงานบุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข” ได้นำเสนอการทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ เพื่อสะท้อนให้เห็นว่า ทำไมจึงต้องปรับบทบาทและโครงสร้างหน้าที่ของรัฐบาลจะมีทิศทางอย่างไร มีตัวอย่างโครงสร้างบริการระดับพื้นที่ในประเทศอังกฤษที่ใช้เป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบรัฐสวัสดิการ โดยแหล่งเงินมาจากรัฐเป็นผู้จัดเก็บ มีหน่วยที่กำกับระบบสุขภาพที่เริ่มมาตั้งแต่ ค.ศ. 1948 แม้จะเกิดการปะทะกันทางความคิดตลอดมา ทว่าระบบเริ่มมีความชัดเจนขึ้น เมื่อมีการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้กฎหมาย National Health Service Act 1973 โดยมีรัฐมนตรีสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจสูงสุด โดยกฎหมายดังกล่าวได้มีการมอบอำนาจไปยังเขตพื้นที่ต่างๆ ที่เรียกว่า National Health Authority (NHA) ต่อมาเปลี่ยนเป็น District Health Authority ในส่วนนี้ ถือว่ามีความสำคัญต่อการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน เพราะมีการแบ่งอำนาจความรับผิดชอบในการบังคับบัญชา ทำให้การจัดการมีความคล่องตัว เนื่องจากเป็นแนวทางการบริหารแบบแนวราบ ซึ่งไม่ใช้การบริหารแบบแนวดิ่งที่ใช้ทั่วไปในระบบราชการ



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

ผลจากการศึกษาแนวทางการบริหารราชการและการบริหารงานบุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการเปรียบเทียบการบริหารราชการและการบริหารงานบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยพบว่า การจัดระเบียบโครงสร้าง กสธ. ส่วนกลางให้มีระบบกลไกทำงานที่คล่องตัว รวดเร็ว ต่อควรจัดส่วนราชการในลักษณะของกลุ่ภารกิจ โดยเสนอแบ่งกลุ่ม เป็นกลุ่มภารกิจด้านยุทธศาสตร์และการประสานนโยบาย, กลุ่มภารกิจด้านการบริการ และหน่วยบริการสุขภาพ, กลุ่มภารกิจด้านการคุ้มครองผู้รับบริการสุขภาพ และกลุ่มภารกิจด้านการสนับสนุนงานบริการสุขภาพ รวมถึงยังได้เสนอการจัดระเบียบราชการในลักษณะเขตสุขภาพ ที่ควรเป็นแบบเบ็ดเสร็จภายในเขต ที่อาจใช้รูปแบบของคณะกรรมการเขตสุขภาพพื้นที่ ที่มีผู้แทน กสธ. องค์การชุมชน ผู้แทน อปท. องค์การวิชาชีพด้านสาธารณสุข ร่วมเป็นกลไกให้เกิดการทำงานที่มีเอกภาพ เป็นต้น

คณะผู้วิจัยเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุข มีความจำเป็นต้องปฏิรูปการบริหารราชการและการบริหารงานบุคลากร โดยปรับโครงสร้างบริหารราชการใหม่โดยจัดระเบียบการบริหารให้แยกออกมาจากกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดินและกฎหมายว่าด้วย กระทรวง ทบวง กรม โดยมีการกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นองค์กรกำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขของประเทศ มีการจัดระเบียบบริหารราชการส่วนกลาง คือ สำนักงานปลัดกระทรวง กรม และส่วนราชการอื่น เป็นต้น ส่วนภูมิภาค คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และเพิ่มเติมให้มีการจัดระเบียบบริหารราชการเขตสุขภาพ คือ สำนักงานเขตสุขภาพและหน่วยบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับการกระจายอำนาจการบริหารจัดการลงไปสู่พื้นที่ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรปรับปรุงการจัดระเบียบการบริหารงานบุคคลในพื้นที่ให้สอดคล้องกับการจัดระเบียบการบริหารราชการเขตสุขภาพ โดยกำหนดเพิ่มเติมให้มีข้าราชการพลเรือนในเขตสุขภาพ ซึ่งแยกออกจากบุคลากรที่ปฏิบัติราชการในส่วนกลางและภูมิภาค ทั้งนี้จะต้องมีการตรากฎหมายว่าด้วยระเบียบราชการพลเรือนในเขตสุขภาพด้วย โดยประเด็นการตรากฎหมายนั้น ได้เสนอให้ดำเนินการที่สอดคล้องกับเรื่อง คน เงิน งาน โดยการตรากฎหมาย แบ่งเป็น 1) กฎหมายที่เกี่ยวกับการบริหารราชการแผ่นดิน 2) กฎหมายที่เกี่ยวกับการบริหารบุคลากร ที่อาจต้องออกร่าง พ.ร.บ.ระเบียบ

ว่าด้วยข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข และ 3) กฎหมายเกี่ยวกับเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งข้าราชการในเขตสุขภาพ เป็นต้น



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ในการขับเคลื่อนข้อเสนอโครงการศึกษาแนวทางการบริหารราชการและการบริหารงานบุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ทางคณะผู้วิจัยได้มีโอกาสในการนำเสนอให้กับกระทรวงสาธารณสุข ในระดับบริหาร เช่น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนกรม ในสังกัด สธ. รวมไปถึงหัวหน้าหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้แทน ก.พ. สำนักงานงบประมาณ สำนักงาน ก.พ.ร. ในการประกอบการพิจารณาระเบียบและหลักการต่างๆ รวมไปถึงการนำเสนอประเด็นดังกล่าวในงานประชุมวิชาการวิจัยระบบสุขภาพ ครั้งที่ 3 ประจำปี 2557 จัดโดย สวรส. ในรูปแบบการเสวนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันของผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพในหัวข้อบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขจะได้อะไรเมื่อออกนอกกรอบ ก.พ. ด้วย



ทบทวนระบบบรรณาภิบาลวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วม ระดับนโยบาย “ผลิต - ใช้” สมดุล สู่เป้าหมายความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ



สถานการณ์ปัญหา

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทางด้านสุขภาพทั้งในด้านจำนวนที่เพียงพอ การกระจายที่ไม่เหมาะสมเป็นธรรม รวมไปถึงระบบการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ ยังคงเป็นปัญหาที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ โดยสาเหตุสำคัญด้านหนึ่ง คือ การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพยังขาดการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เช่น การขาดกลไกการประสานระหว่างสถาบันการศึกษาที่ผลิตและสถานพยาบาล ที่ส่งผลต่อการผลิตที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ เกิดการขาดแคลนในบางวิชาชีพ ในขณะที่บางวิชาชีพมีแนวโน้มจะเกินความต้องการ

นอกจากนี้ สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นอุบัติการณ์ของโรคใหม่ๆ เช่น อีโบล่า ไข้หวัดนก การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจต่างๆ ฯลฯ จึงเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด แนวคิดเรื่องระบบบรรณาภิบาล เป็นหลักการอย่างหนึ่งที่ประเทศพัฒนาแล้วนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา



กำลังคนสุขภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการจัดทำแผนพัฒนารองรับความเปลี่ยนแปลงในอนาคต

“ระบบธรรมาภิบาล” หมายถึง กฎระเบียบในการจําแนกบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบภาครัฐ ผู้ผลิต และ ผู้ใช้ ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรต่างๆ โดยระบบจะเอื้อให้เกิดพลังอำนาจในการบริหารจัดการ และการตัดสินใจในกลุ่มองค์กรต่างๆ รวมถึงภาคประชาสังคม การเมือง ผู้กำหนดนโยบาย และการบริหารสาธารณะด้วย ทั้งนี้ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่ดีจำเป็นต้องอาศัยการคาดการณ์ที่แม่นยำ ระหว่าง **“การผลิต”** ควบคู่ไปกับ ความต้องการของ **“ผู้ใช้”** เพื่อให้สามารถผลิตกำลังคนสุขภาพที่มีปริมาณเพียงพอ มีคุณภาพ และกระจายตัวเหมาะสม **“ผู้ผลิต”** หมายถึง สถาบันการศึกษา ที่ผลิตบัณฑิตหรือบุคลากรสุขภาพให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีมาตรฐาน **“ผู้ใช้”** คือ หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพที่มีความต้องการบุคลากรไปปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้สนับสนุนให้สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ทำการทบทวน **ระบบธรรมาภิบาล** ในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อศึกษารูปแบบของบทบาทและความร่วมมือระหว่างผู้ใช้ ผู้ผลิต และผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และสังเคราะห์ ข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ทันต่อการเปลี่ยนแปลง และตรงกับความต้องการของผู้ใช้

ข้อมูลจากรายงานระบุว่า การศึกษาเรื่องธรรมาภิบาล ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพนั้นยังมีน้อย อย่างไรก็ตาม ในปี 2553 ได้มีการประชุมเรื่อง “Responsible governance for improved human resources for health: making the right choices” จัดโดย Royal Tropical Institute ในเมือง Amsterdam มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 181 คนจาก 31 ประเทศ ได้อภิปราย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องธรรมาภิบาลใน ประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ มา 5 ประเด็น สำคัญด้วยกัน ได้แก่ 1) การพัฒนาวิสัยทัศน์และนโยบายที่เกี่ยวข้อง กับกำลังคนด้านสุขภาพ 2) การช่วยเหลือให้เกิดประสิทธิภาพ ด้านกำลังคน 3) กลไกด้านกฎระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้อง 4) การมีส่วนร่วมและการให้ความคิดเห็น และ 5) การพัฒนาสมรรถนะ โดยผ่านการศึกษาด้านสาธารณสุขระดับสูง

สำหรับในประเทศไทยได้มีการกล่าวถึงเรื่องธรรมาภิบาล กันอย่างกว้างขวางในช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมา เช่น ในแผน พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – 2554 ได้เน้นการพัฒนาสุขภาพอย่างครบวงจรและระบบ ธรรมาภิบาล โดยรณรงค์ปลูกจิตสำนึกในเรื่องธรรมาภิบาล ค่านิยมวัฒนธรรมประชาธิปไตย วัฒนธรรมสันติวิธีแก่ประชาชน ทุกกระดับ ทุกภาคส่วน โดยระบบสุขภาพจะต้องยึดหลักธรรมาภิบาล เพราะระบบสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับประชากร ทั้งด้าน ปริมาณและคุณภาพ อย่างไรก็ตาม พบว่าที่ผ่านมาใน ประเทศไทยยังไม่มี การเน้นย้ำเรื่องธรรมาภิบาลที่เฉพาะเจาะจง กับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างเพียงพอ

ข้อเสนอจากผลการวิจัย เสนอว่า การใช้กรอบแนวคิด ธรรมาภิบาลมาประยุกต์ใช้กับการวางแผนกำลังคนเป็นเรื่อง สำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในเรื่องนโยบาย การมีวิสัยทัศน์ระยะ ยาวในการพัฒนา การตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย การรับผิดชอบต่อส่วนต่อสาธารณะซึ่งต้องมี

ความโปร่งใสและตรวจสอบได้ มีความยุติธรรมและเคารพต่อ กฎระเบียบต่างๆ โดยปัจจุบันมีกลไกคณะกรรมการกำลังคน ด้านสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกหลักเชิงนโยบายและขับเคลื่อน แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนฯ รวมไปถึงกระทรวงสาธารณสุข ควรนำแนวทางนี้ลงไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน

ข้อเสนอในการพัฒนาต่อคือ การพัฒนากลไกความ ร่วมมือ โดยดึงกลุ่มตัวแทนที่มีอำนาจตัดสินใจในทุกภาคส่วน เข้ามามีบทบาทชัดเจนในการวางแผนกำลังคน ทั้งการผลิตและ การใช้กำลังคนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน หรืออาศัย กลไกสานเสวนาแบบสันติจากประเด็นที่ขัดแย้ง เป็นต้น และ ให้มี รูปแบบการวางแผนฯ จากการมีส่วนร่วม เช่น คณะกรรมการ กำลังคนฯ ที่มีอยู่แล้วต้องมีกระบวนการขับเคลื่อนชัดเจน หรือ การมีองค์กรควบคุมกำกับด้านสุขภาพของชาติ ที่ยังคงต้อง พิจารณาความเหมาะสมว่าควรอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข หรือเป็นองค์กรภายนอก



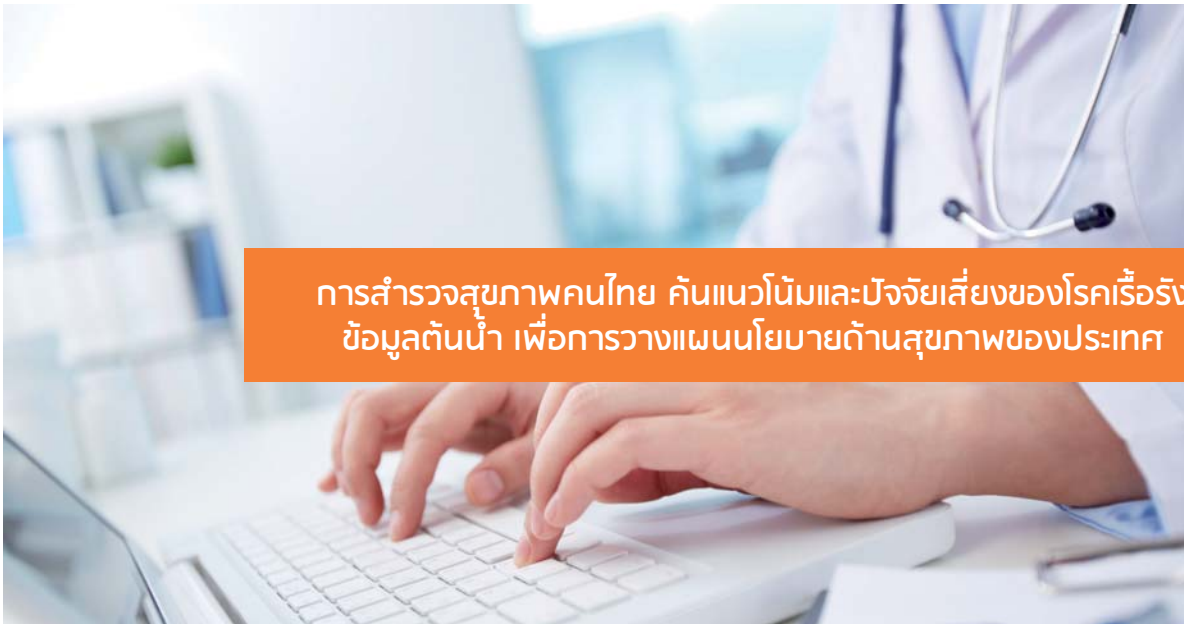
การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

งานวิจัยดังกล่าว ได้มีโอกาสนำเสนอสู่ผู้บริหาร ระดับสูงของสถาบันการศึกษาภาครัฐและภาคเอกชน กระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพสุขภาพ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ในงานประชุมวิชาการระดับชาติการ พัฒนาการศึกษสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ครั้งที่ 2 “ปฏิรูปการเรียนรู้ สู่มรรธนะและหัวใจ” แล้ว โดย เสนอให้กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการศึกษา ใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาการนำไปใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะในการวางแผนใช้บุคลากรที่เหมาะสมใน ระดับพื้นที่ต่อไป

C

งานวิจัย
ด้านข้อมูลข่าวสาร





สถานการณ์ปัญหา

การพัฒนาและวางแผนงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนไทยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นประชากรที่มีศักยภาพนั้น มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลสำคัญที่หลากหลาย เช่น ข้อมูลสถานะสุขภาพของประชากร ขนาดของปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาเหล่านั้น ที่มีการแจกแจงข้อมูลปัญหาตามพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ เช่น เขตสาธารณสุขตามภาค หรือตามเขตปกครองท้องถิ่น รวมทั้งตามลักษณะทางชีวภาพของประชากรที่สัมพันธ์กับสถานะสุขภาพ คือ เพศ และอายุ ตลอดจนสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ ข้อมูลดังกล่าวไม่เพียงแต่การนำมาวางแผนนโยบายทางสุขภาพ แต่ยังสามารถนำมาใช้ออกแบบโครงการรณรงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในประชาชน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรค เช่น โครงการรณรงค์ให้รับประทานผักและผลไม้ โครงการคนไทยไร้พุงเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินโดยเฉพาะการอ้วนลงพุงที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคเบาหวาน และการวัดความดันเลือดเพื่อควบคุมโรคความดันเลือดสูง เป็นต้น

ที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย การสำรวจในครั้งนี้เป็น 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในระหว่าง พ.ศ. 2534-2535, ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540, ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 และ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 (ส่วนครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557-2558 อยู่ระหว่างดำเนินการประมวลผลการสำรวจ)





งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

การสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552

เป็นแผนงานวิจัยที่ดำเนินการโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วัตถุประสงค์หลักของการสำรวจ คือ แสดงความชุกของโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การกระจายตามเพศ และกลุ่มอายุ ในระดับประเทศ ภาค และเขตปกครอง ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม (multi-stage random sampling) ในกลุ่มประชากรไทยอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่อาศัยใน 20 จังหวัดทั่วประเทศ และกรุงเทพฯ แบ่งเป็น กลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 12,240 คน และ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9,720 คน รวม 21,960 คน โดยได้รับความร่วมมือจาก เครือข่ายมหาวิทยาลัยของภาคต่างๆ ในการลงพื้นที่สำรวจ ข้อมูล มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20,450 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับ ร้อยละ 93

ผลการสำรวจในกลุ่มสุขภาพผู้ใหญ่วัยแรงงานและสูงอายุ พบข้อมูลที่น่าสนใจ ตัวอย่างเช่น ความชุกของการสูบบุหรี่ ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 19.9 โดยเพศชายสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 38.7 ส่วนในเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 2.1 การสูบบุหรี่ตามกลุ่มอายุในเพศชายความชุกเริ่มตั้งแต่ ร้อยละ 34.2 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุสูงสุด ในกลุ่มอายุ 45-49 ปี ร้อยละ 42.6 จากนั้นความชุกลดลง เมื่ออายุมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่ามากกว่าหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุชายยังคงสูบบุหรี่อยู่ ส่วนในเพศหญิงความชุกของการสูบบุหรี่สูงขึ้นตามอายุ โดยสูงสุดในกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 5.8)

ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชายมีสัดส่วนของคนที่ดื่มปริมาณ แอลกอฮอล์ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป (ชาย ≥ 41 กรัม/วัน) ร้อยละ 13.2 ส่วนในเพศหญิง (≥ 21 กรัม/วัน) ร้อยละ 1.6 ผู้ชายที่อาศัยในเขตเทศบาลมีระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป (ร้อยละ 13.9) สูงกว่านอกเขตเล็กน้อย (ร้อยละ 13.0) สำหรับ ผู้หญิงในเขตเทศบาลมีความชุกการดื่มมากกว่านอกเขต (ร้อยละ 2.2 และ 1.4)

ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีร้อยละ 18.5 (ชายร้อยละ 16.8 และหญิงร้อยละ 20.2) นอกจากนี้ ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 28.4 ในผู้ชาย และ 40.7 ในผู้หญิง ความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ในชาย ร้อยละ 36.1 และ 25.1 ในหญิงร้อยละ 44.9 และ 38.8 ตามลำดับ) โดยในภาคกลางและกรุงเทพฯ สูงกว่าภาคอื่น



ผลการสำรวจ เมื่อเปรียบเทียบการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 นี้กับการสำรวจครั้ง 3 ในปี 2547 พบว่าความชุกของบางปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะอ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูง การกินผักผลไม้ไม่เพียงพอ และภาวะโลหิตจาง บางปัจจัยอยู่ในสถานการณ์คงเดิม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และบางปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในบางกลุ่ม เช่น การสูบบุหรี่ลดลงในกลุ่มผู้ชายแต่ในผู้หญิงยังไม่ลดลง การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็นต้น ดังนั้นจึงยังมีความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนยังต้องร่วมกันกำหนดมาตรการ ดำเนินการ ควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง และสร้างเสริมสุขภาพประชาชนให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น และต้องมีการสำรวจติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนต่อเนื่องเป็นระยะๆ ต่อไป



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผลการสำรวจสุขภาพคนไทย ทำให้ทราบแนวโน้ม และปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังที่พบบ่อย รวมถึงพฤติกรรมของประชาชนไทย ที่ผ่านมามีหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข หลายแห่งได้ใช้ข้อมูลดังกล่าวไปกำหนดนโยบายเพื่อแก้ไข ป้องกัน หรือวางแผนนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ ไม่ว่าจะเป็น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรหน่วยงานต่างๆ เช่น การนำไปคำนวณภาระโรคของประเทศ การจัดลำดับปัญหาสุขภาพและกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศ

นอกจากนี้ ทางสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ได้นำข้อมูลดังกล่าวรวมทั้งในส่วนของการป้องกัน และควบคุมโรค และการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน จัดไว้ในระบบข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งง่ายต่อการค้นหาทางสื่อออนไลน์ และยังมีบริการตีพิมพ์เผยแพร่สู่สาธารณะอีกด้วย



D

งานวิจัย
ด้านระบบยา ผลิตภัณฑ์
และเทคโนโลยี



วิจัยและพัฒนาการควบคุม - ป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ
สร้างองค์ความรู้ ต้านวิกฤต ลดความเสี่ยงเชื้อดื้อยา



สถานการณ์ปัญหา

การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance, AMR) เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากต่อระบบสุขภาพ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา จะไม่มียาต้านจุลชีพที่มีประสิทธิภาพดีสำหรับรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมีโอกาสป่วยและตายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่เกิดขึ้นสามารถแพร่กระจายไปยังผู้อื่น และสามารถถ่ายทอดรหัสพันธุกรรมไปยังแบคทีเรียชนิดหรือสายพันธุ์อื่นด้วย อาจทำให้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพรุนแรงและเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

โดยปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ คือ 1) การใช้ยาต้านจุลชีพมากเกินไปจนความจำเป็นอย่างไม่เหมาะสม ในมนุษย์ สัตว์ เกษตรกรรม อุตสาหกรรม 2) การเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายของการติดเชื้อยังด้อยประสิทธิภาพ 3) การขาดความตระหนักถึงขนาดของปัญหา ความสำคัญ ความเร่งด่วนและความรุนแรงของการดื้อยาต้านจุลชีพของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ประชาชน สังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การดื้อยาต้านจุลชีพ หมายถึง การดื้อยาต้านจุลชีพของแบคทีเรียที่เคยไวต่อยาต้านจุลชีพที่เคยใช้รักษาได้ผลดีมาก่อน แต่แบคทีเรียดังกล่าวจะกลายพันธุ์เป็นเชื้อที่ดื้อต่อยาชนิดนั้นในเวลาต่อมาหลังจากเชื้อได้สัมผัสกับยาต้านจุลชีพ การดื้อยาต้านจุลชีพประเภทนี้เรียกว่า การดื้อยาต้านจุลชีพที่เกิดขึ้นภายหลัง ปัจจุบันการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาต้านจุลชีพจัดเป็น 1 ใน 5 โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก

5 โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ 1) โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ 2) โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ เป็นโรคที่มาจากประเทศหนึ่งไปอีกประเทศหนึ่ง หรือข้ามทวีป เช่น ซาร์ส 3) โรคติดต่ออุบัติซ้ำ คือโรคติดต่อที่เคยระบาดในอดีตและสงบไปนานแล้วแต่กลับมาระบาดอีก เช่น กาฬโรค 4) เชื้อโรคดื้อยา และ 5) อาวุธชีวภาพโดยใช้เชื้อโรคหลายชนิดผลิตเป็นอาวุธ เช่น เชื้อแอนแทรกซ์ใช้ทรพิษ

(แหล่งข้อมูล : สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, อ้างอิงจาก http://www.dnp.go.th/wildlife/Emerging_Disease/EmergingInfectiousDiseasespage.html)



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

ชุดโครงการวิจัยพัฒนาการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) องค์การเภสัชกรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ International Development Research Center (IDRC) ประเทศแคนาดา ชุดโครงการวิจัยนี้ ดำเนินการตามกรอบแนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” (One Health) ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 เพื่อ 1) พัฒนาระบบพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ 2) วิจัยและพัฒนาประเด็นวิชาการ เศรษฐกิจ และสังคมเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ และ 3) พัฒนาชุมชนต้นแบบที่นำระบบ มาตรการ กลไกการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างครอบคลุมไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ



ผลงานสำคัญ ได้แก่ ทราบขนาดปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย พบว่าแต่ละปีมีคนไทยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประมาณ 100,000 ราย สูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างน้อย 40,000 ล้านบาท (0.6% GDP) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวเป็นปัญหาสุขภาพที่ถูกจัดให้มีความสำคัญลำดับต้นๆ ของประเทศไทย ทั้งนี้ ข้อเสนอของโครงการฯ ส่งผลให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีการยกระดับการควบคุมยาต้านจุลชีพให้จำกัดการใช้ การจำหน่ายเข้มข้นขึ้น (Restricted use) มีโครงสร้างระดับชาติของการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย มีระบบการเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ การเฝ้าระวังการใช้ต้านจุลชีพ และการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลกับโครงการนำร่อง มีระบบการควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพในมนุษย์และสัตว์ มีชุดควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ สำหรับสร้างความตระหนักและรณรงค์เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยอาศัยข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศไทยและนานาชาติ และมีผลงานวิจัยพัฒนาการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ผลงานของชุดโครงการวิจัยนี้ เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ โดยองค์การอนามัยโลก เห็นชอบให้ประเทศไทย เป็นศูนย์ประสานงานการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพขององค์การอนามัยโลก (WHO Collaborating Centre for Antimicrobial Resistance Prevention and Containment) ในปี พ.ศ. 2558 และผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกได้แต่งตั้งหัวหน้าโครงการฯ ให้เป็นสมาชิกของ Strategic and Technical Advisory Group on Antimicrobial Resistance (STAG-AMR) รับผิดชอบจัดทำข้อเสนอเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ

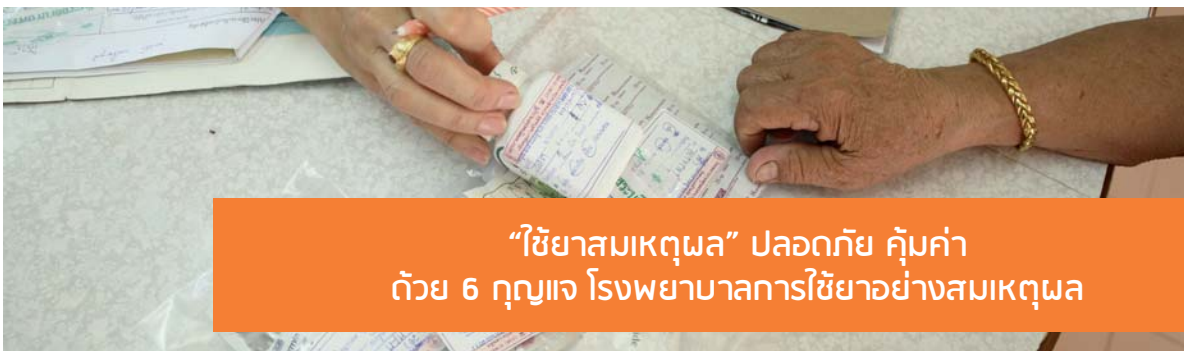
ขององค์การอนามัยโลก และร่วมจัดทำ WHO Global Action Plan on AMR ซึ่งได้รับการรับรองจากการประชุมสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 67 และ 68 เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 และ 2558 ตามลำดับ

ผลงานวิจัยนี้ใช้เป็นปัจจัยนำเข้า (Input) ให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติของการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย และได้เสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 เดือนธันวาคม 2558 เรื่องวิกฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเรียบร้อยแล้ว



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผลงานของชุดโครงการนี้ เป็นที่ยอมรับในระดับชาติและระดับนานาชาติ โดยเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ (AMR) และประเทศไทยเป็นศูนย์ประสานงานการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพขององค์การอนามัยโลก (WHO Collaborating Centre for Antimicrobial Resistance Prevention and Containment) ในปี 2558 ซึ่งก่อให้เกิดการเชื่อมโยงและผลต่อการควบคุมและป้องกันเชื้อมดื้อยาต้านจุลชีพในระดับชาติและนานาชาติ



“ใช้ยาสมเหตุผล” ปลอดภัย คุ่มค่า
ถ้วย 6 คุญแวง โรงพยาบาลการใช้ยาอย่างสมเหตุผล



สถานการณ์ปัญหา

ในภาพรวมของประเทศ ค่าใช้จ่ายด้านยามีอัตรา
การเติบโตใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ประมาณร้อยละ
7-8 ต่อปี) แต่สูงกว่าอัตราการเติบโต (ร้อยละ 5-6 ต่อปี) ของ
ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)¹ การคาดการณ์
แนวโน้มของค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยในอนาคต ปัจจัยที่
มีผลทำให้ปริมาณการใช้ยาเพิ่มสูงขึ้นประกอบด้วย การที่คนไทย
เข้าถึงยามากขึ้นจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพ กลุ่มโรค
ที่ต้องการการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งโรคเอดส์ และกลุ่มประชากร
สูงอายุที่ไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2568
สำหรับปัจจัยที่มีผลทำให้ยามีราคาเพิ่มขึ้น ได้แก่ ยาใหม่และยาที่มี
สิทธิบัตร และการขึ้นราคาตามสถานะเศรษฐกิจ²

อย่างไรก็ตามที่สำคัญที่สุดคือค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้น
เกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม เกินความจำเป็น และ
กระบวนการตลาดที่ขาดจริยธรรม โดยพบการบริโภคนยาอย่าง
ไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นในทุกระดับ ทั้งการใช้ยาในสถาน
พยาบาลภาครัฐและเอกชน การใช้ยาในชุมชนโดยเฉพาะยาที่มี
ความเสี่ยงสูง เช่น ยาด้านจุลชีพ ยาสเตียรอยด์ ยาชุด เป็นต้น สำหรับ
ประเทศไทย การบริโภคนยาของคนไทยสูงถึง 144,500 ล้านบาท
ในปีพ.ศ. 2555 โดยส่วนหนึ่งรัฐต้องสูญเสียงบประมาณจากการ
ครอบครองยาเกินจำเป็น³ ถึงประมาณ 2,370 ล้านบาท/ปี และใช้
จ่ายงบประมาณมากถึง 4,000 ล้านบาท ในการผลิตและนำเข้ายา
ที่ยังมีข้อสงสัยต่อประสิทธิผลและความปลอดภัย⁴

การใช้ยาเป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขอื่นๆ จึง
ต้องพิจารณาปัจจัยหลายส่วนที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และแก้ปัญหา
อย่างเป็นระบบ ทั้งการขึ้นทะเบียน การควบคุมการกระจายยา
และการใช้ยาในสถานพยาบาลและชุมชน ตลอดจนถึงปัจจัยต่างๆ
ที่มีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของผู้สั่งใช้ยาและประชาชน

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ **การใช้ยาอย่าง
สมเหตุผล** คือ การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ
โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลา
การรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อย
ที่สุด (WHO, 1985) สอดคล้องกับคำจำกัดความตามคู่มือการใช้ยา
อย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ : 2552 ที่ขยายความว่า
การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่
มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้
ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน
มีราคาเหมาะสม คำนึงตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ใช้ยาใน
ขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่
ตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ภายใต้ระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม

- 1 สุพล ลิ้มวัฒนานนท์และคณะ. 2556. การทบทวนทบทวนโลก วิธีการ หรือ รูปแบบในการจัดการให้เกิด
การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- 2 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, ศรีหญิง ดันติเวส (บรรณาธิการ). ระบบยาของประเทศไทย.
นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2545. หน้า 5 - 32.
- 3 การครอบครองยาเกินจำเป็น หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่มากกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในมุมมองของสถานพยาบาลที่มีการสั่งจ่ายยาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละ
รายในปริมาณที่มากกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ โดยไม่รวมถึงการครอบครองยาเกินจำเป็นในมุมมองที่
ผู้ป่วยมียาครอบครองเกินจำเป็นอันเกิดจากการปรับเปลี่ยนการรักษาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (นธ
ชัยฤกษ์คุณาฤกษ์ และคณะ. ๒๕๕๕)
- 4 ข้อมูลจากรายงานมูลค่าการผลิตและนำเข้ายา ประจำปี 2558, สำนักงานคณะกรรมการการ
อาหารและยา



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาในระบบสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) เป็นโครงการที่บูรณาการมาตรการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล ตามนโยบายแห่งชาติด้านยาและแนวทางขององค์การอนามัยโลกไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้บริบทปัญหาของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยพัฒนาระบบ กลไก และเครื่องมือรวมทั้งใช้กลไกเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลที่มีกบปในระบบบยาของโรงพยาบาล ตั้งแต่การคัดเลือกยา การจัดซื้อจัดหา การสั่งจ่าย การจ่ายยา เพื่อส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ซึ่งกำหนดเป็นกฎแฉสำคัญเพื่อความสำเร็จ 6 ประการ ในการดำเนินการไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เรียกโดยย่อว่า กฎแฉ PLEASE โครงการฯ มุ่งหวังให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา และมีการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

กฎแฉ PLEASE คือกฎแฉสำคัญเพื่อความสำเร็จ 6 ประการ ในการดำเนินการไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประกอบด้วย



ซึ่งในกฎแฉแต่ละด้านจะมีรายละเอียดตั้งแต่ข้อแนะนำในการปฏิบัติ ข้อควรหลีกเลี่ยง แนวทางการติดตามผลและตัวชี้วัด พร้อมเกณฑ์ประเมินผลความสำเร็จสู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีโรงพยาบาลนำร่องเข้าร่วมโครงการฯ กว่า 200 โรงพยาบาลทั่วประเทศ กระจายทั้ง 5 เขตบริการสุขภาพ แยกตามภูมิภาค และโรงพยาบาลในเครือข่ายของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) ได้นำข้อแนะนำต่างๆ ตามกฎแฉ PLEASE ทั้ง 6 ด้านไปสู่การปฏิบัติจริง ทั้งด้านการบริหารและวิชาการ เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพของระบบยาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจร

การดำเนินการโครงการ RDU hospital เป็นความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข กับเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย และเครือข่ายโรงพยาบาลในกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คณะอนุกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เรื่อง การพัฒนาสู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2557



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

แม้ว่าชุดโครงการอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ขณะเดียวกันมีการนำเสนอข้อมูล ข้อค้นพบ เพื่อการใช้ประโยชน์เป็นระยะๆ ตัวอย่างเช่น **คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล** ที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางและวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับสถานพยาบาลที่ต้องการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ซึ่งรายละเอียดในคู่มือฯ จะรวมไปถึง **ตัวชี้วัดต่างๆ** เพื่อการติดตามประเมินผลที่สามารถสะท้อนระบบคุณภาพยาของสถานพยาบาลได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม การจัดทำ **ฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม ข้อมูลยาสู่ประชาชน** ใน 13 กลุ่มยานำร่อง ผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ต่างๆ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ทั้งนี้ในโรงพยาบาลนำร่องกว่า 200 โรงพยาบาลก็ได้้นำแนวทางและข้อมูลความรู้ที่ได้จากโครงการฯ ไปบูรณาการให้เกิดการปฏิบัติได้จริง ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล **การบรรจุ RDU ในหลักสูตรการศึกษาศาสตรบัณฑิต เกษตรศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์** เป็นต้น ทั้งนี้ ในการประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 6/2559 เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2559 ได้มีมติเห็นชอบให้ **“โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital)”** เป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตามที่คณะผู้วิจัยและคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเสนอ

อนึ่งในระยะต่อไปจะมีการขยายโครงการฯ ให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน สถานบริการสุขภาพ คลินิก ร้านขายยา ฯลฯ ด้วย เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระบบสุขภาพ

ชื่องานวิจัย

การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหออภิบาลผู้ป่วย

นักวิจัย

รศ.ดร.อะเคื้อ อุดมทะเลกะ

สังกัด

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แหล่งทุนวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ



สถานการณ์ปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่พบมากในหออภิบาลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง มีความจำเป็นต้องได้รับการสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ การใส่สายสวนหลอดเลือด การใช้เครื่องช่วยหายใจ การสวนทางเดินปัสสาวะ เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ ซึ่งการสอดใส่อุปกรณ์เหล่านี้ อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อขึ้นได้ ทั้งการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือด ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนทางเดินปัสสาวะ ที่สำคัญ เชื้อที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นเชื้อที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพ ดังนั้น การติดเชื้อที่เกิดขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตตามมา



การติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพหลายขนาน เชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยซึ่งจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ เชื้อ *Acinetobacter baumannii* ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ พบว่าเชื่อนี้มีแนวโน้มการดื้อยาเพิ่มขึ้นทุกปี ได้แก่ เชื้อดื้อต่อยา Cefoperazone/sulbactam, Carbapenems, Ceftazidime, Ciprofloxacin และ Amikacin นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อ Pandrug Resistant *Pseudomonas Aeruginosa*, และ ESBL-Producing *Klebsiella Pneumoniae*



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

โครงการวิจัยเรื่อง **“การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหออภิบาลผู้ป่วย”** เป็น 1 ในชุดโครงการวิจัยมุ่งเป้าเพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อดื้อยาที่เหมาะสมที่หออภิบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิสามารถนำไปปฏิบัติได้ รวมทั้งส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรหออภิบาลผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาจากการใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกาย เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลต่างๆ ให้การติดเชื้อในหออภิบาลผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายการรักษา รวมทั้งลดการเสียชีวิตเป็นสำคัญ

จากโครงการวิจัย คณะผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของ Institute for Healthcare Improvement (IHI) สหรัฐอเมริกา มาประยุกต์ใช้ โดยมีโรงพยาบาลสมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 50 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ระยะเวลาดำเนินงานตลอดโครงการตั้งแต่เดือน พ.ย.56 – พ.ย.57

ในขั้นตอนการดำเนินงานโครงการประกอบด้วย การจัดทำ “ร่าง” แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันการติดเชื้อที่กระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือด การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ จากนั้นได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2 ครั้ง เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรหออภิบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพพร้อมการประชุมระดมสมองของบุคลากรของโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อพิจารณาร่างแนวปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันค้นหาวิธีการที่เหมาะสมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการแก้ปัญหาการติดเชื้อในหออภิบาลผู้ป่วย รวมทั้งทบทวนบทเรียนผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย บุคลากรและโรงพยาบาล การทบทวนแนวทางการเฝ้าระวัง การใช้ประโยชน์จากข้อมูลการเฝ้าระวังเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย

ผลที่ได้รับจากการดำเนินงานโครงการ คือ **คู่มือแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหออภิบาลผู้ป่วย** มีสาระที่สำคัญประกอบด้วย **แนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล** **แนวปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ** **แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ** **แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่กระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือด** **แนวปฏิบัติในการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและแนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล** เป็นต้น

เมื่อได้คู่มือสำหรับให้โรงพยาบาลที่ร่วมโครงการใช้เป็น

แนวทางในการปฏิบัติ พร้อมบันทึกผลการดำเนินงาน พบว่า ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหออภิบาลผู้ป่วย 79 แห่งของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการที่รายงานข้อมูลการติดเชื้อในหออภิบาลผู้ป่วยครบถ้วน จำนวน 40 โรงพยาบาล ตลอดการดำเนินโครงการศึกษา พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงสุด คือ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการติดเชื้อในภาพรวมคิดเป็น 7.8 ครั้งต่อจำนวนวันที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วัน รองลงมาคือ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ พบอัตราการติดเชื้อ 4.6 ครั้งต่อจำนวนวันที่ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ 1,000 วัน และการติดเชื้อที่กระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือด อัตราการติดเชื้อคิดเป็น 2.5 ครั้งต่อจำนวนวันที่ผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือด 1,000 วัน

ส่วนข้อมูลอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อ พบว่า อัตราผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและติดเชื้อที่กระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือดเสียชีวิตพบเท่ากันคือ ร้อยละ 36.4 อัตราผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 24 ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นเงิน 30,734,713 บาท ค่าใช้จ่ายยาในการรักษาการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะและการติดเชื้อที่กระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือด เป็นเงิน 8,317,268 และ 2,545,381 บาท ตามลำดับ

งานวิจัยได้สรุปเบื้องต้นว่า แม้ว่าข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหออภิบาลผู้ป่วยจะยังไม่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงในการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในหออภิบาลผู้ป่วยอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินงานโครงการ เนื่องจากจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามประเมินผลสำเร็จที่เกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากโครงการสามารถนำไปเผยแพร่ให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ดังที่เห็นรูปธรรมได้จาก การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหออภิบาลผู้ป่วยภายใต้คู่มือแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญในหออภิบาลผู้ป่วย ที่มีส่วนช่วยให้บุคลากรของหออภิบาลผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ถูกต้องทันสมัยและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยเชื่อว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากโครงการวิจัยฯ จะเป็นองค์ความรู้ทางวิชาการ ซึ่งสามารถนำไปขยายผลเพื่อให้หออภิบาลผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดอื่นๆ ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ ได้ใช้เป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยและให้ความรู้แก่บุคลากรต่อไป



ผลประเมินการบริการเครื่องช่วยฟังในระบบหลักประกันสุขภาพ
ต่อยอดเป้าหมายช่วยลดค่าใช้จ่าย เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา



สถานการณ์ปัญหา

“เครื่องช่วยฟัง” เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้พิการ และผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยิน ซึ่งจัดให้เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ที่ผ่านมา ประเทศไทย ยังไม่สามารถผลิตอุปกรณ์ประเภทนี้ได้เอง โดยเกณฑ์การเบิก ค่าใช้จ่ายเครื่องช่วยฟัง ตามสิทธิด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อการดูแลคน พิการ อยู่ที่อัตรา 13,500 บาทต่อราย โดยในปี 2556 มีมูลค่า การเบิกจ่ายถึง 113 ล้านบาท ซึ่งโครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้ประเมินว่า “เครื่องช่วยฟัง” เป็นอุปกรณ์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าอุปกรณ์สำหรับคนพิการ ประเภทอื่นๆ เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องนำเข้า จากต่างประเทศ

ในราวปี 2556 ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค) สามารถ ประดิษฐ์ “เครื่องช่วยฟัง” ในชื่ออินทิมา (Intima) ได้โดยฝีมือคนไทย ที่มีจุดเด่นในเรื่องแบตเตอรี่ที่ สามารถชาร์จไฟได้ ไม่ต้องเปลี่ยนแบตเตอรี่ใหม่ ช่วยลดค่าใช้จ่ายระหว่างใช้งาน เหมาะกับผู้สูงอายุ ที่สำคัญคือ ระบบเสียงเป็นแบบดิจิทัลที่มีความคมชัด และตัดเสียงแทรกได้ดี ผ่านมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ ISO13485 โดยสนนราคาอยู่ที่เครื่องละ 7,000 บาท ถูกกว่าการนำเข้าถึง 50% นับเป็นทางเลือกใหม่ สำหรับระบบสุขภาพที่จะทำให้ค่าใช้จ่ายของประเทศ ลดลงได้อย่างมาก



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

ทางเลือกใหม่นี้เริ่มชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อปี 2557 คณะวิจัยจากภาควิชาโสต ศอ นาสิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมมือกับเนคเทค และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำการศึกษาวิจัยทางคลินิกเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องช่วยฟังระบบดิจิทัลแบบกล่องและต้นทุนของการคัดกรองการได้ยินและบริการเครื่องช่วยฟังในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่สูญเสียการได้ยินระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่าเครื่องช่วยฟัง มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ไม่ต่างจากอุปกรณ์นำเข้าจากต่างประเทศ

จากผลการวิจัยครั้งนั้น สวรส. ได้จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและผลักดันให้มีการใช้เครื่องช่วยฟังในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งได้รับการตอบรับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยให้เริ่มใช้เครื่องช่วยฟัง 1,000 เครื่องกับกลุ่มผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินระดับปานกลาง นำร่องใน 13 โรงพยาบาล ได้แก่ 1) รพ.สวรงค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ 2) รพ.ปทุมธานี จ.ปทุมธานี 3) รพ.พระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี 4) รพ.พระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี 5) รพ.เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จ.นครปฐม 6) รพ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร 7) รพ.ร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด 8) รพ.ศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น 9) รพ.ขอนแก่น จ.ขอนแก่น 10) รพ.อุดรธานี จ.อุดรธานี 11) รพ.ชัยภูมิ จ.ชัยภูมิ 12) รพ.ตรัง จ.ตรัง และ 13) รพ.รามาริบัติ จ.กรุงเทพฯ

การดำเนินการผ่านไปได้ 1 ปี การวิจัยพัฒนายังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ “โครงการติดตามประเมินผลนำร่องบริการเครื่องช่วยฟังไทยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยคณะวิจัย สวรส. ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น บริษัทไอเมด และมี สปสช. เป็นหน่วยสนับสนุน โดยในปี 2558 มีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้พบว่า จากเป้าหมายการให้บริการ 1,000 ราย ใน 13 โรงพยาบาลนำร่องที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ สามารถให้บริการไปแล้ว 423 ราย คิดเป็น 42.3% และได้มีการติดตามผลผู้รับบริการที่ใช้บริการเครื่องช่วยฟังอย่างต่อเนื่อง เพื่อการลงบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล Thai hearing aids จำนวน 297 ราย คิดเป็น 70.2% ของจำนวนที่ให้บริการไปแล้ว โดยมากกว่าร้อยละ 80 ใช้งานเครื่องช่วยฟังนานเกินกว่า 6 เดือนซึ่งพบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำหรับข้อค้นพบเพื่อการพัฒนาระบบบริการเครื่องช่วยฟัง มี 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านตัวอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง เช่น สายหูฟังที่ชำรุดง่าย โดยขณะนี้ทางผู้ผลิตสามารถแก้ไขจุดบกพร่องนี้ได้แล้ว 2) ด้านการบริการหลังการขาย เช่น ควรให้บริการออกหน่วยเคลื่อนที่ติดตามดูแลและแก้ปัญหาต่างๆ เพื่อ

ลดปัญหาการขอคืนเครื่องช่วยฟัง 3) ด้านระบบการให้บริการของหน่วยบริการและ สปสช. ที่อาจให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นจุดประสาน ร่วมกับแผนกหู คอ จมูก ในโรงพยาบาลจังหวัด และราชวิทยาลัย การจัดหากำลังคนทางด้านโสต ศอ นาสิกและนักโสตสัมผัสวิทยาและแก้ไขการพูด (Audiologist) ในการลงพื้นที่คัดกรองร่วมกับ รพ.สต. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการ ตลอดจนการทำแผนปฏิบัติการด้านกำลังคน การวิจัยพัฒนารูปแบบบริการที่เพิ่มการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น เป็นต้น

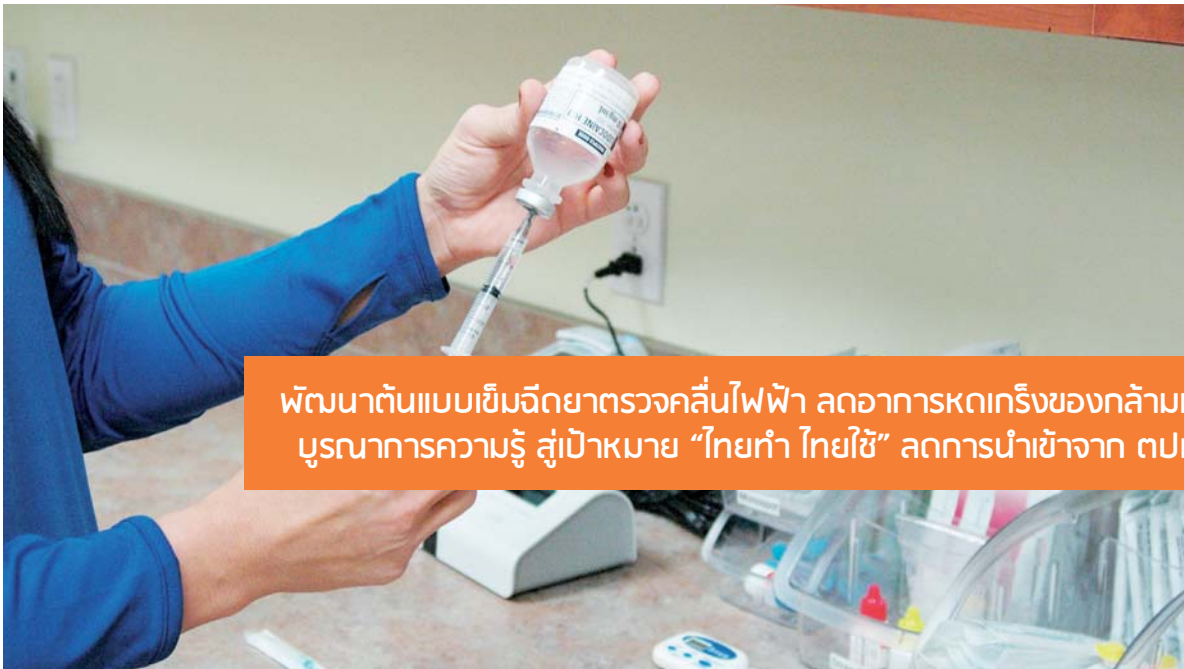
ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ นับเป็นอีกก้าวสำคัญของการพัฒนาเครื่องช่วยฟังสำหรับผู้พิการ โดยฝีมือคนไทย ซึ่งนอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้กับประเทศแล้ว การวิจัยพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้พิการได้อย่างแท้จริง



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

สวรส. ยังคงขับเคลื่อนงานชิ้นนี้ต่อไป โดยได้จัดเวทีนำเสนอผลการประเมินและข้อเสนอต่างๆ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานในระยะต่อไป ภายใต้โครงการพัฒนาเครือข่ายและรูปแบบค้นหาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการได้ยินในชุมชนต่อเนื่องระยะยาวกับเป้าหมายการให้บริการให้ได้ 2,000 รายภายใน 2 ปี รวมทั้ง สวรส. ได้จัดทำแผนงานวิจัยส่งเสริมการใช้ประโยชน์งานวิจัยด้านเครื่องมือแพทย์ (Medical device) ในลักษณะการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Implementation Research) ซึ่งผ่านมติเห็นชอบจากคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ด้วยแล้ว นอกจากนั้น สวรส. ยังมองไปถึงการพัฒนาบบบริการกลุ่มคนบกพร่องทางการได้ยินที่สูญเสียการได้ยินขั้นรุนแรงจนถึงขั้นหูหนวก เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ทั้งมาตรการระยะสั้นและระยะยาวต่อไป





พัฒนาต้นแบบเข็มฉีดยาตรวจคลื่นไฟฟ้า ลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ
บูรณาการความรู้ สู่เป้าหมาย “ไทยทำ ไทยใช้” ลดการนำเข้าจาก ต่างประเทศ.



สถานการณ์ปัญหา

การทดลองและประดิษฐ์คิดค้นไม่เคยหยุดนิ่งในหมู่นักวิทยาศาสตร์ แวดวงการแพทย์และสาธารณสุขก็เช่นกัน การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย นับว่ามีความสำคัญต่อการลดอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพต่อการรักษาโรคได้มากขึ้น ทั้งนี้ อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์บางประเภทยังจำเป็นต้องนำเข้าจากต่างประเทศเท่านั้น ภัยพิบัติของนักประดิษฐ์ที่ต้องทำให้การวิจัยและพัฒนาเกิดการผลิตในภาคอุตสาหกรรมที่สามารถทดแทน ซึ่งเป็นการนำเข้าจากประเทศ และลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศในภาพรวมได้

สำหรับ “เข็มฉีดยา” นับเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เห็นกันจนชินตาและถูกนำมาใช้รักษาโรคต่างๆ อยู่เสมอ ตัวอย่างเช่น เข็มฉีดยาตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (EMG Needle Electrodes) ที่ใช้ในการตรวจระดับการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Spasticity) โดยการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้าและฉีดยาตรงตำแหน่งของกล้ามเนื้อที่หดเกร็ง

ซึ่งเข็มมีลักษณะพิเศษคือ ตัวเข็มจะเคลือบด้วยพอลิเมอร์ที่มีคุณสมบัติเป็นฉนวนไฟฟ้าและแรงเสียดทานต่ำ และเข็มประเภทนี้ต้องนำเข้าจากต่างประเทศเท่านั้น เพราะประเทศไทยยังไม่มีเทคโนโลยีในการผลิตเข็มที่สามารถเคลือบพอลิเมอร์ได้ โดยเข็มที่นำเข้ามีราคาค่อนข้างสูง ประมาณ 2,800 - 3,000 บาทต่อเล่ม ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้การรักษาจำกัดอยู่เพียงเฉพาะประชากรบางกลุ่มเท่านั้น



ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Spasticity) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งอาจเป็นมาแต่กำเนิด การติดเชื้อ การบาดเจ็บหรือสาเหตุอื่นๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการควบคุมการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนอาการที่พบบ่อยคือการเกร็งและอาการกระตุกของกล้ามเนื้อร่วมด้วย นอกจากนี้การหดตัวของกล้ามเนื้ออาจทำให้แขนขาของร่างกายแข็ง ไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ

ข้อมูลจาก : พงษ์ภัทร อนุราชเสนา แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.พุทธโสธร



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

จากปัญหาดังกล่าว นำมาสู่การพัฒนาเทคโนโลยีอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อใช้ภายในประเทศและลดการนำเข้า โดยเมื่อปี พ.ศ. 2551 – 2552 ได้มีทีมวิจัยศึกษาเทคนิคการเคลือบพอลิเมอร์บนเข็มฉีดยาที่ใช้ทางการแพทย์ขึ้น ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวทำให้ได้องค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อใช้ในการเคลือบพอลิเมอร์บนเข็มที่มีพื้นที่สำหรับการเคลือบต่ำและมีผิวความโค้งสูง ซึ่งต่อมาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) จึงร่วมกันสนับสนุนงานวิจัยเพื่อ**การพัฒนาเข็มฉีดยาตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อที่ใช้สำหรับการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง** ซึ่งเป็นการต่อยอดความรู้เพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบให้สามารถใช้งานได้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง และผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานอุตสาหกรรม

โดยโครงการวิจัยนี้ทำให้เกิดการพัฒนาเข็มฉีดยาตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อขึ้นภายในประเทศ โดยนำความรู้จากการศึกษาเทคนิคการเคลือบพอลิเมอร์ลงบนเข็มฉีดยาที่ใช้ทางการแพทย์มาต่อยอดเพื่อพัฒนา (Development) เป็นเข็มฉีดยาตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อที่สามารถนำไปใช้งานในการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งได้ โดยผ่านการทดสอบตามเกณฑ์มาตรฐานอุตสาหกรรม (มอก.) 1398 เรื่องเข็มฉีดยาปราศจากเชื้อชนิดใช้ครั้งเดียว และ มอก. 2395 เรื่องการประเมินทางชีวภาพของเครื่องมือแพทย์ และเข็มที่พัฒนาขึ้นมานี้มีสมบัติที่เหมาะสมกับการนำไปใช้งานได้จริง ซึ่งมีการเปรียบเทียบกับเข็มฉีดยาที่มีการจัดจำหน่ายในปัจจุบัน ซึ่งทำให้ได้ชิ้นงานต้นแบบเข็มฉีดยาตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อที่ได้มาตรฐาน สามารถผลิตขึ้นเองภายในประเทศ และมีราคาถูกกว่าการนำเข้าถึงประมาณเล่มละ 2,000 บาท สามารถทดแทนการนำเข้าอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงจากต่างประเทศที่มีราคาแพง ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงการรักษา รวมทั้งเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศและลดต้นทุนทางสาธารณสุข นอกจากนี้ องค์ความรู้ที่ได้ยังใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาอุปกรณ์การแพทย์ที่มีการเคลือบพอลิเมอร์อื่นๆ

งานวิจัยนี้ยังก่อให้เกิดความร่วมมือของนักวิจัยใน 2 สาขา คือ สาขาทางการแพทย์และสาขาวัสดุศาสตร์ นับเป็นต้นแบบในการบูรณาการความรู้ต่างสาขาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมในประเทศ ทั้งนี้หน่วยงานที่จะได้ประโยชน์จากงานวิจัยนี้ได้แก่ ผู้ป่วยโรงพยาบาลต่างๆ กระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงบริษัทผู้ผลิตอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งในอนาคตหากมีการพัฒนาการวิจัยอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดโอกาสการก้าวไปสู่การแข่งขันในตลาดต่างประเทศได้อีกด้วย



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

หลังจากที่ได้มีการพัฒนาต้นแบบเข็มฉีดยาตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อแล้ว ทีมวิจัยได้วางแผนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนหลักคือ 1) การทำวิจัยในมนุษย์ (Clinical trial) ตามแนวทางจริยธรรมสากล โดยยึดแนวปฏิบัติ ICH-GCP 2) ถ่ายทอดเทคโนโลยีให้กับภาคอุตสาหกรรมหรือบริษัทเอกชนที่สนใจ เพื่อทำการผลิตในระดับอุตสาหกรรม 3) ยื่นจดทะเบียน เพื่อขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ เพื่อจัดจำหน่าย พร้อมทั้งเข้าร่วมเป็นสมาชิกสมาคมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทยต่อไป



วิจัยพัฒนาต้นแบบหัวฉีดวัคซีนใช้หัวฉีดพ่นทางจมูก พร้อมต่อยอดการผลิตในประเทศ



สถานการณ์ปัญหา

“โรคไข้หวัด” เป็นโรคสามัญใกล้ตัวที่เราทุกคนคงรู้จัก และเคยเป็นโรคนี้นับมาบ้างแล้ว โรคไข้หวัดเป็นโรคที่ติดต่อกันง่าย เป็นกันบ่อยตั้งแต่เด็กถึงผู้ใหญ่ ทั้งไข้หวัดธรรมดาและไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ต่างๆ ซึ่งการเกิดโรคไข้หวัดในแต่ละครั้ง มักเกิดจากเชื้อไวรัสเพียงชนิดเดียว โดยเมื่อหายแล้ว ร่างกายจะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสชนิดนั้น และเมื่อเป็นไข้หวัดอีกครั้ง ก็มักเกิดจากเชื้อไวรัสชนิดใหม่ รวมไปถึงการติดเชื้อไวรัสที่เกิดจากการกลายพันธุ์ด้วย

โรคไข้หวัด เป็นโรคติดเชื้อที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรงมากนัก แต่ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอยู่ไม่น้อย นอกจากนี้ยังพบการแพร่กระจายของไวรัสและการเกิดไวรัสสายพันธุ์ใหม่ๆ ระบาดขึ้นทุกปี ดังจะเห็นตัวอย่างจากการระบาดของโรคไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (เอช1 เอ็น1) 2009 ในประเทศไทย ซึ่งมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว โดยทั่วโลกมีประชากรโลกอย่างน้อยร้อยละ 5-15 ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล อย่างไรก็ตาม โรคระบาดดังกล่าวก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงรุนแรงในประชากร 3-5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตถึง

250,000 – 500,000 รายทั่วโลกทุกปี รวมถึงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ซึ่งรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการรักษา และจัดซื้อวัคซีนจากต่างประเทศ โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดมีความจำเป็นและความต้องการอยู่ที่ประมาณ 10 ล้านโดสทุกปี และจากข้อมูลพบว่า บริษัทผู้ผลิตในต่างประเทศมีการจำหน่ายหัวฉีดพร้อมวัคซีนในราคาหัวฉีดละกว่า 10 บาท (เฉพาะหัวฉีดที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ)

องค์ความรู้เรื่อง “เทคโนโลยีการผลิตหัวฉีดวัคซีนทางจมูก” และผลิตภัณฑ์ “ต้นแบบหัวฉีดวัคซีนชนิดฉีดพ่นทางจมูก” เปรียบเหมือนงานวิจัยต้นน้ำที่นำไปต่อยอดการผลิตในภาคอุตสาหกรรมและใช้งานร่วมกับวัคซีนชนิดฉีดพ่นได้เอง พร้อมกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาเครื่องมือในอุตสาหกรรมทางการแพทย์ให้มีความก้าวหน้า สร้างความมั่นคงและเพิ่มอำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจ ตลอดจนนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนและประเทศเป็นสำคัญ



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

จากช่องว่างของปัญหาสู่การพัฒนาเครื่องมือในอุตสาหกรรมทางการแพทย์ภายในประเทศ เพื่อลดการนำเข้าจากต่างประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) จึงสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย โดยได้ทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดลมาร่วมกัน**ศึกษาและพัฒนาต้นแบบหัวฉีดวัคซีนใช้หัวชนิดพ่นทางจมูกในเชิงพาณิชย์** เพื่อศึกษาคุณสมบัติ มาตรฐานวัตถุดิบ เทคโนโลยีและกระบวนการผลิตของหัวฉีดวัคซีนใช้หัวชนิดพ่นทางจมูก ตลอดจนการศึกษาการออกแบบผลิตภัณฑ์ตามมาตรฐาน เพื่อการต่อยอดพัฒนากระบวนการผลิตหัวฉีดวัคซีนใช้หัวชนิดพ่นทางจมูกซึ่งส่วนหนึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอนาคตด้วย และอีกมุมหนึ่ง นอกจากนี้ ยังเป็นโครงการที่ส่งผลในแง่ของการควบคุมป้องกันโรคและการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับประชาชนคนไทยได้อีกด้วย

ตามธรรมชาติของการแพร่กระจายและติดต่อของเชื้อไวรัสใช้หัวจะแพร่กระจายในทางเดินหายใจ ดังนั้นการเลือกใช้หัวชนิดป้องกันโรคชนิดพ่นทางจมูกจึงเป็นวิธีการกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 2004 – 2005 ที่ได้ทำการทดลองในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยแบ่งเด็กออกเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน ในการรับวัคซีนแบบพ่นทางจมูกและแบบฉีด พบว่า เด็กที่ได้รับวัคซีนเชื่อเป็นคือ วัคซีนชนิดพ่นทางจมูก จะมีประสิทธิภาพในการต้านเชื้อไวรัสได้ดีกว่าการให้วัคซีนแบบฉีด ซึ่งเป็นวัคซีนเชื้อตายด้วยเหตุนี้องค์การเภสัชกรรมจึงมีแนวคิดในการศึกษาและพัฒนาวัคซีนใช้หัวชนิดพ่นทางจมูกเชื่อเป็นและนำเข้าเฉพาะหัวฉีดชนิดพ่นทางจมูก ซึ่งประเทศไทยยังไม่สามารถผลิตได้

สำหรับขั้นตอนการวิจัยนี้มี 4 ขั้นตอน เริ่มต้นตั้งแต่ 1) ศึกษาคุณสมบัติและมาตรฐานผลิตภัณฑ์ 2) ออกแบบและพัฒนาแม่พิมพ์ 3) ทดลองผลิตต้นแบบ และ 4) ทดสอบประสิทธิภาพและขนาดอนุภาคละอองของต้นแบบ จนสามารถออกแบบและพัฒนาหัวฉีดวัคซีนพ่นทางจมูกที่มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานอุตสาหกรรมการผลิตหัวฉีดวัคซีนชนิดพ่นทางจมูกขององค์การอาหารและยาประเทศสหรัฐอเมริกา (USFDA) 3 ขนาด ได้แก่ 50, 100 และ 150 ไมโครเมตร ที่สามารถฉีดพ่นละอองสารออกมาเป็นละอองฝอยที่สมบูรณ์ จากผลการทดสอบสรุปว่ามีเพียงหัวฉีดต้นแบบขนาด 50 ไมโครเมตรเท่านั้น ที่สามารถฉีดพ่นละอองที่มีขนาดอนุภาคอยู่ในช่วงของคุณสมบัติที่ต้องการคือ 20 – 100 ไมโครเมตร ละอองที่ได้จะสามารถกระจายและตกกระทบสู่เยื่อเยื่อเข้าหายใจได้ดี และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้วัคซีนสำหรับฉีดพ่นทางจมูกได้



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

โครงการศึกษาและพัฒนาต้นแบบหัวฉีดวัคซีนใช้หัวชนิดพ่นทางจมูกในเชิงพาณิชย์ นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ยังต้องการการพัฒนาต้นแบบหัวฉีดวัคซีนใช้หัวชนิดพ่นทางจมูกเพื่อการผลิตใช้ได้เองภายในประเทศ ซึ่งต้นแบบดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในอุตสาหกรรมยา อุตสาหกรรมการแพทย์ และอุตสาหกรรมสาธารณสุขประโยชน์ต่างๆ ได้อีกหลากหลาย ในขณะนี้ถือว่าเป็นความสำเร็จของประเทศที่สามารถผลิตต้นแบบหัวฉีดวัคซีนได้แล้ว ซึ่งในอนาคต หากภาคอุตสาหกรรมในประเทศพัฒนาต่อยอดจนสามารถผลิตหัวฉีดวัคซีนใช้หัวชนิดพ่นทางจมูกที่นำไปใช้ได้จริง มั่นใจได้ว่าจะสามารถทำให้ลดค่าใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพ ลดการนำเข้าผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์จากต่างประเทศ เกิดการลงทุนของภาคเอกชนที่ขยายผลสู่เชิงพาณิชย์ ตลอดจนสามารถลดความเสี่ยงและควบคุมโรคใช้หัวได้ใหญ่ได้อีกด้วย



ชื่องานวิจัย	การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดตับ
นักวิจัย	ผศ.ดร.นพ.กวิญ สีสะวัฒน์
สังกัด	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
แหล่งทุนวิจัย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ



ค้นปัจจัยภาวะแทรกซ้อน “หลังการผ่าตัดตับ”
โดยประเมินค่า ICGR15 ลดการสูญเสียและตับวายหลังการผ่าตัด



สถานการณ์ปัญหา

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2553 รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทุกชนิด จำนวน 58,076 ราย โดยอันดับ 1 คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 14,008 ราย สำหรับในทางการแพทย์การรักษาหลักของโรคมะเร็งตับรวมทั้งโรคมะเร็งอื่นๆ ที่มีจุดกำเนิดจากตับ เช่น มะเร็งตับ ชนิด Hepatocellular Carcinoma มะเร็งทางเดินน้ำดี (Cholangiocarcinoma) และมะเร็งที่ลุกลามมาที่ตับ (Liver metastasis) คือ การผ่าตัดตับ (Liver resection)

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีภาวะตับอักเสบอยู่แล้ว เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับชนิด Hepatocellular Carcinoma มักมีภาวะตับอักเสบจากไวรัสตับอักเสบบีและซีหรือจากสุรา ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีมักมีภาวะตับแข็งจากน้ำดีคั่ง และผู้ป่วยที่มีมะเร็งลุกลามมาที่ตับมักมีภาวะตับอักเสบจากเคมีบำบัด ทำให้การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ **“ภาวะตับวายภายหลังการผ่าตัด”**

โดยผู้ป่วยที่มีภาวะตับวายนั้น มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิดใน Intensive Care Unit (ICU) เป็นผลให้อัตราการครองเตียงเพิ่มสูงมากขึ้นและยาวนานขึ้น ทั้งต้องสูญเสียงบประมาณเป็นจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ในทางการแพทย์จึงมีความพยายามที่จะตรวจประเมินสภาพการทำงานของตับและปัจจัยที่สามารถทำนายโอกาสที่จะเกิดตับวายภายหลังการผ่าตัด

ทั้งนี้ **การประเมินปริมาตรตับและประเมินการทำงานของตับก่อนผ่าตัด** เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการผ่าตัดและทราบถึงปริมาณเนื้อตับที่สามารถตัดออกได้ นับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะตับวายภายหลังการผ่าตัด การประเมินปริมาตรตับที่เหลือหลังการผ่าตัดสามารถทำได้ โดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ร่วมกับการใช้โปรแกรมคำนวณปริมาตรตับที่เหลืออยู่ (FLR) โดยคำนวณเป็นร้อยละเทียบกับปริมาตรตับทั้งหมดของผู้ป่วย (%FLR) แต่ปัจจุบันยังไม่มีตัววัดใดมีความแม่นยำเพียงพอในการทำนายการเกิดภาวะตับวาย

ในประเทศญี่ปุ่น ไต้หวัน และจีน รวมทั้งฮ่องกง เป็นประเทศที่มีการผ่าตัดต้อเป็นจำนวนมาก การตรวจวัดการกำจัดยา (Indocyanine green clearance; ICGR) ที่ 15 นาที หรือ ICGR 15 min ได้ถูกนำมาใช้ เพื่อทำนายภาวะต้อวายเป็นหลังการผ่าตัดต้อและการเลือกชนิดการผ่าตัดต้อ โดยหากพบว่า ค่า ICGR 15 มากกว่า 14% จะประเมินว่ามีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ภาวะต้อวายเป็นหลังการผ่าตัดต้อ และเพิ่มโอกาสเสียชีวิตหลังการผ่าตัด สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีรายงานถึงอุบัติการณ์ภาวะต้อวายเป็นหลังผ่าตัดต้อในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจประเมินด้วย ICGR 15 ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ก่อนการผ่าตัดต้อมาก่อน



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

“การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต้อ” เป็น 1 ในผลงานวิจัยมุ่งเป้าภายใต้ชุดโครงการเพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดต้อวายเป็นในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อ โดยใช้องค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์และใช้ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้อวายเป็นหลังผ่าตัดต้อ และการเสียชีวิตหลังผ่าตัดต้อ ซึ่งคาดหวังว่าวิธีการคัดเลือกและประเมินผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น จะสามารถลดอุบัติการณ์ การเกิดภาวะต้อวายเป็นหลังการผ่าตัดต้อได้นำมาเป็นแนวทางเวชปฏิบัติกับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดต้อต่อไป

โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดต้อ ทั้งสิ้น 50 ราย ในโรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ ม.ค. 2556 - ธ.ค. 2556 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปการทำงานของต้อวัดค่า ICGR15 ประเมินปริมาณต้อต้อบันทึกข้อมูลการผ่าตัดวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะต้อวายเป็นภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตหลังผ่าตัด โดยในจำนวน 50 รายผู้ป่วยมีภาวะต้อวายเป็นหลังผ่าตัด ทั้งสิ้น 6 ราย (14.63%) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 18 ราย (36%) และผู้ป่วยเสียชีวิตหลังผ่าตัด 2 รายจากภาวะต้อวายเป็นหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตนั้น พบว่ามีภาวะเนื้อต้อต้อผิดปกติ แม้ว่าจะมีการประเมินคนไข้ก่อนผ่าตัดแล้วก็ไม่สามารถจะตรวจสอบภาวะเนื้อต้อที่ผิดปกติได้อย่างแม่นยำหรือไม่พบความผิดปกติ ซึ่งในอนาคตอาจมีการศึกษาหาเครื่องมือที่ตรวจสอบได้แม่นยำขึ้น

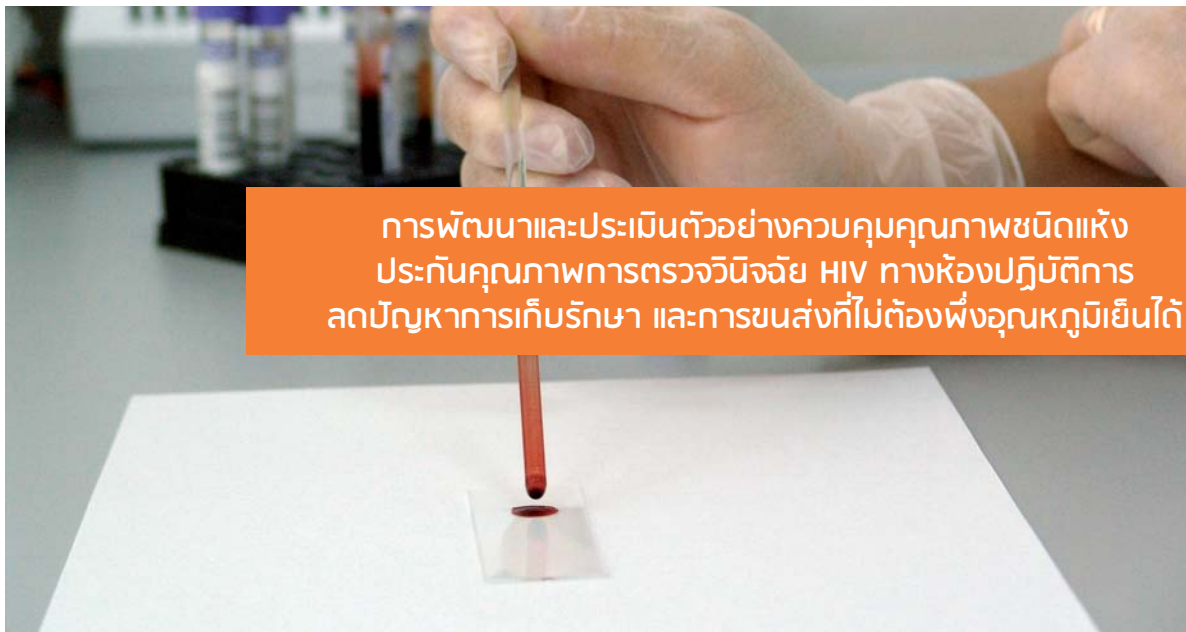


โดยรายงานการศึกษา ระบุว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะต้อวายเป็น คือ **จากการประเมินค่า ICGR15** จากการคัดเลือกผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อโดยการวัดค่า ICGR15 มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยค่าเฉลี่ย ICGR15 ของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ 6.3 ในขณะที่มีค่า 17.11 ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด นอกจากนี้ ในการศึกษายังพบว่า การลดการให้เลือดขณะผ่าตัด และการลดระยะเวลาการผ่าตัดสามารถช่วยป้องกันการเกิดต้อวายเป็นการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตหลังผ่าตัดต้อได้ด้วย



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ต้อ สามารถนำองค์ความรู้มาเป็นแนวทางเวชปฏิบัติกับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดต้อได้ ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะมาผ่าตัด โดยใช้ทั้งการประเมินการทำงานต้อ ซึ่งจะช่วยให้การลดระยะเวลาผ่าตัด การลดการให้เลือดระหว่างผ่าตัด สามารถทำให้ผลลัพธ์ในการผ่าตัดต้อดีขึ้น



การพัฒนาและประเมินตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้ง
ประกันคุณภาพการตรวจวินิจฉัย HIV ทางห้องปฏิบัติการ
ลดปัญหาการเก็บรักษา และการขนส่งที่ไม่ต้องพึ่งอุณหภูมิเย็นได้



สถานการณ์ปัญหา

ปัจจุบันการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ นิยมใช้ “ชุดทดสอบแบบรวดเร็ว” (Rapid test) เพื่อสามารถออกผลได้ภายในวันเดียว ลดระยะเวลาการรอคอย ลดค่าใช้จ่ายที่ต้องกลับมาฟังผลการตรวจทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าสู่กระบวนการการให้คำปรึกษา เพื่อป้องกันควบคุมและเข้าสู่การรักษาได้รวดเร็ว

ทั้งนี้ “การควบคุมคุณภาพการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” จึงมีความสำคัญต่อความถูกต้องเชื่อถือได้ของผลการตรวจวิเคราะห์ประจำวันของห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบแบบรวดเร็ว (Rapid testing) ซึ่งถูกนำมาใช้ตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ที่ดำเนินการทดสอบได้อย่างง่าย

โดย “ตัวอย่างควบคุมคุณภาพ” (Quality Control Sample) จัดเป็นเครื่องมือสำคัญที่ห้องปฏิบัติการทดสอบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำเป็นต้องมีไว้สำหรับการควบคุมคุณภาพของการทดสอบเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยตัวอย่างควบคุมคุณภาพจะมี 2 แบบ คือ ตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดเหลวซีรัมหรือพลาสมา (Liquid specimen) และตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้ง (Dried tube specimen, DTS)

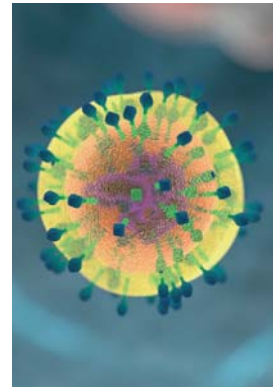
ทั้งนี้ ตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดเหลวซีรัมหรือพลาสมา (Liquid specimen) ที่มีจำหน่ายในปัจจุบันไม่สะดวกในการขนส่งไปยังโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ เนื่องจากตัวอย่างของเหลวต้องเก็บรักษาที่อุณหภูมิเย็นจึงจะสามารถรักษาความคงตัวได้ ซึ่งเพิ่มค่าใช้จ่ายในการขนส่ง นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวกของห้องปฏิบัติการ เพื่อการจัดเก็บรักษาตัวอย่างควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการเคลื่อนที่

วิสัยทัศน์ “มุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์” (Getting to Zero) ของยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555–2559 มีเป้าหมายหลักคือ 1.ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.ไม่มีการตายเนื่องจากเอดส์ และ 3.ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ การตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องจึงมีส่วนสำคัญในการดำเนินการให้บรรลุเป้าประสงค์ วิธีการหนึ่งที่สนับสนุนยุทธศาสตร์ดังกล่าว คือ “การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อที่ให้ผลถูกต้องเชื่อถือได้ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับของประเทศ”



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

จากข้อจำกัดของตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดเหลวซึ่งมีหรือพลาสมา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) จึงร่วมกันสนับสนุนให้มีการศึกษาการพัฒนาและประเมินตัวอย่างควบคุมคุณภาพเพื่อประกันคุณภาพการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการควบคุมคุณภาพการทดสอบการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ภายใต้ชุดโครงการวิจัยมุ่งเป้าเพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยคณะผู้วิจัยยังเห็นว่า ตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้งจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของโรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการเคลื่อนที่ได้ จึงได้ดำเนินการศึกษาเตรียมตัวอย่างคุณภาพชนิดแห้ง เพื่อลดปัญหาด้านการเก็บรักษา และการขนส่งที่ไม่ต้องพึ่งอุณหภูมิเย็น



โครงการนี้เป็นการศึกษาเพื่อขยายผลการใช้ประโยชน์ของตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้ง สำหรับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นโครงการนำร่องเพื่อประเมินผลการใช้งานตัวอย่างควบคุมคุณภาพแบบแห้ง โดยทำการทดสอบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยชุดทดสอบแบบรวดเร็ว ในโรงพยาบาลชุมชนหรือเทียบเท่า ภายใต้เครือข่ายห้องปฏิบัติการชั้นสูงของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1/1 เชียงราย จำนวน 27 แห่ง และเครือข่ายห้องปฏิบัติการชั้นสูงของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ 52 แห่ง รวมทั้งสิ้น 79 แห่ง

จากผลการศึกษาด้วยชุดทดสอบแบบรวดเร็วเปรียบเทียบกับระหว่างตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดเหลวและชนิดแห้งที่พัฒนาขึ้นพบว่า ให้ผลตรงกัน และตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้งมีความคงทนเมื่อเก็บไว้ที่อุณหภูมิห้องหรือสูงกว่า โดยผลการประเมินการใช้ตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้งที่ได้รับจากห้องปฏิบัติการ พบว่า ร้อยละ 83.78 มีความเห็นว่าตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้ง สะดวกในการใช้งานในระดับปานกลางถึงระดับมาก และมีความเชื่อถือในประสิทธิภาพของตัวอย่างอยู่ในระดับร้อยละ 72.97 อย่างไรก็ดี แม้ว่าการขนส่งและการเก็บรักษาที่ง่าย สะดวก ไม่ต้องระวังการรั่วซึมและปนเปื้อนเหมือนกับตัวอย่างแบบเหลว แต่การละลายตัวอย่างก่อนใช้งานอาจทำให้เกิดความผิดพลาด จึงส่งผลต่อความมั่นใจของผู้ปฏิบัติในการทดสอบตัวอย่าง โดยพบว่ามีความมั่นใจต่อการทดสอบตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้ง ร้อยละ 62.16 แม้ว่าได้ทดลองใช้ในระยะเวลาที่ต่างกันและยังคงให้ผลเหมือน

เดิมก็ตาม

ส่วนข้อสอบถามเรื่องการเตรียมตัวอย่างด้วยตนเองนั้น พบว่าร้อยละ 72.97 ไม่พร้อมดำเนินการด้วยขาดทรัพยากรที่เป็น บุคลากร และความรู้ในการควบคุมคุณภาพการเตรียม โดยที่ร้อยละ 78.38 มีความเห็นว่าควรมีหน่วยงานกลางของภูมิภาค/เขต เป็นศูนย์กลางจัดเตรียมตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้ง ทั้งนี้เพื่อจะได้เทียบผลกับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้ ส่งผลให้สามารถแก้ไขข้อผิดพลาดได้รวดเร็ว



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

สำหรับการขยายผลการศึกษา คณะวิจัยได้จัดการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้งานตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้ง (DTS) ในเครือข่ายห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล เพื่อแลกเปลี่ยนสรุปผลการดำเนินงาน ข้อมูลที่ได้ ปัญหา และอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการพร้อมกับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการเตรียมตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้ง (DTS) ให้แก่ห้องปฏิบัติการในจังหวัดต่างๆ ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร ชัยนาท อุทัยธานี เชียงราย พะเยาแพร่ และน่าน เพื่อสามารถเตรียมตัวอย่างใช้งานได้เองภายในเครือข่ายต่อไป นอกจากนี้ ผลจากการศึกษาได้มีการนำเสนอผลงานทางวิชาการแบบบรรยายเรื่องการใช้งานตัวอย่างควบคุมคุณภาพชนิดแห้งสำหรับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ในการประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 23 จัดโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อีกด้วย

ชื่องานวิจัย	โครงการวิจัยเรื่องภาวะและระบบการดูแลโรคหลอดเลือดส่วนปลาย
นักวิจัย	ศ.นพ.กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม
สังกัด	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
แหล่งทุนวิจัย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ



ค้นแนวทางดูแลผู้ป่วย หลอดเลือดตีบส่วนปลาย
ลดอัตราการตาย – ตักข่า ในผู้ป่วยเบาหวาน



สถานการณ์ปัญหา

“โรคหลอดเลือดส่วนปลาย” หรือ “หลอดเลือดตีบตันที่ขา” เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นสาเหตุให้หลอดเลือดแดงตีบได้ง่ายจากการอุดตันของไขมันและภาวะความดันโลหิตสูง ยิ่งเมื่อผู้ป่วยมีบาดแผลไม่ว่าจะเกิดอุบัติเหตุหรือมีรอยถลอกในบริเวณขาหรือเท้า บาดแผลเหล่านั้นก็จะหายช้าหรืออาจไม่หายได้ เนื่องจากเลือดไม่สามารถไปหล่อเลี้ยงได้ หากขาดการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี ผู้ป่วยบางรายที่ปล่อยให้บาดแผลเน่าอาจจะต้องตัดขาทิ้งในที่สุด

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วย “โรคหลอดเลือดส่วนปลาย” ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือหลอดเลือดหัวใจ เพราะจากการศึกษาของทีมงานคณะวิจัยในอดีต พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเสียชีวิตใน 3 ปี โดยร้อยละ 56.5% ทั้งหมดเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด

ข้อมูลจากการเล่าขานของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่มีแผล มักจะมีความเชื่อผิดๆ จนทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมาพบแพทย์ก็คือ การเข้าใจว่าเมื่อมาแล้วจะต้องถูกตัดนิ้ว ตัดขาหรือตัดข้อเท้า ความคิดเหล่านี้ยิ่งจะทำให้ปัญหาลุกลามมากยิ่งขึ้น เช่น บางรายนิ้วเท้าดำเมื่อไม่มาหาแพทย์ แผลก็จะลุกลามจนถึงเน่าในที่สุด ปลายท่างก็ต้องถูกตัดขา แต่ถ้ามาพบแพทย์ เพื่อเข้ารับการดูแลให้คำปรึกษา ก็จะผ่อนหนักให้เป็นเบาได้





งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

ดังนั้นการศึกษาด้านหาโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความสำคัญจำเป็นเร่งด่วนเพื่อให้ได้รับการรักษาและป้องกันที่ดีที่สุด สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) จึงร่วมกันสนับสนุน **โครงการวิจัยเรื่องภาวะและระบบการดูแลโรคหลอดเลือดส่วนปลาย** ภายใต้ชุดโครงการป้องกัน รักษา และการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) แผนงานวิจัยมุ่งเป้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข

นักวิจัยได้ทำการศึกษาโดยเก็บข้อมูลคนไข้เบาหวานที่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร ตั้งแต่เดือน มิ.ย. - ก.ย.57 จำนวน 2,247 คน จาก รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ รพ.ลำพูน และ รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์ เพื่อดูโอกาสการเกิดภาวะหลอดเลือดตีบตันหรือเส้นประสาทเสื่อมในผู้ป่วยฯ พร้อมหาแนวทางที่เป็นเวชปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการถูกตัดขาในผู้ป่วยและการเสียชีวิตจากภาวะหลอดเลือดหัวใจ โดยพบความชุกของโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 286 คน คิดเป็น 12.7% โดยจำนวนผู้ป่วย 82.5% ยังไม่มีอาการของโรคหลอดเลือดส่วนปลาย จากนั้นทำการติดตามประเมินการรักษา

งานวิจัยระบุว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคหลอดเลือดส่วนปลายจะมีปัญหาอยู่ 2 อย่าง คือ หลอดเลือดตีบที่ไปหล่อเลี้ยงผิวหนังได้น้อย กับเส้นประสาทเสื่อมโดยจะเป็นเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก จึงทำให้เกิดแผลและติดเชื้อได้ง่าย เพราะผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึจากแผลที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ผิวหนังของคนสมานตัวได้ด้วยเลือดที่มาเลี้ยงโดยเอาโปรตีนมากับออกซิเจน รวมถึงปัจจัยต่างๆ มาเพื่อสมานแผล เมื่อเลือดมาเลี้ยงไม่พอแผลก็จะไม่หาย หากเป็นขั้นนี้สุดท้ายจำเป็นต้องตัดส่วนที่เน่าเสียออกสำหรับสัญญาณบ่งบอกที่ผู้ป่วยเบาหวาน ต้องพึงระวังให้มาก คือ อาการชาที่เท้า หรือมีอาการเจ็บเท้าในขณะที่อยู่เฉยๆ รวมไปถึงอาการปวดเมื่อยบริเวณน่องเมื่อเดินในระยะสั้นๆ อีกทั้งอาการตาปลาหรือหนังเท้าหนา ถือเป็นความผิดปกติอย่างหนึ่งที่ร่างกายเริ่มสร้างเนื้อขึ้นมา เมื่อเท้าผิดรูปทำให้เดินลำบาก เช่น กระดกเท้าไม่ข้ามบันได ส่วนคนไข้ที่เริ่มมีแผลที่เท้าจากรอยถลอก อุบัติเหตุ หรือเป็นตาปลา ฯลฯ ต้องรีบมาพบแพทย์ไม่ควรไปซื้อยาที่ร้านขายยารับประทานเองเพราะคนที่เบาหวานจะติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากเม็ดเลือดขาวในผู้ป่วยทำงานได้ไม่ดี

อย่างไรก็ดี ในทางการแพทย์ โรคหลอดเลือดส่วนปลายสามารถรักษาที่ต้นสาเหตุได้ เช่น การใช้บอลลูนไปถ่างขยาย หรือว่าการผ่าตัดตัดหลอดเลือด ซึ่งมีลักษณะคล้ายๆ การบายพาสหรือผ่าตัดโรคหลอดเลือดหัวใจนั่นเอง ทำให้โอกาสของการถูกตัดขาน้อยมาก



ทั้งนี้การศึกษาวิจัยในช่วง 1 ปีทางคณะวิจัยได้เสนอหลักการต่างๆ ที่เป็น **บัญญัติ 10 ประการ สำหรับการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน** ประกอบด้วย 1.ให้ล้างเท้าตนเองทุกวัน 2.ให้ตรวจเท้าตนเองทุกวัน 3.ให้ทาครีมหรือน้ำมันมะกอกที่เท้าเป็นประจำ 4.แนะนำการดูแลผิวหนังและตัดเล็บให้ถูกต้อง 5.ให้ใส่ถุงเท้าก่อนใส่รองเท้าทุกครั้ง 6.ให้ใส่รองเท้าตลอดเวลาแม้จะอยู่ในบ้าน 7.ให้ตรวจภายในรองเท้าก่อนสวม 8.แนะนำการใส่รองเท้าที่ถูกต้อง 9.หลีกเลี่ยงการแช่เท้าในน้ำหรือสารที่จะมีปฏิกิริยากับผิวหนัง 10.ให้ออกกำลังที่เท้าเพื่อให้เท้าแข็งแรง สม่าเสมอ โดยการฝึกใช้เท้าขยำหนังสือพิมพ์

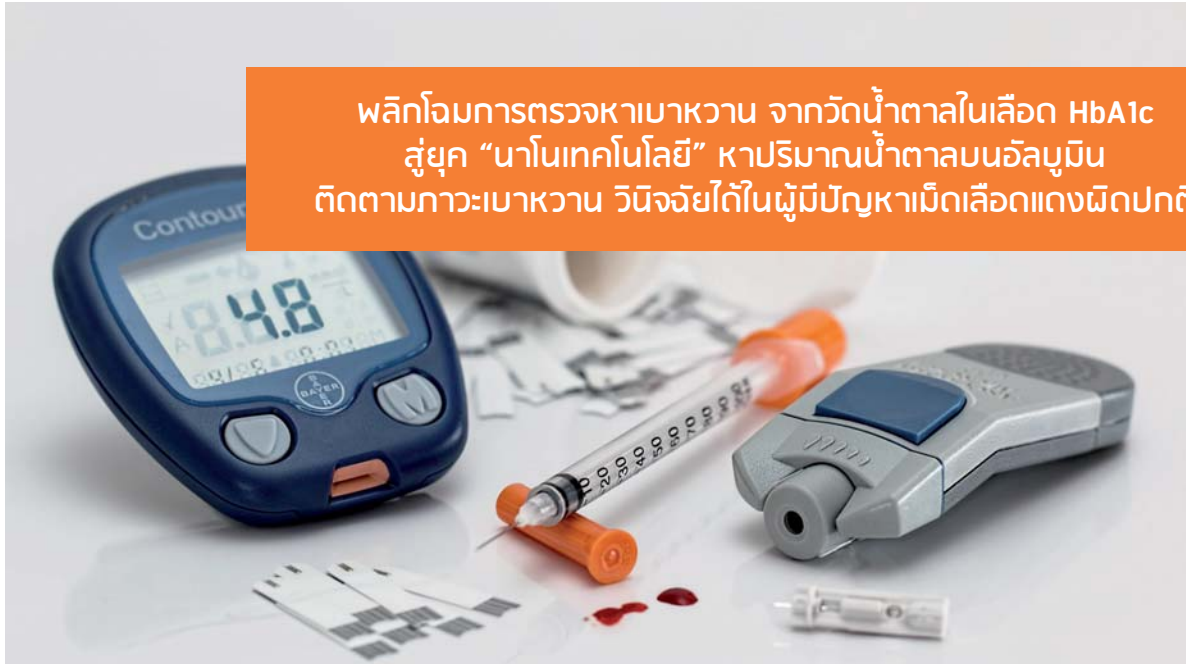
จากการเก็บข้อมูลคนไข้ของผู้ป่วย 286 คน มีการนำแนวทางการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานมาปฏิบัติอย่างเคร่งครัดพบว่า จำนวนการตัดขาของผู้ป่วยลดลงจากข้อมูลเดิมในอดีตที่มีสูงถึงปีละ 13.6% เหลือเพียง 4% นับเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ช่วยลดการสูญเสียชีวิตและลดค่าใช้จ่ายสุขภาพลงได้



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

สำหรับผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้มีการนำไปบรรยายเชิงวิชาการในหัวข้อ Acute Problems in Diabetic Foot ในการประชุมประจำปี 2558 ของสมาคมโรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย ภายใต้ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และได้รับการตีพิมพ์ในหนังสือศัลยศาสตร์หลอดเลือดประยุกต์ เล่ม 2 Emergency Vascular Surgery รวมทั้งได้นำเสนอในผลงานประจำปี 2558 ของคสสตร์วิจัยด้านโรคหัวใจ หลอดเลือด และเมแทบอลิซึม และกลุ่มเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการโรคเรื้อรังจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้กับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้น

พลิกโฉมการตรวจหาเบาหวาน จากวัดน้ำตาลในเลือด HbA1c
สู่ยุค “นาโนเทคโนโลยี” หาปริมาณน้ำตาลบนอัลบูมิน
ติดตามภาวะเบาหวาน วิจัยได้กับผู้มีปัญหาเม็ดเลือดแดงผิดปกติ



สถานการณ์ปัญหา

รายงานการสำรวจสุขภาพคนไทย โดยการตรวจร่างกาย ปี 2552 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 6.9 หรือคิดเป็น 4.2 ล้านคน โดย 1 ใน 3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่เคยทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน มีจำนวนถึงร้อยละ 3 ไม่ได้รับการรักษา ส่วนที่เหลือประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการรักษา

ในทางการแพทย์ กลุ่มประชากรที่เป็นเบาหวานจำเป็นต้องมีการตรวจติดตามการดำเนินไปของโรค เพื่อวางแผนการรักษาและมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ซึ่งปัจจุบันการตรวจติดตามการรักษาทำได้โดยการวัดระดับน้ำตาลที่จับอยู่บนโปรตีนในเม็ดเลือดแดง (HbA1c) ซึ่งเป็นการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบระยะยาว และสามารถตรวจวัดได้ทุก 2-3 เดือน



อย่างไรก็ตาม ในการวัดระดับน้ำตาล HbA1c พบว่ามีข้อจำกัด คือ 1.ระยะเวลาที่สามารถตรวจได้นั้นมีความยาวนานจนเกินไป ซึ่งไม่เหมาะกับการวางแผนการรักษาในคนไข้บางกลุ่มที่มีอาการรุนแรงและรวดเร็ว 2.ระดับ HbA1c จะมีระดับต่ำกว่าปกติ และไม่เชื่อถือในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และคนที่เป็นพาหะนำโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งปัจจุบันมีมากถึง 30-40% ของประชากรไทย ดังนั้น กลุ่มประชากรที่มีความผิดปกติในการสร้างเม็ดเลือดแดงจำเป็นต้องมีการวัดระดับตัวบ่งชี้หรือระดับน้ำตาลในเลือดและมีการติดตามเบาหวาน เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ปัจจุบันกระบวนการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ในยุคนาโนเทคโนโลยี ได้มีการประยุกต์ใช้ข้อดีของโมเลกุลที่มีขนาดเล็กกว่าเส้นผมของมนุษย์ถึงหนึ่งแสนเท่า หรือที่เราเรียกว่า วัสดุนาโน มาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หนึ่งในนั้นคือ **“แอปตาเมอร์”** โมเลกุลชนิดหนึ่งที่มีความคงทน และสามารถสังเคราะห์ได้ในปริมาณมากด้วยวิธีการทางเคมี และพบว่าโมเลกุลนี้ สามารถตรวจวัดน้ำตาลที่เกาะอยู่บนโปรตีนอัลบูมิน หรือ โปรตีนไกลโคเตตอัลบูมิน ซึ่งเป็นโปรตีนที่เกาะอยู่ภายนอกเม็ดเลือดแดงได้ ที่สำคัญโปรตีนอัลบูมิน ยังสามารถตรวจวัดได้ทั้งสองอาทิตย์ จึงเหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยธาลัสซีเมีย (Sorenaen and Brunnatrom, 1995)



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

พัฒนาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยก้าวหน้ามากขึ้น เมื่อมีการพัฒนาแอปตาเมอร์มาใช้ประโยชน์ทางด้านการแพทย์ โดยมีการศึกษาวิจัยเรื่อง **“การวัดปริมาณน้ำตาลบนอัลบูมินเพื่อติดตามภาวะเบาหวาน”** ภายใต้ชุดโครงการป้องกันรักษา และการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) แผนงานวิจัยมุ่งเป้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) เป็นการจับมือทำงานวิจัยร่วมกัน ระหว่างนักวิจัยและอาจารย์จากมหาวิทยาลัย ได้แก่ ศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อพัฒนาแอปตาเมอร์ ร่วมกับการใช้วัสดุนาโนมาใช้ในการตรวจวินิจฉัย และติดตามภาวะเบาหวาน เนื่องจากแอปตาเมอร์ที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถจับได้จำเพาะกับน้ำตาลบนโปรตีนที่อยู่ภายนอกเม็ดเลือดแดง ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้การเกิดภาวะเบาหวานได้เป็นอย่างดี โดยวิธีที่พัฒนาขึ้นจะสามารถวินิจฉัยภาวะเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมในกลุ่มประชากรที่วิธีเดิมไม่สามารถตรวจวินิจฉัยได้จากการวัดระดับน้ำตาล HbA1c

โดยคณะวิจัยได้ต่อยอดงานวิจัยจากสิทธิบัตรที่เกี่ยวข้องกับแอปตาเมอร์ที่จับจำเพาะกับโปรตีนไกลโคเตตอัลบูมิน และอัลบูมิน โดยศึกษาคุณสมบัติแอปตาเมอร์ดังกล่าวเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและนำแอปตาเมอร์ดังกล่าวไปพัฒนาต่อเป็นชุดตรวจ 3 รูปแบบ คือ 1.แบบการวัดสัญญาณฟลูออเรสเซนซ์โดยใช้วัสดุนาโนร่วมด้วย 2.แบบเคมีไฟฟ้า และ 3.แบบวัดโมเลกุลเดี่ยวด้วยนาโนพอร์

ผลการศึกษาคณะวิจัยสามารถพัฒนาเทคนิคการตรวจวัดไกลโคเตตอัลบูมิน ในระดับห้องปฏิบัติการสำเร็จแล้ว 2 แบบ และดำเนินการยื่นขออนุสิทธิบัตรเรียบร้อยแล้วนั้นคือ

สามารถพัฒนาวิธีการตรวจไกลโคเตตอัลบูมินโดยใช้แอปตาเมอร์ ร่วมกับสารละลายกราฟีนออกไซด์ วิธีนี้อาศัยหลักการยับยั้งการส่งสัญญาณฟลูออเรสเซนซ์ของกราฟีนออกไซด์ เมื่อจับกับดีเอ็นเอแอปตาเมอร์ที่ติดสลากรด้วยสารฟลูออเรสเซนซ์ ในสถานะที่มีโปรตีนไกลโคเตตอัลบูมิน แอปตาเมอร์จะถูกปล่อยออกมาจากกราฟีนออกไซด์ แล้วมาจับกับโปรตีนไกลโคเตตอัลบูมิน และส่งสัญญาณฟลูออเรสเซนซ์อีกครั้ง วิธีการที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปวิเคราะห์โปรตีนไกลโคเตตอัลบูมินจากซีรัมของคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้วิธีการที่พัฒนาขึ้นในโครงการนี้ยังมีขั้นตอน และวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก สามารถอ่านผลได้ภายใน 30 นาที จึงสามารถที่จะนำไปพัฒนาต่อเพื่อใช้สำหรับติดตามภาวะแทรกซ้อน และวิวัฒนาการของโรคเบาหวานในผู้ป่วยจริงตามโรงพยาบาลทั่วไป โดยได้มีการทดสอบกับตัวอย่างซีรัมจริงในกลุ่มที่เป็นเบาหวาน และกลุ่มคนปกติจำนวน 20 ตัวอย่างพบว่าวิธีการที่คณะวิจัยพัฒนาขึ้นนี้สามารถแยกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานออกจากกลุ่มคนปกติได้อย่างชัดเจน

สามารถพัฒนาวิธีการตรวจวัดไกลโคเตตอัลบูมินโดยใช้แอปตาเมอร์ ร่วมกับวิธีทางเคมีไฟฟ้า ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดตรวจหาโปรตีนไกลโคเตตอัลบูมิน โดยใช้

เทคนิคทางเคมีไฟฟ้า ร่วมกับแอปตาเมอร์ ซึ่งมีขั้นตอนในการวัดปริมาณโปรตีนไกลโคเตตอัลบูมิน ที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว ต้นทุนต่ำ ใช้ปริมาณสารที่ใช้วัดน้อย และยังสามารถตรวจวัดได้ด้วยความเข้มข้นของโปรตีนเป้าหมายต่ำถึงระดับไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร โดยการยึดติดดีเอ็นเอแอปตาเมอร์ที่จำเพาะต่อโปรตีนไกลโคเตตอัลบูมิน ลงบนพื้นผิวขั้วไฟฟ้าพอลิเมอร์คาร์บอนด้วยแรงดึงดูดจำเพาะของสเตอราดิโน – โบโอดิน โดยกรรมวิธีนี้ สามารถตรวจวัดความเข้มข้นของโปรตีนไกลโคเตตอัลบูมิน ที่ถูกจับโดยแอปตาเมอร์ ผ่านการวัดสัญญาณเคมีไฟฟ้าที่เกิดจากการเคลื่อนที่ของอิเล็กตรอนผ่านขั้วไฟฟ้า โดยกรรมวิธีนี้สามารถใช้ในการตรวจความเข้มข้นของไกลโคเตตอัลบูมินได้ในซีรัมจริงในห้องปฏิบัติการ



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

สำหรับผลงานจากการวิจัยครั้งนี้ ทางคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการจดสิทธิบัตรแล้ว 2 ฉบับ คือ ชุดตรวจแบบการวัดสัญญาณฟลูออเรสเซนซ์โดยใช้วัสดุนาโนร่วมด้วย และแบบไกลโคเตตอัลบูมินเชิงปริมาณด้วยเทคนิคทางเคมีไฟฟ้า และมีบทความวิจัย 1 บทความ จากการวิเคราะห์คุณสมบัติของแอปตาเมอร์ต่อไกลโคเตตอัลบูมินสำหรับพัฒนาวิธีการตรวจชนิดต่างๆ พร้อมกันนั้นทางกลุ่มนักวิจัย จะทำการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่างๆของผลงานวิจัยเหล่านี้สู่สาธารณชน โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายหลักในเบื้องต้น ได้แก่ โรงพยาบาล องค์การเภสัชกรรม เพื่อให้หน่วยงานเหล่านี้รับทราบ และทดลองนำผลผลิตวิจัยไปใช้ โดยจะมีการสาธิตการใช้ และการติดตามประเมินผลและปรับปรุง รวมทั้งจะทำการสื่อสารให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจรับทราบทาง Website ของศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติ เป็นต้น

A stylized illustration of a hand holding a magnifying glass. The hand is pink and positioned at the bottom, gripping a black handle. The magnifying glass's lens is a large blue circle with a thick black border. Inside this circle is a yellow capital letter 'E'. Below the 'E', the Thai text 'งานวิจัยด้านการเงิน / การคลัง' is written in white. The background is a solid blue color with a horizontal black band passing behind the magnifying glass's frame.

E

งานวิจัย
ด้านการเงิน / การคลัง

ชื่องานวิจัย

การศึกษาและสังเคราะห์ข้อเสนอแนะทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนและการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความเป็นธรรม

นักวิจัย

คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แหล่งทุนวิจัย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



**S-A-F-E สู่เป้าหมาย ปี 2565 เกิดความยั่งยืน
เพียงพอ เป็นธรรม มีประสิทธิภาพในระบบหลักประกันสุขภาพ**



สถานการณ์ปัญหา

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิบริการสุขภาพคนไทยมาตั้งแต่ ปี 2545 หรือกว่า 13 ปีแล้ว ผลการดำเนินงานตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาถือว่าเป็นที่น่าพอใจ โดยพบว่า กลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำได้รับประโยชน์จากระบบหลักประกันสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชากรที่มีรายได้สูง ขณะที่อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงขึ้นเกือบสองเท่า อัตราค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนลดลงจากร้อยละ 33 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในปี 2544 เหลือเพียงร้อยละ 11 ในปี 2556

อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพของไทย ยังมีประเด็นที่น่าเป็นห่วงในเรื่อง ความยั่งยืนทางการเงินของระบบ โดยพบว่า การลงทุนภาครัฐในด้านสุขภาพได้เพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 10.4 ของค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้งหมดในปี 2544 เป็นร้อยละ 17 ในปี 2556 ขณะที่รายจ่ายสุขภาพของคนไทยในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ในปี 2544 เป็นร้อยละ 4.6 ในปี 2556 แม้จะไม่สูงมากนักแต่ก็มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ

คำถามสำคัญคือ รัฐจะรับภาระการลงทุนด้านสุขภาพที่สูงนี้ไปได้อีกนานเท่าไร จะมีทางเลือกอย่างไร เพื่อให้เกิดความยั่งยืนทางการเงินของระบบสุขภาพ หรือคนไทยควรรับภาระด้านสุขภาพมากขึ้นไหม

เป้าประสงค์และแนวทาง S – A – F – E

- **S : Sustainability** ความยั่งยืนทางการเงินการคลังอยู่ในวิสัยที่ประเทศ รัฐบาลและครัวเรือน จะสามารถลงทุนด้านสุขภาพได้ในระยะยาว
- **A : Adequacy** ความเพียงพอ สำหรับการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพ และป้องกันไม่ให้ครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายหรือยากจน
- **F : Fairness** ความเป็นธรรมหรือเท่าเทียม ตามหลักการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน
- **E : Efficiency** ความมีประสิทธิภาพ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ซึ่งต้องคำนึงถึงความทันเวลา และความมีคุณภาพ



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

รัฐบาลซึ่งได้ให้ความสำคัญกับเรื่องการพัฒนาการเงินการคลังได้มีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 20 เม.ย.58 ให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกันหาแนวทางการดำเนินการใช้แหล่งเงินอื่นที่นอกเหนือจากงบประมาณในการช่วยเหลือคนยากจน ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต รวมถึงหามาตรการให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อไม่ให้เป็นการงบประมาณรัฐ

วันที่ 24 มิ.ย.58 กระทรวงสาธารณสุข มีคำสั่งที่ 1020/2558 ตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นที่ปรึกษา และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธาน โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านการคลังของประเทศ และนักวิชาการเป็นกรรมการ มีหน้าที่ในการศึกษาและสังเคราะห์ข้อเสนอแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนและการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความเป็นธรรม โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) หน่วยงานเครือข่ายของ สวรส. ได้เข้าร่วมเป็นคณะทำงานวิชาการด้านการระดมทรัพยากรด้วย

การประชุมหารือของคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน 4 ครั้ง ได้สรุปเป้าหมายและแนวทางในการดำเนินงานที่สำคัญได้เป็นประเด็นย่อย 4 เรื่อง ที่เรียกย่อๆ ว่า SAFE ได้แก่

1. S: Sustainability ความยั่งยืนทางการคลังสุขภาพ หมายถึงแหล่งการคลัง ได้แก่ งบประมาณ เงินสมทบ และรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน อยู่ในวิสัยทัศน์ที่รัฐบาลและครัวเรือนสามารถลงทุนทางด้านสุขภาพในระยะยาวได้ โดยดูจากตัวชี้วัดและเป้าหมายภายในปี 2565 รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต้องไม่เกิน 5% ของ GDP และรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพไม่เกิน 20% ของงบประมาณประเทศ

2. A: Adequacy ความเพียงพอ หมายถึง รายจ่ายสุขภาพเพียงพอสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง รวมทั้งยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังประสพภาวะล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยดูจากตัวชี้วัดและเป้าหมาย ภายในปี 2565 รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต้องไม่ต่ำกว่า 4.6% ของ GDP, รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพต้องไม่น้อยกว่า 17% ของงบประมาณประเทศ, ค่าใช้จ่ายสุขภาพภาคเอกชนต้องไม่มากกว่า 20% และค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนต้องไม่มากกว่า 11.3% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดของประเทศ, การล้มละลายจากการเจ็บป่วยต้องไม่มากกว่า 2.3% และความยากจนจากการต้องจ่ายค่าใช้จ่ายสุขภาพเองต้องไม่มากกว่า 0.47%

3. F: fairness ความเป็นธรรม มีหลักการที่สำคัญ คือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม มีรายละเอียดตัวชี้วัดและเป้าหมายภายในปี 2565 โดยเกิดความเป็นธรรมของอัตราการจ่ายสมทบในระบบประกันสังคม ปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตนให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ ควรขยับเพดานเงินเดือนสูงสุดของการเก็บเงินสมทบเพิ่มขึ้น, ความเป็นธรรมการจ่ายสมทบทั้ง 3 ระบบ หากจะมีการจ่ายสมทบ ก็ต้องจ่ายสมทบทั้ง 3 ระบบ ความเป็นธรรมในการจ่ายให้แก่สถานพยาบาล โดยรายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของแต่ละกองทุนต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ระบบหลักไม่เกิน 10% และกำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของทุกกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภท และระดับบริการ

4. E: Efficiency ความมีประสิทธิภาพ หมายถึง การใช้ทรัพยากรในการดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ ทั้งเชิงเทคนิค การจัดสรร ที่ทันเวลาและมีคุณภาพ มีรายละเอียดตัวชี้วัดและเป้าหมาย คือ ภายในปี 2565 ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด, ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและควบคุมราคาเบิกจ่ายของกองทุน ค่าบริการ ยา เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ, ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน และมีการใช้มาตรการของรัฐบาลอย่างเหมาะสม



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการนำเสนอข้อเสนอในการประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ระหว่างวันที่ 16-17 พ.ย.58 ณ รร.รามการ์เด้นส์ โดยทางองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แสดงท่าทีที่เห็นด้วยกับข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ หรือ SAFE เช่น ในประเด็นการปรับกลไกการจ่ายเงินของผู้ให้บริการทั้ง 3 กองทุนให้สอดคล้องกัน มองว่าเป็นการตัดสินใจที่ชาญฉลาดและตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งการปรับกลไกการจ่ายเงินให้มีความเป็นหนึ่งเดียวจะช่วยลดความด้อยประสิทธิภาพของการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพได้ และเสนอให้คงเรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นของประชาชนทุกคนเช่นเดิม

และเมื่อวันที่ 29 ธ.ค.58 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้รับข้อเสนอดังกล่าวไว้แล้ว โดยเตรียมที่จะตั้งคณะทำงานต่อไป พร้อมยืนยันว่า หลักประกันสุขภาพจะเป็นระบบถ้วนหน้า หรือ Universal สำหรับประชาชนทุกคน เป็น Universal เพื่อสุขภาพของประชาชนที่ดีแล้วก็จะทำให้ดียิ่งขึ้น



“หอบหืด” โรคฮิตในเด็ก
ภาระไม่เจ็บบของครอบครัว และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ



สถานการณ์ปัญหา

วัยเด็ก นอกจากจะเป็นวัยที่คุณพ่อคุณแม่ต้องให้ความสำคัญกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่างๆ แล้ว คุณพ่อคุณแม่คงหนีไม่พ้นที่จะต้องจัดการกับอาการเจ็บไข้ได้ป่วยของลูกน้อยที่พร้อมจะมาเยือนได้ทุกเมื่อ จนทำให้บางครอบครัวอาจต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นว่าเล่นกันเลยทีเดียว

สำหรับ **โรคหอบหืดในเด็กก่อนวัยเรียน** นับเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในเด็ก และเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาระทางเศรษฐศาสตร์ของประเทศมากกว่า 650 ล้านบาทต่อปี ทั้งจากค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ต้องขาดรายได้เนื่องจากผู้ปกครองต้องหยุดทำงานมาดูแลบุตรหลาน ทั้งนี้การนอนโรงพยาบาลแต่ละครั้งมีต้นทุนของสังคมสูงถึง 18,300 บาท อาการหอบหืดและหายใจมีเสียงวี๊ด เป็นอาการที่พบบ่อยในเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะในเด็กเล็ก อายุต่ำกว่า 2 ปี และมักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง และเด็กเล็กมักมีภาวะการติดเชื้อไวรัสของระบบทางเดินหายใจอีกด้วย นอกจากนี้ เมื่อปี 2553

ได้มีการศึกษาภาระทางเศรษฐศาสตร์ของภาวะภูมิแพ้ในเด็กของประเทศไทย โดยได้ศึกษาต้นทุนทางการแพทย์ด้วยเทคนิคการสร้างแบบจำลองของโรคภูมิแพ้ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี พบว่า ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ที่สูงสูญเสียไปทั้งหมด 27,800 ล้านบาท ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่ายาประมาณร้อยละ 46 การดูแลผู้ป่วยใน ร้อยละ 37 การดูแลผู้ป่วยนอก ร้อยละ 12 และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 5

โรคหอบหืดนอกจากส่งผลด้านคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ปกครองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐศาสตร์ ทั้งต้นทุนทางตรงและทางอ้อม ต้นทุนทางตรงเป็นต้นทุนทางการแพทย์ที่เห็นได้อย่างชัดเจนในกระบวนการรักษาแต่ละขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น การรักษาต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลที่บ้านของทีมนสหวิชาชีพ ฯลฯ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ เช่น ค่าเดินทางไปรับการรักษา ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าจ้างผู้ดูแล ฯลฯ ส่วนต้นทุนทางอ้อม เช่น ผู้ปกครองต้องเสียรายได้หรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

โรคหอบหืดทำให้เด็กต้องนอนโรงพยาบาล และขาดเรียนบ่อย ประมาณ 30 – 80% จะมีประวัติไอ และมีเสียงวี๊ด อย่างน้อย 1 ครั้งก่อนอายุ 5 ปี กลุ่มที่มีอาการรุนแรงที่สุดคือ กลุ่มที่มีเสียงวี๊ดเร็วในขวบปีแรก และมีประวัติครอบครัว เป็นหอบหืดร่วมกับโรคภูมิแพ้ชนิดอื่น ในเด็กที่แพ้มาก ๆ หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคภูมิแพ้ โอกาสหายน้อยลง เด็กที่ยังคงมีอาการหอบหืดจนถึงอายุ 14 ปี มีแนวโน้มจะเป็นหอบหืดเรื้อรังจนเป็นผู้ใหญ่



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

ขึ้นชื่อว่าโรคเรื้อรังแล้ว สิ่งที่เป็นปัญหาลำดับต้นๆ คือภาระทางเศรษฐศาสตร์ของระบบสุขภาพ และภาระทางเศรษฐกิจ ของครอบครัว ดังนั้นทีมวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลภูมิพล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงาน คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) **ที่ได้ร่วมกันศึกษาภาระทางเศรษฐศาสตร์และการพยากรณ์โรคของเด็กก่อนวัยเรียนที่มี ภาวะหอบเฉียบพลันและฟังปอดพบเสียงวี๊ด** เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์วางแผน สนับสนุนงบประมาณ ตลอดจนการวิเคราะห์ ข้อมูลทางคลินิก เพื่อป้องกันปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหอบหืดในวัยเด็ก และการพยากรณ์โรคอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จากการวิจัย พบว่า ภาระทางเศรษฐศาสตร์สำหรับภาวะหอบหืดและหายใจมีเสียงวี๊ดที่ประเมินได้ สามารถนำไปเปรียบเทียบกับผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของโรคหรือการเจ็บป่วยอื่นๆ เพื่อการตัดสินใจกำหนดความสำคัญของการสนับสนุนงบประมาณ ในการแก้ปัญหาหรือการวิจัยปัญหาสุขภาพในระดับนโยบายได้ โดยผลวิเคราะห์พบว่า ต้นทุนของสถานพยาบาลในการรักษา ผู้ป่วย 1 ราย เท่ากับ 17,055 บาท โดยแบ่งเป็น ต้นทุนค่าห้องและค่าอาหาร ร้อยละ 38.31 ค่าบริการทางการแพทย์ ร้อยละ 29.45 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ ร้อยละ 8.69 ค่ายาทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 8.30 และจำนวนวันนอนโดยเฉลี่ยต่อครั้ง เท่ากับ 2 – 6 วัน ทั้งนี้สามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจากกองทุน หลักประกันสุขภาพได้ว่า มีอัตราการคืนทุน (cost recovery) เป็นอย่างไร เช่น หากอัตราการเบิกจ่ายตามระบบของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต่ำกว่าต้นทุนที่ประเมินได้ สถานพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปต่อรองเพื่อให้เกิดความคุ้มค่า และการบริหารจัดการงบประมาณในสถานพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ การวิจัยยังพบอีกว่า สารก่อภูมิแพ้จากไข่ขาวและนมวัว เป็นสารก่อภูมิแพ้ที่พบบ่อยในเด็กก่อนวัยเรียนและจาก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ในปัสสาวะของผู้ป่วยมีสารลิโคไตรอีน ซึ่งแสดงถึงการอักเสบของระบบทางเดินหายใจใน ปริมาณสูง และ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมีระดับไวตามินดีในเลือดต่ำกว่าปกติ โดยผลการศึกษาในปีที่ 1 จะเป็นข้อมูลทางคลินิกและ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอีก 2 ปี เพื่อการวิเคราะห์และวางแผนการรักษาโรคอย่างมี ประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนั้น การดูแลเชิงการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหอบหืดและหายใจมีเสียงวี๊ด ทำได้โดยการจัดการสิ่งแวดล้อม รอบตัวเด็กให้ปราศจากสารกระตุ้นภาวะหอบหืด เช่น ควันบุหรี่ สารก่อภูมิแพ้ การให้สุขศึกษาแก่ตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อการ ควบคุมภาวะหอบหืด ลดการนอนโรงพยาบาลและจะทำให้เกิดการประหยัดทรัพยากรไปพร้อมกันด้วย



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

เพื่อให้เกิดคุณภาพของการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง การศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว จึงได้มีการ วางแผนการศึกษาและเก็บข้อมูลต่อเนื่อง 3 ปี ซึ่งระหว่างนี้อยู่ในช่วงการดำเนินงานปีที่ 2 โดยข้อมูล และผลการศึกษาเบื้องต้นในปีที่ 1 ได้นำไปขยายผลใน เวทีวิชาการต่างๆ บ้างแล้ว อาทิ งานประชุมวิชาการ Congress of Asian Society for Pediatric Research (ASPR 2015) ณ ประเทศญี่ปุ่น งานประชุมวิชาการ Pediatric asthma and allergy meeting 2015 ณ ประเทศเยอรมนี ตลอดจนการเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการให้กับนักศึกษาและ นักวิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้อง



F

งานวิจัย
ด้านการอภิบาลระบบ





ติดตามนโยบาย “ทีมหมอประจำครอบครัว” 1 ปี ไปไกลเกินคาด
กระตุ้นการทำงานระดับพื้นที่ บูรณาการเชิงรุกเพื่อ ปชช.อุ่นใจ



สถานการณ์ปัญหา

เรื่องระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนนั้น ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานภายใต้สถานีนานามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปัจจุบัน ที่ทุกรัฐบาลให้ความสำคัญ จากนั้นค่อยๆ พัฒนามาสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) จัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยบริการ อย่างไรก็ตาม เมื่อความเปลี่ยนแปลงทางสังคมตามยุคโลกาภิวัตน์เข้ามา ผู้กำหนดนโยบายเองจะต้องปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงให้ทัน นอกจากนี้ยังมีความท้าทายจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่มีอัตราเฉลี่ยสูงถึง 10% ของประชากรในประเทศ และการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อไม่เรื้อรัง ก็จะเป็นตัวแปรทำให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวมีความต้องการการดูแลสุขภาพมากขึ้น

ในปี พ.ศ.2557 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ทุกพื้นที่มี “ทีมหมอครอบครัว” ในสโตนแกนประชาชนอุ่นใจมีญาติทั่วไทย เป็นการต่อยอดและการกระตุ้นโครงสร้างและกลไกที่เป็นเครือข่ายสุขภาพที่มีอยู่เดิม ทั้งในระดับอำเภอ ตำบล ศูนย์สนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลชุมชน

รวมไปถึงหน่วยระดับปฐมภูมิที่รับเงินจาก สปสช. หรือที่เรียกว่า Contracting unit of primary care (CUP) ได้ลงไปทำงานสนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกแนวใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขให้ผู้ป่วยและครอบครัวถึงบ้าน

หัวใจสำคัญด้านหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ คือ การมองที่ศักยภาพของกำลังคนในระบบสุขภาพ ที่ผ่านมามีประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการ วันนี้จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เราจะต้องเพิ่มความสำคัญให้กับคุณภาพของระบบบริการให้มากขึ้น รวมไปถึงการเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ ในการลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ มาเป็นการส่งเสริมการดูแลป้องกันโรค ทั้งนี้ จะต้องพัฒนากลไกการทำงานด้านนี้ขึ้นมาก โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายๆ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง “ทีมหมอครอบครัว” เป็นนโยบายหนึ่งของรัฐบาลที่ได้ช่วยกระตุ้นการทำงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อเติมเต็มระบบบริการสุขภาพให้เข้มแข็งได้ไม่มากก็น้อย



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

หลังจากเดินทางนโยบายได้ 1 ปี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการศึกษาเรื่อง **“การสำรวจสถานการณ์การดำเนินงาน และความคิดเห็นต่อนโยบายการพัฒนาทีมหมอประจำครอบครัว”** เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นและข้อเสนอเพื่อนำมาใช้พัฒนานโยบายให้เกิดความเข้มแข็งต่อไป

จากการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายฯ โดยใช้แบบสอบถามที่สำรวจกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งทั่วประเทศ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การสุ่มสำรวจจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนร้อยละ 30 ของตำบลทั่วประเทศ การประเมินในภาพรวมพบว่า 50-60% พื้นที่บริการสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศมีระบบการทำงานที่หมอครอบครัว ส่วนประมาณ 40% พบว่ายังมีการจัดระบบทีมสนับสนุนในระดับต่างๆ ยังไม่ต่อเนื่องเนื่องจากการเป็นารเริ่มต้นนโยบาย

นอกจากนี้ ข้อค้นพบที่สำคัญ ระบุว่า ในอดีตที่ผ่านมาเคยมีหมอประจำครอบครัวลงเยี่ยมผู้ป่วยทั้งการทำคลอดที่บ้าน แต่ระยะเวลาที่ผ่านมามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีเวลาหรือเวลาน้อยในการลงเยี่ยมบ้านจากภาระงานและภาระครอบครัว โดยนโยบายทีมหมอครอบครัว ในนโยบายรัฐบาลปัจจุบันจะเป็นการกลับมาใหม่เพื่อกระตุ้นปลูกจิตสำนึกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยุคใหม่ในการลงพื้นที่เยี่ยมประชาชน บริการแบบใกล้บ้านประชิดตัว เพื่อคนไทยสุขภาพดี

ทั้งนี้ คณะศึกษายังพบว่า มีบางประเด็นที่สามารถทำให้ “ทีมหมอครอบครัว” เกิดการพัฒนาต่อยอดจากฐานการทำงานที่เป็นข้อค้นพบในปัจจุบันได้ จึงเสนอการปฏิบัติการระดับจังหวัดและอำเภอ โดยเร่งรัดการจัดโครงสร้างที่บูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดเพื่อจัดทีมดูแลรับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหมอประจำครอบครัว โดยกำหนดให้มีทีมประจำรับผิดชอบงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมีขอบเขตรับผิดชอบงานการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ งานพัฒนาบุคลากร และอาจรวมทั้งงานบริการสุขภาพภาคประชาชนเพื่อบูรณาการเนื่องจากงานและวิธีการทำงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการและสนับสนุนพื้นที่ ส่วนการบริหารเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ จำเป็นต้องกระตุ้นให้เกิดกลไกที่สามารถวางแผนกลยุทธ์การทำงานเพื่อจัดระบบทีมหมอครอบครัวทุกระดับทำงานเชื่อมโยง ดำเนินการร่วมกัน และผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลที่มีชุมชนเป็นฐาน เช่น เพิ่มบุคลากรตามแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยจ้างงานบุคลากรด้านสาธารณสุขรูปแบบใหม่ในกลุ่มที่สามารถผลิตร่วมกับสถาบันการศึกษาในพื้นที่



นอกจากนี้ ต้องมีการเร่งรัดการจัดการเพื่อสนับสนุนกำลังคน และกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยให้ระดับจังหวัดหรืออำเภอทบทวนสถานการณ์กำลังคนในระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิและพิจารณาเรื่องการจัดสรร หรือเกลี้ยการกระจาย หรือ โดยเฉพาะในกลุ่มนักกายภาพบำบัดชุมชนพยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก รวมทั้งเภสัชกรปฐมภูมิเพื่อสามารถหนุนเสริมทำงานของตำบลและชุมชนได้ครอบคลุมมากขึ้น และส่งเสริมการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การจัดเวทีการนำเสนออย่างมีประสิทธิภาพเป็นประจำ ต่อเนื่อง สามารถเป็นทั้งส่วนหนึ่งของการติดตามความก้าวหน้า ที่สร้างสรรค์ สร้างการเรียนรู้ต่อยอดความมั่งคั่งของการพัฒนา และสามารถสร้างขวัญและกำลังใจสำหรับทีมบริหารเครือข่ายสุขภาพอำเภอและทีมหมอครอบครัวในทุกระดับ



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยต่อทีมที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีข้อเสนอว่า ควรต้องมีบทบาทการทำงานที่ชัดเจนต่อการสนับสนุนการดำเนินนโยบาย เพื่อสนับสนุนการบูรณาการนโยบายและเนื้อหาการทำงาน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการดำเนินงานของทีมหมอประจำครอบครัวทั้งในระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน เป็นแนวทางในการทำงานให้กับทีมหมอครอบครัวในอีกหลายๆ พื้นที่ ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นได้ทั่วประเทศ เนื่องจากนโยบายเริ่มมีความชัดเจนมากขึ้น โดยข้อเสนอจากการศึกษาวิจัยจะเป็นองค์ความรู้ที่ทุกๆ ฝ่ายโดยเฉพาะในระดับนโยบายสามารถนำไปเป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด



ประเมินผลงาน 1 ปี นโยบาย “ทีมหมอครอบครัว”
อีกก้าวสำคัญ ยกระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ



สถานการณ์ปัญหา

ประเทศไทย จัดเป็นประเทศที่ประสบผลสำเร็จในการขยายบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนไทยในทุกภูมิภาค โดยเฉพาะชนบทที่ห่างไกลได้รับ “บริการปฐมภูมิ” ย้อนกลับไประยะปี 2485 ขณะนั้นมีโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการรักษาพยาบาลในส่วนภูมิภาคเพียง 5 แห่ง และ “สุขศาลา” ซึ่งเป็นสถานบริการปฐมภูมิในระดับตำบลอยู่เพียง 300 กว่าแห่งทั่วประเทศ แต่จากการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน คือ การสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมืองของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ตามด้วยการขยายบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิไปสู่พื้นที่ชนบท รวมทั้งการผลิตบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ทำให้มีโรงพยาบาลทั่วไปในส่วนภูมิภาคครบทุกจังหวัด กระทั่งเข้าสู่ช่วงปี 2544 ที่ประเทศไทยขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมคนไทยทุกคน โดยเกือบทุกอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชน และเกือบทุกตำบลมีสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ในช่วงปลายเดือนตุลาคม 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนา “บริการปฐมภูมิ” โดยยกระดับความเข้มข้นการให้บริการ ด้วยการประกาศ “นโยบายทีมหมอครอบครัว” ที่มุ่งหวังให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจาก

หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด โดยเชื่อมโยงผู้ให้บริการ ตั้งแต่แพทย์ของโรงพยาบาลในระดับอำเภอจนถึงโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ โดยการทำงานที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีเป้าหมายเน้นการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งหาวิธีการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงหมอครอบครัวได้อย่างสะดวก

อย่างไรก็ดี มีคำถามสำคัญหลังจากเริ่มนโยบายนี้มาได้ปีเศษว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้างในระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายนี้ และการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เกิดขึ้นจากเงื่อนไขอะไร เป็นสำคัญ



- **ทีมหมอบรรพ** คือ ทีมผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัว กระจายครอบคลุมในทุกครัวเรือนทั่วไทย พร้อมให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพถึงที่บ้าน และสามารถส่งต่อผู้ป่วย โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา มีเป้าหมายให้ทุกครอบครัว ชุมชน มีสุขภาพดี ได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ มีระบบการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาด้านสุขภาพและดูแลกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพ

- **เป้าหมายการดำเนินงานของ “นโยบายหมอบรรพ”** คือ มีทีมหมอบรรพประจำครอบครัว ใน รพ.สต. จำนวน 9,750 แห่ง และในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสม.) จำนวน 252 แห่ง อย่างน้อยแห่งละ 1 ทีม ที่ดูแลประชากรในเขตเมืองให้ได้ตามเกณฑ์ คือ 1 รพ.สต.ต่อประชากร 1,250 – 2,500 คน และ 1 ศสม. ต่อประชากร 10,000–30,000 คน ในการขยายไปทั่วประเทศต่อไป เพื่อบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลและลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว



วิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้ดำเนิน **โครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอบรรพ** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคาดการณ์สัดส่วนครัวเรือนที่มีประสบการณ์อันพึงประสงค์สอดคล้องกับนโยบาย “หมอบรรพ” ติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต (ตามวิธีการวัดEQ5D-5L) ของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งเพื่อสังเคราะห์แบบแผนการทำงานของทีมนักวิชาการจากตำบลถึงอำเภอในการตอบสนองความต้องการของครัวเรือน ตลอดจนที่มาของแบบแผนต่างๆ ในมิติการถ่ายทอดนโยบายหมอบรรพสู่การปฏิบัติ และสังเคราะห์สู่การเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยด้วยวิธีผสมผสานระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณแบบตัดขวางและการเจาะลึกทางคุณภาพ ใน 24 อำเภอ 8 จังหวัด คนไข้ 1,874 คน บุคลากร 218 คนและผู้บริหารสถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อีก 40 คน

รายงานวิจัยนำเสนอข้อค้นพบสำคัญ อาทิ ผู้รับบริการร้อยละ 59 เผยว่า ทีมหมอบรรพเป็นคนในทีมเดียวกับหมอที่รักษาประจำในโรงพยาบาล (รพช.-รพศ./รพท.) สะท้อนให้เห็นโครงสร้างทีมในลักษณะการบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care) ส่วนรูปแบบการทำงานของทีมนหมอบรรพในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน พบว่า ความสัมพันธ์ด้านบริการระหว่าง รพ.แม่ข่าย กับ รพ.สต. และหน่วยงานอื่นสมาชิกทีมหมอบรรพร้อยละ 95 มีการทำงานแบบทีมนหมอบรรพครัวเรือนทำให้ตนเปลี่ยนวิธีการทำงานโดยใช้ทีมมากขึ้น มีการสื่อสารและประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ขณะที่บางพื้นที่มีประเด็นความสัมพันธ์ที่เป็นด้านบวกและลบ ระหว่าง รพ.แม่ข่าย กับ รพ.สต. เป็นต้น ส่วนประเด็นความผันผวนไม่ต่อเนื่องของกระบวนการนโยบายส่วนกลาง คือ วาทกรรมและตัวชี้วัดทางนโยบายที่เปลี่ยนบ่อย ซึ่งกระทบกับคนทำงานในพื้นที่ เช่น การบั่นทอนความคิดริเริ่มในการทำงาน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาระบุด้วยว่า สมาชิกทีมหมอบรรพ ร้อยละ 99 เห็นด้วยว่าควรดำเนินนโยบายนี้ต่อไป เพราะเห็นถึงประโยชน์จากการกำหนดเป้าหมาย

สำหรับข้อเสนอการพัฒนานโยบาย งานวิจัยระบุว่า แม้ปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับความผันผวนทางการเมืองในระดับชาติได้ยาก แต่การสืบสานนโยบายโดยนำเสนอจุดขายด้วยการสื่อสารสาธารณะให้เห็นว่า ประชาชนได้อะไรจากการที่รัฐบาล

มีนโยบายนี้ ทั้งนี้ สารนโยบายหมอบรรพที่ควรสืบสาน คือ การกำหนดเป้าหมายครัวเรือนให้ทีมสหวิชาชีพทุกระดับรับผิดชอบ กำหนดเป้าหมาย รพ.สต. ให้ทีมสหวิชาชีพอำเภอรับผิดชอบสนับสนุนทางวิชาการและเชื่อมโยงสู่ผู้บริหาร เพื่อสนับสนุนทรัพยากรบนหลักการทำงานเป็นเครือข่ายฉันที่มีตรึงเน้นประโยชน์คนไข้เป็นศูนย์กลาง ส่วนการพัฒนาบุคลากรควรเน้นเสริมขีดความสามารถ และแรงจูงใจด้านการจัดการให้แก่แพทย์ผู้ทำงานปฐมภูมิ และพัฒนาทีมสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งหมูน้อยกว่าแพทย์ ให้มีบทบาทหน้าที่สืบสานการนำการพัฒนาบริการปฐมภูมิให้ยั่งยืน โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้จากการทำงานเป็นหลัก ทั้งนี้ ถ้ามอบหมายให้พยาบาลเวชปฏิบัติใน รพช. แบ่งเบาภาระแพทย์ในการบริการคนไข้ นอก น่าจะเพิ่มโอกาสให้แพทย์ได้ทำงานด้านปฐมภูมินอกเหนือจากการตรวจโรคได้มากขึ้น



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน โดยผลการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอบรรพ จะเป็นข้อมูลเชิงวิชาการและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ทางกระทรวงสาธารณสุขได้นำไปพัฒนาการดำเนินนโยบายในระยะต่อไป



ประเมินระบบการบริหารจัดการ หลังปฏิรูปเขตบริการสุขภาพ
ชี้ทิศทางพัฒนา สนับสนุน นโยบายการบริหารงาน สร. ให้เข้มแข็ง



สถานการณ์ปัญหา

จากที่กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยพัฒนาระบบบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2556 นับว่ามีความก้าวหน้าในการดำเนินงานไปแล้ว ในหลายด้าน ตั้งแต่การให้บทบาทเขตบริการสุขภาพกำกับดูแลการดำเนินงานของพื้นที่ พัฒนารูปแบบกระบวนการระบบบริการสุขภาพเพื่อคนไทย รวมทั้งบริหารเขตเครือข่ายบริการแบบบูรณาการสมบูรณ์เบ็ดเสร็จ ไร้รอยต่อ มีคุณภาพ ทั้งถึงเท่าเทียม และเป็นธรรม สร้างความร่วมมือของท้องถิ่นและชุมชนไปสู่การถ่ายโอนที่คงไว้ซึ่งความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการติดตามประเมินผลทั้งภายใน และภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการปรับโครงสร้างและกระบวนการจัดการภายในแต่ละเขตให้มีความสอดคล้องกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน การติดตามประเมินการดำเนินนโยบาย จึงเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาเพื่อชี้ทิศทางพัฒนา สนับสนุน นโยบายการบริหารงานให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นไป

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขตตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หากมีการวางแผนการดำเนินงาน และมีระบบติดตาม กำกับ ประเมินผลที่เหมาะสม จะทำให้เกิดประโยชน์สุขต่อประชาชน และบุคลากรในพื้นที่อย่างมาก คณะวิจัยจึงทำการศึกษารูปแบบการดำเนินงานในบริบทจริงของพื้นที่ และทำความเข้าใจแนวทางการอภิบาลระบบสุขภาพระดับเขต เพื่อการสังเคราะห์ตัวชี้วัดสมรรถนะการดำเนินงานของระบบ





งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้ทำการศึกษา **ประเมินระบบการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพของไทย** โดยได้ทำการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ และทุติยภูมิจากทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบุคลากรที่สังกัดหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคมในพื้นที่เขต 2,5,7 และ 11 จำนวน 174 ราย พบปรากฏการณ์ที่สำคัญได้เรียงตามห่วงโซ่ระบบบริการ ดังนี้

ด้านปัจจัยนำเข้าสู่ระบบ พบว่าแต่ละเขตบริการสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ตั้งแต่เรื่องโอกาสการเริ่มทดลองดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ รวมถึงต้นทุนพื้นฐานในระบบที่มีอยู่มาก่อนการดำเนินนโยบาย หากจำแนกตามหลักคิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน จะพบว่าความแตกต่างทั้งหลายทั้งมวล สามารถจำแนกออกเป็น 5 เรื่องหลัก ได้แก่ ทุนมนุษย์ ทุนสังคม ทุนการเงิน ทุนการผลิต ทุนธรรมชาติ

ด้านกระบวนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยประเด็นการรับรู้ต่อธรรมชาติของการบริหารจัดการหากพิจารณาผลการสำรวจความคิดเห็นต่อลักษณะการอภิบาลระบบเขตบริการสุขภาพ โดยใช้แนวทางการประเมินธรรมชาติโดยคร่าวของ UNDP จะพบว่ากระบวนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพได้รับการประเมินว่าควรที่จะพัฒนาให้ดีขึ้นกว่านี้เช่น กลไกการตรวจสอบการดำเนินงาน การเปิดช่องทางรับฟังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ส่วนเรื่องอิสรภาพด้านการมีส่วนร่วมของประชาสังคมนั้นเป็นที่ชัดเจน ทั้งจากข้อมูลที่ได้จากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ตั้งแต่ระดับกระทรวงจนถึงระดับพื้นที่ในแต่ละเขต รวมถึงจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตั้งแต่ระดับบริหารจนถึงระดับปฏิบัติการ พบว่ายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในการบริหารจัดการและดำเนินงานตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ดี ในระยะเวลา 9 เดือนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ของแต่ละเขตพบว่าแม้สาระนโยบายเขตบริการสุขภาพตอนเริ่มต้นจะเป็นแบบเดียวกัน แต่ความเข้าใจสาระนโยบายของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับในแต่ละเขตนั้นมีความแตกต่างกัน ทำให้แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการในแต่ละเขตจึงมีความแตกต่างกันอย่างมาก นอกจากนี้ ยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ระบุผลผลิต และผลลัพธ์ของการดำเนินงานได้อย่างเพียงพอ จึงยากในการที่จะสรุปได้ว่าประสิทธิภาพของการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพในช่วงปีงบประมาณ 2557 ที่ผ่านมานั้นดีหรือไม่

สำหรับสรุปข้อเสนอจากงานวิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพตามองค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย

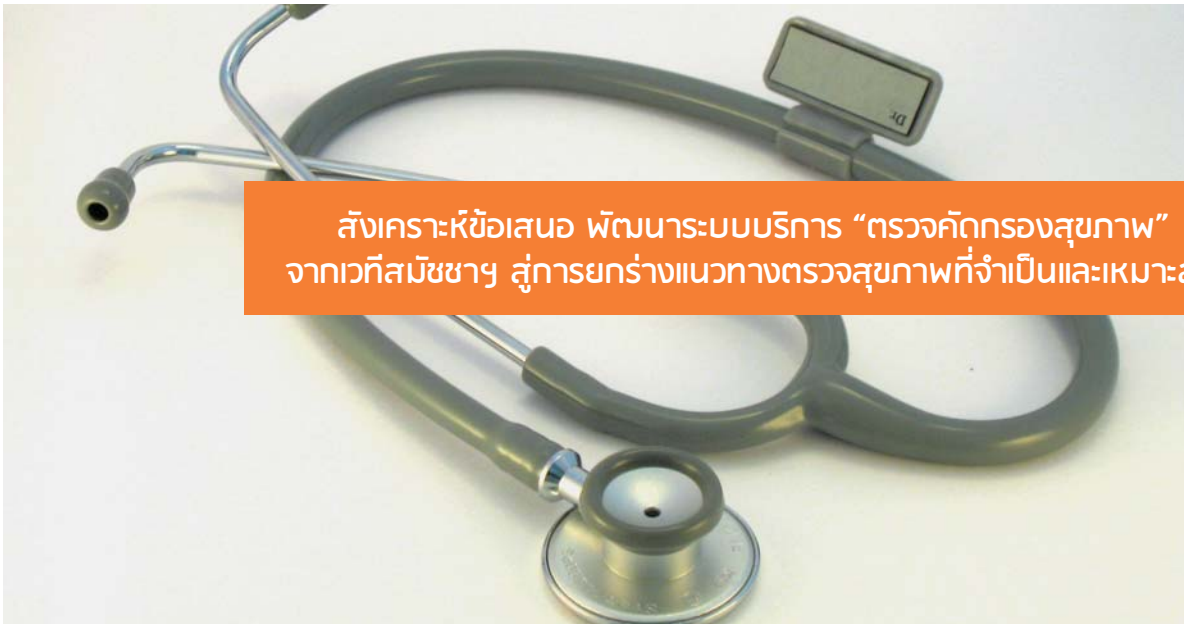
- **ด้านกำลังคน** ทาง กสธ. ควรเปิดช่องทางให้เกิดการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนเขตบริการสุขภาพ โดยตัวแทนภาคประชาชนและเอกชน เพื่อสร้างการยอมรับ ระดมทรัพยากร และลดภาระบุคลากรภาครัฐในระยะยาว
- **ด้านระบบสารสนเทศ** ควรมีการพัฒนาระบบระดับพื้นที่ให้ครอบคลุม รองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตเชิงประชากรศาสตร์จากนโยบายระหว่างประเทศให้ได้
- **ด้านการจัดการเวชภัณฑ์** เครื่องมือทางการแพทย์ ควรเผยแพร่กรณีศึกษาความสำเร็จในการบริหารจัดการที่ก่อให้เกิดความคุ้มค่า เช่น การจัดซื้อยา เครื่องมือทางการแพทย์
- **ด้านการจัดระบบบริการ** เช่น การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายในเขต การแก้ไขปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาล การปรับค่านิยมการใช้บริการของประชาชนมาเน้นการตระหนักในการดูแลสุขภาพ ฟังตนเองมากขึ้น
- **ด้านการอภิบาลระบบ** เช่น การประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะ โดยใช้กระแสนโยบายคู่ขนานของรัฐบาล เพื่อให้เกิดการยอมรับในนโยบายเขตบริการเพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงการผลักดันให้มีกฎหมายหรือระเบียบที่จำเป็นในการรองรับการดำเนินงานตามนโยบายฯ
- **ด้านการเงินการคลัง** ควรพิจารณาความเป็นไปได้โดยใช้กลไกร่วมลงทุนระหว่างรัฐ เอกชน ท้องถิ่น เพื่อร่วมกันรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ และร่วมจัดการความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการศึกษาประเมินระบบการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพของไทย สวรส. ได้เปิดเวทีนำเสนอให้กับผู้กำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 1, 2, 3, 10 มาร่วมรับฟัง ณ อาคารสุขภาพแห่งชาติ โดยในเวทีได้สะท้อนความคิดเห็นต่อผลการศึกษาดังว่า งานวิจัยจะสามารถช่วยเติมเต็มการพัฒนาเขตบริการสุขภาพได้ โดยใช้แนวทางการพัฒนา

ทางกระทรวงสาธารณสุข เชื่อว่านโยบายเขตบริการสุขภาพ ยังคงต้องใช้เวลาในการพัฒนาศักยภาพลักษณะการสร้างการรับรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางและนโยบายการปฏิบัติไปยังระดับหน่วยย่อยมากขึ้น พร้อมเสนอว่างานวิจัยควรเสนอชุดความรู้ของการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ รวมไปถึงเปรียบเทียบให้เห็นว่าก่อนมีเขตบริการสุขภาพกับสถานการณ์ปัจจุบันมีพัฒนาการเป็นอย่างไรเพื่อนำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนทางวิชาการ และใช้ประกอบในการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป



สังเคราะห์ข้อเสนอ พัฒนาระบบบริการ “ตรวจคัดกรองสุขภาพ” จากเวทีสมัชชาฯ สู่การยกร่างแนวทางตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม



สถานการณ์ปัญหา

ปัจจุบันการบริการตรวจสุขภาพหรือการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย พบว่ามีประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ขอบเขตและจุดมุ่งหมายของการตรวจคัดกรองสุขภาพที่หลายฝ่ายยังใช้ไม่ตรงกัน โดยเฉพาะประเด็นการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองสุขภาพ คัดกรองโรค เพื่อจุดมุ่งหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือเพื่อจุดมุ่งหมายอื่น เช่น การให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพด้วยจุดมุ่งหมายเชิงธุรกิจ ซึ่งเป็นเหตุที่ทำให้ระบบบริการตรวจสุขภาพมีความซับซ้อน และมีผลประโยชน์ของหลายฝ่ายเกี่ยวข้อง อีกทั้งการกำกับคุณภาพและมาตรฐานของบริการตรวจคัดกรองสุขภาพที่ยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจนเกี่ยวกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ

นอกจากนี้ การตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ อย่างไรก็ตาม การกำหนดบริการการตรวจคัดกรองสุขภาพไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าว ไม่ปรากฏข้อมูลการพิจารณาที่ชัดเจน หรือบ่งชี้ว่าน่าจะเป็นการกำหนดใน

ลักษณะที่เป็นไปตามที่มักมีการปฏิบัติกันมา และไม่มีกลไกในการพิจารณาที่เป็นทางการ รวมถึงการติดตามข้อมูลว่ามีการใช้บริการมากน้อยเพียงใด เกิดประโยชน์มากน้อยแค่ไหน

การตรวจสุขภาพ หรือการตรวจคัดกรองสุขภาพ (Health screening) หมายถึง การตรวจสุขภาพของผู้ที่ยังไม่มีอาการแสดงการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจนั้น เพื่อค้นหาโรคและให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก รวมถึงการหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ได้รับการตรวจ ทั้งนี้ไม่รวมถึง (1) การตรวจสุขภาพผู้ที่มาขอปรึกษาแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วย หรือภาวะความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง และ (2) การตรวจสุขภาพผู้ที่มีโรคหรือภาวะเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ) เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น

ข้อมูลจากเอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ระเบียบวาระที่ 2.4 เรื่องนโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน, 8 พฤศจิกายน 2556



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

จากประเด็นดังกล่าว เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ในปี 2556 ได้มีมติเห็นชอบให้มีการผลักดันเรื่องนโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ให้เป็นวาระของการขับเคลื่อนนโยบาย โดย 1 ในข้อเสนอจากมติได้มอบให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าว และ สวรส. ได้มีการพัฒนาโจทย์วิจัยที่นำมาสู่ “การสังเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย” โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทยเพื่อใช้ประกอบเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาทางเลือกหากลไกที่เหมาะสมโดยใช้กระบวนการศึกษาเชิงคุณภาพ และกำหนดทางเลือกสำหรับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพในระดับชาตินับเป็นความท้าทายในการพัฒนาองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

จากการสังเคราะห์ของคณะวิจัย สรุปได้ว่า ทางเลือกสำหรับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพที่ควรนำมาพิจารณา 3 ทางเลือก ประกอบด้วย

ทางเลือกที่ 1 จัดตั้งกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทยอยู่ในรูปหน่วยงานกลางในกำกับของรัฐที่มีความเป็นอิสระ ซึ่งทางเลือกนี้มีจุดเด่นหลายประการโดยเฉพาะในเรื่องความยั่งยืนและความต่อเนื่องในการทำงาน เนื่องจากจะเป็นกลไกที่มีภารกิจเฉพาะทำหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด มีทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณรองรับชัดเจน นอกจากนี้ยังมีโอกาสสูงที่จะพัฒนาไปสู่องค์กรที่มีความเชี่ยวชาญได้ง่ายกว่าทางเลือกอื่นๆ ในระยะยาว สามารถพัฒนาระบบงานหลายด้านที่จำเป็นไว้กับองค์กรได้ เช่น การวิจัยและพัฒนาแนวทางหรือข้อเสนอแนะการติดตามประเมินการใช้บริการและคุณภาพ การสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศให้แก่แพทย์ ผู้ให้บริการ ประชาชน และสังคมที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ สามารถเลือกได้ว่าดำเนินการเองหรือบริหารในลักษณะเครือข่ายหรือจัดจ้างให้มีผู้รับไปดำเนินการ

ทางเลือกที่ 2 มอบหมายให้หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานในกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมการแพทย์ หรือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย มีจุดเด่นที่สามารถเริ่มดำเนินการได้อย่างรวดเร็วในส่วนของระบบงานที่สอดคล้องกับภารกิจขององค์กรที่มีอยู่แล้ว เช่น การทบทวนและศึกษาวิจัยเพื่อจัดทำนิยามเชิงปฏิบัติการ และพัฒนาแนวทางหรือข้อตกลงเพื่อตรวจคัดกรองสุขภาพ รวมถึงการวิจัยประเมินผลเพื่อติดตามประเมินการใช้บริการและคุณภาพของการบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ

หรือเพื่อให้มีกระบวนการทบทวนประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบเป็นระยะ

ทางเลือกที่ 3 กำหนดให้กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทยอยู่ในรูปคณะกรรมการระดับชาติ มีกฎหมายรองรับโดยมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ มีจุดเด่นที่สนับสนุนการดำเนินการตามทางเลือกนี้ คือ ต้องการความรวดเร็วในการเริ่มดำเนินการที่ไม่สามารถรอกระบวนการทางกฎหมายและกระบวนการทางบริหารที่ยาวนานนักได้ โดยมีโครงสร้างคณะกรรมการที่มีกฎหมายหรือมติคณะรัฐมนตรีรองรับ เหมือนเช่นคณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ สร้างการมีส่วนร่วมในระดับอำนาจการได้กว้างขวาง และระดมความร่วมมือด้านวิชาการและการสนับสนุนทางทรัพยากรจากหน่วยงานอื่นๆ ที่มีหน้าที่โดยตรงเกี่ยวข้องกับการดำเนินการหลายๆ ส่วนให้มาสนับสนุนการทำงานได้



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ข้อเสนอจากการศึกษาดังกล่าว ทาง สวรส. ได้นำเสนอให้กับกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ได้นำไปประกอบการพัฒนานโยบายในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับทางเลือกที่ 2 ที่กรมการแพทย์ ได้มีการตั้งคณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน พร้อมกับการยกฐานะทางตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน เพื่อประชาชนได้ประโยชน์ในการเลือกบริการตรวจสุขภาพที่เหมาะสม และได้มีการนำเสนอในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 เมื่อวันที่ 21-23 ธ.ค.2558 โดยเบื้องต้นได้รับฟังข้อเสนอแนะต่างๆ จากเวทีการประชุมและได้นำไปพัฒนา รวมทั้งได้มีการจัดทำคู่มือสื่อสารไปยังประชาชนทุกช่องทาง รวมถึงนำไปดำเนินการในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้แนวทางฯ ที่เสร็จเรียบร้อยแล้วยังนำไปพิจารณาเพื่อการวางระบบการตรวจสุขภาพสำหรับทั้ง 3 กองทุนสุขภาพหลัก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ ทั้งนี้ การดำเนินการดังกล่าวยังจำเป็นต้องทำการศึกษาเพื่อติดตาม ทบทวนนโยบาย แนวปฏิบัติ การกำกับดูแล และประเมินผลด้วย



ทบทวนความแตกต่างด้านสุขภาพ เสนอสถาปนาปฏิรูป ร่างนโยบาย “รอบรู้สุขภาพ” สู่คนไทยมีสุขภาพดี



สถานการณ์ปัญหา

ปัจจุบันพบว่าประเทศไทยยังมีช่องว่างด้านความรู้สุขภาพ สมควรเกี่ยวกับระบบ Health Literacy หรือ “ความแตกต่างด้านสุขภาพ” หรือในอีกหลายๆชื่อ ที่นักวิชาการเรียกแตกต่างกันไป เช่น การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งนิยามเหล่านี้มีความหมายก็คือ ความสามารถในการค้นหาเข้าถึง การทำความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน

สถานการณ์นี้สอดคล้องกับประเทศไทยที่กำลังเผชิญกับค่าใช้จ่ายสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพต่างๆ ในบ้านเรา ที่แม้ว่าประชาชนจะเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ง่าย แต่ข้อมูลเหล่านั้น ก็ขาดความน่าเชื่อถือ เพราะการไหลของข้อมูลข่าวสารมาจากหลากหลายช่องทาง บ้างไม่เป็นความจริง ทำให้ไม่รู้ว่าจะเชื่อถือใด จึงควรมีการวิจัยและพัฒนาการบริการสื่อสารสุขภาพ ระบบสนับสนุน รวมถึงโครงสร้างกลไกประสานการสื่อสารกับเนื้อหาของสื่อในเชิงระบบที่เข้มแข็ง

หลักฐานเชิงประจักษ์ในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพน้อย จะมีสถิติใช้บริการรักษาฉุกเฉิน และเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีระดับความแตกต่างปานกลางถึงสูง เนื่องจากความสามารถในการดูแลป้องกันตนเองที่ดีน้อยกว่า ผลพวงที่ตามมาในระดับประเทศ คือ ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพที่สูงขึ้น รวมถึงผลิตผลที่ลดลงทางเศรษฐกิจจากการขาดแคลนวัยแรงงาน ตัวอย่างของประเทศแคนาดา เมื่อปี 2552 ได้ใช้เงินไปกว่า 8 พันล้านเหรียญหรือคิดเป็น 3-5% ต่อค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพเพื่อนำมาดูแลประชากรที่มีปัญหาสุขภาพ



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

“ระบบ Health Literacy” หรือ “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” ถือเป็นประเด็นที่รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญ โดยมีคณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณะในคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ได้ดำเนินการจัดทำร่างนโยบายการปฏิรูปความรู้ และการสื่อสารสุขภาพแก่ประชาชน แต่เอกสารดังกล่าวยังไม่สมบูรณ์เพียงพอ และต้องการองค์ความรู้เพื่อตอบโจทย์อยู่พอสมควร จึงได้มอบให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ศึกษาทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานและระบบความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับชาติและนานาชาติ เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง Health Literacy กับองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ และทบทวนสถานการณ์และระบบ/กลไกหลักที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง Health Literacy ในระดับนานาชาติ เพื่อสังเคราะห์กรอบการดำเนินงานที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

จากรายงานการวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทั้งในประเทศและต่างประเทศ พอจะบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับองค์ประกอบต่างๆ ของระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีสาระสำคัญที่เป็นข้อเสนอในการพัฒนานโยบายสาธารณะ คือ 1.การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรวิชาชีพสุขภาพควรมีความรู้และทักษะด้านอื่น นอกเหนือไปจากความรู้ด้านสุขภาพ 2.การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ควรคำนึงถึงลักษณะเชิงประชากรศาสตร์ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย และวางแผนพัฒนาให้สอดคล้องกับการใช้งานจริง 3.ความแตกฉานด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา วัคซีน และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบบริการสุขภาพควรมีกลไกที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของประชากรที่มีพื้นฐานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน และการพัฒนาระบบสุขภาพไม่ควรมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมผู้ดูแล



หรือครอบครัวด้วย 4.มีความจำเป็นที่จะต้องยกระดับความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรเพื่อให้สถานะสุขภาพดีขึ้น ลดภาระของระบบบริการสุขภาพ โดยมีการออกแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน มีความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ 5.นโยบายจากรัฐบาล กลไกการบริหารจัดการระดับหน่วยงาน และกลไกการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับต่างๆ คือ 6.มีหลักฐานชัดเจนว่ากลุ่มประชากรที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มประชากรที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับสูง ทั้งจากการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

สำหรับการขับเคลื่อนผลการศึกษ สวรส. ได้เปิดเวทีนำเสนอผลงานวิจัยทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ โดยมีคณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณะ ในคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สปช. ร่วมรับฟังและเตรียมนำข้อเสนอไปเติมเต็มช่องว่างความรู้และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาจัดทำร่างนโยบายการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งเป็น 1 ในนโยบายการทำงานภายใต้นโยบายสถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ ที่รัฐบาลเร่งรัดให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาระบบการสาธารณสุข เช่น เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาสุขภาพ เป็นต้น การพัฒนาระบบการศึกษา ที่จะช่วยยกระดับการรู้หนังสือ รวมถึงให้ความรู้ถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ และการพัฒนาระบบวัฒนธรรมและสังคม ที่จะนำไปสู่สร้างสุขภาพที่ดีของคนไทยอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป





ศึกษาแนวคิดพัฒนาการทำงาน เขตบริการสุขภาพ สร. – ภาค ปชช.
สู่การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพจากระดับล่างขึ้นบน



สถานการณ์ปัญหา

เมื่อปี 2557 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการปฏิรูป เขตบริการสุขภาพ โดยจัดตั้งคณะกรรมการและกลไกองค์กร ในส่วนกลางและเขตบริการสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่ควบคุมกำกับ การกระจายทรัพยากร (ในโรงพยาบาล) เป็นการมอบอำนาจ หรือกระจายความรับผิดชอบของหน่วยบริหารราชการส่วน กลางให้กับหน่วยงานผู้รับผิดชอบในพื้นที่ จากเดิมที่เป็นการ ใช้อำนาจแบบรวมศูนย์ก่อนการกระจายไปสู่เขตสุขภาพจังหวัด อำเภอ และตำบล ขณะเดียวกันทางสำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดตั้งคณะกรรมการฯ เสนอกรอบ การทำงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ให้มีความร่วมมือของ ภาคประชาชนในการจัดการทางสุขภาพขึ้นด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม กรอบแนวคิด ลักษณะ กลวิธี ในการจัดวาง บทบาทหน้าที่ของเขตสาธารณสุขในทั้ง 2 แนวคิด ยังขาด ความชัดเจนลงถึงทางเทคนิควิธี รวมทั้งหน่วยราชการส่วนกลาง เองยังขาดการวิเคราะห์ข้อจำกัดเชิงบริบทของการปกครอง การบริหารจัดการ และกระบวนการปฏิรูป ทั้งนี้ ปัจจัยที่สำคัญ มาจากระบบสุขภาพต้องเผชิญกับวาระการเปลี่ยนผ่านของ

สถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และเทคโนโลยี ที่เกิดขึ้นรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการและความจำเป็นทาง สุขภาพผันแปรไปจากอดีต

ข้อเสนอวงจรจัดการข่ายงานองค์กรในอำเภอ จังหวัด เขต มีกลไกจัดการข่ายงานร่วมชุมชนและบริการ ในอำเภอ จังหวัด และเขต สู่การวางแผนทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ดังนี้

- วิเคราะห์การกระจายของปัญหาในกลุ่มประชากรต่างๆ และเหตุปัจจัยที่ต้องแก้ไข
- วิเคราะห์สมรรถนะของภาคีผู้รับผิดชอบด้านต่างๆ
- วิเคราะห์ทฤษฎีโครงการที่ใช้ และกรอบโครงสร้างการ จัดการกิจกรรม
- วางแผนปฏิบัติการที่มีเป้าหมายการดำเนินงานและ เตรียมสมรรถนะผู้รับผิดชอบให้ทำงานได้จริง
- เรียนรู้จากการติดตามควบคุมกำกับคุณภาพความ ก้าวหน้าและประเมินผล



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยคณะผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารของเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี สบส. เขต 8 และหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ที่เปิดโอกาสให้ศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการกับปัญหาในระดับพื้นที่อำเภอ ในรูปของระบบสุขภาพอำเภอ ภายใต้**โครงการพัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุข จังหวัดและอำเภอ ระยะที่ 1** โดยมีองค์กรปกครองท้องถิ่น และภาคประชาคม กับหน่วยงานภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมดำเนินงาน เพื่อพัฒนารูปแบบของการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งมีท้องถิ่นและชุมชนร่วมกำหนดความจำเป็นในลักษณะการบริการ การควบคุม กำกับภาระงานสาธารณสุข และการแพทย์ ที่แตกต่างกันตามความต้องการของแต่ละจังหวัดหรือพื้นที่ชุมชน

โดยคณะผู้วิจัยได้ร่วมเรียนรู้การปฏิบัติงานใน 3 พื้นที่ และ 3 ประเด็น คือ 1) อ.หนองแสง จังหวัดอุดรธานี ในประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) อ.ท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประเด็นการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 3) อ.กุดบาก จ. สกลนคร ประเด็นการจัดการระบบขยะ โดยการศึกษาโครงการฯ มีข้อค้นพบ ดังนี้

การจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการจัดการบริการรักษาในโรงพยาบาล และแผนปรับปรุงการเงินระยะสั้น ซึ่งเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบสุขภาพที่ยึดอยู่กับตัวชี้วัด ที่หน่วยงานจากส่วนกลางกำหนดเป็นตัวชี้วัดในระดับผลลัพธ์ และผลกระทบ มุ่งบ่งชี้ส่วนขาดของการบริการในโรงพยาบาล แต่ขาดตัวชี้วัดบริการทางด้านสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญที่ดำเนินการอยู่ในปี 2557 และ 2558 จำกัดอยู่ที่ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะบุคคล ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในภาพรวมของประชากร สมรรถนะการจัดการ และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงจะเลewayวิธีมองปัญหาทางด้านสาธารณสุข อนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะ การป้องกันแก้ไขมลพิษจากภาคส่วนอื่นๆ และการจัดการระบบสุขภาพแบบเป็นข่างานในระดับเขต จังหวัดและอำเภอ รวมทั้งการพัฒนากล้องข้อมูลทรัพยากรของเครือข่ายจำกัดอยู่ที่ข้อมูลของโรงพยาบาล มิได้นำเอาทรัพยากรของภาคส่วนอื่นๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนสุขภาพตำบล ภาคประชาสังคม (เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ) เข้ามาใช้ประกอบการวิเคราะห์ เป็นต้น

จากการร่วมศึกษาเรียนรู้กับทีมสาธารณสุขทั้ง 3 พื้นที่พบว่าข้อจำกัดในการเฝ้าระวังให้การวิเคราะห์สถานการณ์วางแผน และติดตามกำกับภารกิจหน้าที่ ตลอดจนประเมินผลที่นำไปสู่การปรับปรุงสถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มประชากรหรือ พื้นที่ชุมชน มีสาเหตุจากข้อจำกัดในการเตรียมสมรรถนะให้

กับทีมงานเลขานุการของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ ของทีมงานคณะกรรมการจังหวัด และทีมงานคณะกรรมการอำเภอให้เพียงพอสำหรับการดำเนินงาน ซึ่งควรครอบคลุมการบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งที่อยู่ในกระทรวงสาธารณสุขด้วยกัน และกับกระทรวง หรือ ภาคประชาคมอื่นๆ ที่อยู่ในพื้นที่เขตเดียวกัน



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลต่อผู้ตรวจราชการ เขต 8 และผู้อำนวยการ สบส. เขต 8 โดยเสนอให้มีการวิเคราะห์ปัญหาทางสุขภาพ และเหตุปัจจัยอย่างเป็นระบบร่วมกันระหว่างภาคี มีการกำหนดเป้าหมาย กลยุทธ์และแผนปฏิบัติการบ่งชี้วิธีการจัดกิจกรรมที่มีสัมฤทธิ์ผล เช่น การลดจำนวนผู้ป่วย ฯลฯ และการแปลกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติงานที่มุ่งประสิทธิผล โดยจัดระบบการควบคุมกำกับคุณภาพบริการของแต่ละภาคีและร่วมกันติดตามผลการปฏิบัติงาน และคุณภาพงานของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนในข้อเสนอแนะสำหรับระดับอำเภอ เช่น สนับสนุนทรัพยากรสำหรับโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอในการอบรมผู้รับผิดชอบ การจัดระบบฐานข้อมูลเดียวกันทั้งอำเภอ คือ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งจะมีส่วนสำคัญในการวางแผนการดำเนินงาน เป็นต้น



อ้วนลงพุง ก๊วยเจียบคุกคามคนเมือง กันหรือแก้ คุณเลือกได้ !!



สถานการณ์ปัญหา

ด้วยพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป ตามภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่อุตสาหกรรมทางนาทางไปสู่การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด สูบบุหรี่และดื่มสุรา ต่างล้วนแล้วแต่เป็นตัวกระตุ้นชั้นดีให้เราเปิดประตูรับโรคภัยต่างๆ เข้ามาโดยไม่รู้ตัว โดยเฉพาะ “โรคอ้วนลงพุง” โรคที่พร้อมต่อ ยอดเป็นโรคอื่นๆ ได้อีกไม่ยาก ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดแดงแข็ง ตีบ และอุดตัน โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ฯลฯ และหากโรคเหล่านี้มาเยือนถึงตัว คงหนีไม่พ้นที่จะต้องเป็นภาระของครอบครัวทั้งด้านการเงินและการดูแล รวมทั้งสูญเสียงบประมาณของประเทศในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากอีกด้วย

ตามข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ปี 2552 ซึ่งเป็นการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยทุกๆ 5 ปี โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมากกว่า 1 ใน 3 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบในประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองมากกว่านอกเขตชุมชนเมือง นอกจากนี้ รายงานการศึกษายังระบุว่า “โรคอ้วนลงพุง” เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดมาเป็นอันดับต้นๆ โดยมีคนไทยเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เฉลี่ยวันละ 236 คน หรือชั่วโมงละ 10 คน ที่สำคัญโรคดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงมากเมื่อเทียบกับโรคอื่น ดังนั้น จึงควรมีมาตรการควบคุม ป้องกันโรคอ้วนลงพุง ภาวะแทรกซ้อน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชน

แนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้มีปัญหาโรคอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จักรกล่ง่ายๆ 3 ข้อ 1. เหนื่อยให้พอ 2. เหนื่อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 3. เหนื่อยต่อเนื่อง 30 นาที โดยอาจหากิจกรรมที่เหมาะสมซึ่งเป็นกิจกรรมที่ใช้แรงกระแทกน้อย เช่น การเดิน ว่ายน้ำ หรือใช้อุปกรณ์ออกกำลังกาย อย่างเช่น จักรยาน ก็ได้



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

จากวิถีคนเมืองที่เปลี่ยนไปส่งผลต่อปัญหาสุขภาพอย่างชัดเจน กรุงเทพมหานครจึงเป็นพื้นที่เป้าหมายของการศึกษาวิจัย โดยทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล พร้อมการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) จึงได้ศึกษาแบบแผนการจัดการปัญหาภาวะอ้วนลงพุงและภาวะแทรกซ้อนของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อมองภาพใหญ่ตั้งแต่ด้านนโยบาย ไปถึงระบบการจัดการและรูปแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ตรวจรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้ความสำคัญกับการรณรงค์และป้องกันโรคอ้วนลงพุงเชิงบูรณาการที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างถาวรในที่สุด



โครงการวิจัยได้มีการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 399 คน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพทั่วไป พฤติกรรมการกิน การดำเนินชีวิต และการออกกำลังกาย โดยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ใน กทม.มีความเสี่ยงเป็นโรคอ้วนลงพุง คิดเป็นร้อยละ 44.1 รองลงมาคือภาวะโรคอ้วน ร้อยละ 33.7 และอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 24.1 ซึ่งภาวะเสี่ยงดังกล่าวเป็นเหตุมาจากการกินอาหารที่ให้น้ำตาลสูง อาหารประเภทฟาสต์ ฟู้ด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารจานด่วน ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน การกินอาหารไม่เป็นเวลา การไม่กินอาหารมื้อเช้าแต่ไปเน้นกินมื้อเย็น มีพฤติกรรมการสังสรรค์กับเพื่อนฝูงบ่อย การกินอาหารทั้งที่ไม่รู้สึกหิวเพราะอาหารมีสีส่นและอยากกิน ไม่ออกกำลังกาย สมดุลของพลังงานรับเข้ามากกว่าพลังงานที่ใช้ไป ฯลฯ

นอกจากนี้ ผลวิจัยยังจำแนกพฤติกรรมการบริโภคออกเป็น 5 กลุ่ม 1) กลุ่มกินจุกจิก กินปริมาณมากจนอิ่มเกินเพราะความเสียดายอาหาร และขาดการออกกำลังกาย 2) กลุ่มเน้นเข้าสังคมและดื่มเครื่องดื่มที่ให้พลังงาน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ ช็อกโกแลต ชาเขียว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) กลุ่มกินอาหารฟาสต์ ฟู้ด กินอาหารปริมาณมากและมักเลือกกินอาหารที่มีไขมันสูง 4) กลุ่มกินในปริมาณมากตามโฆษณา กินตามสะดวก และปรุงอาหารรสจัด และ 5) กลุ่มที่กินขนมบรรเทาความหิวหรือเป็นอาหารว่างหลังอาหารมื้อหลัก และมักมีนิสัยการกินที่เพลิดเพลินร่วมกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์ ตลอดจนจนซื้อคั่นพบที่สำคัญของกลุ่มสำรวจคือส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย จึงทำให้มีรูปร่างท้วม และเกิดภาวะอ้วนลงพุง

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหภาวะอ้วนลงพุง เช่น สำนักอนามัย กทม. ควรมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ เน้นการออกกำลังกาย สำนักการแพทย์ กทม. ควรมีนโยบายการตรวจสุขภาพ คัดกรองภาวะอ้วนลงพุงและภาวะแทรกซ้อนในทุกกลุ่มอายุ สนับสนุนให้สถานพยาบาลในสังกัด กทม. จัดทำแนวทางการให้ความรู้และความเข้าใจในภาวะโรคอ้วนลงพุง เพื่อชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจ หลอดเลือด หรือโรคอื่นๆ ในอนาคต ส่วนในด้านการติดตามผลการควบคุมภาวะโรคอ้วน ควรมีสถาบันการศึกษาหรือหน่วยงานวิจัยที่ทำหน้าที่ประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการการควบคุมภาวะอ้วนลงพุงในพื้นที่ระดับชุมชน โดยรัฐบาลต้องส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนบูรณาการการทำงานร่วมกันเพื่อลดภาวะอ้วนลงพุงในประชากร กทม. เป็นต้น



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผลการศึกษานี้สามารถส่งต่อแนวทางการกำหนดนโยบาย ระบบการจัดการและรูปแบบกิจกรรมโรคอ้วนลงพุงและภาวะแทรกซ้อน ให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักอนามัย สำนักวัฒนธรรมการท่องเที่ยวและกีฬา โรงพยาบาลในเครือสำนักการแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุข ฯลฯ เพื่อนำไปดำเนินการให้เกิดผลในทางปฏิบัติ พร้อมกับแนวทางการปรับปรุงภาวะโภชนาการ การออกกำลังกายที่เป็นต้นแบบและสามารถสื่อสารความรู้ไปยังกลุ่มต่างๆ ได้ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มประชาชนในพื้นที่ กทม. โดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่ควรปลูกฝังพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นพื้นฐานในการเติบโตและขยายผลต่อไป



G

งานวิจัย
ด้านผู้พิการ – ผู้สูงอายุ



กฎหมายจ้างงาน ม.33 ยังมีช่องว่าง วิจัยเสนอ ม. 35 ทางเลือกใหม่
 พื้นแนวทางจ้างงาน ลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางด้านอาชีพในผู้พิการ



สถานการณ์ปัญหา

ข้อมูลคนพิการในประเทศไทย ที่ลงทะเบียนกับการมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) พบว่ามีจำนวน 1.9 ล้านคน เป็นข้อมูลคนพิการวัยแรงงานในประเทศไทย (อายุ 15-60 ปี) จำนวน 769,327 คน แบ่งเป็นคนพิการที่มีงานทำ 317,020 คน คิดเป็นร้อยละ 41% ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทำงานและรับจ้างทั่วไปในภาคการเกษตร มีรายได้ไม่สูงและไม่มั่นคง กลุ่มไม่มีงานทำ 352,859 คน ร้อยละ 46% และทำงานไม่ได้ 99,448 คน หรือร้อยละ 13%

แม้ว่าในประเทศไทยจะมีกฎหมายเป็นเครื่องมือช่วยส่งเสริมให้เกิดการจ้างงานคนพิการ เช่น การจ้างงานคนพิการตาม ม.33 ที่มีเจตนารมณ์ให้เกิดการจ้างงานคนพิการเข้าสู่ระบบ แต่ก็ยังพบการปฏิบัติที่มีน้อยและไม่ทั่วถึง หรือกรณีที่มีการจ้างโอกาสก็จะเป็นของคนที่มีความพิการไม่มาก สอดคล้องกับข้อมูลของมูลนิธินวัตกรรมทางสังคม ที่รายงานว่า ปัจจุบันมีสถานประกอบการจ้างงานคนพิการตาม ม.33 เพียง 24,604 คน ซึ่งถือว่ามีส่วนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนคนพิการวัยแรงงานที่ขึ้นทะเบียน

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มีการกำหนดใน 3 มาตรา คือ ม.33-35 ที่มีเจตนารมณ์ให้คนพิการได้มีโอกาสใช้ความสามารถในการมีรายได้และพึ่งพาตนเอง ลดภาระของครอบครัวและสังคม

- ม.33 กำหนดให้นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ และหน่วยงานของรัฐ รับคนพิการเข้าทำงานตามลักษณะของงานในสัดส่วนที่เหมาะสมในอัตรา 100 คนต่อ คนพิการ 1 คน
- ม.34 นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการที่ไม่ได้รับคนพิการเข้าทำงานตามจำนวนที่กำหนดตามมาตรา 33 ให้ส่งเงินเข้ากองทุนตามอัตราค่าจ้างขั้นต่ำคูณด้วย 365 วัน คูณด้วยจำนวนคนพิการที่ต้องรับเข้าทำงาน
- ม.35 กรณีที่ไม่รับคนพิการเข้าทำงานตาม ม.33 และไม่ประสงค์ส่งเงินเข้ากองทุนตาม ม.34 หน่วยงานรัฐ หรือเจ้าของสถานประกอบการ อาจให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงาน ผูกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือการช่วยเหลือต่างๆ ให้กับคนพิการ/ผู้ดูแลได้



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

จากปัญหาความเหลื่อมล้ำในผู้พิการทางด้านอาชีพ โดยเฉพาะในมาตรา 33 ที่ยังไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์เท่าที่ควร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้มองหาทางเลือกที่เหมาะสม โดยทำการ “ศึกษารูปแบบการมีงานทำของคนพิการแห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มาตรา 35” ขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ประกอบการและคนพิการ ซึ่งจะมีความยืดหยุ่นเปิดโอกาสให้คนพิการที่มีการรวมกลุ่มกัน ทั้งคนพิการประเภทต่างๆ รวมทั้งผู้ดูแลได้มีโอกาสเข้าถึงการมีงานทำและมีรายได้มากขึ้น

สำหรับผลการศึกษา ระบุชัดเจนว่า จากสถานการณ์ในการจ้างงานคนพิการตาม พ.ร.บ.แล้ว พบว่า การส่งเสริมให้มีการใช้มาตรา 35 จะเป็นการแก้ปัญหาที่สถานประกอบการไม่สามารถหาคนพิการเข้าทำงานในสถานประกอบการตาม ม.33 ได้ รวมทั้งความต้องการและข้อจำกัดของคนพิการที่ส่วนมากมีความต้องการประกอบอาชีพอิสระโดยทำงานอยู่กับบ้านหรือในชุมชนมากกว่า

ในการศึกษาได้นำเสนอกรณีศึกษารูปแบบการจ้างงานรวมไปถึงการเข้าถึงสิทธิและโอกาสการมีงานทำของคนพิการตาม ม.35 ตัวอย่าง บ.เซ็นทรัล รีเทล คอร์ปอเรชั่น จำกัด ที่ได้ปฏิบัติตาม ม.35 ในลักษณะให้ความรู้ทักษะกับคนพิการและการช่วยเหลือทางด้านอุปกรณ์ โดยเริ่มจากการจัดตั้งศูนย์นวัตกรรมเพื่อคนพิการทางสติปัญญา โดยบริษัท มีการประสานกับสมาคมเพื่อคนพิการทางสติปัญญาแห่งประเทศไทย มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ ในการคัดหาคนพิการ 125 คน ได้รับสิทธิเข้าอบรมและทำงาน เช่น การเย็บผ้า การสกรีน เป็นต้น โดยทำสัญญาจ้าง 2 ปี ในวงเงิน 10 ล้านบาท เป็นค่าจ้าง ค่าสร้างสถานที่อบรม ทำงาน และอุปกรณ์เครื่องมือ และตัวอย่าง บ.สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) มอบของให้ศูนย์การเรียนรู้แปรรูปผ้าพื้นเมือง อ.เชียงคำ จ.พะเยา เป็นจักรอุตสาหกรรม จักรโพง จำนวน 7 หลัง กรรไกรไฟฟ้า 1 ตัว รวมมูลค่า 109,500 บาท ทำให้เกิดการฝึกอบรมสร้างทักษะอาชีพการผลิตสินค้าผ้าพื้นเมืองแปรรูปให้คนพิการ และเมื่อได้ผลิตภัณฑ์คนพิการก็นำไปขายเป็นรายได้เข้ากลุ่ม ซึ่งนับเป็นการจ้างงานคนพิการในชุมชนตามมาตรา 35 เช่นกัน

นอกจากนี้ รายงานการวิจัยยังมีข้อเสนออื่นๆ ที่เป็นแนวทางส่งเสริมการจ้างงานคนพิการตามมาตรา 35 เช่น ควรมีองค์กรกลางที่ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงระหว่างสถานประกอบการและคนพิการ รวมไปถึงการช่วยตีความของกฎหมายที่เข้าใจไม่ตรงกันของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กับกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ที่จะต้องได้รับการแก้ไขโดยการมีส่วนร่วมจากคนพิการ รวมถึงควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างจริงจังเรื่องฐานข้อมูลคนพิการที่ต้องการทำงานตาม ม.33 และ ม.35



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผลการศึกษาแบบการมีงานทำของคนพิการแห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มาตรา 35 สวรส. ได้ร่วมกับสถาบันพัฒนาธุรกิจชุมชน เปิดเวทีนำเสนอการศึกษาไปแล้ว โดยมีภาคเอกชนร่วมทั้งหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายมาร่วมรับฟัง และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยกลุ่มคนพิการได้แสดงความพร้อมหากมีการผลักดันให้ผู้ประกอบการนำมาตรา 35 มาใช้ เช่น สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย เสนอว่า ปัจจุบันมีกลุ่มคนพิการทางสายตาทะเลียงตนเอง ซึ่งผ่านการฝึกทักษะอาชีพจนวางแผนไทยมีใบอนุญาตการประกอบโรคศิลปะแล้ว เชื่อว่าจะตอบโจทย์การจ้างงานตามมาตรา 35 ได้ โดยรูปแบบที่พอจะทำได้ คือ การรับจ้างเหมาบริการนวดผ่อนคลายตามสถานประกอบการ โดยใช้ระยะเวลาวัน 10-15 นาที/คน ซึ่งเป็นเวลาที่เหมาะสมไม่ไปเบียดบังเวลาสำหรับการทำงานทางด้าน มูลนิธิพิทักษ์ดวงตาสำปาง เสนอว่าจุดแข็งของคนพิการใน จ.ลำปาง มีกลุ่มที่สามารถผลิตสินค้าและบริการที่ผ่านมาตรฐาน เช่น น้ำแร่ แบรินด์จักจั่นแจ้ซ้อน แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงตลาดใหญ่ในเมืองได้ หากมีการจ้างงานตามมาตรา 35 ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบให้สัมปทานจัดสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ การจ้างเหมาช่วง จะช่วยสร้างคามมั่นคงทางด้านอาชีพได้เป็นอย่างดี

โดยข้อเสนอจากการศึกษาทั้งหมด จะนำไปเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและดำเนินการพิจารณาการใช้ประโยชน์ต่อไป รวมไปถึงการเผยแพร่สื่อสารรูปแบบการส่งเสริมอาชีพคนพิการตาม ม.35 อีกด้วย





ศึกษาต้นทุนการปรับสภาพบ้านคนพิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุ
แนวทางการพัฒนาบริการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ต้นทุนไม่เกิน 4 หมื่นต่อหลัง



สถานการณ์ปัญหา

ผู้สูงอายุและคนพิการ เป็นกลุ่มบุคคลที่มักจะมีปัญหา และมีข้อจำกัดของสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ในหลายๆ ครั้งเรือนสภาพบ้านที่อยู่อาศัยยังไม่ได้ได้รับการปรับเปลี่ยนที่พร้อมจะอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายตามไปด้วย ทำให้เกิดความเลื่อมต่อการหล่น บาดเจ็บ รวมไปถึงความรู้สึกวิตกกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระผู้อื่น ดังนั้นการปรับสภาพบ้านหรือที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมจึงเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและคนพิการดีขึ้น

แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทย มีข้อกำหนดให้สิทธิคนพิการมีสิทธิที่จะได้รับบริการ “การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย” ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ในมาตรา 20 (10) แต่ในการดำเนินการปรับปรุงสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่ผ่านมา เป็นการดำเนินงานในรูปแบบของการให้บริการเป็นรายบุคคล โดยไม่มีหลักเกณฑ์ใดที่จะนำมาใช้ในการประเมินหรือวัดคุณภาพชีวิตหลังการช่วยเหลือปรับสภาพบ้าน นอกจากนี้ยังไม่มีการวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรในการให้บริการ ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องสำคัญในการพิจารณาความคุ้มค่าของนโยบายการจัดบริการปรับสภาพ

บ้านและสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงหลักเกณฑ์ในการสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงสภาพบ้านของกลุ่มเป้าหมายในรูปของจำนวนเงินที่คงที่

งานบริการปรับสภาพบ้านประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลักคือ 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมงานปรับสภาพบ้านให้เข้าใจถึงแนวคิดการปรับสภาพบ้านด้วยหลัก Universal Design สอดคล้องกับสมรรถนะของผู้รับบริการ 2) การประเมินสภาพบ้านและสมรรถนะของผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวแต่ละบุคคล 3) การออกแบบที่สอดคล้องกับสมรรถนะผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวแต่ละบุคคล 4) การปรับสภาพบ้านตามแบบที่ได้จัดทำขึ้น และ 5) การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริการปรับสภาพบ้าน โดยขั้นตอนทั้งหมดจะต้องเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมปรับสภาพบ้าน ประกอบด้วย อปท. แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ช่างที่จะปรับสภาพบ้าน สถาปนิก รวมถึงคนพิการและครอบครัวควรเข้ามามีส่วนร่วมด้วยทุกขั้นตอน เพื่อให้การออกแบบและการก่อสร้างสามารถตอบสนองความต้องการของคนพิการและครอบครัวได้



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

โครงการวิจัยวิเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์ของบริการปรับสภาพบ้านสำหรับคนพิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นงานวิจัยที่ได้บูรณาการความร่วมมือระหว่างนักวิจัยจากศาสตร์ต่างๆ คือ คณะเภสัชศาสตร์ สถาปัตยกรรมศาสตร์ แพทย์ศาสตร์ ผังเมืองและภูมิตรศิลป์ ม.มหาสารคาม ทำการวิจัยเชิงทดลองวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการให้บริการปรับสภาพบ้านเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ รวม 49 หลังคาเรือน ในเขตพื้นที่ 4 จังหวัด คือ ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น และมหาสารคาม โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ต.ค.56 – มี.ค.58 เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนในมุมมองผู้ให้บริการและความเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะหลังการปรับสภาพบ้านแล้ว เพื่อที่จะเกิดองค์ความรู้และต้นทุนในการให้บริการปรับบ้านที่สามารถนำไปใช้กับคนพิการประเภทอื่นๆ ต่อไป

ผลการศึกษาพบว่าลักษณะของบริการปรับสภาพบ้าน มี 4 แบบ คือ 1) **ปรับสภาพภายในบ้านเล็กน้อย** จำนวน 14 หลัง เช่น การปรับสภาพบ้านไม่ให้ทรุดโทรม ซ่อมหลังคารั่ว ป้องกันน้ำซึมเข้าบ้าน และป้องกันอากาศหนาว ต้นทุนเฉลี่ย 20,922.05 บาท เวลาดำเนินการ 2-15 วัน 2) **ปรับสภาพภายในบ้านและโครงสร้างบางส่วน** 23 หลัง เช่น การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับคนพิการ เช่น การเพิ่มราวจับในห้องน้ำ การเปลี่ยนสุขภัณฑ์ให้เหมาะสม ปรับทางสัญจรภายในบ้านและนอกบ้านให้เรียบ ต้นทุนเฉลี่ย 41,519.30 บาท เวลาดำเนินการ 3-20 วัน 3) **สร้างบ้านใหม่** 10 หลัง ต้นทุนเฉลี่ย 63,918.15 บาท เวลาดำเนินการ 11-30 วัน และ 4) **ปรับเพื่อความมั่นคงของบ้าน** 2 หลัง เช่น การถมดินให้สูงเชื่อมทางเดินระหว่างบ้านกับท้องน้ำ ต้นทุนอยู่ที่ 19,281.73 และ 25,403.23 บาท เมื่อวิเคราะห์ร่วมกันทั้ง 4 รูปแบบ พบว่าต้นทุนการปรับสภาพบ้านเฉลี่ย หลังละไม่เกิน 40,000 บาท ทั้งนี้ต้องมีการใช้จ่ายอย่างประหยัด



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผลลัพธ์หลังได้รับการปรับสภาพบ้าน พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น การทำห้องน้ำจากนอกบ้านให้อยู่ภายในบ้าน และทำราวจับรอบบ้านไปถึงห้องน้ำของผู้พิการชาวออสเตรียทั้งสองข้าง การปรับพื้นทางเดินไปห้องน้ำให้เรียบเป็นทางลาดของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก รวมไปถึงการปรับปรุงผนังบ้านให้แข็งแรงต่อการยึดเกาะ เป็นต้น ส่วนคะแนนการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากสมรรถนะในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวที่ดีขึ้น โดยสมรรถนะที่พบข้อบกพร่องที่สุดหลังปรับสภาพบ้านฯ คือ การเดิน การลุกขึ้นยืนจากท่านั่งบนเก้าอี้/เตียง การขึ้นลงบันได รองลงไปคือ การเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน และการลุกขึ้นยืนจากท่านั่งยอง และการเคลื่อนที่ในบ้าน ที่ทำได้มากขึ้นกว่าเดิม

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาฯ จะเป็นแนวทางในการจัดสรรงบประมาณเพื่อปรับสภาพบ้านฯ คือ ในส่วนงบประมาณสำหรับการปรับปรุงเพื่อความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย ควรได้รับการจัดสรรจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในส่วนการปรับปรุงฯ เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกาย ควรจัดสรรมาจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด เงินบริจาค และเงินจากส่วนอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเงินกองทุนที่ชุมชนจัดตั้งขึ้น โดยมีการกำหนดเกณฑ์การให้เงินสนับสนุน หรือกู้ยืมเงินเพื่อนำมาปรับสภาพบ้านฯ ตามสัดส่วนรายได้ของครอบครัว เพื่อให้คนพิการและผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

ชื่องานวิจัย

การสนับสนุนกลไกเพื่อการปรับสภาพบ้านเพื่อเพิ่มสมรรถนะของ
คนพิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุ และโครงการปรับปรุง
ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมเพื่อเพิ่มสมรรถนะคนพิการและ
ผู้สูงอายุ จากนโยบายสู่การปฏิบัติ

นักวิจัย

ผศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ

สังกัด

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

แหล่งทุนวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



วิจัยเชิงปฏิบัติการปรับสภาพบ้าน ผู้สูงวัยและคนพิการทางการเคลื่อนไหว
เพิ่มสมรรถนะการดำรงกิจกรรมนอกบ้าน – พัฒนาข้อเสนอเพื่อการพัฒนา



สถานการณ์ปัญหา

ข้อมูลคนพิการในประเทศไทย โดยสำนักงานส่งเสริมและ
พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี 2556 พบว่า คนพิการในประเทศไทย
ที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวน 1,374,133 คน แบ่งเป็นคนพิการทางการ
เคลื่อนไหว 635,993 คน พิการทางการมองเห็น 153,030 คน
เป็นต้น ขณะที่สถิติจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ
ไทย ปี 2555 รายงานว่า ในประเทศไทยมีผู้สูงอายุ จำนวน
8,170,909 คน หรือคิดเป็น 11.9 ของจำนวนประชากรทั้งหมด
มีการคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 25.1 ในปี 2573

รายงานยังชี้ด้วยว่า สิ่งที่น่ากังวลของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุ
ที่อยู่เพียงลำพังในครัวเรือนหรือไม่มีคนดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะ
เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไป ทั้งปัญหากระดูก
ข้อเสื่อม กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวไม่ดี สายตาพร่ามัว
ประสาทรับรู้ช้าลง เป็นต้น จึงทำให้สมรรถนะหรือความสามารถ
ในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง เช่น เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ
รับประทานอาหาร พักผ่อน นอนหรือทำงาน จึงมีความจำเป็นใน
การพึ่งพาคนอื่นหรือต้องการอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ

ดังนั้น การปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับ
สมรรถนะที่เปลี่ยนไป จะเป็นการช่วยให้คนพิการและผู้สูงอายุ
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม หรือใกล้เคียง
กับกิจกรรมที่เคยทำได้

ตัวอย่างการปรับสภาพบ้านในคนพิการทางการ
เคลื่อนไหว เช่น บ้านคนพิการ ต.ภูผาม่าน อ.ภูผาม่าน
จ.ขอนแก่น ที่มีผู้พิการขาสองข้างอ่อนแรงจากไขสันหลังได้
รับอุบัติเหตุรถคว่ำ นักกายภาพได้ให้คำแนะนำในการออก
กำลังกายและทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน จนสามารถเคลื่อน
ย้ายตัวเองจากเตียงมาที่รถเข็นได้ แต่ยังไม่สามารถเข็นรถ
ออกมาถึงนอกบ้านได้ เพราะทางเข้าออกเป็นทางต่างระดับ
ทางโครงการฯ จึงได้ทำประตูหน้าบ้านให้ใหม่และขยายประตู
ทางเข้าออกให้กว้างขึ้น และมีมีการเปลี่ยนโถสุขภัณฑ์จาก
นั่งยองเป็นนั่งราบ



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการและผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ดำเนินงานบนความเชื่อพื้นฐานที่ว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิและสามารถเข้าถึงสิทธิ ในการดำรงชีวิตทางสังคมได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีเป้าหมายสร้างความรู้ผ่านปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพไทย ให้ตอบสนองของความจำเป็น ของประชากรในด้านการมีสมรรถนะและการจัดการ สภาพแวดล้อม พึ่งพาตนเองได้ และมีโอกาสทางสังคมที่ เท่าเทียมกัน จึงได้มีการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยด้าน การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น เพื่อ ปรับปรุงสภาพแวดล้อม ได้แก่ 1.การสนับสนุนกลไกเพื่อการ ปรับสภาพบ้านเพื่อเพิ่มสมรรถนะของคนพิการด้านการ เคลื่อนไหวและผู้สูงอายุ และ 2.การปรับที่อยู่อาศัยและ สภาพแวดล้อมเพื่อเพิ่มสมรรถนะคนพิการและผู้สูงอายุ จากนโยบายสู่การปฏิบัติ ทั้ง 2 เรื่องเป็นงานวิจัยที่มีความ ต่อเนื่องกัน

ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการดังกล่าวจะประสบ ความสำเร็จได้ต้องดำเนินการแบบบูรณาการระหว่างผู้ให้บริการ ทางกายภาพ สถาปนิก ช่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และตัวคนพิการเอง มาร่วมจัดทำแผนการทำงาน นอกจากนี้ ยังต้องมีกลไกประสานการสนับสนุนงบประมาณและการดำเนินงาน ก่อสร้างจากภาคท้องถิ่น รวมทั้งการติดตามผลลัพธ์หลังการ ปรับปรุงด้วย รายงานวิจัยจึงได้สรุปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย 4 ประเด็นเพื่อทำงานต่อยอดในพื้นที่ คือ

1. สร้างระบบเชื่อมโยงระหว่างนโยบายกับผู้ปฏิบัติงาน โดยการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย บูรณาการความร่วมมือ ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้มีโอกาสในการรับฟัง แลกเปลี่ยนนโยบาย บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในแต่ละส่วนที่เกี่ยวกับการปรับ สภาพบ้าน โดยมีคนพิการและผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายในการ ดำเนินงาน รวมไปถึงการทูลถามข้อมูลที่สำคัญต่อการตัดสินใจ ในการปรับสภาพบ้าน ที่จะช่วยในการจัดสรรทรัพยากรได้ เหมาะสม เช่น จำนวนคนพิการ ข้อมูลทางด้านสุขภาพ สิ่งของ ที่ต้องใช้ในการปรับสภาพบ้าน ช่าง เป็นต้น

2. เสริมสร้างศักยภาพของผู้ประสานงานปรับสภาพ บ้านระดับปฏิบัติการในพื้นที่ โดยการค้นหาผู้ที่มีความสนใจ ในการเป็นผู้ประสานงานระดับปฏิบัติการในพื้นที่หรือชุมชน มีการอบรมให้ความรู้และทักษะสำคัญในการปรับสภาพบ้าน ให้กับผู้ประสานงานในพื้นที่

3. จัดสรรและกระจายทรัพยากรจากทรัพยากร บูรณาการระดับจังหวัดสู่ระดับชุมชน เสนอให้มีการจัด งบประมาณในการปรับปรุงสภาพบ้านคนพิการและผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตามข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ หากมีกองทุนฟื้นฟูสมรรถนะที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

ให้กำหนดไว้ในแผนงานปฏิบัติการประจำปีอย่างต่อเนื่อง สำหรับ ข้อเสนอในการกำหนดวงเงินงบประมาณเพื่อการปรับปรุง บ้านคนพิการ สามารถแบ่งได้ 3 ระดับ เพื่อให้สอดคล้องกับ ระเบียบพัสดุในการจัดซื้อจัดจ้าง คือ 1) ระดับปรับปรุงวัสดุในบ้าน (จัดซื้อ) เช่น สุขภัณฑ์ ประตูลูกบิด ราวจับ เตียงนอน 2) ระดับ ปรับปรุงโครงสร้างของบ้าน (จัดจ้าง) เช่น เสา คาน หลังคา ฝ้าผนัง ระบบไฟฟ้า และ 3) ระดับสร้างบ้านใหม่ (จัดจ้าง) เป็นการรื้อบ้านและสร้างหลังใหม่ทดแทน ในงานวิจัยได้เสนอ ด้วยว่า ในการตั้งงบประมาณอาจตั้งงบประมาณสำหรับค่าแรงเป็น ร้อยละ 30

4. การติดตามประเมินผลการปฏิบัติการและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ โดยผู้ประสานงานในพื้นที่ร่วมติดตามสมรรถนะของ คนพิการหลังจากได้รับการปรับปรุงและบันทึกผลความพึงพอใจ ของคนพิการ ญาติ และคนในครอบครัว มีเวทีในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่มาร่วมมือกัน รวบรวม เป็นข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงการทำงานต่อไปในอนาคต

การให้บริการปรับสภาพบ้านเพื่อเพิ่มสมรรถนะ นั้น มีรายละเอียดในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบท ความพร้อมของแต่ละพื้นที่ และการคัดเลือกคนพิการต้อง ผ่านการทำประชาคมเพื่อหาความเห็นของชุมชน รวมถึงควร มีการผนวกแผนการปรับสภาพบ้านฯ เข้าสู่เทศบัญญัติหรือ ธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ และควรเสริมสร้างความเข้มแข็งของ องค์กรคนพิการและตัวคนพิการเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับ สภาพบ้านฯ และซ่อมแซมที่อยู่อาศัยด้วย



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

สำหรับเป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้กับคนพิการ และผู้สูงอายุเป้าหมายให้สามารถมีกิจกรรมนอกบ้านได้ โดยดำเนินงานในพื้นที่ จ.ขอนแก่น และพื้นที่ จ.สุรินทร์ รวม 10 หลัง โดยมีระยะเวลาดำเนินงานระหว่างเดือน มกราคม ถึงกันยายน 2558 โดยมีผลดำเนินการได้มีการ ปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่ อ.บ้านแฮด จ.ขอนแก่น โดยความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสิรินธร จ.ขอนแก่น โดยปรับปรุงบ้าน 3 หลัง และปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่สาธารณะ 1 แห่ง และการดำเนินงานใน จ.สุรินทร์ ที่อยู่ในพื้นที่ปฏิบัติการของมูลนิธิช่วยชุมชน จ.สุรินทร์ โดยปรับปรุงบ้าน 7 หลัง และปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมใน พื้นที่สาธารณะ 1 แห่ง

ชื่องานวิจัย	ระบบบริการแท็กซี่เพื่อคนพิการของเมืองพิษณุโลก
นักวิจัย	รศ.พัฒนา ราชวงศ์
สังกัด	สถานที่ปรึกษาและพัฒนาภูมิศาสตร์และภูมิสารสนเทศ คณะเกษตรศาสตร์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยนเรศวร
แหล่งทุนวิจัย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ระบบบริการแท็กซี่เมืองพิษณุโลก ต้นแบบเมืองบริการสาธารณะคนพิการ
ผู้ประกอบการ คนขับ พร้อมใจมอบจิตสาธารณะ เสนอพัฒนาสู่เขตเมืองอื่นๆ



สถานการณ์ปัญหา

การขนส่งสาธารณะที่เข้าถึงได้ เป็นระบบและบริการขนส่งที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้ใช้บริการ ขณะที่ในอีกด้านหนึ่งของการบริการดังกล่าว ยังเป็นอุปสรรคแก่ประชาชนที่มีสภาพร่างกายบกพร่องหรือมีความพิการ เช่น การโดยสารรถประจำทาง คนพิการต้องแก่งแย่งกันเพื่อร่วมโดยสารประจำทางกับคนปกติ หรือรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนบางแห่งไม่มีลิฟต์หรือทางเลื่อนสำหรับคนพิการบางแห่ง มีเพียงบันไดแบบธรรมดาให้บริการเท่านั้น แม้กระทั่งการว่าจ้างบริการรถแท็กซี่ ซึ่งเป็นบริการสาธารณะที่ผู้โดยสารพร้อมจ่ายค่าบริการ กลับถูกคนขับรถแท็กซี่ปฏิเสธ หรือแสดงท่าทีไม่ยอมรับผู้โดยสารที่เป็นคนพิการ เนื่องจากเป็นภาระในการช่วยเหลือขึ้นและลงรถ หรือต้องช่วยยกอุปกรณ์ที่นำมากับคนพิการขึ้นรถ

องค์การสหประชาชาติว่าด้วยการพัฒนา (UNDP, 2010) สำนักงานในกัวลาลัมเปอร์ ได้จัดทำรายงานการทบทวนแบบปฏิบัติที่ดีในการขนส่งสาธารณะที่เข้าถึงได้สำหรับคนพิการ โดยระบุว่า ในหลายประเทศคนพิการและผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ยากจน และขาดโอกาสทางเศรษฐกิจ ทำให้พวกเขาต้องถูกกีดกันจากการใช้บริการพื้นฐานที่จำเป็น เช่น การศึกษา

และการจ้างงาน การดูแลสุขภาพ บริการทางสังคม รวมไปถึงกิจกรรมสันทนาการ เนื่องจากว่าคนเหล่านี้ต้องเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านการขนส่งเพื่อนำไปสู่ปลายทางนั้นๆ ดังนั้น การขนส่งสาธารณะที่เข้าถึงได้ จึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้คนพิการและผู้สูงอายุได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ยิ่งไปกว่านั้น ระบบการขนส่งที่เข้าถึงได้ยังจะช่วยส่งเสริมการค้าเดินชีวิตได้อย่างอิสระและมีทางเลือกต่างๆ ตามที่แต่ละคนมุ่งหวังไว้

ในประเทศไทย จังหวัดพิษณุโลก นับเป็นเมืองตัวอย่างที่มีการจัดระบบให้บริการแท็กซี่สำหรับคนพิการ โดยมีภาคธุรกิจประกอบการรวม 4 บริษัท มีรถพร้อมให้บริการทั้งสิ้น 173 คัน โดยมีจุดจอดรับผู้โดยสารหลักๆ อยู่ 2 บขส. 1 บขส. 2 ศูนย์การค้าปทุมทอง รพ.พุทธชินราช มนเรศวร และห้างเซ็นทรัลพลาซ่าพิษณุโลก ระบบการให้บริการหลัก คือ ผู้โดยสารโทรศัพท์เข้าไปที่ศูนย์แท็กซี่ พร้อมแจ้งพิกัดที่จะให้รถแท็กซี่ไปรับและเป้าหมายที่ต้องการไปส่ง จากนั้นศูนย์จะส่งการด้วยวิทยุรับส่งไปยังรถแท็กซี่คันที่อยู่ใกล้ส่งสารกับผู้โดยสารทางโทรศัพท์มือถือ เพื่อบันทึกหมายเลขและชื่อรถลงร่วมกัน

- สังคมเราทุกวันนี้ เรามีคนพิการที่ต้องการความช่วยเหลือจากอุตสาหกรรมบริการ (ขนส่งสาธารณะ) ในฐานะผู้ให้บริการต้องสามารถดำเนินบทบาทที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของบุคคลเหล่านั้นได้ด้วย...
- การใช้บริการรถแท็กซี่ของคนพิการนั้นต้องการความช่วยเหลือที่พิเศษกว่า ไม่เหมือนการให้บริการผู้โดยสารปกติทั่วไป เมื่อรถแท็กซี่เข้ามาจอด ก่อนที่จะให้ผู้โดยสารขึ้นรถหรือลงจากรถ พวกเขาควรจะได้รับความช่วยเหลือให้ขึ้นไปนั่งในรถหรือให้ลงจากรถด้วยความปลอดภัยจากคนขับแท็กซี่...
- เพื่อที่จะให้บริการที่ดีเยี่ยมแก่คนพิการ คนขับแท็กซี่จะต้องแสดงความยินดีที่จะให้บริการนั้นแก่คนพิการ

ที่มาจาก : ถอดบทเรียนจากการอบรมการอบรมคนขับแท็กซี่เพื่อบริการคนพิการ โครงการวิจัยระบบบริการแท็กซี่เพื่อคนพิการของเมืองพิษณุโลก



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

จากช่องว่างของการจัดบริการเพื่อสังคมที่ยังเป็นปัญหาสำหรับคนพิการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ร่วมกับสถานที่ปรึกษาและพัฒนาภูมิศาสตร์และภูมิสารสนเทศ คณะเกษตรศาสตร์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ม.นเรศวร ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง **“ระบบบริการแท็กซี่เพื่อคนพิการของเมืองพิษณุโลก”** เพื่อสำรวจความต้องการเดินทางของคนพิการและการให้บริการของผู้ประกอบการ/คนขับแท็กซี่ การศึกษาความเหมาะสมของการสนับสนุนและอุดหนุนระบบบริการแท็กซี่เพื่อคนพิการ ซึ่งจะเป็นแบบอย่างของการพัฒนาระบบบริการแท็กซี่เพื่อคนพิการในเขตเมืองอื่นๆต่อไป

การเก็บข้อมูลจากการสำรวจคนพิการใช้บริการแท็กซี่ในเขตเมืองพิษณุโลก จำนวน 54 คน แบ่งเป็นคนพิการด้านร่างกาย 24 ราย คนพิการทางสายตา 20 ราย และคนพิการทางการได้ยิน 10 ราย พบว่าวัตถุประสงค์หลักของการใช้บริการแท็กซี่กว่าร้อยละ 98.15 เพื่อเดินทางในการติดต่องานหรือทำธุระ เช่น รับ/ขายล็อตเตอรี่ ส่งประกันสังคม ส่งเงินคนพิการ การเข้าพบแพทย์ ร้อยละ 1.85 เป็นกิจกรรมอื่นๆ เช่น เยี่ยมญาติ พบเพื่อน ไหว้พระ เป็นต้น ส่วนความต้องการบริการพิเศษของคนพิการในด้านการช่วยเหลือ มีระดับความพึงพอใจที่ดี เพราะคนขับให้การช่วยเหลือในการช่วยนำขึ้นและลงรถ ช่วยเหลือในการหยิบยกอุปกรณ์ที่คนพิการนำมาด้วย เต็มใจบริการเหมือนลูกค้าปกติ รวมไปถึงการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาฉุกเฉิน เช่น อุปกรณ์ติดขัดในการใช้งาน

รายงานการวิจัยระบุว่า ปัจจัยที่ทำให้ความพึงพอใจของคนพิการต่อการบริการแท็กซี่เมืองพิษณุโลกอยู่ในระดับดี เพราะผู้ประกอบการและคนขับล้วนมีจิตสาธารณะ ยินดีในการให้บริการกับคนพิการ ที่สำคัญยังผ่านการอบรมคนขับแท็กซี่เพื่อบริการคนพิการมาแล้ว

ผลการศึกษาจากคณะวิจัย ได้สรุปแนวทางที่จะเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและการพัฒนาว่า การเดินทางของคนพิการเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากจะเป็นไปเพื่อตัวคนพิการเองแล้ว ยังเป็นการเปิดโลกทัศน์ให้กับสังคมได้มองคนพิการอย่างเป็นธรรม อีกทั้งช่วยสะท้อนให้คนทั่วไปเห็นว่า คนพิการมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตและประกอบกิจกรรมอย่างอื่นๆ ได้เทียบเท่ากับคนปกติทั่วไป สำหรับจุดแข็งของแท็กซี่เมืองพิษณุโลกสามารถให้บริการแก่คนพิการได้เป็นอย่างดีใน 6 ประเด็น ประกอบด้วย ความรู้สึกว่าเป็นผู้ใช้บริการเหมือนคนทั่วไป ความสามารถช่วยเหลือระหว่างขึ้นลงแท็กซี่ การให้ความช่วยเหลือยกสัมภาระความสามารถสื่อสารระหว่างให้บริการ ความรู้สึกยินดีให้บริการคนพิการ และความสามารถให้ความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

การจัดตั้งระบบแท็กซี่เพื่อคนพิการเมืองพิษณุโลก จัดเป็นต้นแบบของระบบบริการขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อคนทั้งมวล ทั้งนี้ องค์ความรู้จากการศึกษาครั้งนี้ จะช่วยในการปรับปรุงสภาพของแท็กซี่เพื่อให้เหมาะกับการบริการคนพิการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป อีกทั้งยังเป็นต้นแบบให้กับภาคท้องถิ่นพื้นที่อื่นๆ โดยเฉพาะ อบต. จะมีบทบาทสำคัญมากในการจัดบริการเดินทางของคนพิการ ด้วยหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ รวมไปถึงการกำหนดค่าโดยสารให้มีความเหมาะสม

ศึกษาความต้องการรับบริการ และกำลังคนทางเลือก เสนอวิธี
เร่งผลิตบุคลากรวิชาชีพเฉพาะ ตอบสนองบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มเด็กพิการ



สถานการณ์ปัญหา

ปัญหาความพิการของเด็ก ไม่ว่าจะเป็นภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้ ออทิสติก รวมไปถึงการพิการทางร่างกาย ยังเป็นปัญหาที่ถูกมองข้าม หรือถูกลำดับความสำคัญไว้ท้ายๆ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ถูกซ่อนทับไว้ด้วยปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และอื่นๆ ของสังคมไทย สำหรับปัญหาหนึ่งของความพิการของเด็กเชื่อมโยงมาถึงระบบบริการ ที่ปัจจุบันพบว่าสถานการณ์ทางด้านกำลังคนวิชาชีพที่มีบทบาทในการจัดบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ ยังอยู่ในภาวะขาดแคลนอย่างรุนแรงในทุกวิชาชีพ เช่น ครูการศึกษาพิเศษ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักแก้ไขการพูด นักโสตสัมผัสวิทยา เป็นต้น รวมถึงการบริหารจัดการกำลังคนของภาครัฐ ที่มีอัตราการลาออกและกลุ่มบุคลากรที่กำลังจะเกษียณอายุในระยะเวลาอันใกล้

สถานการณ์ปัจจุบันความต้องการต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม สุขภาพ และการศึกษาของเด็กพิการอายุ 2½- 12 ปี พบว่า เด็กไทยช่วงอายุ 2½ ปี ถึง 12 ปี พบความพิการ 13% พบความเสี่ยง มีปัญหาอื่นๆ เช่น ภาวะทางจิตเวช ปัญหาพัฒนาการแต่ไม่ใช้ความพิการ 21% จากการประมาณการทางสถิติตัวประมาณค่าอัตราส่วน พบว่าประเทศไทยน่าจะมีเด็กพิการช่วงวัย 2½ ถึง 12 ปี ประมาณ 983,381 คน หากแบ่งรายภาคพบว่า ภาคเหนือ และภาคกลางมีเด็กพิการสูงสุดตามลำดับ ซึ่งเป็นผลจากภาคเหนือมีเด็กพิการทางการเรียนรู้ถึง 15 % และภาคกลางพบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 12 % ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ พบเด็กพิการทางสติปัญญา 4% สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่เคยมีการศึกษามากคือ 1-3%



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

นับเป็นความท้าทายของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะต้องผลักดันนโยบายที่จะทำให้เกิดการจัดบริการและการผลิตกำลังคนได้อย่างเหมาะสมทั่วถึง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้ศึกษาการวิจัยถึงอุปสงค์ อุปทาน และรูปแบบกำลังคนทางเลือก เพื่อตอบสนองการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการขึ้น เพื่อศึกษาสถานการณ์ของเด็กพิการในประเทศไทย ระบบบริการสาธารณสุขและการศึกษาของกลุ่มเด็กพิการ รวมไปถึงอัตราส่วนระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และรูปแบบการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความจำเป็นต่อการส่งเสริมพัฒนาการการเติบโตและการเรียนรู้ของเด็กพิการ โดยพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปพิจารณานำไปแนวทางการแก้ไขปัญหา

ในส่วนแรกของผลศึกษาวิจัย คือมิติด้านสถานการณ์/ปัญหาความต้องการของเด็กพิการ พบว่า จากการติดตามศึกษาครอบครัวเด็กที่พบความผิดปกติทางสติปัญญา แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหาความพิการในเด็ก ที่เชื่อมโยงถึงลักษณะความต้องการและปัญหาการเข้าถึงบริการ โดยมีปัจจัยสำคัญ เช่น ความผิดปกติทางสติปัญญา อารมณ์และพฤติกรรม บางกรณีจะดูออกได้ชัดเจนก็ต่อเมื่อใช้เกณฑ์การวินิจฉัยทางการแพทย์ ขณะที่ในสายตาของครอบครัวและชุมชนกลับมองดูว่าเด็กยังคงปกติ ทำให้ยากจะเข้าถึงการรักษา นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าผิดปกติ ส่วนใหญ่ มาจากครอบครัวที่มีต้นทุนต่ำ ปัญหาของเด็กๆ จึงถูกมองข้ามหรือลดลำดับความสำคัญในการดูแลรักษาต่อไป รวมไปถึงการเข้าถึงระบบบริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปัญหาความพิการทางสติปัญญาและปัญหาด้านพฤติกรรมต่างๆ ของเด็กจำนวนมากไม่ถูกค้นพบ และถูกปล่อยให้อยู่กับปัญหาสังคม

สำหรับการศึกษารายละเอียดในส่วนที่ 2 เป็นมิติทางด้านความสามารถในการให้บริการและสถานการณ์กำลังคนด้านวิชาชีพที่จำเป็นต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ สะท้อนว่า ปริมาณบุคลากรวิชาชีพในการจัดบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการในประเทศไทย ยังอยู่ในสถานการณ์ที่มีการขาดแคลนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ และนักเวชศาสตร์แก้ไขการพูด เมื่อเทียบกับปริมาณความต้องการบริการของเด็กพิการในปัจจุบัน ที่สำคัญคือ ยังไม่มีแผนแก้ไขปัญหาคาดแคลน ซึ่งการขาดแคลนกำลังคนนั่นเองจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มวิชาชีพดังกล่าวที่มีความต้องการสูง มีแนวโน้มมองไกลไปอยู่ภาคเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว ข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้ ระบุว่า การขาดแคลนแพทย์และบุคลากรด้านจิตเวช/จิตวิทยา ด้านการศึกษา และด้านสังคม ทั้งในแง่จำนวนและทักษะความรู้ทางวิชาการ จะมีผลต่อการคัดกรองปัญหาความผิดปกติและการให้ความช่วยเหลือเด็กและครอบครัว ที่มีปัญหาแต่เนิ่นๆ

และการศึกษาในส่วนที่ 3 ด้านระบบการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการและรูปแบบกำลังคนทางเลือกในระดับพื้นที่ มีข้อสรุปสำคัญว่า รูปแบบบริการ ที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของเด็กและครอบครัว เป็นเรื่องที่ต้องออกแบบให้

มีความหลากหลายและยืดหยุ่นให้ตรงกับปัญหาของแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่มที่มีปัญหาสูง ต้นทุนต่ำ ต้องการความช่วยเหลือแบบบูรณาการ ทั้งบริการทางการแพทย์ สวัสดิการ การศึกษา และเศรษฐกิจ ขณะที่กลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง ต้องการระบบบริการที่เป็นสิ่งแวดล้อม ให้การสนับสนุนเพื่อให้เด็กและครอบครัว สามารถข้ามผ่านภาวะเหล่านั้นไปได้

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดบริการภาครัฐสำหรับเด็กพิการ เช่น การแก้ไขกฎหมายเพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีแผนระยะสั้นและระยะกลาง เพื่อสร้างพื้นที่การทำงานร่วมกันและการสร้างระบบที่ไร้รอยต่อสำหรับคนพิการหรือผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ได้ มีการพัฒนาเกณฑ์และพิจารณาคุณภาพในการช่วยเหลือเด็กพิการทางการเรียนรู้และพิการทางสติปัญญาเข้ามาเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดสรรงบรายหัว เป็นต้น

ส่วนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนากำลังคนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรมีการทบทวนแผนการผลิต ตำแหน่งและโครงสร้างงานในสถานบริการให้สอดคล้องกับความจำเป็นในการจัดบริการ รวมถึงการเร่งปรับปรุงการบริหารจัดการ การกระจายกำลังคนในกลุ่มที่จัดบริการเฉพาะด้าน การทบทวนและพิจารณาความเป็นไปได้ของมาตรการการถ่ายโอนภาระงานบางส่วนที่สามารถพัฒนากำลังคนที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ เช่น อสม. เฉพาะด้าน หรือบุคลากรที่มีอยู่ในชุมชนที่อาจไม่ใช่วิชาชีพ แต่มีใจในการทำงาน เพื่อร่วมเป็นกำลังคนทางเลือก โดยคำนึงถึงว่ากำลังคนในพื้นที่ยังต้องการกระบวนการสนับสนุนโดยวิชาชีพทั้งเชิงทักษะ ความรู้ การสื่อสารทำความเข้าใจและวิธีการในการช่วยเหลือเด็กพิการอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นมิติที่คนในระดับพื้นที่ยังมีความไม่เข้าใจอยู่มาก



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

รายงานการวิจัยอุปสงค์ อุปทาน และรูปแบบกำลังคนทางเลือก เพื่อตอบสนองการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการสรุปว่า วิชาชีพที่ยังมีความขาดแคลนอย่างมาก คือ นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย จิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่น กุมารแพทย์พัฒนาการ นักกิจกรรมบำบัด ครรภ์ มาตรการเฉพาะในการเร่งการผลิต และมีมาตรการที่ชัดเจนในการรักษาบุคลากรให้อยู่ในระบบสาธารณสุข อาจเริ่มโครงการทดลองการสร้างความร่วมมือกับเอกชน/คลินิกในพื้นที่ที่ไม่มีบุคลากรในภาครัฐ เพื่อให้เด็กพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงบริการในระยะสั้นที่ยังไม่มีบุคลากร รวมทั้งการพัฒนาแบบบริการแบบความร่วมมือระหว่างรัฐ-เอกชน เพื่อการใช้กำลังคนในภาคเอกชนหรือบุคลากรที่อยู่นอกระบบแต่ยังอยู่ในพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความขาดแคลนบุคลากรสูง เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ทั้งหมดนี้จะเป็นข้อมูลทางวิชาการที่จะใช้ในการนำเสนอให้กับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำไปประกอบการพิจารณาในการพัฒนาเชิงนโยบายต่อไป

ถอดบทเรียนการเรียนรู้ ปันสารคดี DEAF ไทยไปเที่ยว โดยคนหูหนวก
บทบาทใหม่ “ผู้ผลิตรายการ” สะท้อนผลงานที่ก่อกำเนิดคนหูดี



สถานการณ์ปัญหา

คนหูหนวก คือ บุคคลพิการประเภทหนึ่งที่มีข้อจำกัดในการพูดและการได้ยิน ทำให้มีอุปสรรคในการสื่อสารความหมายกับคนทั่วไป และประสบปัญหาในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ทั้งทางด้านการศึกษา การฝึกอบรม การประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในสังคม เป็นต้น แม้ว่าปัจจุบันการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับโรคหูและเทคโนโลยีการฟื้นฟูสมรรถภาพในการได้ยินมีความก้าวหน้าขึ้นเป็นลำดับ ทว่าสิ่งที่สำคัญด้านหนึ่งที่จะช่วย สร้างคุณภาพชีวิตในการดำเนินชีวิตให้กับคนหูหนวกอย่างมีคุณค่า ก็คือการพัฒนาศักยภาพของคนหูหนวก เพื่อการดำเนินชีวิตหรือการประกอบอาชีพ โดยเฉพาะการถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกฝนในบางเรื่องที่คนหูหนวกยังสามารถทำได้



ความพิการทางการได้ยิน หมายถึง การที่บุคคลมีประสาทหูเสีย หรือประสาทหูพิการทั้ง 2 ข้าง โดยประเภทของความพิการทางการได้ยิน แบ่งได้ คือ หูหนวก ที่สูญเสียการได้ยินมาก และไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดได้ กับ หูตึง ที่ยังสามารถได้ยินบ้างแต่ไม่เท่าคนปกติทั่วไป และอาจมีความผิดปกติทางการพูด เช่น พูดได้ไม่ชัด หรือพูดได้น้อย สำหรับประเภทตามระยะเวลาที่เกิดสูญเสียการได้ยิน คือ 1.พิการทางการได้ยินแต่กำเนิด 2.พิการทางการได้ยินภายหลัง หมายถึง แรกเกิดมีการได้ยินปกติ ต่อมาจึงเกิดสูญเสียการได้ยิน

ข้อมูลจาก : สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

โครงการหลักสูตรนําร่องการเรียนรู้การทำรายการสารคดี DEAF ไทยไปเที่ยว เป็น 1 ในแผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการและผู้สูงอายุ ในประเด็นขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะ โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีแนวคิดที่ว่า คนหูหนวกสามารถผลิตสื่อได้ด้วยตัวเอง เพื่อที่จะพัฒนาไปสู่โอกาสในการทำงานจริง โดยสิ่งที่จำเป็นและถือเป็นหัวใจสำคัญคือ การเรียนรู้ที่จะทำงานร่วมกันกับคนทั่วไป ท่ามกลางความแตกต่างแต่สามารถเรียนรู้อยู่ร่วมได้ด้วยการปรับตัวและทำความเข้าใจในกันและกัน จึงได้ประสานงานกับทางวิทยาลัยราชสุดา และคณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน ม.ธรรมศาสตร์ เพื่อวางรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการจนได้คนหูหนวกเข้าร่วมโครงการจำนวน 20 คน โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม

เหตุผลหนึ่งของการทำรายการท่องเที่ยว เพราะเหมาะกับธรรมชาติของคนหูหนวกที่ชอบไปเที่ยว อีกทั้งคนหูหนวกสามารถใช้ประสาทสัมผัสทางด้านการมองเห็นเป็นจุดแข็งที่มองเห็นสิ่งที่เห็นอยู่ตรงหน้าด้วยมิติที่ลุ่มลึกยิ่งกว่าคนปกติ ที่จะทำให้เห็นมุมมองการเล่าเรื่องในแบบฉบับคนหูหนวก จากนั้นได้เริ่มดำเนินงานตามหลักสูตรการเรียนรู้ตามกระบวนการผลิตรายการโทรทัศน์ที่ได้วางไว้ให้คนหูหนวกเป็นผู้คิดเรื่องราวและผลิตเองทั้งหมด ตั้งแต่การหาข้อมูล การวิเคราะห์เนื้อหา การจับประเด็น เพื่อให้ออกมาเป็นสคริปต์รายการท่องเที่ยวก่อนการถ่ายทำ จนถึงการผลิตต่อ

สำหรับผลงานที่ผู้เข้าร่วมโครงการผลิตถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ตอบวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่โครงการได้วางเป้าหมายไว้ โดยมีการผลิตผลงานสารคดีท่องเที่ยวออกมาจำนวน 8 เรื่อง ได้แก่ 1.หาดใหญ่เที่ยวกลางวัน จ.สงขลา 2.หาดใหญ่เที่ยวดึกคืน จ.สงขลา 3.หัวหินแบบผจญภัย จ.ประจวบคีรีขันธ์ 4.หัวหินแบบรักถ่ายรูป จ.ประจวบคีรีขันธ์ 5.ตลาดน้ำราชดำเนิน จังหวัดราชบุรี 6.โรงงานผลิตโอง จ.ราชบุรี 7.สตูลบนน้ำ จ.สตูล และ 8.สตูลบนบก จ.สตูล

จากการถอดบทเรียนโครงการอบรมผลิตรายการโทรทัศน์ DEAF ไทยไปเที่ยว ได้แสดงให้เห็นแล้วว่าคุณค่าของชิ้นงานและกระบวนการผลิตต่างๆ หากมีการวางรูปแบบหลักสูตรที่เหมาะสมในการดึงเอาศักยภาพของคนหูหนวกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เป็นการปรับเปลี่ยนทัศนคติเดิมๆ จากการดำเนินโครงการฯ สะท้อนถึงศักยภาพของคนหูหนวกในการผลิตผลงานนั้นมีอยู่ และทัดเทียมกับคนทั่วไป โดยเชื่อว่าการเลี้ยงดู การพัฒนาศักยภาพ หรือการใช้รูปแบบการทำงานที่สอดคล้องกับคนหูหนวกจะช่วยดึงศักยภาพแต่ละคนออกมาได้ อย่างไรก็ตาม บางประเภทคนหูหนวกก็ยังคงต้องอาศัยคนหูดีเข้ามาช่วยสนับสนุนในบางเรื่อง เช่น การติดต่อประสานงานสถานที่ เป็นต้น โครงการนี้ จึงนับเป็นการสร้างปรากฏการณ์เปิดพื้นที่การเรียนรู้



และโอกาสในการพัฒนาการเรียนรู้ของคนหูหนวก จากมุมมองภาพเดิมๆ คนหูหนวกได้ถูกสังคมตีกรอบให้อยู่ในพื้นที่แคบๆ ที่เขาต้องอยู่ ถ้าหากสังคมเปิดใจ บทบาทการทำงานร่วมกันอาจจะมากขึ้นกว่าเดิม พื้นที่ในการผลิตสื่อของคนหูหนวกก็น่าจะมีเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผลงานของผู้เข้าร่วมโครงการจำนวนทั้ง 8 เรื่องนั้น เป็นการทำงานที่ตอบวัตถุประสงค์ทั้งในด้านเนื้อหาและคุณภาพ ทางโครงการฯ จึงได้จัดกิจกรรม DEAF SHOW CASE ที่สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชิ้นงานและเชื้อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้พัฒนาชิ้นงานต่อไป นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอผลงานทาง Facebook Fan Page : Signlent Film Thailand และช่องทาง YouTube ในช่องเครือข่ายกลุ่มธรรมดีทำดี

ที่สำคัญคุณค่าของชิ้นงานนับมีส่วนที่จะสร้างแรงขับเคลื่อนในประเด็นการยอมรับความแตกต่างระหว่างกันและกัน นอกจากนี้ ยังได้มีการสื่อสารขับเคลื่อนผ่านผู้มีอิทธิพลทางด้านสื่อ เช่น คุณทนายท เดชเสถียร คุณพิศาส แสงจันทร์ จากรายการหนังพาไป คุณประสาน อิงคนันท์ จากรายการคนค้นคน และคุณนิรมล เมธิสุกุล จากรายการทุ่งแสงตะวัน ที่ได้เข้ามาร่วมเป็นวิทยากรพิเศษ ร่วมกิจกรรม ร่วมวิจารณ์และเสนอแนะ ซึ่งได้เข้ามาช่วยในการนำสารคดีไปโพสต์และสื่อสารต่อบนพื้นที่สังคมออนไลน์ของตนเอง สิ่งเหล่านี้จะเป็นการสร้างกระแสในการขับเคลื่อนประเด็นความพิการสู่สาธารณะ



ฟันเทียม..ตัวช่วยคู่กายผู้สูงอายุ
ส่งเสริมการมีภาวะโภชนาการที่ดี



สถานการณ์ปัญหา

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกายอย่างเห็นได้ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็น ตาฝ้าฟาง มองเห็นไม่ค่อยชัด หูเริ่มตึง ฟังไม่ค่อยได้ยิน จมูก ได้กลิ่นผิดไปจากเดิม ฟันมีการสึกกร่อนหรือหัก ต้องใช้ฟันเทียมเข้ามาทำหน้าที่การบดเคี้ยวอาหารแทน ซึ่งปัญหาความเสื่อมลงของสภาพร่างกายเช่นนี้ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพช่องปากยังเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และหากมีการสะสมเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทรมาน และเมื่อลุกลามไปมากก็จะนำไปสู่การสูญเสียฟันในที่สุด

จากรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุระหว่าง 60 – 74 ปี ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วน และร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก และการสูญเสียฟันยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80 – 89 ปี พบสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึง ร้อยละ 32.2 ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรตระหนักอย่างยิ่ง เนื่องจากสัดส่วนผู้สูงอายุวัย

ปลาย ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลางอย่างชัดเจน โดยคาดประมาณว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.8 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ. 2568 ทำให้มีแนวโน้มพบปัญหาสูญเสียฟันทั้งปากเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามไปด้วย

จากสถานการณ์ปัญหาการสูญเสียฟันที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อรณรงค์ส่งเสริม ฟันสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เจริญพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวาระ 80 พรรษา ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นโครงการที่ทำให้เกิดการรวมพลังในกลุ่มของวิชาชีพทันตแพทย์ทั้งจากภาครัฐและเอกชน เพื่อร่วมกันดำเนินการใส่ฟันเทียมและส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากไปพร้อมกัน โดยมีเป้าหมายผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 80,000 ราย และผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 มีฟันใช้บดเคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ภาวะโภชนาการที่ดี (Good nutritional status) หมายถึง สภาพของร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารที่ถูกหลักโภชนาการหรือมีสารอาหารครบถ้วน หรือมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และร่างกายใช้สารอาหารเหล่านั้นในการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

หลังจากโครงการฯ ได้ดำเนินการไปแล้ว นักวิจัยจากเขตบริการสุขภาพที่ 2 หนึ่งในนักวิจัยจากโครงการอบรมหลักสูตรเพื่อพัฒนานักวิจัยในเขตสุขภาพ โดยความร่วมมือระหว่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำการวิจัยติดตามข้อมูล เพื่อศึกษาผลของการใช้ฟันเทียม ต่อการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานฯ ของเขตบริการสุขภาพที่ 2 และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

การศึกษานี้ใช้วิธีเก็บข้อมูลค่าดัชนีมวลกายจากเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการใส่ฟันเทียม ย้อนหลัง 2 ปี จำนวน 436 คน จาก 5 จังหวัด พื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2 โดยการติดตามผลต่างของดัชนีมวลกายเพื่อการนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยการใช้งานฟันเทียมส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ ภายหลังจากได้รับการบริการใส่ฟันเทียม ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันและได้รับการใส่ฟันเทียมเพื่อใช้ทดแทนฟันธรรมชาติจะทำให้ดัชนีมวลกายกลับมาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เดิมมีดัชนีมวลกายต่ำ จะทำให้เห็นผลดังกล่าวได้อย่างชัดเจน

ดังนั้น การแก้ปัญหาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงการมีสุขภาพช่องปากที่ดี และการเข้าถึงบริการการใส่ฟันเทียม โดยทันตแพทย์ควรเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในทีมแก้ไข

ปัญหาภาวะโภชนาการ เพื่อการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการสนับสนุนให้มีการดำเนินโครงการฟันเทียมพระราชทานอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม เพราะการมี “ฟันเทียม” มิใช่แค่เพียงการแก้ปัญหาการบดเคี้ยวหรือสร้างรอยยิ้มให้สวยงามเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลต่อสุขภาพร่างกายโดยรวม ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโภชนาการบกพร่อง และช่วยลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอีกด้วย



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันและได้รับการใส่ฟันเทียม เพื่อใช้ในการทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป ส่งผลทำให้ดัชนีมวลกายกลับมาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่ำ ดังนั้นข้อค้นพบนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องคำนึงถึง เพื่อทำให้การแก้ปัญหาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุทำได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ และทันตแพทย์ควรเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในทีมแก้ไขปัญหาโภชนาการโดยการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากให้มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว



การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถนะของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
จุดอ่อนที่ต้องเร่งพัฒนาระบบบริการ เพื่อการเข้าถึงหมอ - ผู้เชี่ยวชาญ



สถานการณ์ปัญหา

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 มาตรา 20 ระบุว่าไว้อย่างชัดเจนว่า คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ซึ่งในข้อ 1 ระบุว่า การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสิ่งส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมพฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น บทบัญญัติดังกล่าว เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิคนพิการไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุทางกายหรือสุขภาพ ให้คนพิการมีสิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนรัฐต้องสงเคราะห์คนพิการให้ชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

จากรายงานประจำปี 2554 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระบุว่ามีคนพิการที่จดทะเบียนจำนวน 1,074,607 คน ได้รับการฟื้นฟู 429,532 คน จะเห็นได้ว่าคนพิการได้รับการฟื้นฟู คิดเป็นเพียงร้อยละ 39.97 ส่วนคนพิการที่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการมี

จำนวน 25,653 คน คิดเป็นร้อยละ 2.39 และรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ คาดว่า คนพิการจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 2,196,482 คน ใน พ.ศ.2564 โดยคนพิการในเขตเมืองมีการใช้เครื่องช่วยหรืออุปกรณ์สูงกว่าคนพิการในเขตชนบท โดยมีปัจจัยจากคนพิการในเขตเมืองสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่าคนพิการในเขตชนบท

รายงานการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ฉบับนี้ ได้อ้างอิงการศึกษาของ Elizabeth H.Morrison และคณะ พบว่า ปัจจัยสำคัญต่อการได้รับบริการคนพิการ ที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการจากหน่วยงานภาครัฐได้ ส่วนหนึ่งเพราะข้อจำกัดในการเดินทางของคนพิการที่อยู่ห่างไกล ค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทางแต่ละครั้ง นอกจากนี้ ยังพบประเด็นสำคัญคือ เป็นความล้มเหลวของระบบสุขภาพ จากข้อจำกัดในความรู้ ทักษะ ทักษะการสื่อสาร ช่องว่างการสื่อสาร ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เกี่ยวข้องกับระบบบริการที่มีต่อคนพิการ โดยเฉพาะคนพิการที่มีข้อจำกัดไม่สามารถเดินทางไปรับบริการ หรือดำเนินการต่างๆ ได้อย่างสะดวกด้วยตนเอง



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

เพื่ออุดช่องว่าง และรับมือกับสถานการณ์ปัญหาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้สนับสนุนการศึกษา **“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการกายและการเคลื่อนไหว”** เพื่อทราบถึงสถานการณ์การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการ รวมทั้งปัจจัยที่ยังเป็นข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการฟื้นฟู ในการพัฒนาข้อเสนอเพื่อเป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาที่ผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจและสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีกลุ่มตัวอย่างได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนเมษายน 2557 ถึงกุมภาพันธ์ 2558 อัตราการตอบแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 97.25 (389 คน) งานวิจัยรายงานไว้ว่า สถานการณ์การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการกายและการเคลื่อนไหว จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ แม้ว่าจะมีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทั้ง 26 รายการที่รัฐกำหนดไว้ พบว่ามีการจัดบริการเพียงบางรายการ ไม่มีพื้นที่ใดเลยที่มีการจัดบริการครบทุกรายการ ซึ่งแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่นั้น โดยทุกพื้นที่บริการที่มีเหมือนกัน คือ การตรวจวินิจฉัย การแนะนำการให้คำปรึกษา การให้ยา กายภาพบำบัด การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ช่วยคนพิการ การให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริมเครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและชุมชน การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการให้บริการเชิงรุก

เมื่อสอบถามคนพิการถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวเข้าถึงบริการมากที่สุด คือ การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ คนพิการ คิดเป็นร้อยละ 88.03 รองลงมาคือ การให้ยา ผลิตภัณฑ์เวชภัณฑ์ และหัตถการพิเศษอื่นๆ เพื่อการบำบัดฟื้นฟู คิดเป็นร้อยละ 87.12 และการแนะนำการให้คำปรึกษา และการจัดบริการเป็นรายกรณี คิดเป็นร้อยละ 81.55 ตามลำดับ ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่คนพิการเข้าถึงบริการน้อยที่สุด 3 ลำดับ คือ การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ หรือการประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 24.65 การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ช่วยคนพิการ คิดเป็นร้อยละ 31.25 และการพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์ และสังคมบำบัด คิดเป็นร้อยละ 32.08



ขณะที่การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทางด้านจิตบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่มีการจัดให้บริการ พบว่า ไม่มีการจัดบริการในพื้นที่ได้ครอบคลุมเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านความเชี่ยวชาญของบุคลากร การแก้ไขปัญหามือของคนพิการที่มีปัญหาจำเอนได้รับการดังกล่าว จะดำเนินการประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยงานที่มีจัดบริการต่อไป

ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟู เช่น การมีสิทธิการรักษาในระบบสุขภาพทำให้คนพิการเข้าไปใช้บริการ หรือลักษณะความพิการที่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ต้องอาศัยญาติหรือคนมาช่วยเหลือที่จะทำให้คนพิการเข้าถึงบริการได้ รวมไปถึงการเดินทางที่ยังเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟื้นฟู ของคนพิการบางราย เป็นต้น



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจะเป็นองค์ความรู้ที่พร้อม เสนอให้กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เป็นข้อมูล และเป็นแนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ.2552 โดยข้อเสนอจากงานวิจัยระบุว่า สธ. จำเป็นต้องเพิ่มยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กรและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ เพื่อร่วมกันสนับสนุนให้คนพิการเข้าถึงบริการมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอให้หน่วยบริการและเพิ่มการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ (26รายการ) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการจากปัจจัยที่ยังเป็นข้อจำกัดต่อไป โดยเฉพาะจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการ ให้สามารถให้บริการเชิงรุกที่จำเป็นสำหรับคนพิการในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ



“สถานสงเคราะห์คนชราอาคารเขียว” ต้นแบบที่พิถีพิถัน
เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ พร้อมผสานแนวคิดเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม



สถานการณ์ปัญหา

ขึ้นชื่อว่า “สถานสงเคราะห์คนชรา” ใครต่อใครคงไม่อยากพักพิงอาศัย เพราะถ้าหากเลือกได้ สิ่งที่ดีที่สุดใญ่ยามถึงวัยชรา ผู้สูงอายุทุกคนคงอยากใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางการดูแลเอาใจใส่ของลูกหลานและคนในครอบครัว หากแต่ในความเป็นจริง สังคมปัจจุบัน ยังมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ครอบครัวไม่พร้อมที่จะดูแล ไม่ว่าจะด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือความสัมพันธ์ในครอบครัว และด้วยจำนวนของผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ในช่วงปี 2554 ส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยเข้าสู่ประชากรผู้สูงอายุ (Population Aging) โดยรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552 พบว่าในปี พ.ศ.2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน หรือคิดเป็น 2 เท่าของประชากรสูงอายุในปี พ.ศ.2552 และในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 25 (ประมาณ 1 ใน 4) ของประชากรไทยทั้งประเทศ สำหรับด้านการกระจายตัวเชิงพื้นที่ของประชากรผู้สูงอายุ พบว่าในปี พ.ศ.2552 จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศ

สังคมเริ่มมีความตระหนักถึงสถานการณ์และให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น นับตั้งแต่การประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 การมีกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ.2548 ตลอดจนกฎกระทรวงเกี่ยวกับการปรับปรุงอาคารที่ต้องคำนึงถึงหลักการอาคารเขียว (Green Building) นับเป็นกฎหมายที่เน้นให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และสวัสดิการสังคมที่จำเป็นและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการออกแบบที่พักอาศัยให้มีความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ

งานวิจัยสถานสงเคราะห์คนชราอาคารเขียวต้นแบบตามหลักวิศวกรรมปัจจัยมนุษย์ จึงเกิดขึ้นในจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศ โดยผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ร่วมพัฒนาแนวคิดการออกแบบสถานสงเคราะห์คนชราที่เป็นมิตรและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยได้ทีมวิจัยผู้เชี่ยวชาญจากคณะวิศวกรรมศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ร่วมมือกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (มส.ผส.) โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ศึกษาวิจัยถึงความเหมาะสมและการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พร้อมเลือกสถานที่เป้าหมายในการดำเนินงานคือ สถานสงเคราะห์คนชราร้านธรรมปรกติโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งแนวคิดการออกแบบก่อสร้างสถานสงเคราะห์คนชราดังกล่าว สามารถเป็นต้นแบบในการขยายผลในวงกว้างและประยุกต์ใช้ในการจัดสร้างที่พักอาศัยให้กับผู้สูงอายุในแต่ละครอบครัวได้

สถานสงเคราะห์คนชราอาคารเขียว ถือเป็นแนวคิดการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) ได้เป็นอย่างดี ซึ่งเป็น การออกแบบสิ่งแวดล้อม การสร้างสถานที่และสิ่งของต่างๆ เพื่อให้ทุกคนที่อยู่อาศัยในสังคมสามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านั้น ได้อย่างเต็มที่ และเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องมีการออกแบบดัดแปลงพิเศษ หรือเฉพาะเจาะจงเพื่อบุคคลกลุ่มหนึ่งกลุ่มใดโดยเฉพาะ



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

การศึกษาวิจัยตั้งต้นจากการสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลทางกายภาพและความแข็งแรงของผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการล้มของผู้สูงอายุ การจัดลำดับความสำคัญของสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราร้าน ธรรมปรกติโพธิ์กลาง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการใช้ประโยชน์ ฯลฯ พร้อมศึกษาทฤษฎีแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรฐานการออกแบบ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย ควบคู่ไปกับหลักการทางด้านวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อนำไปสู่การออกแบบสถานสงเคราะห์ คนชราร้านธรรมปรกติโพธิ์กลางหลังใหม่ ตามหลักวิศวกรรมปัจจัยมนุษย์/การยศาสตร์สถาปัตยกรรมศาสตร์ เป็นศาสตร์ที่คำนึงถึง ธรรมชาติของมนุษย์เป็นหลักในการออกแบบการสร้างเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ

จากข้อมูลพบว่า **สภาพทางกายภาพและความแข็งแรงของผู้สูงอายุ**ในสถานสงเคราะห์คนชราร้านธรรมปรกติโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 59 คน มีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 75.07 ปี นอกจากนี้ ข้อมูลสัดส่วนร่างกายพบว่า ค่าเฉลี่ยของ ความสูง เพศชายเท่ากับ 160.42 เซนติเมตร เพศหญิงเท่ากับ 144.97 เซนติเมตร และจากข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการ ออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม เช่น ราวจับควรมีความหนาผ่านศูนย์กลาง 3-4 เซนติเมตร และความสูง 80 เซนติเมตร ผลของการออกแบบครั้งนี้สอดคล้องกับกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ.2548 ด้วยเช่นกัน **ด้านการบาดเจ็บจากการหกล้มหรือตกบันได** พบได้เป็นอันดับต้นๆ โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการสะดุดของ ที่วางเกาะกั้น ลื่นจากพื้นเปียกและ แขนขาอ่อนแรง อาการหน้ามืดเวียนศีรษะ เป็นลม ฯลฯ ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมโดยเพิ่มสิ่งช่วย การทรงตัวแก่ผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ด้านการออกแบบอาคารตามหลักอาคารเขียว เป็นไปตามหลักการประหยัดพลังงาน การเข้าถึงได้ของคนทุกวัย และการเพิ่ม ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของตัวอาคารที่เกี่ยวข้องกับการใช้พลังงาน การจัดการน้ำ การจัดการขยะ การเลือกใช้วัสดุต่างๆ ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การลดผลกระทบของตัวอาคารต่อสุขภาพของผู้ใช้อาคารและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ นอกจากนี้ การเลือกใช้วัสดุในการ ก่อสร้าง ควรเป็นวัสดุที่มีพลังงานสะสมต่ำ ไม่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ขั้นตอนการผลิต มีส่วนประกอบของวัสดุจากการรีไซเคิล และเลือกใช้วัสดุที่มีความคงทน ต้องการการบำรุงรักษาน้อย รวมไปถึงการสร้างสภาพแวดล้อมภายในอาคารให้ผู้ใช้อาคารมีความรู้สึก ผ่อนคลาย เช่น การจัดวางเตียงนอนใกล้กับบริเวณหน้าต่างที่สามารถมองเห็นทิวทัศน์ภายนอกได้ เป็นต้น

สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผลและต่อยอดในอนาคต มี 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) แนวคิดการออกแบบสถานสงเคราะห์ คนชราอาคารเขียวของสถานสงเคราะห์คนชราร้านธรรมปรกติโพธิ์กลาง สามารถนำไปเป็นต้นแบบหรือประยุกต์ใช้กับโครงการสร้าง หรือปรับปรุงสถานสงเคราะห์คนชราอื่นๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรม 2) งานวิจัยที่ควรดำเนินการต่อคือ การศึกษาเปรียบเทียบความคุ้มค่า ทางเศรษฐศาสตร์ของการจัดทำอาคารสถานสงเคราะห์คนชราร้านธรรมปรกติโพธิ์กลางหลังใหม่ เมื่อสร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว เพื่อ วิเคราะห์ให้เกิดการพัฒนาการออกแบบในระยะต่อไป



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

จากความรู้การใช้ประโยชน์ “ต้นแบบสถานสงเคราะห์คนชราอาคารเขียว” เป็นแบบก่อสร้างสถานสงเคราะห์คน ชราร้านธรรมปรกติโพธิ์กลาง ที่มีฐานคิดมาจากมาตรฐานของข้อกำหนดและกฎกระทรวง ร่วมกับหลักวิศวกรรมศาสตร์ จึงถูกส่งต่อไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ เพื่อระยะต่อไป หากมีการปรับปรุงหรือก่อสร้างสถานสงเคราะห์คนชรา ที่ใดก็ตาม แบบก่อสร้างดังกล่าวสามารถนำไปใช้งานได้ทันที นอกจากนี้ทีมวิจัยยังได้จัดทำ Animation เพื่อเป็นเครื่องมือใน การให้ข้อมูลความรู้กับผู้สนใจ และเพื่อรณรงค์ให้ผู้บริหารสถานสงเคราะห์คนชราเกิดความเข้าใจและหันมาให้ความสำคัญ กับการปรับปรุงและพัฒนาให้สถานสงเคราะห์คนชราไม่ได้เป็นแค่เพียงที่หลับที่นอนให้กับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว เท่านั้น หากแต่ยังเป็นที่พักอาศัยที่มีความพร้อมในการอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม และจัดสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่ทำคุณประโยชน์ให้กับครอบครัว ชุมชน สังคมมาตลอดทั้งช่วงชีวิต ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งกายและ ใจและใช้ชีวิตในช่วงที่เหลืออย่างมีความสุขตลอดไป



“หกหลุม” 1 ใน 5 การบาดเจ็บสูงสุดของผู้สูงอายุไทย ทางแก้งระบบ
ด้วยวิทย์หาเหตุปัจจัยเสี่ยง สู่กระบวนการจัดการปัญหา ช่วยผู้เฒ่าปลอดภัย



สถานการณ์ปัญหา

สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนหนึ่งมาจากการดูแลสุขภาพและการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายอย่างชัดเจน จากเดิมที่เคยดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างคล่องแคล่ว กลายเป็นความเลื่อมถอยลง เช่น หูตาฝ้าฟาง การกระเຍะหรือกะความรู้สึกละเลอะ การเดินที่ช้าลง การยกเท้าได้ต่ำ ฯลฯ

“การล้มนในผู้สูงอายุ” จึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการบาดเจ็บหรือการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ในช่วงระยะเวลา 10 - 20 ปีที่ผ่านมา แม้จะมีงานวิจัยและสถิติการล้มนในผู้สูงอายุอยู่บ้างแล้ว อาทิ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า โดยเฉลี่ย 30% ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เกิดการล้มนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ส่วนข้อมูลทีพบในประเทศไทย มีรายงานเรื่องการล้มนในผู้สูงอายุที่หลากหลาย โดยสถิติอยู่ในช่วง 12% - 43% ขึ้นกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา วิธีการวิจัย และการเก็บข้อมูล อย่างไรก็ตาม

การล้มนเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากหลายปัจจัยเสี่ยง ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก (สิ่งแวดล้อม) โดยปัจจัยภายในมักรวมถึง อายุ ความแข็งแรง ความสามารถในการทรงตัว การเดิน สายตา การดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ภาวะโรคต่างๆ เช่น ข้อเสื่อม เบาหวาน ความดันโลหิตต่ำ ภาวะกระดูกพรุน ความบกพร่องด้านความจำและการเรียนรู้ ส่วนปัจจัยภายนอกมักรวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย เช่น พื้นลื่น พรม สิ่งกีดขวาง การใช้บันได การเดินในที่คนพลุกพล่าน ฯลฯ

นอกจากนี้ยังพบว่า การล้มนเป็นสาเหตุหลักของการเกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกระดูกสะโพก และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องย้ายจากบ้านและชุมชนไปอยู่สถานพักฟื้นคนชรา จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2551 โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า การหกล้มเป็น 1 ใน 5 สาเหตุการบาดเจ็บสูงสุดในผู้สูงอายุไทย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 40 ของสาเหตุการบาดเจ็บทั้งหมด

หลักการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กับผู้สูงอายุ 1) ทุกครั้งที่ออกกำลังกายให้อยู่ใกล้กำแพงหรือโต๊ะที่มั่นคง 2) เลือกท่าออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเอง 3) ทุกท่าการออกกำลังกายควรทำอย่างช้าๆ 4) หากไม่สบาย สามารถหยุดการออกกำลังกายได้ 5) หากออกกำลังกายแล้วมีอาการดังนี้ เวียนศีรษะ เจ็บหน้าอก หายใจถี่ หอบเหนื่อย ให้ปรึกษาแพทย์ทันที 6) ออกกำลังกาย 4 วันต่อสัปดาห์ (วันเว้นวัน)



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

จากสถิติดังกล่าวและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้สูงอายุที่แนวโน้มสูงขึ้น จนก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญปัญหาดังกล่าว จึงได้สนับสนุนการศึกษาเรื่องการล้มในผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองและชนเมือง : อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง การจัดการและการป้องกันเพื่อนำไปพัฒนาวิธีการตรวจประเมินปัจจัยเสี่ยงการล้มในผู้สูงอายุ และการพัฒนาระบบการจัดการและการป้องกันการล้มในผู้สูงอายุ โดยเน้นการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ เช่น ความบกพร่องด้านความแข็งแรง ความสามารถด้านการทรงตัว การมองเห็น สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย การจัดที่อยู่อาศัยให้ไม่เป็นอุปสรรคในการเดิน ฯลฯ

การศึกษานี้ตั้งต้นจากการเริ่มศึกษาในเขตชุมชนเมืองและชนเมือง โดยเน้นในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งประกอบด้วยประชากรทั้งในชุมชนเขตอุตสาหกรรมและชุมชนเขตเกษตรกรรม และเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงของการล้มในผู้สูงอายุที่สำคัญที่สุดปัจจัยหนึ่ง คือ **ความบกพร่องด้านการทรงตัวและความแข็งแรง** โดยปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงประเภทที่แก้ไขหรือปรับปรุงได้ด้วยการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและส่งเสริมการฝึกการทำงานของระบบการควบคุมการทรงตัว เช่น ผู้สูงอายุควรมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในลักษณะที่มีแรงกระแทกต่อข้อต่อ เช่น การวิ่ง และควรออกกำลังกายในลักษณะของการเดินหรือปั่นจักรยาน นอกจากนี้ยังมีการป้องกันเรื่องอื่นๆ ที่สามารถส่งผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงในการล้มของผู้สูงอายุได้ อาทิ **ด้านโภชนาการและภาวะกระดูกพรุน** เมื่อสูงอายุมากขึ้น ความสามารถในการดูดซึมสารอาหารลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารหรือแร่ธาตุบางประเภท การขาดแคลเซียมนำไปสู่ภาวะกระดูกพรุน ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุผู้หญิงวัยหลังหมดประจำเดือน และผู้ที่ไม่มีบุตรหลายคนมีโอกาสเกิดภาวะกระดูกพรุนมากกว่าคนทั่วไป ดังนั้นผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสม ในผู้สูงอายุผู้หญิงวัยหลังหมดประจำเดือนอาจต้องมีการกินแคลเซียมหรือวิตามินเสริม **ด้านการรับประทานยา** ยาบางประเภทอาจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการง่วงซึม รู้สึกเวียนศีรษะ ไม่มั่นคง ดังนั้นทุกครั้งที่ใช้ยาควรปรึกษาแพทย์ให้ทราบก่อนรับประทานยาทุกครั้ง และควรรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรอย่างเคร่งครัด **ด้านการมองเห็น** การมองเห็นมักบกพร่องเมื่ออายุมากขึ้น และผู้สูงอายุมักต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการปรับสายตาให้กับสภาพแสงสว่างที่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุมักมีความสามารถในการกะระยะ กะความรู้สึก เช่น ความห่างของช่องว่างหรือความสูงของบันไดได้น้อยลง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับการตรวจสายตาและความเหมาะสมของแว่นสายตาอย่างน้อยทุกปี ควรดูแลทำความสะอาดแว่นสายตาให้มองเห็นชัดเจนอยู่เสมอ ควรเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ กรณีผู้สูงอายุที่ใช้แว่นสายตาแบบสองเลนส์ หรือหลายเลนส์ โดยเฉพาะเวลาขึ้น-ลงบันได



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

จากข้อมูลงานวิจัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล เช่น การนำข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการล้มในผู้สูงอายุข้างต้นไปใช้จริงในทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันหรือจัดการปัญหาที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการคาดประมาณผลการศึกษานี้ว่า จะสามารถพัฒนาสู่งานวิจัยในอนาคตที่ครอบคลุมตัวแทนประชากรส่วนใหญ่ของประเทศและนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางในเชิงนโยบายต่อไป



วิจัยพัฒนาแบบประเมิน คัดกรอง-ลดเสี่ยง-ป้องกัน การล้มในผู้สูงอายุ



สถานการณ์ปัญหา

เมื่อชีวิตดำเนินถึงวัยสูงอายุ กิจกรรมบางอย่างที่เคยทำได้ อย่างคล่องแคล่วด้วยสภาพร่างกายที่แข็งแรง กลับเสื่อมถอย ช้าลง และมีความเสี่ยงในการทำกิจกรรมแต่ละอย่างมากขึ้น โดยเฉพาะ การเดินและการทรงตัว ทำให้มักพบผู้สูงอายุเกิดการล้มล้มอยู่บ่อยๆ เป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ที่นำไปสู่การบาดเจ็บร่างกายหรือเกิดภาวะกระดูกหัก จนถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุมีอัตราการล้มมากกว่าเด็กและผู้ใหญ่ และอัตราการล้มจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีอายุมากยิ่งขึ้น จากข้อมูลพบว่า ประมาณ 30% ของจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีโอกาสล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในแต่ละปี และผู้ที่มีโอกาสล้มมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็น 50% เมื่อมีอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบอีกว่า 35.6% ของผู้สูงอายุ มีประวัติการล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา และ 18.7% ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการล้มมากกว่า 1 ครั้ง ปัจจุบันเสี่ยงที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุล้ม มีทั้งปัจจัยที่มาจากภายในร่างกายและภายนอก ร่างกาย ปัจจัยภายในร่างกาย เช่น สภาพร่างกาย ความสามารถในการทรงตัว และการเคลื่อนไหวร่างกาย

ส่วนปัจจัยภายนอก ร่างกาย เช่น สภาพพื้นผิวและแสงสว่าง ซึ่งสาเหตุมากกว่า 50% ของการล้มในผู้สูงอายุ มักเกิดจากการลื่นหรือสะดุดล้มขณะเดินบนพื้นผิวที่ไม่ราบเรียบ รวมทั้งการมีแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ โดยปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการล้มมากที่สุดคือ ความสามารถในการทรงตัว (balance) และการเดิน ดังนั้นความสามารถในการทรงตัวและการเดินจึงเป็นประเด็นต้นๆ ที่ควรนำไปคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการล้ม

ที่ผ่านมา มีแบบประเมินทางคลินิกเพื่อตรวจสอบความสามารถในการทรงตัวและการเดินอยู่มากมาย แต่มีเพียงไม่กี่แบบประเมินที่สามารถใช้ระบุผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการล้ม แบบประเมินเหล่านี้ ได้แก่ Berg Balance Scale (BBS), Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) และ Time Up and Go Test (TUG) โดยแบบประเมินดังกล่าวมุ่งประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมทั่วไปในชีวิตประจำวัน เช่น ความสามารถในการนั่งทรงตัว การลุกขึ้นยืน ความสามารถในการยืน การเดิน ฯลฯ หรือเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวน้อย ซึ่งกิจกรรมที่ถูกประเมินง่ายเกินไปที่จะใช้สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

“การลื้ม” เป็นปัญหาสุขภาพหลักของประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ผลของการลื้มนำไปสู่การบาดเจ็บของร่างกายและการไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ จนถึงการใช้ชีวิต นอกจากนี้การลื้มยังส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมาอีกด้วย โดยพบว่าผู้สูงอายุจำนวนกว่า 87% ที่เคยลื้มมาก่อน มีภาวะความกลัวต่อการลื้ม มีอาการซึมเศร้าและขาดความมั่นใจในการเดิน ในผู้สูงอายุที่มีอาการบาดเจ็บจากการลื้มอย่างรุนแรง อาจส่งผลให้เสียชีวิตได้ โดยอัตราการเสียชีวิตจากการลื้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ดังนั้นจึงนับได้ว่า การลื้มในผู้สูงอายุเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) จึงสนับสนุนการทำงานเชิงป้องกันและการประเมินความเสี่ยง โดยมีทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วม**พัฒนาเครื่องมือทางคลินิกสำหรับประเมินความเสี่ยงในการลื้มของผู้สูงอายุ** เพื่อให้สามารถสะท้อนผลอย่างแม่นยำและระบุความเสี่ยงในการลื้มของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน และนำไปสู่แนวทางการฟื้นฟูเพื่อลดความเสี่ยงเหล่านั้นได้ในอนาคต

การศึกษาเพื่อการพัฒนาเครื่องมือทางคลินิกสำหรับประเมินความเสี่ยงในการลื้มของผู้สูงอายุนี้ เป็นการศึกษาแบบ predictive study โดยติดตามข้อมูลของกลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีสุขภาพแข็งแรงในชุมชนของจังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 200 คน เป็นระยะเวลา 1 ปี และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครคือ ต้องมีอายุ 60 ปีขึ้นไป เดินได้เอง โดยไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่มีโรคทางระบบประสาท ไม่มีอาการปวดเข่าหรือข้อต่อที่ทำให้เดินไม่ได้ หลังจากนั้นจึงตรวจประเมินโดยใช้แบบประเมินการทรงตัว 4 แบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมิน BESTest แบบประเมิน Mini-BESTest แบบประเมิน BBS และแบบประเมิน TUG นอกจากนั้นยังมีการสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประเมินความสามารถในการประมวลความคิด (cognitive function) ประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา รวมไปถึงประวัติการลื้มใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยหลังจากทราบข้อมูลแล้ว มีการแบ่งกลุ่มอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีประวัติการลื้ม (100 คน) และกลุ่มที่ไม่มีประวัติการลื้ม (100 คน)

จากการติดตามข้อมูลพบว่า อาสาสมัครผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการลื้ม มีผู้ที่ลื้มในระยะเวลา 6 เดือนที่ติดตามผล จำนวน 21 คน คิดเป็น 21% ของอาสาสมัครผู้สูงอายุที่มีประวัติการลื้ม และส่วนใหญ่สาเหตุของการลื้มเกิดจากการลื้มล้มภายในอาคาร โดยแบบประเมิน Mini-BESTest มีความแม่นยำในการระบุผู้ที่มีความเสี่ยงในการลื้มที่มากกว่าแบบประเมินอื่น ซึ่งหัวข้อในการประเมินของแบบประเมิน Mini-BESTest สอดคล้องกับลักษณะอุบัติเหตุที่มักทำให้ผู้สูงอายุเกิดการลื้ม เช่น การสะดุดหรือการลื่น แบบประเมินที่มีความแม่นยำรองลงมาคือ แบบประเมิน BESTest ส่วนแบบประเมิน TUG ไม่แม่นยำที่สุดในการระบุความเสี่ยงในการลื้ม ทั้งนี้เมื่อถึงระยะเวลาการติดตามข้อมูล 12 เดือนพบว่า มีจำนวนผู้ที่ลื้มมากขึ้นกว่าระยะ 6 เดือน คือ

มีทั้งหมด 44 คน เป็นกลุ่มที่เคยมีประวัติการลื้ม 41 คน กลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติการลื้ม 3 คน และผู้ที่มีประวัติการลื้มส่วนมากจะลื้มมากกว่า 1 ครั้งในรอบที่ติดตาม 12 เดือน และผู้สูงอายุหลายคนลื้มซ้ำ 3-4 ครั้งต่อปี



ดังนั้นจากข้อมูลที่พบ ผู้ที่มีประวัติการลื้มควรได้รับการพัฒนาความสามารถในการทรงตัว เพื่อเป็นการป้องกันการลื้มซ้ำในอนาคต การใช้แบบประเมิน Mini-BSETest สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้ และช่วยในการคัดกรองความเสี่ยงในการลื้มของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การป้องกันการลื้มได้เป็นอย่างดี เช่น กระตุ้นให้ผู้ที่มีความเสี่ยงในการลื้มมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพการทรงตัว หรือออกกำลังกายเพื่อช่วยเสริมสมรรถนะการทรงตัวด้านที่บกพร่อง แบบประเมิน Mini-BSETest จึงเป็นแบบประเมินที่ควรนำไปศึกษา พัฒนา และต่อยอดในการใช้งานให้กว้างขวางมากขึ้น



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ทางทีมวิจัยยังได้นำความรู้ไปขยายผลในหลากหลายรูปแบบ อาทิ การจัดอบรมวิชาการเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เรื่องการทรงตัว : การตรวจประเมินเพื่อหาความเสี่ยงในการลื้มและแนวทางส่งเสริมสมรรถภาพการทรงตัว การนำเสนอข้อมูลงานวิจัยในการประชุมระดับชาติและนานาชาติ การจัดทำหนังสือเผยแพร่ความรู้ ฯลฯ

พัฒนาความรู้ “การใช้ยาในผู้สูงอายุ” สู่การใช้ยา คุ่มค่า-เหมาะสม-ปลอดภัย-มีประสิทธิภาพ



สถานการณ์ปัญหา

“ยารักษาโรค” หนึ่งในปัจจัยสี่ ที่เราคำนึงขียนยามป่วยใช้ หลายคนต้องพึ่งพายารักษาโรค เพื่อการบรรเทาหรือการรักษาโรคต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการยาในปริมาณที่สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีภูมิต้านทานต่ำลง และมักเกิดความเจ็บป่วยจากความเสื่อมของวัย มีโรคเรื้อรัง ซึ่งเมื่อมีการใช้ยาเกิดขึ้น สิ่งตามมาและควรต้องคำนึงถึงคือ ความปลอดภัยจากการใช้ยาและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ในระบบสุขภาพ

ด้านองค์ความรู้จากงานวิจัย พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาในประเทศไทยอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น การศึกษาเรื่องระบบยาของประเทศไทย ที่แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการมีงานวิจัยเชิงระบาดวิทยา การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเฝ้าติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ฯลฯ แต่มีการศึกษาเพียงจำนวนน้อยที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยงของปัญหาการใช้ยาในชุมชน รวมทั้งยังขาดข้อมูลเชิงลึกในการอธิบายปัญหาการใช้ยาข้างต้น

โดยเฉพาะการเจาะลึกไปที่การใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่องค์การสหประชาชาติ มีการประมาณการว่าในอีก 40 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2593 หรือ ค.ศ. 2050) จะมีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.4 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.2 จากปี พ.ศ. 2522 (ค.ศ. 2009) ซึ่งมีประชากรกลุ่มผู้สูงอายुर้อยละ 11.2

3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

1) ปัจจัยที่มีอยู่เดิม เช่น ความรู้ ทัศนคติ ความจำ การมองเห็น การกิจในชีวิตประจำวัน ฯลฯ 2) ปัจจัยชักนำ เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยา เช่น ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น การตอบสนองของร่างกายต่อยา 3) ปัจจัยปรับเปลี่ยน เป็นปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิมและปัจจัยชักนำ เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ สื่อต่างๆ ความห่างไกลของสถานพยาบาล การคมนาคม ฐานะทางเศรษฐกิจ



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) จึงเตรียมรับมือกับปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้ทีมวิจัยจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ศึกษาข้อมูล **“การใช้ยาในผู้สูงอายุไทย เขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย”** เพื่อศึกษาลักษณะของปัญหาการใช้ยาที่นำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศึกษาปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยา โดยปัญหาการใช้ยาแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2) ปฏิกริยาอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3) พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และความร่วมมือในการใช้ยา 4) ความคลาดเคลื่อนทางยา

งานวิจัยศึกษาและเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในเขตภาคเหนือตอนล่าง 3 จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย พิษณุโลก และกำแพงเพชร โดยมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรวม 9 เดือน และมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มเป้าหมายคือ เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในช่วงระยะเวลา 3 เดือน นอกจากนี้ยังเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มครอบครัวผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคด้วย

จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นข้อมูล 3 เรื่องหลักๆ คือ 1) **ปัญหาการใช้ยาที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล** พบว่า จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาการใช้ยา รวมทั้งสิ้น 4,112 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 1,999 คน และในจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด พบอัตราที่ป่วยเนื่องจากปัญหาการใช้ยา ร้อยละ 2.8 โดยแยกเป็น ปัญหาจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 2.4 ปัญหาจากปฏิกริยาอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 2.3 และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 0.9 ซึ่งการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากปัญหาการใช้ยาเกือบครึ่ง เป็นปัญหาการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยยังอายุมาก ความเสี่ยงของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลยิ่งเพิ่มขึ้น การใช้ยาหลายขนาน การรับยาจากคลินิกเอกชนหรือร้านขายยา การศึกษา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครอบครัว ฯลฯ นอกจากนี้กลุ่มยาส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มักจะเป็นยาที่เกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบทางเดินหายใจ 2) **ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่พบ** เช่น การใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์ อาทิ การรวบมือยา การสะสมยา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนหรือลดยาเอง การติดยา การซื้อยาเอง การใช้ยาทางเลือกโดยขาดความรู้

เป็นต้น 3) **การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง** พบปัญหาอุปสรรค เช่น การขาดความรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการใช้ยาในผู้สูงอายุ สัมพันธภาพภายในครอบครัวที่อ่อนแอ สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านและเข้าใจเองว่าผู้สูงอายุยังช่วยเหลือตัวเองได้ดี

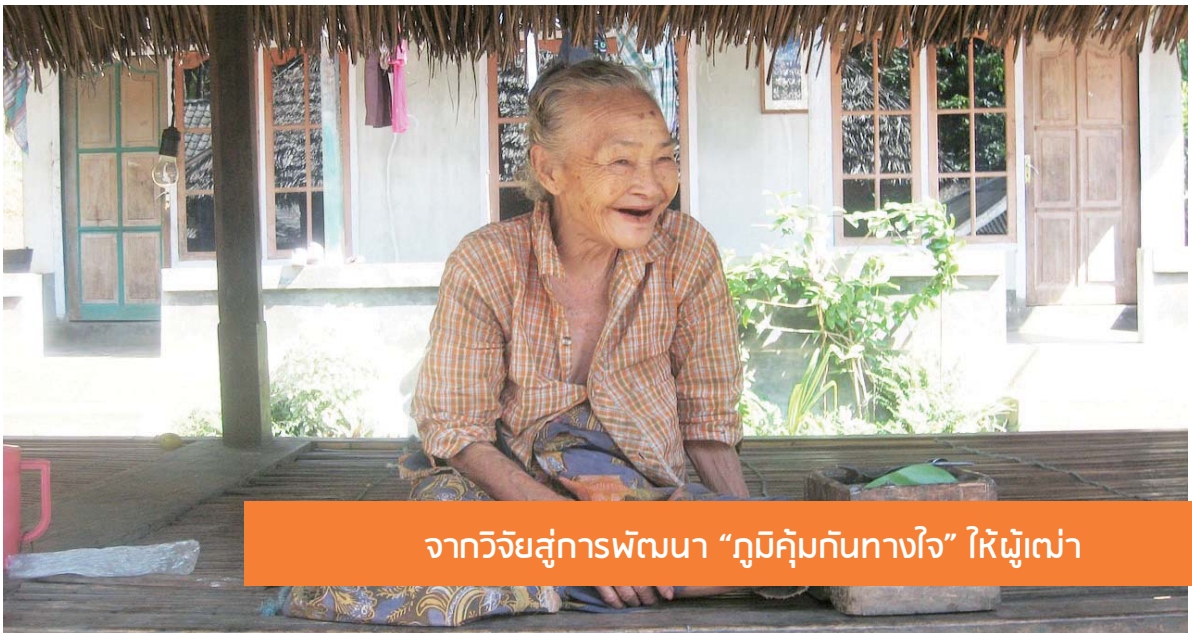
ผลจากการศึกษา ทีมวิจัยได้นำมาบูรณาการและสังเคราะห์กรอบนโยบายเพื่อพัฒนาการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในระดับชุมชน โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ ควรมีการจัดระบบศูนย์ข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายให้ใช้งานได้จริงและมีประสิทธิภาพ เช่น ข้อมูลของผู้ป่วยและประวัติการรักษาที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ควรสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุหรือครอบครัวสามารถจัดการการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม และสามารถสื่อสารข้อมูลการใช้ยาไปยังผู้ให้บริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดหาความจำเป็นพื้นฐานที่สนับสนุนการรักษาด้วยยา เช่น การจัดบริการรถสาธารณะให้ผู้สูงอายุสามารถพบแพทย์หรือรับยาตามนัด ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีศักยภาพในการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ควรมีการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเป็นรายบุคคล ทั้งการบริการในสถานพยาบาลและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ผลการวิจัยด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสาธารณสุขให้กับกลุ่มผู้สูงอายุได้อีกด้วย





จากวิจัยสู่การพัฒนา “ภูมิคุ้มกันทางใจ” ให้ผู้เฒ่า



สถานการณ์ปัญหา

“ภูมิคุ้มกันทางใจ” เป็นสิ่งที่ทำให้แต่ละคนสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้ายๆ ไปได้ โดยมีการฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจได้อย่างรวดเร็ว ไม่จมอยู่กับความทุกข์ มีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ดี ตลอดจนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ทั้งนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุก็เช่นกัน การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นอกจากความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมแล้ว ความมั่นคงทางด้านจิตใจ การพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจนับเป็นอีกเรื่องที่สำคัญไม่น้อย ผู้สูงอายุหลายท่านอาจต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงภาวะเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ชุมชน ฯลฯ ซึ่งใน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจหรือวิตกกังวลเรื้อรังได้ และถ้าไม่สามารถลดความวิตกกังวลลงได้ จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา

นอกจากนั้นประสบการณ์ที่เลวร้าย เช่น เหตุการณ์ความรุนแรง อุบัติเหตุ การเจ็บป่วยด้วยโรคร้าย การถูกทอดทิ้ง ความรู้สึกน้อยใจลูกหลาน ฯลฯ ซึ่งถึงแม้เหตุการณ์เลวร้ายจะ

ผ่านไปแล้ว แต่ผู้สูงอายุบางท่านยังติดอยู่ในวังวนของความคิดที่ทำให้ทุกข์ใจ ส่งผลให้เกิดความหวาดระแวง เกิดภาวะซึมเศร้า และหลายเหตุการณ์อาจนำมาซึ่งความสูญเสีย เช่น การฆ่าตัวตายในวัยที่ไม่สามารถหลุดจากความคิดเหล่านั้นได้

การศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจของผู้สูงอายุ จึงเป็นการทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุอีกมิติหนึ่งที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สนับสนุนให้เกิดการวิจัยในเรื่องดังกล่าว **โดยเน้นการบูรณาการกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายประชาสังคม เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านภูมิคุ้มกันทางใจ** พร้อมกับการศึกษารูปแบบการพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจที่เหมาะสมกับสภาพบริบทของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมาร่วมกันพัฒนาและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้ผู้สูงอายุได้สามารถเห็นคุณค่าและจัดการกับชีวิตของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ

คุณลักษณะของบุคคลที่มีภูมิคุ้มกันทางใจ 1) เห็นคุณค่าในตนเอง มั่นใจในตนเอง 2) มีมุมมองเชิงบวกต่อชีวิต คิดว่าความทุกข์ไม่อยู่กับเราตลอดไป 3) มีที่ปรึกษาหรือสามารถพูดคุยเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ 4) เคยมีประสบการณ์ในการเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบาก

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต



วิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

โดยทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ลงทำการเก็บข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก 8 จังหวัด ได้แก่ สระแก้ว จันทบุรี นครนายก ระยอง ตราด ฉะเชิงเทรา ชลบุรี และปราจีนบุรี จังหวัดละ 240 คน รวม 1,920 คน โดยทีมวิจัยเริ่มต้นจากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานพร้อมพัฒนาแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจ เพื่อประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันทางใจของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนศึกษาบริบทของครอบครัว และเครือข่ายประชาสังคมในพื้นที่ ซึ่งเมื่อได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแล้ว นักวิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจที่มีการบูรณาการกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเครือข่ายประชาสังคม และกระบวนการให้คำปรึกษาสำหรับผู้สูงอายุ



ทั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า ภูมิคุ้มกันทางใจของผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคตะวันออก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.41 และพบเรื่องของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิต มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาเป็นด้านการเผชิญปัญหา การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความมุ่งหมายในชีวิต การมีมุมมองชีวิตด้านบวก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49, 2.47, 2.45, 2.34 และ 2.32 ตามลำดับ ด้านบริบทครอบครัว และเครือข่ายประชาสังคม พบว่า เครือข่ายภาคประชาสังคมที่ทำงานกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก มีอยู่เป็นจำนวนมากทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ขาดการบูรณาการในการทำงานร่วมกัน ลักษณะโครงการหรือรูปแบบการให้คำปรึกษากับผู้สูงอายุ เป็นไปตามความต้องการของแต่ละหน่วยงาน ทำให้ขาดความยั่งยืนในการดำเนินโครงการ และส่วนใหญ่แต่ละหน่วยงานจะเน้นไปที่การพัฒนาด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการดำรงชีวิต ยังไม่มีหน่วยงานใดที่ทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจให้กับผู้สูงอายุ

ดังนั้นทีมวิจัยจึงได้จัดทำหลักสูตรในการฝึกอบรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นรูปแบบการผสมผสานแนวคิดการประสานเครือข่ายประชาสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และแนวคิดกระบวนการให้คำปรึกษา โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในบทบาทของตนเอง การเป็นต้นแบบของสังคม การมีทักษะในการจัดการกับชีวิต การใช้หลักทางจิตวิทยาในการมองตนเองและช่วยเหลือผู้อื่น โดยมีชุดการฝึกอบรม เช่น ฟอนฟักตระหนักในตน มุมมองทางบวก สร้างได้ ด้วยสุนทรียสนทนา เสริม..ซอม..สร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง พายุแห่งปัญหา..ฉันผ่านได้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ฯลฯ เพื่อนำไปสู่การมีภูมิคุ้มกันทางใจในตนเองเพิ่มขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตด้วยศักยภาพของตนเองอย่างมีคุณภาพ



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากงานวิจัย “การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้ผู้สูงอายุ” ในประเด็นสำคัญ อาทิเช่น ควรมีการประสานเครือข่ายการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน ให้มีการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม และมีความต่อเนื่อง ควรมีการขยายผลหลักสูตรการอบรมให้มีการดำเนินการได้จริงในพื้นที่ ควรมีการระดมความคิดเห็นและสะท้อนข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้สามารถพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจของผู้สูงอายุได้ตรงตามความต้องการและสอดคล้องกับความเป็นจริง ทั้งนี้ นักวิจัยได้สื่อสารและขับเคลื่อนความรู้ ตลอดจนข้อเสนอเชิงนโยบายนี้ไปสู่ผู้เกี่ยวข้องในหลายช่องทาง อาทิ การจัดเวทีนำเสนอข้อมูลงานวิจัยให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น



งานวิจัยใช้ “เทคนิคการเล่าเรื่อง” ค้นหาข้อมูล ความต้องการที่มสุขภาพ
ทัศนคติทางการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า วิตกกังวลในผู้สูงอายุ



สถานการณ์ปัญหา

การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ นับเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ทั้งในด้านสรีรวิทยาและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมต่างๆ ทั้งสัมพันธ์ภายในสังคม บุคคลใกล้ชิด รวมไปถึงการนึกถึงถึงความตายที่ใกล้เข้ามา การเปลี่ยนแปลงหลายๆ อย่างที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่มักจะเกิดจากความรู้สึกสูญเสีย โดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเอง เช่น การเคยเป็นที่พึ่ง เป็นผู้นำให้กับคนอื่น การเป็นที่ยอมรับและยกย่องจากคนข้างเคียงเพื่อนฝูงหรือสังคมการขาดที่พึ่ง เหล่านี้เป็นอีกด้านหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจขึ้นมาได้

ข้อมูลด้านประชากรบ่งชี้ว่าไทยเป็นประเทศที่มีโครงสร้างของประชากรกำลังเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่า ในขณะที่จำนวนประชากรวัยทำงาน อายุ 15-64 ปี กำลังหดตัวลง แต่จำนวนประชากรผู้สูงอายุ อายุ 65 ปีขึ้นไป กลับขยายตัวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่น ในปี 2543 อัตราส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรผู้สูงอายุ เป็น 11:1 ในปี 2553 สัดส่วนนี้ลดลงเป็น 9:1 และ

คาดว่าจะเป็น 6:1 ในปี 2563 และเป็น 3:1 ในปี 2593 เป็นการคาดคะเน ว่าประชากรในวัยทำงาน 1 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 3 คน ซึ่งย่อมก่อให้เกิดปัญหาในมิติต่างๆ ตามมามากมายเป็นลูกโซ่ ทั้งในส่วนที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้สูงอายุเอง ต่อบุคคลวัยทำงานในครอบครัวที่ต้องรับภาระเฉลี่ยมากขึ้นไปจนถึงชุมชนสังคมและประเทศชาติที่ต้องใช้งบประมาณมากเพื่อการดูแลคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้มากขึ้น

ที่ผ่านมาปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมักจะเน้นไปที่ปัญหาด้านสุขภาพ หากแต่ความเป็นจริงยังมีปัญหาเชิงระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุและกำลังรอคอยการแก้ไขอย่างจริงจัง เช่น ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ต้องการการดูแลป้องกัน ดังนั้นเพื่อให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุเกิดการบูรณาการความร่วมมือทางการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนหรือพื้นที่เป็นฐาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่กำลังจะเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

“การพัฒนาารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรคจิตกักขังในผู้สูงอายุ” เป็นงานวิจัยภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่อสังคมผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนทุนวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อสร้างให้เกิดกระบวนการทำงานของภาคประชาชนและรัฐในการดูแลป้องกันปัญหาดังกล่าว

สรุปผลการวิจัยจากสำรวจความรู้ ทักษะ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรคจิตกักขังในผู้สูงอายุจากการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1,086 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และหน่วยงานภาครัฐและเอกชนกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลเป็นโรคจิตกักขัง รวมจำนวน 406 คน คิดเป็นร้อยละ 37.4 และเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 21.8 เมื่อถามถึงการดำเนินงานพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้บ้างจรรยาวิชาจิตและสังคม เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าและจิตกักขังในผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรคจิตกักขัง จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ 1,072 คน รายงานวิจัยสรุปว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์การเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น การเจ็บป่วย พันธกรรม และภาวะจิตกักขังของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากการสนับสนุนทางสังคม ที่รู้สึกถึงโอกาส การดูแล โดยเฉพาะเจตคติของผู้ดูแล เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ ยังได้การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของการจัดการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทยและศึกษาการสร้างกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรคจิตกักขังในผู้สูงอายุโดยการคัดเลือกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ใน 6 จังหวัด จากนั้นประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของแต่ละจังหวัดร่วมโครงการฯ โดยมีกิจกรรม อาทิ การลงพื้นที่ชุมชนเพื่อจัดกิจกรรม “ฐานเรียนรู้ดูแลผู้สูงวัย” ศึกษาต้องการของชุมชน

โดยผู้วิจัยและชุมชนยังได้สร้างกลไกหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ดีขึ้นกว่าเดิม คือ เรื่องเล่าจากทุกชุมชน และเทคนิคการใช้เรื่องเล่าในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน นับเป็นเทคนิคใหม่ในเรียนรู้และสามารถนำไปใช้จริงและเกิดผลที่ดีต่อการทำงานหรือการดูแลผู้สูงอายุที่ตนปฏิบัติอยู่ โดยมีผลงานออกมาจำนวน 54 เรื่องราว นอกจากนี้ ยังได้สร้างเครือข่ายจากการดำเนินงานในโครงการฯ โดยใช้ชื่อว่า “เครือข่ายพัฒนางานดูแลผู้สูงอายุ” มีการตั้งกลุ่ม

ทางเพชบุรี เพื่อประโยชน์ในการทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็งต่อไปในอนาคต ซึ่งจะเป็นโมเดลเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและเป็นช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างชุมชน

การเล่าเรื่อง (Story telling) ซึ่งเป็น 1 ในเครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นวิถีทางในการเก็บข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และชีวิตของผู้ให้ข้อมูลถือว่าเป็นวิธีวิทยาเรื่องเล่า (Narrative Method) ที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรื่องของผู้ให้ข้อมูลผ่านวิธีการเล่าเรื่องประสบการณ์ ทำให้ผู้วิจัยทราบและรับรู้ถึงชีวิตของผู้ให้ข้อมูล การเล่าเรื่องจึงเป็นวิถีที่ก่อให้เกิดการค้นพบ ค้นหา และความหมาย



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ในตอนท้ายของรายงานวิจัย ได้จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ โดยมองว่าหน่วยงานสุขภาพ ที่ดูแลสุขภาพจิตระดับประเทศ ควรเป็นผู้รับผิดชอบในการขยายผลการดำเนินงานเพื่อดูแลประชาชน โดยให้ทีมสุขภาพในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พยาบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น พัฒนาศักยภาพจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร่วมกันสร้างโมเดลการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมการสำรวจความต้องการของทีมสุขภาพ ว่าต้องการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของทีมสุขภาพในด้านใด แล้วให้มีการเล่าเรื่องเพื่อสร้างความรู้ที่มีอยู่ของชุมชนนั้นๆ ทั้งนี้ควรมีผู้ทรงคุณวุฒิให้การชี้แนะและเพิ่มพูนความรู้ พร้อมเสนอให้มีการจัดพิมพ์เรื่องเล่าทั้ง 54 เรื่อง เพื่อแจกจ่ายให้กับพื้นที่อื่นๆ ในการนำไปปฏิบัติจริงสำหรับการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของทีมสุขภาพต่อไป



ชื่องานวิจัย	การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย
นักวิจัย	ผศ.ดร. กัตติกา ธนะขำ
สังกัด	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
แหล่งทุนวิจัย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ



แนวโน้ม “ซึมเศร้า” ในผู้สูงอายุป่วยเบาหวาน ในคนไทยสูงขึ้น
วิจัยค้นปัจจัยอุปสรรคการรับรู้ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต



สถานการณ์ปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญมาก และมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 366 ล้านคน สำหรับประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 ในปี 2534 มาเป็นร้อยละ 4.6 ในปี 2539 นอกจากนี้ จากการสำรวจสุขภาพคนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี 2547 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พบคนไทยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 7 หรือประมาณ 3 ล้านคน โดยพบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 45.5 ของประชากรที่ป่วยโรคเบาหวาน

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเข้าออกในการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือคลินิก ผู้ป่วยบางรายต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งมีหลักฐาน

เชิงประจักษ์ที่ชี้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานถึง 2-3 เท่า ดังนั้นอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าจึงพบได้ค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ชนิดของเบาหวาน

- เบาหวานชนิดที่ 1 พบได้ประมาณ 5-10% ของโรคเบาหวานทุกประเภท ปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานชนิดที่ 1 มีน้อยกว่าเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดภาวะเบาหวานชนิดที่ 1 ได้แก่ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง พันธุกรรม สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย
- เบาหวานชนิดที่ 2 พบเป็นจำนวน 90-95% ของจำนวนโรคเบาหวานทุกชนิด ปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานประเภทนี้ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ความอ้วน บุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นเบาหวาน ประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความต้านทานต่อกลูโคสต่ำ ร่างกายไม่เคลื่อนไหว ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เคยเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด

ข้อมูลจาก : www.bumrungrad.com (Sorenaen and Brunnatrom, 1995)



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

“การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย” คือ 1 ในงานวิจัยของแผนงานวิจัยมุ่งเป้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข ภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่อสังคมผู้สูงอายุ ที่เล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

โดยศึกษาระยะแรก เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์และการทำนาย โดยเก็บข้อมูลจากประชากรกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 1,050 คน ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน จาก 24 โรงพยาบาล รายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีอุบัติการณ์เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.5 (ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 67.5) ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9.6 และระดับสูงร้อยละ 2.5 ตามลำดับ งานวิจัยระบุว่า อุตบัติการณ์จากการศึกษามีแนวโน้มที่สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่คาดการณ์ว่าในปี 2560 ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก โดยภาวะซึมเศร้าอาจจะเป็นสาเหตุของภาวะการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่มีอิทธิพลสูงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เช่น วิธีการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินที่ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการฉีดยาบ่อยครั้ง การมีโรคเรื้อรังอื่นแทรกซ้อนร่วมกับโรคเบาหวาน มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ ไม่ได้ทำงาน ขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ขาดการออกกำลังกายทำให้สุขภาพกายและใจไม่ได้ผ่อนคลาย เป็นต้น

ส่วนการศึกษาระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสูงเนิน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือชัย ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานและญาติผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รายงานระบุว่า การแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องเข้าใจบริบท โดยประเด็นสำคัญในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิต คือ หน่วยงานพื้นที่จะต้องมีการประสานงานกันตั้งแต่ระดับ ชุมชน อสม. รพ.สต. และโรงพยาบาล

เพื่อลดช่องว่างที่พบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุมีลักษณะแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงต่อเนื่องและครอบคลุม และเพิ่มเติมให้มีการคัดกรองความเสี่ยงอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านยังไม่มีอย่างต่อเนื่อง 100% จึงควรมีการจัดทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและลงพื้นที่เน้นย้ำกับครอบครัวถึงแนวทางการดูแล รวมถึงการรณรงค์ที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และการมีคลินิกที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะสำหรับ รพ.สต.



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

สรุปธรรมของ “การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย” ได้มีการทดลองแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในการจัดบริการในโรงพยาบาลสูงเนิน ที่มีการแยกคลินิกผู้ป่วยเบาหวานออกมาเป็นคลินิกเฉพาะจาก OPD เพื่อให้บริการตรวจผู้ป่วยจำนวน 3 วัน ช่วงเช้า และอีก 2 วันมีทีมออกหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลสูงเนิน ของ รพ.สต. สูงเนิน ที่ช่วยให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้นจากเดิมที่เน้นรอรับผู้ป่วย จึงมีการดูแลที่ใกล้ชิดมากขึ้น โดยการแนะนำการดูแลตนเองด้วยหลักป้องกัน 7 สี การวิเคราะห์ระดับน้ำตาล รวมทั้งการทำกายบริหาร เป็นการเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรสาธารณสุขที่ดี ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในทางอ้อมได้

นอกจากนี้ ข้อค้นพบจากการศึกษาการวิจัยได้นำไปเผยแพร่ต่อสาธารณชน ในรูปแบบการเผยแพร่ตีพิมพ์บทความวิชาการในวารสารต่างประเทศ คือ วารสารวิจัย Dove Press – Clinical Interventions in Aging ในหัวข้อ Psychometric Properties of the Thai Version of the Diabetes Distress Scale in diabetic Seniors และหัวข้อ Development and Psychometric testing of the Active Aging Scale for Thai Adults อีกด้วย



สถานการณ์ปัญหา

เรื่องของสภาพแวดล้อมต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย เป็นแนวคิดที่มีการศึกษากันอย่างจริงจังมากกว่า 40 ปี โดยเฉพาะในแถบยุโรปและประเทศสหรัฐอเมริกา จากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยการพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในห้องพักผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการมองเห็นและฟื้นฟูของผู้ป่วยสูงอายุ อ้างอิงจาก Ulrich, R. S. 1983 ระบุว่า การออกแบบสภาพแวดล้อมที่ห้องพักผู้ป่วยที่เหมาะสมจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหรือหายจากอาการเจ็บป่วยเร็วขึ้น ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีและยังทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยใช้เวลาเยี่ยมนานมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ ผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องยังชี้ให้เห็นว่าการออกแบบสถานฟื้นฟูผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมยังส่งผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่แสดงออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ซึมเศร้า เป็นทุกข์ กระวนกระวาย ต้องการยาหรือการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ตลอดจนใช้เวลาพักรักษาตัวในสถานพยาบาลยาวนานมากขึ้น

ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกๆ ปี และเป็นกลุ่มประชากรที่มีการเจ็บป่วยตามวัยที่ใช้เข้ารับบริการพักฟื้นในโรงพยาบาล ในขณะที่การศึกษาด้านที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบสถานพยาบาลและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังคงค่อนข้างมีจำกัด

แสงนับเป็นองค์ประกอบสำคัญของสภาพแวดล้อมภายในที่มีผลกระทบต่ออาการบาดเจ็บและฟื้นฟูผู้ป่วย ดังที่ Nightingale (1970) กล่าวว่า ‘สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเป็นอันดับสองรองจากอากาศที่สดชื่นคือแสง...ไม่ว่าจะเป็นแสงประดิษฐ์หรือแสงธรรมชาติต่างมีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูผู้ป่วยทั้งสิ้น’ อย่างไรก็ตามผลกระทบที่เกิดจากแสงอาจเป็นไปได้ทั้งในแง่ลบและแง่บวกเนื่องจากแสงมีอิทธิพลต่อการทำงานของร่างกายและจิตใจ ระยะเวลาที่ได้รับแสงสว่างยังมีผลกระทบต่อจังหวะและวงจรชีวิต Ulrich (1994, 1997) พบว่าการปรับปรุงรูปแบบของแสงและวิศวกรรมภายในห้องพักฟื้นผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากอาการหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

โครงการพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในห้องพักรผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการมองเห็นและฟื้นฟูของผู้ป่วยสูงอายุ เป็น 1 ในผลงานวิจัยมุ่งเป้าด้านการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยในสภาพแวดล้อมภายในห้องพักรผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีผลต่อการมองเห็นและผลการฟื้นฟูของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมภายในห้องพักรผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ทำการสำรวจและศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน คือ รพ.จักราช กับ รพ.โชคชัย จ.นครราชสีมา และโรงพยาบาลจังหวัด คือ รพ.มหาสารคาม ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลข้างต้น

ผลการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งคือ รพ.จักราช กับ รพ.โชคชัย จากการสำรวจทั้งในส่วนห้องพักรผู้ป่วยแบบพิเศษและแบบรวม พบว่า วัสดุซึ่งมีสีที่เข้มขึ้นบริเวณทางเข้าห้องนั้นทำให้ผู้สูงอายุนั้นช่วยเพิ่มศักยภาพในการมองเห็นที่มากกว่าห้องที่ไม่มี หรือการทาสีพื้นหลังของโทรทัศน์ ให้มีพื้นผิวสีเข้มจะก่อให้เกิดศักยภาพในการมองเห็นต่อผู้สูงอายุที่มากกว่าเป็นพื้นผิวสีอ่อน ส่วนในเรื่องของความสบายตาในการมองเห็น ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า ห้องพักรผู้ป่วยที่มีวิวก่อให้เกิดแสงบาดตาจากหน้าต่างน้อยกว่าห้องที่ไม่มีวิว สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนวันนอนของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีวิวภายนอกโดยมีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือการมีที่นั่งมองวิวในห้องพักรผู้ป่วยแบบรวมและพิเศษ ทั้งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนวันนอนของผู้ป่วยสูงอายุก่อให้เกิดจำนวนวันครองเตียงน้อยกว่าห้องที่ไม่มีวิวภายนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนผลการศึกษาในโรงพยาบาลจังหวัด คือ รพ.มหาสารคาม ทั้งในส่วนห้องพักรผู้ป่วยแบบพิเศษและห้องพักรผู้ป่วยแบบรวมของ รพ.มหาสารคาม มีผลการศึกษาสำคัญดังนี้ เช่น ห้องที่มีความแตกต่างของค่าอุณหภูมิสีของแสงที่มีสีขาว (CCT 4,200K) ในห้องพักรผู้ป่วยแบบพิเศษและห้องแบบรวมนั้นทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีศักยภาพในการมองเห็นได้มากกว่าห้องที่มีแสงที่มีสีอบอุ่น (CCT 3,000K) ส่วนค่าความถูกต้องของสีของแสงที่สูงกว่านั้น (CRI 85) ทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีศักยภาพในการมองเห็นที่มากกว่าห้องที่มีความถูกต้องของสีของแสงที่ต่ำกว่า (CRI 69) จากผลการทดลองดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าในห้องพักรผู้ป่วยสูงอายุถ้ามีสีของแสงเป็นสีขาว (CCT 4,000K) และมีค่าความถูกต้องของสีที่สูง (CRI 85) จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุนั้นมีศักยภาพในการมองเห็นได้ดีขึ้น

สำหรับการศึกษาในเรื่องของความสบายตาในการมองเห็นนั้น ชี้ให้เห็นว่าห้องพักรผู้ป่วยแบบพิเศษที่มีวิวก่อให้เกิด

แสงบาดตาจากหน้าต่างน้อยกว่าห้องที่ไม่มีวิว นอกจากนี้ ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าห้องพักรผู้ป่วยแบบรวมที่มีวิวก่อให้เกิดแสงบาดตาจากหน้าต่างน้อยกว่าห้องที่ไม่มีวิวเช่นกัน

การศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมภายในที่เหมาะสมของห้องพักรผู้ป่วยต่อระดับการฟื้นฟู รายงานวิจัยระบุว่า ในห้องพักรพิเศษนั้นปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมภายในที่มีอิทธิพลต่อระดับความกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความส่องสว่างที่ขึ้นงาน โดยมีอิทธิพลสูงสุดรองลงมาคือ การมีวิวภายนอก และอันดับสุดท้ายคือการมีที่นั่งมองวิว โดยในห้องพักรแบบรวมนั้นปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมภายในที่มีอิทธิพลต่อระดับความกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความส่องสว่างที่ขึ้นงาน โดยมีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือการมีวิวภายนอกและอันดับสุดท้ายคือการมีที่นั่งมองวิวในห้องพักรผู้ป่วยแบบพิเศษนั้นปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมภายในที่มีอิทธิพลต่อจำนวนวันนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีวิวภายนอกโดยมีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือการมีที่นั่งมองวิว โดยในห้องพักรผู้ป่วยแบบรวมนั้นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนวันนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีวิวภายนอกโดยมีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือการมีที่นั่งมองวิว



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

โดยผลการศึกษาวิจัยโครงการนี้ ได้มีการนำเสนอรูปแบบในการออกแบบห้องพักรผู้ป่วยแบบพิเศษและแบบรวมเพื่อการมองเห็นและการฟื้นฟูสำหรับผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาล ที่มีการออกแบบตัวอย่าง เช่น ผังพื้นของห้องพักรผู้ป่วย ทศนียภาพมุมสูงของห้องพักรผู้ป่วย ผังโคมไฟของห้องพักรผู้ป่วย ทศนียภาพภายในของห้องพักรผู้ป่วย ภาพรวมของห้องพักรผู้ป่วยในแบบห้องรวมและห้องพิเศษของโรงพยาบาล เป็นต้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผน กำหนดนโยบาย เกี่ยวกับการจัดการและออกแบบการพัฒนาออกแบบห้องพักรผู้ป่วยสำหรับการมองเห็นและการฟื้นฟูที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ สอดคล้องต่อแนวคิดการออกแบบที่ให้ความสำคัญต่อทุกคนในสังคม พร้อมกันนี้ได้จัดทำบทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการของมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 2 บทความด้วย

นอกจากนี้ รายงานวิจัยยังเสนอด้วยว่า นอกจากการวิจัยในช่วงต้นแล้ว ควรจะมีการศึกษาต่อไปในเรื่องของอิทธิพลของปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมภายในของห้องพักรผู้ป่วยสูงอายุในเรื่องของแสงสว่างต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุอื่นๆ เช่น การโกนหนวด การแต่งตัว การสวมเสื้อผ้า การจัดยา เป็นต้น

A stylized illustration of a hand holding a magnifying glass. The hand is pink with white nail polish, holding the black handle of the magnifying glass. The lens of the magnifying glass is focused on a blue circle. Inside the blue circle is a large yellow letter 'H'. Below the 'H' is Thai text. The background is a solid blue color with a horizontal black band passing behind the magnifying glass lens.

H

งานวิจัย
ด้านเด็ก – วัยรุ่น



? สถานการณ์ปัญหา

สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก นับเป็นเครื่องมือสำคัญในการจดบันทึกข้อมูลพัฒนาการและการสร้างเสริมสุขภาพของเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครอง แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขได้ใช้บันทึก ติดตามข้อมูลทางสุขภาพของเด็ก แต่เนื่องจากสมุดเป็นเอกสารที่ต้องตั้งใจพกพาไปด้วยจึงมีข้อจำกัด เช่น เวลาลูกป่วยบางครั้งผู้ปกครองก็ไม่ได้นำสมุดมาด้วย บ้างประสบปัญหาสมุดฉีกขาดหรือสูญหาย ทำให้ข้อมูลสำคัญเหล่านั้นตกหล่นหรือหายตามไปด้วย ซึ่งหมายความว่า ในบางกรณีเด็กบางรายมีพัฒนาการช้ากว่าวัยอันควร หรือมีการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์หรือเป็นโรคอ้วน ผู้ปกครอง แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ก็จะขาดการเข้าถึงข้อมูลในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสมนั่นเอง

ปัจจุบันผู้ปกครองจำนวนมากสามารถเข้าถึงบริการอินเทอร์เน็ตและมีสมาร์ตโฟนใช้ในชีวิตประจำวันติดตัวกันอยู่แล้ว ทำให้การเข้าถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่ง่ายขึ้นตามมาด้วย ฉะนั้นการดาวน์โหลดแอปพลิเคชันต่างๆ มาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการในเรื่องนั้นๆ จะเป็นประโยชน์กับผู้ใช้มากที่สุด จึงเป็นที่มาของการดำเนินโครงการวิจัยแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์พกพาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กไทย โดยใช้ชื่อ KhunLook คุณลูก Mobile Application (iOS และ Android) และ Web Application (www.khunlook.com) 1 ในชุดโครงการวิจัยมุ่งเป้าเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย จากความร่วมมือของทีมนุมารแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น ทีมวิจัยจากศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่ได้ร่วมพัฒนาแอปพลิเคชันใหม่ทดแทนสำหรับแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข ที่ผู้ปกครอง ครู สามารถเข้าถึงความรู้ในการนำไปปรับใช้ในการเลี้ยงดูเด็กๆ ให้สุขภาพกายและใจที่แข็งแรง อย่างง่าย

“แอปแอปพลิเคชัน คุณลูก หรือ KhunLook ช่วยอำนวยความสะดวกในการเลี้ยงดูลูกได้เป็นอย่างดี เนื่องจากสามารถบันทึกพัฒนาการลูกได้ตั้งแต่แรกเกิด และสามารถบันทึกตารางนัดหมายวันพบแพทย์วันฉีดวัคซีน สามารถคำนวณการเจริญเติบโตของลูกว่าเหมาะสมกับวัยหรือไม่ มีข้อมูลด้านโภชนาการแนะนำสำหรับเด็กแต่ละวัย สะดวกในการพกพา นอกจากนี้ ยังช่วยในการแปลผลได้ว่า เด็กในอายุเท่านี้ ควรกินอะไร ปริมาณเท่าไร การแจ้งเตือนเมื่อต้องฉีดวัคซีน ช่วยอำนวยความสะดวกให้คุณพ่อแม่ได้ดี ตัดความกังวลจากการลืมนัดหมายได้อีกด้วย”

ข้อมูลจาก : คุณแม่ลูกสอง ที่ใช้แอปแอปพลิเคชัน คุณลูก – KhunLook



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

แอปพลิเคชันคุณลูก หรือ KhunLook ถูกนำมาศึกษาและพัฒนาให้มีความสมบูรณ์ จนเป็นเทคโนโลยีที่มีจุดเด่น คือ เป็นเครื่องมือสำหรับผู้ปกครองใช้ เป็นภาษาไทย สามารถพกข้อมูลติดตัวได้ตลอดเวลา พร้อมใช้อยู่ในมือถือหรือสมาร์ตโฟน และสามารถเก็บข้อมูลของลูกได้หลายคนในแอปพลิเคชันเดียว โดยใช้เกณฑ์สำหรับเด็กไทย ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่กุมารแพทย์ยอมรับ ซึ่งได้รับความร่วมมือในการพัฒนาจากมหาวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมอนามัย สามารถเก็บข้อมูล ตลอดจนการวัดการเจริญเติบโต ส่วนสูง น้ำหนัก รอบศีรษะ ภาวะทางโภชนาการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเกิดถึง 19 ปี การสำรวจพัฒนาการ ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี การเก็บบันทึกข้อมูลการรับวัคซีน ตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี เช่น วัคซีนวัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ตับอักเสบบี ใช้สมองอักษบ หัด คางทูม โปлио การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การนัดหมาย เป็นต้น

โปรแกรมยังสามารถดูคำแนะนำเบื้องต้นจากกุมารแพทย์ และทันตแพทย์ของเด็กในแต่ละช่วงวัยอีกด้วย ง่ายต่อการใช้งานข้อมูลสุขภาพของคุณลูกร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและแพทย์ ทั้งยังสามารถพกข้อมูลติดตัวไปได้ตลอด เพื่อส่งเสริมให้เด็กโตและมีพัฒนาการเต็มศักยภาพ ลดความเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการล่าช้า โดยปัจจุบันพร้อมที่จะเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลของโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพได้ทันที



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

การพัฒนาแอปพลิเคชันคุณลูก หรือ KhunLook มีคุณประโยชน์อย่างมากสำหรับการดูแลเด็กร่วมกับผู้ปกครอง ครู แพทย์ สามารถเตือนการนัดหมายที่ได้บันทึกและช่วยในการติดตามประเมินการเจริญเติบโต และพัฒนาการได้อีกทั้งยังสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากและฟัน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และสามารถเปิดอ่านคำแนะนำล่วงหน้าในการดูแลสุขภาพของแต่ละวัยว่ามีการเลี้ยงดูอย่างไรจึงจะเหมาะสม นอกจากจะเป็นผลดีในการดูแลเด็กแล้ว ยังช่วยให้เกิดเข้าใจถึงแนวทางการเลี้ยงดูบุตรหลานได้ตรงกับหลักการทางการแพทย์ด้วย นับเป็นเครื่องมือทางเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ปกครองใส่ใจสุขภาพลูกได้อย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้นและเสริมสร้างให้เด็ก ๆ ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ

ปัจจุบันผู้ปกครอง บุคลากรในศูนย์เด็กเล็ก หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้มีการเริ่มใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งสามารถ Download ได้จาก www.khunlook.com, Apple App Store หรือ Google Play และรองรับการใช้งานสำหรับ iOS 7.0 เป็นต้นไป Android 4.1 เป็นต้นไป และเว็บแอปฯ www.khunlook.com สำหรับทุกระบบ โดยแอปพลิเคชัน “KhunLook คุณลูก” ที่อยู่ในหมวดการแพทย์ใน Google Play (Android) และอยู่ในหมวด Health & Fitness ใน Apple AppStore (iOS) มียอดผู้ดาวน์โหลดใช้งานแล้วรวมกว่า 10,000 คน



วิจัยส่งเสริมการใช้เบาะนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์
ขับเคลื่อนสู่กฎหมายบังคับใช้ในประเทศไทย



สถานการณ์ปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ในแต่ละปีมีเด็กประมาณ 186,300 คนทั่วโลก เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนหรือเทียบได้กับ ในทุกๆ 4 นาทีจะมีเด็ก 1 คนเสียชีวิตบนท้องถนน (ข้อมูลจาก บทความเรื่องการพัฒนากระบวนการคมนาคมทางถนนไม่ควรแลกมาด้วยการสูญเสียชีวิตเด็ก โดย Dr. Liviu Vedrasco, Technical Officer, องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย เผยแพร่ในงานสัปดาห์รณรงค์เพื่อความปลอดภัยทางถนนระดับโลก ครั้งที่ 3 ในระหว่างวันที่ 4-10 พฤษภาคม พ.ศ.2558)

สำหรับประเทศไทย สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานข้อมูลของโรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ จำนวน 33 แห่ง ในปี 2553 – 2556 ซึ่งพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการโดยสารรถยนต์จำนวน 15,843 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 4,000 คน ในจำนวนนี้เกิดจากการโดยสารรถปิคอัพ จำนวน 1,948 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.30 และจากการโดยสารรถแท็กซี่จำนวน 433 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.73 ทั้งนี้มีเด็กเสียชีวิต จำนวน 524 คน โดยร้อยละ 23.85 ของเด็กที่เสียชีวิตจากการโดยสารรถปิคอัพ และจากการ

โดยสารรถแท็กซี่ ร้อยละ 6.68 สาเหตุสำคัญเพราะผู้ปกครองมักอุ้มเด็กไว้บนตักมากกว่าการให้นั่งบนเบาะนิรภัยสำหรับเด็ก เมื่อเกิดอุบัติเหตุจึงไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวซึ่งการชนอย่างรุนแรงทำให้เด็กหลุดจากอ้อมกอดของผู้ปกครองไปกระแทกกับส่วนต่างๆ ในรถหรือหลุดออกจากตัวรถได้

สถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ทำให้ปัจจุบัน 96 ประเทศทั่วโลกมีกฎหมายบังคับใช้เบาะนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง ในขณะที่กลุ่มประเทศมีรายได้ต่ำและปานกลางยังไม่มีกฎหมายบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับประเด็นนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่าการใช้เบาะนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์จะมีส่วนช่วยลดการเสียชีวิตของเด็กได้ถึง ร้อยละ 70 (ข้อมูลจาก WHO. Global status report on road safety 2013. WHO Press : Switzerland) โดยในส่วนขององค์การสหประชาชาติ ได้ประกาศทศวรรษแห่งความปลอดภัยบนท้องถนน ปี 2454 – 2463 พร้อมกับเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกร่วมผลักดันเรื่องความปลอดภัยบนท้องถนน โดยมีเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตลงให้ได้ร้อยละ 50 ภายในปี 2563

สรุปสาระสำคัญจากคู่มือการใช้เบาะนิรภัยเด็กในรถยนต์ สำหรับผู้ปกครองเด็ก

- เด็กเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนได้จาก...ร่างหลุดลอยจากที่นั่งไปอัดกับแผงคอนโซล กระຈก หลุดออกนอกตัวรถ
- กอดลูก ให้นั่งตัด = รักลูกผิดทาง เพราะแรงจากการเบรกกะทันหันจะเกินกำลังที่ผู้ปกครองจะยึดเด็กเอาไว้ได้
- รักลูกอย่ากอด...ใช้เบาะนิรภัยฯ โดยการใช้เบาะนิรภัยจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บรุนแรงได้ถึง 5 เท่า
- ข้อเสนอ เพื่อความปลอดภัยสูงสุด เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี ควรใช้เบาะนิรภัยฯ และตั้งไว้ที่เบาะหลังของรถยนต์



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

ในด้านประเทศไทย ในช่วงที่ผ่านมาได้เกิดความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินโครงการส่งเสริมหนุนช่วยปลอดภัยจากการใช้เบาะนิรภัยเด็กในรถยนต์ ในโรงพยาบาล 4 แห่ง ประกอบด้วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี รพ.ขอนแก่น รพ.ตรัง และรพ.ลำปาง โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ทำการศึกษาวิจัย **การส่งเสริมการใช้เบาะนิรภัยเด็กในรถยนต์ กรณีศึกษาของประเทศไทย** เพื่อติดตามผลการดำเนินโครงการฯ ตลอดจนพัฒนาข้อเสนอเพื่อลดการสูญเสียจากปัญหาดังกล่าว

การศึกษานี้ ได้ดำเนินงานขึ้นระหว่างกรกฎาคม 2557 ถึงมิถุนายน 2558 ในโรงพยาบาล 4 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการฯ มีกลุ่มเป้าหมายคือ เด็กหลังคลอด และเด็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี ที่ผู้ปกครองใช้รถเก๋งและรถปิคอัพ รวม 120 คน พบว่า การรับรู้ของผู้ปกครองในการใช้เบาะนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เคยได้ยินหรือรู้เรื่องเบาะนิรภัยมาก่อนจาก ร้านอุปกรณ์เลี้ยงเด็ก ห้างร้าน ภาพยนตร์ ทีวี หนังสือ และเพื่อนบ้าน อย่างไรก็ตาม ในสัดส่วนผู้ปกครองที่เคยได้ยินและทราบเรื่องเบาะนิรภัย มีเพียงส่วนน้อย คือ ร้อยละ 20 ที่เคยใช้เบาะนิรภัย

และภายหลังจากที่ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการ 120 ราย ได้รับเบาะนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ไปใช้ พบว่า การใช้เบาะนิรภัยฯ ในช่วงแรก เด็กจะงอแง ร้องไห้บ้างเกร็งบ้าง ผู้ปกครองจะมีเทคนิคที่ทำให้เด็กหายจากการต่อต้าน เช่น เตรียมเด็กก่อนเดินทางให้พร้อมโดยการให้ดื่มนมให้อิ่ม การฝึกนั่งเบาะก่อนติดตั้งบนรถ ทั้งนี้ในกลุ่มทดลอง มีผู้ปกครองที่ใช้เบาะนิรภัยที่ขับรถแล้วเบรกกะทันหัน จำนวน 4 คน ผลปรากฏว่า เด็กนอนหลับไม่รู้สึกรถถึงแรงกระแทกเลย อย่างไรก็ตาม ผู้ปกครองร้อยละ 70 มองว่า แม้เบาะนิรภัยจะมีประโยชน์ แต่ประเทศไทยเบาะนิรภัยมีราคาค่อนข้างสูง ซึ่งผู้ปกครองที่มีฐานะทางการเงินต่ำจะไม่สามารถซื้อมาใช้ได้ และเห็นว่าบริษัทขายรถยนต์ควรมีเบาะนิรภัยเป็นของแถมจากการขายรถ ในการนี้ พร้อมสนับสนุนการออกกฎหมายใช้เบาะนิรภัยเพื่อความปลอดภัยและลดความสูญเสียของเด็ก



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญที่คณะวิจัยเสนอและร่วมกันขับเคลื่อนในครั้งนี้ คือ การผลักดันให้เกิดกฎหมายการใช้เบาะนิรภัยในประเทศไทย ในระยะแรกกระทรวงสาธารณสุขควรเป็นผู้รับผิดชอบในการประกาศเป็นกฎกระทรวงฯ และผลักดันให้เป็นกฎหมายเบาะนิรภัยเด็กในรถยนต์ พร้อมกับการสร้างความตระหนักแก่ประชาชนในการใช้เบาะนิรภัย โดยเฉพาะกลุ่มครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ การจัดหาเบาะนิรภัยในรถยนต์สำหรับเด็ก โดยการจำหน่าย หรือให้เช่า หรือให้ยืมแก่แม่หลังคลอด ตลอดจนติดตามผลการใช้เบาะนิรภัย

นอกจากนี้ รัฐบาลควรให้การสนับสนุนเบาะนิรภัยให้มีราคาถูกลง โดยข้อเสนอจากงานวิจัยดังกล่าวได้นำเสนอต่อผู้เกี่ยวข้องไปแล้ว อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงคมนาคม กรมศุลกากร ผู้ประกอบการจำหน่ายรถยนต์และเบาะนิรภัยเด็ก เป็นต้น ทั้งนี้ บทเรียนจากการศึกษาได้มีการนำมาจัดทำคู่มือส่งเสริมการใช้เบาะนิรภัยในเด็กฯ สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลและสำหรับผู้ปกครองเด็ก เพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณะอีกด้วย

พัฒนารูปแบบเรียนรู้ทักษะชีวิต “รู้จักตนเอง – ควบคุมอารมณ์”
หลักสูตรเสริมการดำเนินชีวิต ของวัยรุ่นที่บกพร่องทางการได้ยิน



สถานการณ์ปัญหา

ในช่วงวัยรุ่นของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน การจะปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้น ย่อมมีความยากลำบากมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป แม้ความสามารถทางด้านสติปัญญาจะเทียบเท่ากับวัยรุ่นทั่วไป แต่ด้วยข้อจำกัดที่ต้องอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สื่อสารกันด้วยภาษาพูดมากกว่าภาษามือ ทั้งการถูกมองว่าเป็นความพิการของสังคม จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ “วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน” เกิดความยากลำบากในการสื่อสารกับครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ ยังมีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป รวมไปถึงความรู้สึกโดดเดี่ยวแตกแยกออกจากสังคมและปัญหาทางด้านอารมณ์อาจทำให้วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจะใช้พฤติกรรมทางกายเป็นสื่อแสดงออกมา

- ในช่วงของเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น “สมองส่วนอารมณ์” จะไวต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบ เป็นผลให้วัยรุ่นมีอารมณ์ขึ้นลงเร็วกว่าคนในช่วงวัยอื่น ซึ่งเกิดจากฮอร์โมนเพศ ดังนั้นการจะทำให้ “สมองส่วนคิด” ถูกพัฒนา และกด “สมองส่วนอารมณ์” ไว้ คือการพัฒนาทักษะชีวิตให้เกิดขึ้นในตัวเด็กทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “วัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน”

- ทั้งนี้ นิยามของ “ทักษะชีวิต” หมายถึง ความสามารถของตนเองในด้านการตระหนักรู้ และเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ด้านการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และด้านการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะช่วยในเรื่องควบคุมอารมณ์ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การรับรู้ความรู้สึก การคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล และการคิดวิเคราะห์แยกแยะ



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เล็งเห็นถึงการให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในประเทศไทย จึงได้ทำการ**ศึกษาการพัฒนาตัวแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมทักษะชีวิตของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน** โดยมีวัตถุประสงค์ในการประเมินความจำเป็นของการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมทักษะทางการได้ยินของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในประเทศไทย และหาแนวทางส่งเสริมการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่สร้างเสริมการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับคนทั่วไป โดยคณะผู้วิจัยทำการศึกษากับเป้าหมายในมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 25 คน ในโรงเรียนโสตศึกษา 1 แห่ง ที่สามารถใช้ภาษามือหรืออ่านหนังสือได้

ผลการวิจัยรายงานว่า สภาพปัจจุบันของการจัดการเรียนรู้ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในโรงเรียนโสตศึกษา มีการสอดแทรกทักษะชีวิต 2 วิธี ได้แก่ การสอดแทรกทางตรง คือ การใช้หลักสูตรโดยเฉพาะเพื่อเน้นในส่วนที่เด็กหูหนวกขาด และสอดแทรกทางอ้อม คือ การสอดแทรกผ่านพ่อแม่ คุณครู หรือผู้ปกครอง และโรงเรียนโดยการจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมทักษะชีวิต

คณะผู้วิจัยจึงได้ นำโปรแกรมฝึกทักษะทักษะชีวิตมาใช้กับวัยรุ่นกลุ่มเป้าหมาย โดยแบ่งทักษะการเรียนรู้เป็น 4 มิติ ได้แก่ 1.การรู้จักตนเอง 2.การจัดการและควบคุมอารมณ์ 3.การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และ 4.การคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจอย่างสร้างสรรค์ โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้เริ่มดำเนินการใน 2 มิติแรกก่อน โดยสอดแทรกเข้าไปในการเรียนการสอนในทุกวิชาหลัก คือ 1.การรู้จักตนเอง เช่น การฝึกแสดงบทบาทสมมุติให้ลองแสดงออกตามรู้สึกนึกคิดของตนเอง และนำเอาการแสดงของผู้อื่นมาร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นเรียนรู้ว่าผู้แสดงได้แสดงพฤติกรรมอะไรออกมา หรือพฤติกรรมนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลอะไรตามมา รวมไปถึงการแทรกการจำลองสถานการณ์ และการเล่นเกม เป็นต้น 2.การจัดการและควบคุมอารมณ์ เช่น เทคนิคการสร้างสุขให้กับตนเอง การผ่อนคลายอารมณ์ และรู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง เป็นต้น

ผลจากการทดลองใช้ตัวแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมทักษะชีวิตของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินตัวแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมทักษะชีวิตของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินประกอบด้วย การรู้จักตนเอง และการจัดการอารมณ์ ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนพบว่า คะแนนทักษะชีวิตหลังการทดลองใช้ตัวแบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในทั้ง 2 ด้าน ส่วนข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคของการจัดการเรียนรู้ คือ การที่วัยรุ่นตอนต้นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่ขาดทักษะการใช้ภาษาไทย ทั้งการอ่าน และการเขียน รวมไปถึงการขาดหน่วยงาน

พัฒนาสื่อการเรียนรู้เฉพาะในโรงเรียน ส่งผลให้การจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมทักษะชีวิตของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินไม่ประสบความสำเร็จ

สำหรับข้อเสนอแนะในทางปฏิบัตินั้น คณะผู้วิจัย เสนอว่า “การเรียนรู้ทักษะชีวิต ทั้ง 2 ด้าน คือการรู้จักตนเองและการจัดการควบคุมอารมณ์” มีนัยความสำคัญ ทั้งนี้การเรียนการสอนที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ควรมีการสอนแบบ 2 ภาษา คือ ภาษาไทย และภาษามือควบคู่กันไปในช่วงเรียนฯ และควรใช้ครู 2 ภาษา คือ ครูหูดี และครูหูหนวก เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางภาษาไทย อันจะส่งผลให้สามารถเรียนรู้ได้จากทั้งภาษามือ และตำราภาษาไทย และเสนอว่าสำหรับการทดลองควรมีการศึกษาระยะยาว เพื่อเห็นความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของทักษะชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งควรมีการศึกษาอีก 2 ด้านที่เหลือ คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจอย่างสร้างสรรค์ เพื่อทักษะชีวิตของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจะได้พัฒนาครบด้าน

ส่วนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันเป็นนโยบายให้มีวิชาการสร้างเสริมทักษะชีวิตอันจะส่งผลให้วัยรุ่นตอนต้นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเป็นประชากรของประเทศที่มีคุณภาพต่อไป ที่สำคัญจะต้องให้ผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีโอกาสได้เรียนรวมในชั้นเรียนทั่วไปซึ่งจะส่งผลให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมแห่งการใช้เสียงได้ และทำให้ไม่แยกตัวออกจากสังคมแห่งการใช้เสียง เพราะความไม่เข้าใจภาษา ควรมีการจัดตั้งศูนย์จัดทำกรเรียนรู้สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเพื่อผลิตสื่อการเรียนรู้อันเฉพาะความบกพร่องทางการได้ยินซึ่งจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้อันดีขึ้น



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

คณะผู้วิจัยได้จัดทำสรุปข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อมอบให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ ได้นำไปเป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาทักษะชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินต่อไป



งานวิจัยผลการใช้โปรแกรมเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนักเด็กใต้ ม.ต้น
ชี้ชัด “ปรับพฤติกรรม” ส่งผลลดอ้วน
โดย “สิ่งแวดล้อม” ตัวแปรสำคัญทำให้พฤติกรรมการกิน ออกกำลังกายดีขึ้น



สถานการณ์ปัญหา

“เด็กอ้วนในวันนี้ มีความเสี่ยงเป็นผู้ใหญ่อ้วนในวันหน้า” คำพูดนี้คงไม่ใช่คำขวัญเรื่องเด็กอ้วน หากแต่มีแนวโน้มของความจริงที่มีอาจปฏิเสธได้ ด้วยเพราะพฤติกรรมการกินและการใช้ชีวิตของเด็กยุคนี้ที่แปรตามความเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยี ไม่ว่าจะเป็น เด็กติดกินขนมขบเคี้ยว และอาหารประเภทแป้ง ไขมัน น้ำตาล มีพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่ เล่นมือถือหรือดูทีวีเป็นเวลานาน ไม่ออกกำลังกาย ฯลฯ ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้ความอ้วนมาเยือนเด็กๆ ได้ไม่ยาก

“ความอ้วน” ถือเป็นโรคชนิดหนึ่ง และคนอ้วนมักมีอายุสั้นกว่าคนผอม รวมทั้งพบอัตราการเป็นโรคและอัตราการตายสูงกว่าคนที่น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความอ้วนสามารถก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรคปวดข้อ โรคข้อเข่าเสื่อม ฯลฯ จากพฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป ก่อให้เกิดความเสี่ยงเป็นโรคอ้วน และทำให้คนที่เป็โรคอ้วนมี

จำนวนเพิ่มขึ้นทั่วโลก ส่วนในประเทศไทยแม้มีการจัดการเพื่อควบคุม บัองกัน และแก้ไขปัญหาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนมากกว่า 20 ปีแล้วก็ตาม แต่สถานการณ์เด็กอ้วนยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ดังจะเห็นได้จากการสำรวจเมื่อปี 2546 เด็กวัยเรียนมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 5.4 ในปี 2552 ร้อยละ 9.7 และในปี 2556 ร้อยละ 16.7 ซึ่งการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กลุ่มเด็กวัยเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนไม่เกิน ร้อยละ 10

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและจัดการปัญหาวะโภชนาการเกินที่เน้นเฉพาะบุคคลอาจสำเร็จได้ยาก แม้บุคคลจะมีความรู้และตระหนักถึงผลดีของการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและการออกกำลังกายก็ตาม เนื่องจากปัจจัยแวดล้อม เช่น ครอบครัว โรงเรียน นโยบาย กฎระเบียบ และกลไกต่างๆ ในสังคม ไม่เอื้อให้บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นการควบคุมและป้องกันโรคอ้วนต้องดำเนินการ

อย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ โดยควรป้องกันตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อไม่ให้เป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรงและรักษายากในอนาคต

ปัจจัยแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อให้เกิดการปรับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักเรียน เช่น จัดพื้นที่สนามกีฬา/พื้นที่ใช้ออกกำลังกาย จัดหาอุปกรณ์กีฬาเพื่อสนับสนุนการออกกำลังกาย จัดกิจกรรมกีฬาประจำปีอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ใช้การเดินเมื่อเปลี่ยนวิชาเรียนแทนการขึ้นลิฟต์ ส่งเสริมให้มีการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ ส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี จัดให้มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในโรงเรียน ฯลฯ



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สนับสนุนให้เกิดงานศึกษาวิจัยผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดน้ำหนักของเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ภายใต้โครงการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่เขตสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานพัฒนาบุคลากรด้านวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ งานวิจัยดังกล่าวเป็นการดำเนินงานในพื้นที่บนฐานงานจริงของนักวิจัย ข้อมูลองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยสามารถนำมาบูรณาการกับการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนของเขตสุขภาพที่ 12 ได้อย่างดี

งานวิจัยชิ้นนี้ มีเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและน้ำหนักที่ลดลงของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานก่อนและหลังเข้าโปรแกรม และศึกษาผลของโปรแกรมด้านต่างๆ ทั้งด้านนโยบายของผู้บริหารโรงเรียน สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน อิทธิพลจากเพื่อน/ผู้ปกครอง ผู้จำหน่ายอาหารในโรงเรียน หรือระบบบริการสุขภาพ ซึ่งทีมวิจัยได้สร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ที่อยู่ในพื้นที่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลักคิดในการออกแบบโปรแกรมฯ ตามแบบจำลองเชิงนิเวศของพฤติกรรม (Social ecological Model) เช่น การกำหนดนโยบาย การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การส่งเสริมและสนับสนุนทางสังคม ฯลฯ แล้วจึงเก็บข้อมูลตั้งแต่ช่วงเดือนกรกฎาคม 2557 ถึงกุมภาพันธ์ 2558 ซึ่งขณะทำการศึกษาวิจัย กลุ่มเป้าหมายบุคคลก็ได้รับการเรียนรู้และร่วมกำกับตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไปพร้อมกับการศึกษาครั้งนี้ด้วย

และผลการศึกษาชี้ชัดว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการลดน้ำหนักของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นและน้ำหนักลดลง โดยเป็นผลจากการช่วยกันปรับเปลี่ยนและเก็บข้อมูลร่วมกันทั้งครอบครัวและโรงเรียน ตลอดจนการช่วยกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสนับสนุนให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่ดีขึ้น



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

นอกจากงานศึกษาวิจัยชิ้นนี้ จะสามารถสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ที่มีทักษะความรู้ในการพัฒนางานวิจัยด้านนโยบายและระบบสุขภาพที่สามารถตอบโจทย์ปัญหาสำคัญและเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวมได้แล้ว งานวิจัยนี้ยังถูกนำไปใช้ประโยชน์ใช้โดยนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพเขตเมือง ของเขตสุขภาพที่ 12 และนำไปบูรณาการกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขด้านการพัฒนาสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนร่วมด้วย





การศึกษา “วิเคราะห์สถานการณ์-ปัจจัยการแก้ไขปัญหานอนามัยแม่และเด็กใน 3 จังหวัดชายแดนใต้” หนึ่งในทางรอดแก้วิกฤต “แม่หลังคลอดตายสูงกว่า 80%”



สถานการณ์ปัญหา

การเกิดและมีชีวิตอยู่รอด นับเป็นจุดตั้งต้นที่สำคัญของการทำงานด้านสาธารณสุข ดังนั้นงานอนามัยแม่และเด็กจึงเป็นตัวบ่งชี้สภาวะสุขภาพที่มักถูกหยิบยกขึ้นเป็นตัวสะท้อนการพัฒนาสุขภาพของประเทศอยู่เสมอ เพราะส่วนหนึ่ง การเสียชีวิตของแม่ที่คลอดบุตรเป็นตัวบ่งบอกความเป็นอยู่ของผู้หญิงและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมถึงความเพียงพอของสถานบริการด้านสุขภาพด้วย

หากแต่สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในเขตพื้นที่ภาคใต้ โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังมีความน่าเป็นห่วงเข้าขั้นวิกฤตอยู่มาก เหตุเพราะอัตราส่วนการตายของมารดายังเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง โดยพบสูงสุดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส คิดเป็นร้อยละ 82.81, 67.43 และ 63.93 ต่อแสนคนในการเกิดมีชีวิต ตามลำดับ (เกณฑ์มาตรฐาน ไม่ควรเกินร้อยละ 15 ต่อแสนคนในการเกิดมีชีวิต) นอกจากนี้ยังพบปัญหา

มารดาขาดสารอาหาร และมีภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ โดยในปี 2556 ภาพรวมของประเทศ พบว่า มารดาที่มีภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 17.1 โดยพบสูงสุดที่จังหวัดปัตตานี ร้อยละ 18.4 รองลงมาได้แก่ นราธิวาส 17.2 และยะลา 16.1 ตามลำดับ (เป้าหมายที่กำหนด ไม่ควรเกินร้อยละ 10) ส่งผลต่อทารกแรกคลอด อาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและคลอดมาแล้วน้ำหนักน้อย ส่วนสถานการณ์ทารกแรกคลอดในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ยังมีทารกจำนวนมากที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก (เกณฑ์น้ำหนักแรกคลอดต้องไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ซึ่งภาพรวมของประเทศ ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อยู่ที่ร้อยละ 7.8 โดยอัตราสูงสุดอยู่ที่จังหวัดยะลา ร้อยละ 9.5 รองลงมาได้แก่นราธิวาส 7.4 และปัตตานี 6.7 ทั้งนี้สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ในบริบทของสูติศาสตร์สมัยใหม่ และมีเพียงน้อยรายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัย

จากสถานการณ์สถิติที่น่าเป็นห่วง สะท้อนถึงปัญหาทางอนามัยแม่และเด็กใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ควรได้รับการแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน จึงเป็นที่มาของโจทย์วิจัยของนักวิจัยรุ่นใหม่ภายใต้หลักสูตรเพื่อพัฒนานักวิจัยในเขตสุขภาพซึ่งเป็นหลักสูตรในความร่วมมือของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถนำมากำหนดเป็นกลยุทธ์การแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ทั้งด้านความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิต

“โตะปีแด่” เป็นชื่อที่ชาวไทยมุสลิมใช้เรียกผู้ที่เขาศรัทธาในการดูแลเกี่ยวกับมารดาและทารก ซึ่งครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ท้องจนกระทั่งคลอด โดยชาวบ้านจะมีมุมมองเรื่องการทำคลอดของโตะปีแด่ว่าเป็นการช่วยเหลือและเสียสละ อย่างที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน



งานวิจัยตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ

ทีมนักวิจัยได้ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยการเก็บข้อมูลทั้งแบบสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม กับกลุ่มเป้าหมายสำคัญต่างๆ อาทิ ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก หญิงตั้งครรภ์ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การภาคเอกชนในพื้นที่ ผู้นำศาสนา โตะปีแด่ ฯลฯ ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส) ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นคนไทยมุสลิม ดังนั้นนักวิจัยจึงต้องทำความเข้าใจในเรื่องบริบทของพื้นที่ ภาษา วัฒนธรรม หลักการทางศาสนา เพื่อการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบได้อย่างรอบด้าน

จากการศึกษาพบปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญ 3 ประเด็นหลักๆ คือ 1) **กำลังคน** ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กมีการเปลี่ยนแปลงหมุนเวียนกันค่อนข้างบ่อย เป็นลักษณะของ “คนไม่ทันเก่า ใหม่ก็มา” ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพของงานอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากงานอนามัยแม่และเด็กเป็นงานที่ต้องใช้ทักษะและประสบการณ์ค่อนข้างสูงเพื่อการประเมินและการจัดบริการสุขภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมไปถึงตัวชี้วัดต่างๆ จากส่วนกลางไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้ภาระงานของผู้ปฏิบัติงานมากเกินไป 2) **ความเชื่อ** ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและการตัดสินใจ เช่น เชื่อว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานอาหารมาก และไม่ควรถ่ายยาบำรุง เชื่อและให้คุณค่ากับการกำเนิดบุตร และเชื่อว่าการตายเป็นเรื่องของธรรมชาติ แม้แต่ในรายหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ก็ยังต้องการมีลูกเพื่อสืบสกุล 3) **โตะปีแด่** ถือเป็นจุดแข็งของระบบการทำงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากเป็นผู้อาวุโสที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่ผสมผสานการดูแลกับหลักศาสนาซึ่งทำให้เกิดศรัทธาและความอุ่นใจกับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ต่างกับการบริการทางการแพทย์ที่ยังไม่สามารถเข้าใจและเข้าถึงวิถีมุสลิมได้อย่างแท้จริง

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดชายแดนภาคใต้ งานวิจัยได้สะท้อนข้อมูลชัดเจนว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ต้องทำงานร่วมกับโตะปีแด่ที่เป็นผู้นำความเชื่อและศรัทธาของพี่น้องคนไทยมุสลิม อาทิ การพัฒนาสมรรถนะให้กับโตะปีแด่ เกี่ยวกับการประเมินปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ การส่งต่อและทำคลอดฉุกเฉินอย่างปลอดภัย รวมไปถึงการทบทวนตัวชี้วัดและปรับแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายแม่และเด็กให้เป็นเครื่องมือที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสม และเป็นไปได้ สอดคล้องตามสภาพปัญหาในพื้นที่ พร้อมการสนับสนุนอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก เช่น จัดให้มีโควตาการศึกษาด้านสูติรีแพทย์เป็นกรณีพิเศษในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผสมกับการเพิ่มมุมมองและความเข้าใจในวิถีชีวิตและความเชื่อของคนไทยมุสลิมให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ ฯลฯ



การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ ได้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การทำงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ควรผสมผสานความรู้ด้านสาธารณสุขกับต้นทุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็น ความเชื่อ วัฒนธรรม ศาสนา วิถีชีวิต ฯลฯ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพระดับต่างๆ ให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้เมื่อมองในมุมของการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ พบว่า ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 12 ได้ใช้ข้อมูลจากการวิจัยนี้ไปกำหนดกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดชายแดนภาคใต้



สืบค้นงานวิจัยฉบับเต็ม (Full Text)
ทางคลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ (Knowledge Bank)

<http://kb.hsri.or.th>

แหล่งข้อมูลและองค์ความรู้ด้านระบบสุขภาพ
ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
ช.สาธารณสุข 6 ต.วัฒนานท์ 14
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2832 9200
โทรสาร 0 2832 9201
www.hsri.or.th



ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส.
และเครือข่ายได้ที่คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส.
และองค์กรเครือข่าย <http://kb.hsri.or.th>