



กรมควบคุมโรค
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

INSTITUTE FOR URBAN DISEASE CONTROL AND PREVENTION JOURNAL

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2559 Volume 1 No.2 September-December 2016

คณะที่ปรึกษา

นพ.วินัย วุฒิวิโรจน์

ดร.นพ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

บรรณาธิการ

นพ.เจตสรร นามวาท

กองบรรณาธิการ

นพ.อนุตรศักดิ์ รัชตะทัต

นางศรินทร สนธิศิริกฤตย์

นางรุจิรา ตระกูลพัฑ

นางลดาวัลย์ สนวนงาม

นายอมรชัย ไตรคุณากรวงศ์

นางสาวไมลา อิศสระสงคราม

นางสาววิจักษณา หุตานนท์

พญ.อัญชิสา กาญจโนมัย

คณะจัดการ

นางตรีอมร วิสุทธิศิริ

นางอรนงค์ คงเรือง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคและหน่วยงานอื่นๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างนักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับโรค และภัยสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ ทางคณะกรรมการขอสงวนสิทธิในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

การรับเรื่องต้นฉบับ เรื่องที่รับไว้คณะกรรมการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ เรื่องที่ไม่ได้พิจารณา ลงพิมพ์คณะกรรมการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน การเตรียมบทความลงพิมพ์มีคำแนะนำดังนี้

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ความยาวไม่เกิน 6 – 8 หน้า ใช้ตัวอักษร Cordia New ขนาด 14 point
2. การเตรียมบทความลงพิมพ์
 - 2.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.2 ชื่อผู้เขียน มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.3 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด และชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
 - 2.4 บทคัดย่อ การย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นร้อยแก้ว เพียงหนึ่งย่อหน้า ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และอภิปรายหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 2.6 วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
 - 2.7 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์
 - 2.8 อภิปรายหรือข้อเสนอแนะ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย
 - 2.9 สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวข้องการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบการอ้างอิงระบบ Vancouver

ความรับผิดชอบ

บทความที่พิมพ์ในวารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเอง ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง หรือคณะกรรมการ แต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เลขที่ 24/56 ถ.พหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220 โทร. 0 2521 0943 -5 ต่อ 504, 505, 08 7001 6779, 08 6798 3777 โทรสาร 0 2521 - 0936

สารบัญ (Contents)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	หน้า (Pages)
✧ การประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปี 2557 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร Evaluation of the clinical quality NCD 2014 In the area of responsibility of the Office of Disease Prevention and Control 1 Bangkok ธิญญา รอดสุข	5
✧ การประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) Evaluation of National Health Development Plan under the 11 th National Economic and Social Development Plan (2012-2016) สุกัลยา คงสวัสดิ์	17
✧ การศึกษาลักษณะและการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ปี พ.ศ. 2555 – 2559 A study of clinical characteristics and treatment of the leprosy patients in Center for Urban Disease Control and Prevention. 2012 – 2016 เขมกร เทียงทางธรรม	30
✧ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดปทุมธานี Factors associated with Alcohol drinking and tobacco smoking behavior in adolescents of Pathumthani Province นงนุช พงษ์เจริญ	41
✧ การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย The Development of Patients with High Blood Pressure Renal Screening Muang Nongkhai District, Nongkhai Province สิทธิศานต์ ทรัพย์ศิริโสภ	52
✧ ภาคผนวก ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)	59

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปี 2557
ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร

Evaluation of the clinical quality NCD 2014

In the area of responsibility of the Office of Disease Prevention and Control 1 Bangkok

ธัญญา รอดสุข¹, อรวรรณ บำรุง¹, อรนงค์ คงเรือง¹

¹สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Tanya Rodsook¹, Orawan Bumrung¹, Oranong Kongruang¹

¹Institute for Urban Disease Control and Prevention

บทคัดย่อ

คลินิก NCD คุณภาพ เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพของสถานบริการในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้บริหารโรงพยาบาล, NCD case manager, ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก NCD คุณภาพ, ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มเวชกรรมสังคม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี และพระนครศรีอยุธยา สุ่มเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินคลินิก NCD คุณภาพสำหรับสถานบริการสาธารณสุขปี 2557 จำนวน 6 องค์ประกอบ 24 ข้อคำถาม

ผลการศึกษา พบว่า สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพทุกแห่ง เมื่อวิเคราะห์ผลการผ่านเกณฑ์แยกตามองค์ประกอบประเด็นสำคัญดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การมีทิศทางและนโยบาย ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับดีมาก โรงพยาบาลดำเนินการตามยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทยปี 2554 – 2563 นโยบายลดความแออัด นโยบายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี แผนเครือข่ายบริการสุขภาพ Service Plan และการจัดตั้งคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อ (NCD Board) องค์ประกอบที่ 2 การมีระบบสารสนเทศ ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับดี พบว่ามีการตั้งศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ มี Data Center แต่ยังคงขาดความเสถียรด้านประมวลผล องค์ประกอบที่ 3 การมีการปรับระบบและกระบวนการบริการ ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับดีถึงดีมาก พบว่ามีผู้ประสานงานโรคเรื้อรัง มีการคัดกรอง CVD risk แต่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง องค์ประกอบที่ 4 การมีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับดีถึงดีมาก มีการจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพ ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน Self Help Group ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการออกแบบกิจกรรมโดยผู้ให้บริการ องค์ประกอบที่ 5 มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค) ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับดีถึงดีมาก มีการจัดทำ Clinical Practice Guideline และให้คำปรึกษาโดยแพทย์เฉพาะทางผ่าน LINE Group และองค์ประกอบที่ 6 การจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชน ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับดีถึงดีมาก พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณและมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

สรุป คลินิก NCD คุณภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร มีคุณภาพตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดีถึงดีมาก แต่ยังต้องพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเร่งรัดพัฒนาในประเด็นย่อยของบางองค์ประกอบ

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อ, คลินิก NCD คุณภาพ, การจัดการโรคเรื้อรัง, การประเมินผล

Abstract

The quality clinic of non-communicable diseases (NCD) from Ministry of Public Health's policy has been managed since 2014. The objective of this study was to evaluate the work performance of the quality clinic from the Office of Disease Prevention and Control 1, Bangkok. Representative sample are administrative board, non-communicable diseases case manager, all workers from the social medicine, the district health office and the district health promotion hospital workers in Nonthaburi, Pathumthani, and Phra Nakhon Sri Ayutthaya provinces. The purposive sampling from NCD clinic's questionair was used for assessment the public health services in Year 2014 composed with 24 questions from 6 categories. The results showed that every level of public health service centers passed the qualities, criteria. Key points from each category was found the very good level. from Frame category 1, policy of direction of Thai Health Living Strategy from B.E. 2554 – 2563, community crowd reduction, seven colors ping-pong of life traffic, health network service plan, and NCD board setting was evaluated. From category 2, the data center was good level but less of data analysis. Service system from category 3 was good to very good level. Although there was CVD risk screening, it was not cover all vulnerable group. From Category 4, self-management supporting was good to very good level comprised with diary health planner, seven colors ping-pong traffic life, age care organization, home visit (Self Help Group) Category 5, decision support system was a very good in clinical practice guideline ,specify consultant doctor on LINE group From category 6: service system link to community was good to very good in some local administration organization supported budget and home visit by multidisplinary team Conclusion: This NCD clinic of the Office of Disease Prevention and Control 1, Bangkok, was passed in good assessment of 6 Category but need to improve continuous quality and develop forward some main issue categories

Keywords: non-communicable diseases, The non-communicable diseases quality clinic, Chronic disease management, Evaluation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 63 จากสาเหตุการตายทั้งหมดของประชากรโลก ใน พ.ศ. 2551 และ ร้อยละ 73 ของประชากรไทยทั้งหมดใน พ.ศ. 2552⁽¹⁾ กลุ่มโรคหลักสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการตายสูงที่สุด ร้อยละ 29⁽²⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ความดันโลหิตสูง ประวัติโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย การไม่กินผักผลไม้ และอ้วนลงพุง⁽³⁾ กลุ่มโรคดังกล่าวก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตของประชากรและเป็นภาระโรคที่สำคัญ⁽⁴⁾ ในประเทศไทย ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับช่องว่างงานวิจัยด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่ายังขาดการวิจัยด้านการจัดการบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถรับบริการที่มีประสิทธิภาพภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัด⁽⁵⁾ และได้เสนอแนะให้มีการจัดระบบบริการเชิงรุก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีระบบจัดการข้อมูลต่อเนื่อง⁽⁶⁻⁸⁾ ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกามีการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) มาประยุกต์ใช้โดยเน้นการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ซึ่งช่วยเพิ่มคุณภาพการดำเนินงานและการใช้ทรัพยากร⁽⁷⁾

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิก NCD คุณภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญระดับกระทรวงตั้งแต่ปี 2557 ที่ต้องเร่งรัดดำเนินการและให้ความสำคัญโดยกำหนดนโยบาย 2 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยตัวชี้วัดในกลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกิน 23 ต่อประชากรแสนคน) ด้วยมาตรการพัฒนาคุณภาพระบบบริการตามเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้⁽⁹⁾ ซึ่งคลินิก NCD คุณภาพได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดรูปแบบการ

ดูแลโรคเรื้อรัง มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.ทิศทางและนโยบาย 2.ระบบสารสนเทศ 3.การปรับระบบและกระบวนการบริการ 4.ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5.ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6.จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน⁽¹⁰⁾

กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ ได้พัฒนาเกณฑ์เพื่อวัดผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ตั้งแต่ปี 2556 และในปี 2557 ได้ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคดำเนินการประเมินสถานบริการทั่วประเทศที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบเป็นครั้งแรก ซึ่งการประเมินผลการดำเนินงานคลินิกคุณภาพจะทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรคของหน่วยงานในระดับอำเภอในการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อ และผลการประเมินที่ได้สามารถใช้ในการวางแผนพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลดโรคไม่ติดต่อแก่เครือข่ายหรือหน่วยงานอื่นในอนาคต **วัตถุประสงค์การศึกษา**

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล NCD case manager ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก NCD คุณภาพ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มเวชกรรมสังคม ของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินคลินิก NCD คุณภาพสำหรับสถานบริการสาธารณสุข ปี 2557 ที่พัฒนาขึ้นโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ 24 ข้อคำถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
จากตารางที่ 1 และ 2 สถานบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 42.1 รองลงมาได้แก่สถานบริการในจังหวัดนนทบุรีและปทุมธานี ร้อยละ 31.6 และ 26.3 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อร้อยละ 50.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสถานบริการ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายจังหวัด ในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ

จังหวัด	ระดับของสถานบริการ							รวม	ร้อยละ
	A	S	M1	M2	F1	F2	F3		
นนทบุรี	1	-	-	2	2	1	-	6	31.6
ปทุมธานี	-	1	-	1	-	2	1	5	26.3
พระนครศรีอยุธยา	1	-	1	1	-	5	-	8	42.1
รวม	2	1	1	4	2	8	1	19	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารโรงพยาบาล NCD case manager ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก NCD คุณภาพ และผู้ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อ จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	ผู้บริหาร		NCD case manager		ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก NCD คุณภาพ		ผู้ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นนทบุรี	6	5.3	6	5.3	6	5.3	18	15.7
ปทุมธานี	5	4.4	5	4.4	5	4.4	15	13.2
พระนครศรีอยุธยา	8	7.0	8	7.0	8	7.0	24	21.0
รวม	19	16.6	19	16.6	19	16.6	57	50.0

ผลการประเมินคุณภาพคลินิก NCD คุณภาพ แยกตามองค์ประกอบ

ผลการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ ในภาพรวมของเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร พบว่า องค์ประกอบที่ 6 ผ่านเกณฑ์ในระดับดีเยี่ยมมากที่สุด ร้อยละ 94.7 รองลงมาได้แก่องค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 89.5 และ องค์ประกอบที่ 1 ร้อยละ 84.2 รายละเอียดดังตารางที่ 3

องค์ประกอบ 1 มีทิศทางและนโยบายสถานบริการในจังหวัดทุกระดับ มีแนวทางในการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามนโยบายระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศได้แก่ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทยปี 2554 – 2563 นโยบายการลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน นโยบายป้องกันจลาจรชีวิต 7 สีของนายแพทย์วิชัย เทียนถาวร แผนเครือข่ายบริการสุขภาพ (Service Plan) ในระดับจังหวัด มีชุดคณะ

กรรมการโรคไม่ติดต่อ (NCD Board) ในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ และมีทีม PCT DM/HT ที่เชื่อมโยงกับงานพัฒนาคุณภาพ HA

องค์ประกอบที่ 2 มีระบบสารสนเทศ

ระดับจังหวัดมีศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ Data Center ทำให้หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถส่งข้อมูลและเชื่อมระบบกันได้ และบางจังหวัดมีการพัฒนาโปรแกรมทั้งจังหวัดให้ใช้ระบบเดียวกัน เช่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใช้ HosXP และ Chronic link เพื่อบันทึกและรายงานข้อมูลโรคไม่ติดต่อ

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ส่วนใหญ่จะมีโปรแกรมเฉพาะสามารถเชื่อมข้อมูลกับระบบรายงาน 21,43 แฟ้มแต่ยังขาดความเสถียรด้านการประมวลผล สถานบริการมีการลงทะเบียนแยกกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และมีการใช้ Clinical Practice Guideline (CPG) DM/HT เป็นแนวปฏิบัติในการจัดบริการ การมีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันทำให้มีรายงานผลลัพธ์ดำเนินงาน สามารถติดตามผลและเปรียบเทียบผลการดำเนินงานภายในเครือข่ายได้ แต่ยังขาดข้อมูลด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลซึ่งรายงานผลอยู่ในหลายคลินิก เช่น DPAC คลินิกอดบุหรี่ คลินิกสุขภาพจิต คลินิก DM/HT ซึ่งทำให้ขาดการบูรณาการข้อมูลเพื่อตอบผลลัพธ์การดำเนินงานและนำมาใช้ประโยชน์ในการประเมินผลรายบุคคล

องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ

สถานบริการในทุกจังหวัดมีการส่งบุคลากรผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เข้ารับการอบรมผู้ประสานงานโรคเรื้อรัง (NCD Case Manager/Coordinator) แต่ยังไม่ครบทุกแห่ง บางจังหวัดมีการอบรมหลักสูตร Mini Case Manager เพื่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถเชื่อมการทำงานร่วมกับ NCD Case Manager ของ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปได้ และมีการพัฒนา OPD Card ให้มีการบันทึกทั้งการวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมเสี่ยง ด้านการประเมินและ

คัดกรอง CVD risk ประเมินได้จำนวนน้อยยังไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลและขาดระบบการจัดเก็บรายงาน โรงพยาบาลหลายแห่งกำลังพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้ประเมินและบันทึกข้อมูล CVD risk

องค์ประกอบที่ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

เครื่องมือที่โรงพยาบาลทุกแห่งใช้ในการสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง คือสมุดบันทึกสุขภาพป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี การตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดการระบบการเยี่ยมบ้าน การทำ Self Help Group เป็นต้น ส่วนใหญ่จะออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้รับบริการโดยเจ้าหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพสนับสนุนการจัดกิจกรรม

องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งมีการดำเนินการจัดทำ Clinical Practice Guideline โรค DM/HT โดยสถานบริการทุกแห่ง ร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ บางโรงพยาบาลมีการนำ Clinical Practice Guideline ในภาพรวมระดับจังหวัดมาปรับใช้เพื่อความเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลเอง Clinical Practice Guideline มีที่มาของแหล่งอ้างอิงที่หลากหลาย สถานบริการส่วนใหญ่ใช้ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง มีการจัดบริการให้คำปรึกษาโดยแพทย์เฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลปทุมธานี โดยช่องทางในการส่งต่อและประสานงาน คือ LINE Group โรงพยาบาลปทุมธานีมีการวางระบบการรักษาและการปรับบัญชียาในเครือข่าย และมีช่องทางให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทาง LINE Group โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว มีการจัดช่องทางกรับและส่ง Lab กับ เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีการใช้ LINE Cardiologist ที่ได้รับการตอบรับกลับในการรักษาทำให้ลดปัญหาการส่งต่อล่าช้าได้ดี โรงพยาบาล

พระนครหรืออยุธยา(A) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย เช่น DM/HT Stroke CKD STEMI ฯลฯ ในสาขาโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถส่งต่อได้รวดเร็ว ลดการให้ Streptokinase เนื่องจากในรพ refer มี Telemedicine แพทย์ดู EKG ได้ตลอดเวลา

องค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน กลุ่มงานเวชปฏิบัติชุมชน ฝ่ายเวชกรรมสังคม ของโรงพยาบาล รับผิดชอบการดำเนินงานร่วมกับชุมชน มีการทำงานเชิงรุกที่เชื่อมโยงชุมชน กำลัสำคัญของการดำเนินงานในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) และจิตอาสางบประมาณที่รับการสนับสนุน ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แผนงานโครงการด้านโรคไม่ติดต่อ เน้นการสนับสนุนอุปกรณ์การตรวจคัดกรอง การปรับสิ่งแวดล้อมและสถานที่สำหรับออกกำลังกาย กลุ่มงานผู้ป่วยในมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการใช้ CPG ในการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลับสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามนโยบาย ลดความแออัด

ตารางที่ 3 ร้อยละของสถานบริการในพื้นที่เขตรับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานตามมาตรฐานคลินิก NCD คุณภาพรายชื่อ จำนวน 19 แห่ง

ลำดับที่	องค์ประกอบ	ร้อยละของคลินิก NCD ที่ผ่านเกณฑ์			
		ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	ไม่ผ่าน
องค์ประกอบที่ 1 มีทิศทาง และนโยบาย					
1.1	มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมายของการให้บริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เน้นการป้องกันและจัดการอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิผล	36.8	63.2	0.0	0.0
1.2	วางแผนปฏิบัติการและทำข้อตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกันและจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	36.8	63.2	0.0	0.0
1.3	สื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมายไปยังผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ	10.5	78.9	10.5	0.0
1.4	ติดตามความก้าวหน้าและทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์	42.1	42.1	15.8	0.0
องค์ประกอบที่ 2 มีระบบสารสนเทศ					
2.1	มีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่ได้รับการพัฒนา สมบูรณ์ ครบถ้วนเป็นปัจจุบันและจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ครอบคลุมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	31.6	42.1	26.3	0.0
2.2	มีระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่ายและเชื่อมโยงกับ data center ของจังหวัด	36.8	36.8	26.3	0.0
2.3	นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมทั้งออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายกลุ่มและกลุ่มประชากร) ที่มารับบริการในสถานบริการ	0.0	0.0	100.0	0.0

ตารางที่ 3 ร้อยละของสถานบริการในพื้นที่เขตรับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานตามมาตรฐานคลินิก NCD คุณภาพรายชื่อ จำนวน 19 แห่ง (ต่อ)

ลำดับที่	องค์ประกอบ	ร้อยละของคลินิก NCD ที่ผ่านเกณฑ์			
		ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	ไม่ผ่าน
องค์ประกอบที่ 3 มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ					
3.1	ให้การวินิจฉัยและลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ (new case และ refer case)	84.2	0.0	15.8	0.0
3.2	มีการประเมินระยะของโรค ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยงและปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ	31.6	52.6	15.8	0.0
3.3	ให้บริการป้องกัน ควบคุมโรคและดูแลรักษา สอดคล้องกับระยะของโรค โดยทีมสหวิชาชีพ	63.2	26.3	10.5	0.0
3.4	มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Case Manager/ Coordinator) ในการบริหารจัดการบริการดูแลในภาพรวม เชื่อมโยงมุ่งเน้นคุณภาพผลลัพธ์ โดยผู้มารับบริการทั้งกลุ่มโรค และกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นศูนย์กลางและมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านสุขภาพ ทางการ จิตและสังคม	78.9	15.8	5.3	0.0
3.5	มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสถานบริการ และเชื่อมโยงไปชุมชน	78.9	15.8	5.3	0.0
3.6	มีระบบส่งต่อทั้งไปและกลับที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง	47.4	31.6	21.1	0.0
องค์ประกอบที่ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง					
4.1	จัดระบบเพื่อให้มีการสนับสนุนส่งเสริมการตัดสินใจ วางแผน การดูแลกำกับและจัดการดูแลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการจัดระบบเตือนหรือการติดตามเยี่ยมบ้านและสนับสนุนการรวมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงสูง	36.8	42.1	21.1	0.0
4.2	คืนและแลกเปลี่ยนข้อมูล รวมทั้งการแนะนำการใช้ยา แก่ผู้รับบริการ/บุคคลในครอบครัวเพื่อการตัดสินใจใน การสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยง	52.6	42.1	5.3	0.0
4.3	เสริมสร้างพลัง/ความสามารถในการจัดการตนเองรวมทั้งการจัดการอารมณ์และผลกระทบทางสังคมที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	31.6	63.2	5.3	0.0

ตารางที่ 3 ร้อยละของสถานบริการในพื้นที่เขตรับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานตามมาตรฐานคลินิก NCD คุณภาพรายชื่อ จำนวน 19 แห่ง (ต่อ)

ลำดับที่	องค์ประกอบ	ร้อยละของคลินิก NCD ที่ผ่านเกณฑ์			
		ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	ไม่ผ่าน
องค์ประกอบที่ 5 มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค)					
5.1	มีเป้าหมายผลลัพธ์/เป้าหมายการบริการแนวทางปฏิบัติและแนวทางการเพิ่มคุณภาพการบริการที่จังหวัด/คณะกรรมการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศเพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนการตัดสินใจให้บริการ	52.6	26.3	21.1	0.0
5.2	มีระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้ป่วย/ทีมผู้จัดการระบบและสถานบริการกับผู้ให้บริการคลินิกรวมทั้งสถานบริการในเครือข่าย	47.4	36.3	15.8	0.0
5.3	Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค	36.8	42.1	21.1	0.0
องค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน					
6.1	มีการจัดบริการในการเสริมทักษะให้ชุมชนสามารถจัดการ ลดเสี่ยง ในชุมชนได้	63.2	36.8	0.0	0.0
6.2	สนับสนุนนโยบาย/แผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชนและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นโรค/ป่วย และกลุ่มเสี่ยงสูง	21.1	78.9	0.0	0.0
6.3	สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องและ/หรือจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมเพื่อสุขภาพสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค ในชุมชน	31.6	68.4	0.0	0.0
6.4	ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล ติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม.	63.2	36.8	0.0	0.0
6.5	สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน	31.6	36.8	31.6	0.0

อภิปรายผล

การประเมินคลินิก NCD คุณภาพเป็นการประเมินเชิงกระบวนการที่หวังผลว่าถ้าสถานบริการมีกระบวนการการจัดบริการที่ดี จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่น ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี แต่รูปแบบการศึกษาให้ความสำคัญกับการผ่านเกณฑ์เชิงกระบวนการไม่นำผลลัพธ์เป็นเกณฑ์การตัดสินว่าผ่านเกณฑ์หรือไม่ การพัฒนาแบบประเมินให้มีความชัดเจนด้านนิยาม ความหมายและกำหนดความชัดเจนในผลลัพธ์แต่ละองค์ประกอบ โดยเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์ร่วมกับการแสดงผลลัพธ์ของหน่วยบริการนั้นประกอบการประเมินด้วยองค์ประกอบที่ 1 หน่วยงานมีทิศทาง นโยบายและเป้าหมายของการให้บริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเป็นนโยบายระดับประเทศและระดับโลก ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณและคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่านโยบายการลดโรคไม่ติดต่อ ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในนโยบายระดับประเทศ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ซึ่งเป็นเข็มมุ่งเป้าในการพัฒนาเพื่อลดปัญหาและอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 จะใช้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.2554 - 2563 ในการขับเคลื่อนในทุกภาคส่วน นโยบายที่กำหนดขึ้น มีความสอดคล้องกันทุกระดับทั้งแนวตั้งและแนวนอนตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับกรม กอง จนถึงพื้นที่มีแผนงานปฏิบัติรองรับ รวมถึงการระบุถึงการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตาม และประเมินผล

องค์ประกอบที่ 2 ทุกจังหวัดมีศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ Data Center ทำให้หน่วยบริการสาธารณสุข สามารถส่งข้อมูลและเชื่อมระบบกันได้ และบางจังหวัดมีการพัฒนาโปรแกรมทั้งจังหวัดให้ใช้ระบบเดียวกัน แต่ทุกหน่วยบริการขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาเพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมทั้งออกแบบบริการสุขภาพให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยผลการ

ศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของอาภรณ์ จตุรภัทร วงศ์และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า ระบบข้อมูลสุขภาพ ยังขาดข้อมูลที่สะท้อนปัญหาสุขภาพของชุมชนและบุคคล และมีข้อจำกัดในความสามารถวิเคราะห์และอ่านข้อมูล เพื่อนำสู่การจัดบริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และติดตามกำกับสถานการณ์

องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ สถานบริการมีการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมเป็นผู้ประสานงานโรคเรื้อรัง (NCD Case Manager/Coordinator) แต่ยังไม่ครบทุกแห่ง บางแห่งมีการจัดอบรมหลักสูตร Mini Case Manager เพื่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถเชื่อมการทำงานร่วมกับ NCD Case Manager ของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป มีการพัฒนา OPD Card ให้มีทั้งการวินิจฉัยโรค กับภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมเสี่ยง กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ ได้เห็นความสำคัญของการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงกำหนดให้สถานบริการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการบูรณาการระหว่างเครือข่ายของคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุม ดูแลและจัดการกับสาเหตุของปัญหาโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2556 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดร.นพ.วิรัช เกษมทรัพย์และคณะ⁽⁵⁾ ที่ไม่พบการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจะขยายบริการที่มีราคาสูง แต่มีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จำเป็น สามารถได้รับการบริการภายใต้ทรัพยากรจำกัดและการศึกษาของอาภรณ์ จตุรภัทรวงศ์และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานระบบบริการเดิมยังเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะหน้า ซึ่งไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคเรื้อรัง

องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง เครื่องมือที่โรงพยาบาลทุกแห่งใช้ในการสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจที่จะไปจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ สมุดบันทึกสุขภาพ

ปึงปองจรรยาชีวิต 7 สี การตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดระบบการเยี่ยมบ้านและการทำ Self Help Group เป็นต้น ซึ่งออกแบบกิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่การจัดระบบเพื่อให้มีการสนับสนุนส่งเสริมการตัดสินใจวางแผนการดูแลกำกับและจัดการดูแลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องยังมีน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติ โทธิสสัย⁽⁶⁾ ที่ศึกษาเรื่อง การบูรณาการและการจัดการโรคเรื้อรังที่พบว่าการจัดการตนเองและระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ยังมีโอกาสและต้องการพัฒนาอีกมาก และสอดคล้องกับสมเกียรติ โทธิสสัยและคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าปัจจุบัน โรงพยาบาลต่างๆ มีการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพขององค์กรประกอบต่างๆ ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และระบบข้อมูลสารสนเทศทางคลินิก อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในภาพรวมของประเทศมีความหลากหลาย โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้มีการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมที่แตกต่างกัน และขาดระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ทุกจังหวัดมีการจัดทำ CPG DM/HT โดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลทุกแห่ง CPG มีความหลากหลายในแหล่งอ้างอิง ส่วนใหญ่ใช้ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติ โทธิสสัยและคณะ⁽⁷⁾ มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับจังหวัดและโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของประเทศ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ยังอยู่ในรูปแบบเอกสาร ทั้งนี้ข้อมูลผู้ป่วยในฐานะข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ยังขาดการนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะระบบการวิเคราะห์และประเมินผล

องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคมของสถานบริการต่างๆ จะรับผิดชอบการดำเนินงานในชุมชน มีการทำงานเชิงรุก กำลังสำคัญในการดำเนินงานในชุมชนคือ อาสา

สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)และจิตอาสา โดยงบประมาณที่รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะเน้นการสนับสนุนอุปกรณ์การตรวจคัดกรอง และการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย กลุ่มงานผู้ป่วยใน มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการใช้ CPG ในการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนกลับเพื่อดูแลรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามนโยบายลดความแออัด สอดคล้องกับการศึกษาของอาภรณ์ จตุรภัทรวงศ์และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรปรับเป็นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลแบบเป็นระบบและต่อเนื่อง มีการบริการเข้าถึงได้ง่าย ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับชุมชนและครอบครัว และสอดคล้องกับสมเกียรติและคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าประเทศต่างๆ ได้มีการนำแนวคิดการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ไปปรับใช้ เพื่อให้มีการบูรณาการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องแบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่อง ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการทุกระดับ ชุมชนและท้องถิ่นตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 องค์ประกอบ

สำหรับแบบประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ปี 2557 พัฒนาจากกรอบแนวคิด รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ครอบคลุมจาก 6 องค์ประกอบ 24 ข้อคำถาม เป็นการประเมินผลเชิงกระบวนการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านคลินิกบริการ ซึ่งเน้นการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ การจะลดปัจจัยเสี่ยงในวิถีชีวิตได้ จำเป็นต้องออกแบบระบบบริการที่เน้นดำเนินการในระดับประชากร เสนอให้เพิ่มเติมประเด็นคำถามในองค์ประกอบด้านชุมชน เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจคัดกรอง การฟื้นฟูและการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะ

ด้านระบบสารสนเทศ จัดให้มีการจัดการข้อมูลที่เชื่อมโยงกันทั้งระบบพร้อมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักการระบาดวิทยาในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้บุคลากรสามารถประเมินสถานการณ์ปัญหา สาเหตุ การดำเนินโรค การเข้าใจธรรมชาติและการกระจายของปัญหา ประเมินความรุนแรงของปัญหา จัดลำดับความสำคัญและชี้เป้าปัญหาดำเนินการ ร่วมกับวิเคราะห์บริบทของพื้นที่จริงเพื่อประกอบการตัดสินใจกำหนดกิจกรรมในการควบคุมและลดอุบัติการณ์ รวมทั้งนำข้อมูลที่ได้มาสื่อสารเตือนภัยและสนับสนุนการลดเสี่ยงลดปัจจัยการระบาดของโรค

ด้านการปรับระบบบริการ การวินิจฉัยและลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ (new case และ refer case) หน่วยบริการในพื้นที่มีการพัฒนาและปรับปรุงทะเบียนเพื่อให้สามารถนำไปใช้ให้ครอบคลุมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกเหนือจากยาและเทคโนโลยี เสนอให้มีการบันทึกแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรายบุคคลที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การปรับพฤติกรรมด้านอาหารและการออกกำลังกายที่รวมทั้งแนวทางการจัดการตนเองมีรายละเอียดที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดีเป็นรูปธรรม เช่น ใบสั่งการออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้และเหมาะสมในแต่ละบุคคล เพื่อการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายและติดตามอย่างต่อเนื่อง

พัฒนาวิธีการและกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เหมาะสมกับบุคคล และจัดให้มีระบบบริการ ช่องทางที่สนับสนุนด้านความรู้ การจัดการ และการจัดสิ่งแวดล้อม ที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงข้อมูลจากสถานบริการจนถึงครอบครัวและชุมชน

มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลายการศึกษา พบว่าระบบที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น

การป้องกันระดับทุติยภูมิและการวินิจฉัยโรคในระยะแรก ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมาก ยากต่อการเข้าถึงและติดตาม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดปัจจัยเสี่ยง กลุ่มบุคคลดังกล่าวมีวิถีอยู่ในครอบครัว ชุมชน สถานประกอบการ แต่เป็นการลงทุนที่มีความคุ้มค่า คุ้มค่ามาก ในการลดปัจจัยเสี่ยงและควบคุมป้องกันมิให้เกิดโรค การดำเนินงานด้วยอัตรากำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุขในการจัดบริการโดยสถานบริการสาธารณสุขที่เชื่อมโยงชุมชนแล้ว ยังไม่เพียงพอต่อการลดโรคและปัจจัยเสี่ยง ควรแสวงหาความร่วมมือ เชื่อมการดำเนินงานกับองค์กรและหน่วยงานในพื้นที่เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สร้างความเป็นเจ้าของสุขภาพ เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนโดยชุมชนเพื่อชุมชน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ธัญญา รอดสุข, อรวรรณ บำรุง, อรณรงค์ คงเรือง. การประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปี พ.ศ. 2557, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 1(2): หน้า 5- 16 .

Suggested Citation for this Article

Rodsook T, Bumrung O, Kongruang O. Evaluation of the clinical quality NCD year 2014. In the area of responsibility of the Office of Disease Prevention and Control 1 Bangkok, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(2): page 5- 16.

เอกสารอ้างอิง

1. ทักษพล ธรรมรังสี บรรณาธิการ, วีรนุช ว่องไพศาล, วิชชุกร สุริยวงศ์ไพศาล. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม.นนทบุรี:สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวน.);2557.
2. World Health Organization. Non communicable Diseases (NCD) Country Profiles. 2011. [cited 2016 Aug 7].Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แผนงานลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกิน 23 ต่อประชากรแสนคน) พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อ 21 ก.ค. 59].แหล่งข้อมูล: <http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=8338&tid=38,1-001-003&gid=1-026>
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552.นนทบุรี:บริษัท ครีเอทีฟ กูรู จำกัด;2556.
5. วิชช์ เกษมทรัพย์, รณสุตางามอรุณ, วิชชุกร สุริยวงศ์, ภูษิต ประคองสาย. ศึกษาวิเคราะห์ช่องว่างงานวิจัยด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สถาบันวิจัยระบบ; 2556: ข-ค.
6. อภรณ์ จตุรภัทรวงศ์และคณะ การประเมินการบริหารจัดการโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2553 : ก-ข
7. สมเกียรติ โภธิสัตย์ และคณะ. การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อ.นนทบุรี:บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2553: 21-8.
8. สมเกียรติ โภธิสัตย์. โครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 กรณีจังหวัดสกลนคร. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).2551.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557.[สืบค้นเมื่อ 21 ก.ค. 59] เข้าถึงได้จาก <http://www.phoubon.in.th/download/kpi57.pdf>
10. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือดำเนินงานคลินิก NCD ปี 2557.
11. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณและคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับประเทศ. 2556:2.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)

Evaluation of National Health Development Plan under the 11th National Economic and Social
Development Plan (2012-2016)

สุกัลยา คงสวัสดิ์¹¹สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์Sukalaya Kongsawatt¹¹Bureau of Policy and Strategy

บทคัดย่อ

การประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนา โดยมุ่งประเมินบริบทของการเปลี่ยนแปลงเพื่อติดตามผลการดำเนินงานตลอดจนวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 การดำเนินการประเมินผลใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง จัดประชุม/สัมมนา ระดมสมอง และสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากแหล่งข้อมูลสำคัญ โดยมีผู้เกี่ยวข้องกว่า 200 คน ใช้ CIPP Model ประเมินผลโดยใช้ข้อมูลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ใช้ข้อมูลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2559

สำหรับการบรรลุผลสำเร็จของยุทธศาสตร์ พบว่าข้อมูลหลักฐานต่าง ๆ ค่อนข้างจำกัดในการสรุปความก้าวหน้า และการบรรลุผลสำเร็จของยุทธศาสตร์ แม้จะมีการวางแผนการประเมินผลโดยใช้เครื่องมือ CIPP Model และเชื่อมโยงตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในแต่ละกลวิธีและมาตรการใน 5 ยุทธศาสตร์ พบว่า ผลสำเร็จใน 9 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 7 ตัวชี้วัด ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด และขาดข้อมูล 1 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และอัตราการควบคุมภาวะเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น

ความก้าวหน้าของการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ใช้เครื่องมือ CIPP Model พบว่า ด้านกระบวนการ มีค่าเฉลี่ยการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ ร้อยละ 55.75 (ส่วนกลาง ร้อยละ 63.75 ภาคเหนือ ร้อยละ 53.25 ภาคใต้ ร้อยละ 54.25 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 56.00 ภาคตะวันออก ร้อยละ 53.25 ภาคกลางและภาคตะวันตก ร้อยละ 54.25) การปรับปรุงการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 35.75 ผลการประเมินและการระดมความคิดเห็นด้านบริบท มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 61.21 พบว่ายุทธศาสตร์ที่ 2 สูงสุดร้อยละ 70.35 รองลงมาได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ร้อยละ 69.23 ยุทธศาสตร์ที่ 4 ร้อยละ 61.55 ยุทธศาสตร์ที่ 1 ร้อยละ 56.87 และ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ร้อยละ 48.06 ตามลำดับ

ข้อเสนอในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ควรส่งมอบแผนให้หน่วยงานที่นำไปใช้ให้ทันเวลา เพื่อให้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทและสถานภาพที่ชัดเจนและเป็นเครื่องมือชี้้นำการปฏิบัติอย่างจริงจังมากขึ้น ควรมีการติดตามประเมินผลและปรับแผนในช่วงครึ่งแผน โดยกำหนดเป็นนโยบายไว้ตั้งแต่เริ่มใช้แผน และกำหนดหน่วยงาน ตลอดจนผู้รับผิดชอบไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ทั้งฝ่ายปฏิบัติและฝ่ายติดตามประเมินผล รับทราบและเตรียมแผนการติดตามประเมินผลและการปรับแผนไปพร้อม ๆ กัน อันจะทำให้เกิดความยืดหยุ่น ในการทำแผนระดับโครงการเพื่อรองรับยุทธศาสตร์มากขึ้น กับทั้งเป็นการปรับเปลี่ยนแผนตามสภาพแวดล้อม ของโลกและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอีกด้วย

คำสำคัญ: การประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, สถานการณ์และแนวโน้มการพัฒนาสุขภาพ, การแปลงแผนสู่การปฏิบัติ

Abstract

The evaluation of National Health Development Plan under the 11th National Economic and Social Development Plan (2012–2016) aimed to evaluate the development strategy with emphasis on changing context to monitor the implementation results including situation analysis of National Health Development Plan under the 11th National Economic and Social Development Plan (2012–2016) for applying in planning the evaluation result of the development of National Health Development Plan under the 12th National Economic and Social Development Plan (2017–2021). The evaluation was conducted by collecting data from related documents and inputs from brainstorm meeting/seminar including in-depth interview involving more than 200 persons and important data resources. The CIPP Model was used for evaluation with the data from budget year 2014. The situation analysis of the 11th plan used the data from budget year 2012–2016.

The evident data from the strategy achievement evaluation was limited for concluding the strategy progress and achievement evaluation though the CIPP Model tool application was combined to each tactic and measure of the Ministry of Public Health 5 strategies. The result of evaluation was found that, 7 from 9 indicators passed the indicating criteria. The remaining indicators were failed and insufficient information. The failed indicators were the morbidity rate of heart disease, stroke, cancer, diabetes and hypertension which, had tendency to increasing.

The progress of 5 strategies implementation evaluated by CIPP Model tool using on implementation process was 55.75% on average (central agency 63.75%, northern region 53.25%, southern region 54.25%, north-eastern region 56.00%, eastern region 53.25%, central and western region 54.25%). The implementation improvement was 35.75%. The result of evaluation and brainstorm on context was 61.21%. The highest rating was the second strategy (70.35%) followed by the third, the fourth, the first and the fifth strategy.

Recommendations for 12th National Health Development Plan is to deliver the plan to agencies in timely manner, in order to become clear in role, status and seriously be used as implementation

guiding tool. Monitor and evaluation including plan adjustment should be conducted during middle plan. This should be assigned as the policy from the beginning of the implementation plan with responsible people and agencies assigned to enable responsible personnel from both practice and monitor sectors to acknowledge, prepare and adjust the plan simultaneously. This will enable more flexibility for project planning and adaptation to the rapid change of the world and social environments.

Keywords: Evaluation of National Health Development Plan, Health Situations, Implementation process

บทนำ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)⁽¹⁾ เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพ นับว่าเป็นแผนสุขภาพ ฉบับที่ 3 ที่กำหนดให้มีการใช้ คำว่า “แผนพัฒนาสุขภาพ” แทนคำว่า แผนพัฒนาสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9-11 ซึ่งก่อนหน้านี้ใช้แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-8 (พ.ศ. 2504-2559)^(2,3) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มีหลักการที่สำคัญคือ มุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุขที่วางไว้และที่สำคัญให้บรรลุแผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ เพื่อให้ประชาชนทุก

คนมีสุขภาพดี ประกอบอาชีพที่มั่นคง เป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศต่อไป แต่การดำเนินงานจะมีประสิทธิภาพประสิทธิผลเพียงใด จำเป็นต้องมีการติดตามกำกับและประเมินผล การบรรลุเป้าหมายในภาพรวมระดับประเทศ ในแผนพัฒนาสุขภาพฯ นี้ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนางานไว้ 5 ยุทธศาสตร์ คือ 1) เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ บนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย 2) พัฒนาระบบเฝ้าระวังเตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุ และภัยสุขภาพ 3) มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกายจิตใจ สังคม และปัญญา 4) เสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ และ 5) สร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ ในแต่ละยุทธศาสตร์นั้น ได้กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายการพัฒนา กลวิธีและมาตรการ โดยมีตัวชี้วัด 9 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 1) ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งตามมาตรฐานที่กำหนด 2) อัตราป่วย อัตราตายจากภัยพิบัติ โรคระบาดและภัยสุขภาพ 3) อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และอัตราการควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย 4) ร้อยละของประชากรเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (ออกกำลังกาย บริโภคผัก/ผลไม้ รับประทาน

อาหารหวาน/มัน/เค็ม เลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มี อย. ปลอดภัยและดีมีสาร) 5) สัดส่วนการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 6) อัตราการปฏิเสธรการส่งต่อ 7) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยภายใน 28 วัน 8) อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเฉลี่ยและระหว่างภูมิภาค และ 9) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงิน วัตถุประสงค์ของการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนานโยบายและการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ต่อไป

วิธีการศึกษา

ประกอบด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง จัดประชุม/สัมมนา ระดมสมอง และสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากแหล่งข้อมูลสำคัญโดยมีผู้เกี่ยวข้องกว่า 200 คน ได้ใช้เครื่องมือ CIPP Model ประเมินผลโดยใช้ข้อมูลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฯ ฉบับที่ 11 ใช้ข้อมูลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2559 ในการประเมินผลสำเร็จของยุทธศาสตร์ ใช้เครื่องมือ CIPP Model ในการศึกษาความเปลี่ยนแปลงในการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1) การประเมินบริบท 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า 3) การประเมินกระบวนการ และ 4) การประเมินผลผลิต ซึ่งต้องกำหนดเกณฑ์การประเมินและตัวชี้วัดในทุกส่วน ได้กำหนดเป็น ตารางการบันทึกข้อมูลรายยุทธศาสตร์ในส่วนของการประเมินผลผลิตได้กำหนด Growth KPI โดยใช้ตัวชี้วัดปีงบประมาณ พ.ศ. 2557⁽⁴⁾ ของยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการประชุมชี้แจงภาพรวมระดับประเทศ 1 ครั้ง และระดับภูมิภาคจำนวน 4 ครั้ง รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอผลการวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา โดยจัดประชุมระดับประเทศ 1 ครั้ง และเขียนรายงานผลเพื่อ

เสนอต่อที่ประชุมกระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 สำหรับผู้เข้าประชุมคือผู้แทนที่รับผิดชอบด้านแผนและการประเมินผลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในหน่วยงานส่วนกลางและจังหวัดจำนวน 200 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นปีฐานในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) และ ข้อมูลรายปี ในปี พ.ศ. 2555-2559 แนวทางการประเมินผลโดยใช้ CIPP Model มีรายละเอียดในการวิเคราะห์ กำหนดค่าตัวชี้วัด ผลสำเร็จเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลครั้งนี้

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

สถานการณ์และแนวโน้ม

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานสอดคล้องกับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) บรรลุได้ก่อนปี พ.ศ. 2558 สอดคล้องกับระดับความยากจนที่ลดลงอย่างต่อเนื่องจากจำนวน 12.7 ล้านคนในปี 2550 เป็น 7.1 ล้านคนในปี 2557 แต่ความยากจนยังกระจุกตัวหนาแน่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ขณะที่ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย ค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) ด้านรายได้ลดลงจาก 0.484 ในปี 2554 เหลือ 0.465 ในปี 2556 อัตราการเสียชีวิตของเด็กทารก ลดลงถึงร้อยละ 50 และอัตราการสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้เด็กครอบคลุมถึง ร้อยละ 90 อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุ 0-5 ปีในระหว่างปี 2548-2553 อยู่ที่ร้อยละ 15 และลดลงมาเหลือ ร้อยละ 13 ในปี 2556 การแก้ไขปัญหาสุขภาพ พบว่าคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขยังคงมีความเหลื่อมล้ำกันระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะการกระจายทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

อาทิ จากการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุขในปี 2556 พบว่า อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรระหว่างกรุงเทพฯ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่างกันถึง 3.6 เท่า

คุณภาพชีวิตคนไทยโดยเฉลี่ยดีขึ้นในทุก ระดับประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุม กว่าร้อยละ 99.9 ขณะที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสมีหลัก ประกันทางรายได้มั่นคงขึ้นและมีความครอบคลุม มากขึ้น ครอบคลุมคนไทยประมาณ 65.46 ล้านคน ในปัจจุบัน ประชาชนกลุ่มที่ยังรอพิสูจน์สถานะ ประมาณ 0.21 ล้านคน อายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพศชาย 71.6 ปี และ เพศหญิง 78.4 ปี จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของ ประชากรไทยในวัย 15-59 ปีเพิ่มขึ้นเป็น 10.1 ปี โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่าง รวดเร็ว นอกจากนี้ ประเทศไทยยังประสบปัญหา คุณภาพบริการสาธารณะ คุณภาพการศึกษา และ บริการด้านสาธารณสุข

ปี 2559 ประชากรไทยทั้งหมด 65.3 ล้านคน โดยมีสัดส่วนวัยเด็กร้อยละ 17.82 วัยแรงงานร้อยละ 65.67 และวัยสูงอายุร้อยละ 16.90 ขณะที่อัตราการ เจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยในปี 2560 อยู่ที่ 1.59 ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทน โดยคาดว่าจะมีแนวโน้มลดลง ตลอดช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12-15 (พ.ศ. 2560 - 2579) เหลือเพียง 1.35 ในปี 2579 หากไม่มีการ ดำเนินการใดๆ เพื่อเพิ่มอัตราการเกิดของประชากร จะส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผน พัฒนาฯ ฉบับที่ 12 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 17.10 เป็น 19.80 ขณะที่สัดส่วนวัยเด็กและ วัยแรงงานจะลดลงจากร้อยละ 17.5 และ 65.3 เหลือ ร้อยละ 16.6 และ 64.1 ตามลำดับในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งนี้ การลดลงของจำนวนวัยแรงงานตั้งแต่ปี 2557 จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโต ทางเศรษฐกิจของประเทศในอนาคต โดยขนาด ของกำลังแรงงานที่เริ่มลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.4 และ ร้อยละ 0.8 ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 และ

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดการ ขาดแคลนแรงงานในภาวะที่ผลิตภาพแรงงานไทยก็ ยังต่ำ เนื่องจากปัญหาคุณภาพแรงงาน ความล่าช้าใน การพัฒนาเทคโนโลยี และปัญหาการบริหารจัดการ จึงเป็นข้อจำกัดในการเพิ่มขีดความสามารถในการ แข่งขันและศักยภาพการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ของประเทศ รวมทั้งการสร้างรายได้และการยกระดับ คุณภาพชีวิตของประชาชน

ประชากรที่เจ็บป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คนไทยยังคงเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ 5 โรคสำคัญ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด สมอง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง สูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต อาทิ การรับ ประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอด หรือหวานจัด เครื่องดื่มมีน้ำตาล รับประทานผักและผลไม้ไม่พอ และ ขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ ขณะเดียวกัน คน ไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ของคนไทยเพิ่มจาก 5.90 คนต่อประชากรแสนคนใน ปี 2553 เป็น 6.08 คนในปี 2556 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลมี แนวโน้มขาดแคลนในอนาคต บุคลากรทางการแพทย์ รับภาระดูแลประชาชนในสัดส่วนที่สูงขึ้น สะท้อนถึง การขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข

2. ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดของแผนพัฒนาสุขภาพฯ

1. ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพที่ เข้มแข็งตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด(ผ่านเกณฑ์) ข้อมูลในปี 2555 มีตำบลจัดการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไปจำนวน 615 ตำบล (ร้อยละ 8.48) (ร้อยละ 24.97) ในปี 2556 จำนวน 2,800 ตำบล (ร้อยละ 38.59) ในปี 2557 จำนวน 4,653 ตำบล (ร้อยละ 64.13) ในปี 2558 และเป็นจำนวน 6,512 ตำบล (ร้อยละ 89.75) ในปี 2559 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด⁽⁵⁾

2. อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด สมอง โรคมะเร็ง และอัตราการควบคุมภาวะเบาหวาน

และความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย (ไม่ผ่านเกณฑ์)

โรคหัวใจมีอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ โดยปี 2554 จาก 1,125.80 คนต่อประชากรแสนคน เป็น 1,178.00, 1,187.00, 1,135.00 และ 1,360.30 ในปี 2555, 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับ

โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น⁵ โดยปี 2554 จาก 330.61 คนต่อประชากรแสนคน เป็น 354.54, 357.00, 352.30 และ 429.90 ในปี 2555, 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับ

โรคเมะเร็งมีอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ โดยปี 2554 จาก 709.85 คนต่อประชากรแสนคน เป็น 741.45, 778.53, 733.00 และ 888.90 ในปี 2555 2556 2557 และ 2558 ตามลำดับ

อัตราการควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยจากรายงานผลการสำรวจพบว่า ผู้เป็นเบาหวานไม่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มมากขึ้น⁶ จาก ร้อยละ 31.20 เป็นร้อยละ 43.10 ในการรักษาและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 30.60 เป็นร้อยละ 23.50 ตามลำดับ

สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงลดลง⁽⁶⁾ จากเดิมร้อยละ 50.30 เป็นร้อยละ 44.70 สัดส่วนที่ได้รับการควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 23.60 เป็น 20.10 และ สัดส่วนของผู้ที่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์สูงกว่าเดิมร้อยละ 8.60 เป็น 20.90 ตามลำดับ

3. ร้อยละของประชากรเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น⁽⁶⁾ (ออกกำลังกาย บริโภคผัก/ผลไม้ รับประทานอาหารหวาน/มัน/เค็ม เลือกรับประทานผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีสัญลักษณ์น้อย. (อย.คือสัญลักษณ์ที่ให้กับผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ที่มีภาชนะบรรจุสันทิรับผลิตโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข) สูบบุหรี่และดื่มสุรา) (ผ่านเกณฑ์)

อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ปี 2550 มีร้อยละ 20.90 เป็นร้อยละ 20.70, 21.40, 19.90 และ 20.70 ในปี 2552,

2554, 2556 และ 2557 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าร้อยละการสูบบุหรี่ลดลงจากการสำรวจครั้งที่ 4 คือผู้ชายสูบบุหรี่เป็นประจำลดลงจากร้อยละ 38.70 เป็นร้อยละ 31.10 ผู้หญิงสูบบุหรี่เป็นประจำลดลงจากร้อยละ 2.10 เป็นร้อยละ 1.80 จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ในผู้ชายเพิ่มจากเฉลี่ยวันละ 10.60 มวนเป็นวันละ 11.20 มวน แต่ในผู้หญิงลดจากเฉลี่ยวันละ 9 มวน เป็นวันละ 7.70 มวน สัดส่วนของคนที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มือสองลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 78.00 ในการสำรวจครั้งที่ 4 ปี 2552 เป็นร้อยละ 72.60 ในการสำรวจครั้งนี้

อัตราการดื่มสุรา ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ปี 2550 มีร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 32.00, 31.50, 32.20, 32.30 ในปี 2552, 2554, 2556 และ 2557 ตามลำดับ⁽⁵⁾ สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5⁽⁶⁾ พ.ศ. 2557 สัดส่วนของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 30 วันที่ผ่านมาของผลการสำรวจครั้งนี้ต่ำกว่าผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ซึ่งพบร้อยละ 36.00 (ชายร้อยละ 56.2 และหญิงร้อยละ 17.20) ครั้งนี้ พบร้อยละ 27.50 (ชายร้อยละ 43.20 หญิงร้อยละ 12.70) การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในการสำรวจครั้งนี้ พบร้อยละ 10.90 (ชาย ร้อยละ 19.40 หญิงร้อยละ 2.90) การสำรวจครั้งที่ 4 มีร้อยละ 17.60 (ชายร้อยละ 31.50 หญิงร้อยละ 4.40)

รายงานผลการสำรวจ⁽⁶⁾ พบว่าสัดส่วนของคนที่มีกิจกรรมกายไม่เพียงพอใกล้เคียงกัน มีข้อสังเกตว่าการให้ข้อมูลการออกกำลังกายของผู้ตอบอาจประเมินตนเองว่ามีกิจกรรมทางกายสูงกว่าความเป็นจริง แต่แบบสอบถามชุดเดียวกันจึงเปรียบเทียบกันได้ ผลการสำรวจ⁶ พบว่า สัดส่วนการกินผักและผลไม้ อย่างเพียงพอมีเพิ่มขึ้น ในการสำรวจครั้งที่ 5 ร้อยละ 25.90 ครั้งที่ 4 ร้อยละ 16.90 ในผู้ชายและร้อยละ 18.50 ในผู้หญิงตามลำดับ

ภาวะอ้วน ความชุกของภาวะอ้วน (BMI \geq 25 กก.ต่อ ตร.ม) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน⁽⁶⁾ โดย

เฉพาะผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 40.70 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 41.80 ส่วนผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 28.40 เป็นร้อยละ 32.90 การอ้วนลงพุงความชุกเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ในผู้หญิงร้อยละ 45.00 และผู้ชายร้อยละ 18.60 ในปี 2552 เพิ่มเป็นร้อยละ 51.30 และ 26.00 ในปี 2557 ตามลำดับ

4. สัดส่วนการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค⁽⁵⁾ (ผ่านเกณฑ์)

5. อัตราการปฏิบัติมาตรการส่งต่อ (ไม่สามารถวัดได้)

6. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยภายใน 28 วัน⁽⁵⁾ (ผ่านเกณฑ์) พบ ร้อยละ 91.03 , 90.74, 91.10, 91.22 และ 90.86 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2554, 2555, 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับ

7. อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเฉลี่ยและระหว่างภูมิภาค⁽⁵⁾ (ผ่านเกณฑ์) อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรมีสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้น โดยลดสัดส่วนลงจาก 2,535 คนในปี 2554 เป็น 2,533 2,399 2,125 และ 2,072 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555, 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับ

8. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงิน⁵ (ผ่านเกณฑ์)

9. อัตราป่วย อัตราตายจากภัยพิบัติ โรคระบาด และภัยสุขภาพ⁽⁵⁾ (ผ่านเกณฑ์)

3. ผลการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงนโยบาย

1. การลดความเหลื่อมล้ำโดยยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข⁽⁷⁾

ยังคงพบว่าสถานพยาบาลมีความแออัดอย่างมากโดยเฉพาะสถานพยาบาลในระดับจังหวัด ภาพรวมมีผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.9 ล้านครั้งต่อปี ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 150,000 คนต่อปี อัตราการครองเตียงมากกว่าร้อยละ 80.00 ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการขั้นสูง ต้องรอคิวนาน มีปัญหาการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน ปัญหาการเข้าถึงยาที่มีราคาแพง และยังมีกลุ่มคนดั้งเดิมที่ไม่มีสัญชาติไทย ที่มีชื่ออยู่ใน

ทะเบียนราษฎร 35,210 คน และเด็กนักเรียนที่ไม่ได้สิทธิพื้นฐานด้านสาธารณสุข จำนวน 67,577 คน กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการลดความเหลื่อมล้ำยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข ลดป่วย ลดตาย ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย โดย

1.1) ปรับระบบการบริหารจัดการในพื้นที่ในรูปแบบเขตสุขภาพครอบคลุมหน่วยบริการใน 4-8 จังหวัด ดูแลการจัดบริการแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปจนถึงเชี่ยวชาญระดับสูง

1.2) ขยายโรงพยาบาลระดับอำเภอให้มีมาตรฐานเท่ากับโรงพยาบาลระดับจังหวัด จำนวน 20 แห่ง ทำให้มีโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถมาตรฐานในระดับจังหวัด รวม 117 แห่ง ทั่วประเทศ

1.3) พัฒนาศูนย์การแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูง 4 สาขาหลัก คือ หัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด และอุบัติเหตุ

- ขยายการผ่าตัดโรคหัวใจ จากเดิมผ่าตัดได้ 14 แห่ง เพิ่มขึ้นอีก 2 แห่ง เป็น 16 แห่ง ลดเวลารอคอยการผ่าตัดหัวใจเหลือเพียง 4 เดือน จาก 9 เดือน ขยายหัตถการสวนหัวใจ 18 แห่งในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- อุบัติเหตุ เพิ่มขีดความสามารถในการผ่าตัดสมองในโรงพยาบาล 51 แห่ง จัดให้มีระบบช่องทางด่วนอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Trauma Fast Track) ในทุกเครือข่ายโดยผู้ป่วยสามารถได้รับการผ่าตัดภายใน 2 ชั่วโมง หลังส่งผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัดฉุกเฉิน อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองลดลงจากร้อยละ 8.46 ในปี 2557 เป็น ร้อยละ 6.77 ในปี 2558

- มะเร็ง สามารถให้บริการเคมีบำบัดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปได้ทุกแห่ง ให้บริการรังสีรักษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมะเร็งได้ทุกแห่ง ทำให้การเข้าถึงบริการรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งสะดวกและรวดเร็วขึ้น

- ทารกแรกเกิด เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยการเพิ่มจำนวนเตียงทารกแรกเกิด (NICU) 188 เตียง รวมเป็น 850 เตียงทั่วประเทศ จาก เป้าหมาย

1,373 เตียงทั่วประเทศ ส่งผลให้ลดการส่งออกนอกเขตสุขภาพ

1.4) ลดความเหลื่อมล้ำในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ประชาชนใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทุกโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน อย่างไม่มีเงื่อนไขและข้อจำกัดด้านสิทธิประโยชน์หรือด้านสถานพยาบาล

1.5) เพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านยาที่มีราคาสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนสามารถตรวจสอบสิทธิและทราบข้อมูลสิทธิประโยชน์ ผ่าน Application ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.6) ให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับคนไทยที่มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวน 208,631 คน และดำเนินการเพิ่มในเด็กนักเรียนที่ไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขจำนวน 67,577 คน รวมถึงคนดั้งเดิมที่มีสัญชาติไทยอีก จำนวน 35,210 คน

2. การจัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ⁽⁷⁾

การประกาศให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นนโยบายสำคัญ คือ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และการดำเนินงานนโยบายทีมหมอครอบครัวกลไกที่สำคัญในการดำเนินงานคือการประเมินคัดกรองเพื่อจำแนกผู้สูงอายุ ด้วยเครื่องมือ ADL รวมถึงสนับสนุนให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) อย่างพอเพียง ในสัดส่วน Care manager 1 คน ต่อ Care giver 5-7 คน และ Care giver 1 คนต่อผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 5-7 คน โดยให้บูรณาการการนวดไทยเข้าไปในหลักสูตร Care giver และ Care manager เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงรวมผู้พิการปีงบประมาณ 2559 ได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติจำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน

100,000 ราย ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า และเท่าเทียมเป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทรและสมานฉันท์สามารถลดงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ

3. จัดทีมหมอครอบครัว⁽⁷⁾

เพื่อลดความแออัดในการรอคอย ทีมหมอครอบครัว มุ่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกมิติของชีวิต ในรูปแบบองค์รวมทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพให้กับครอบครัวได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยได้กำหนดให้มีกระจายอยู่ทั่วประเทศจำนวน 77 จังหวัด 66,453 ทีม ระดับอำเภอ 389 ทีม (อำเภอละ 3-4 ทีม) ระดับตำบล 12,237 ทีม (ตำบลละ 1-2 ทีม) ระดับชุมชน 50,326 ทีม หมอครอบครัวมีกิจกรรมหลากหลายในแต่ละพื้นที่ การลงเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ต้องเสียเวลาไปโรงพยาบาลให้คำปรึกษาทางการรักษาพยาบาลโดยอาศัยเครื่องมือสื่อสาร ดูแลผู้ป่วยที่พักที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ถูกทิ้ง กลุ่มเป้าหมายที่ลงไปดูแล ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือเรียกว่าติดเตียง 2) ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 3) ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และ 4) กลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า และต้องได้รับการกระตุ้นการพัฒนาก่อนเพื่อให้สมวัย สำหรับกิจกรรมในกลุ่มประชาชนทั่วไป ทีมหมอครอบครัวได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างมีส่วนร่วมจากเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่และครอบครัว ทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกจากบริการที่มีคุณภาพทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น

4. เด็กไทยฉลาด พัฒนาการสมวัย ไม่จมน้ำตาย⁽⁷⁾

ในปี พ.ศ.2554 เด็กไทยอายุ 6-12 ปี มีเซวี่ปัญญา (IQ) เฉลี่ยเท่ากับ 98.6 ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากลที่ (IQ=100) และเด็กที่มีปัญหาาระดับสติปัญญาบกพร่อง (IQ<70) มากถึงร้อยละ 6.50 ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 2 เมื่อเทียบกับมาตรฐานสากล นอกจากนี้เด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์เท่ากับ 45.12 ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำ เกณฑ์ปกติ (50-100) ในปี 2557 เด็กที่สงสัยว่าจะมีพัฒนาการล่าช้าอยู่ที่ ร้อยละ 27.50 แม้จะลดลงจาก ปี 2552 ที่ร้อยละ 29.70 แต่ทิศทางยังมีแนวโน้มสูงขึ้น การส่งเสริมแนวทางในการให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสมของผู้ปกครอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม สำหรับเด็กและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียนนับเป็นมาตรการที่สำคัญในการดำเนินการลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กจากสาเหตุจมน้ำ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ กระทรวงศึกษาธิการ สร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) เน้นการดำเนินงานในรูปแบบสหสาขาและแบ่งปันทรัพยากรในพื้นที่ เกิดเครือข่ายป้องกันเด็กจมน้ำในพื้นที่ 335 ทีม ครอบคลุม 227 อำเภอ ใน 35 จังหวัด มีป้ายเตือนภัยหรือมีรั้ว และจัดอุปกรณ์ป้องกันการจมน้ำบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชนจำนวน 1,492 แห่ง เด็กอายุ 6-14 ปี ได้เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จำนวน 56,987 คน ส่งผลให้จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ลดลงจากช่วงเวลาเดียวกันถึง 113 คน หรือลดลงร้อยละ 18.30

5. ลดป่วยลดตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽⁷⁾

5.1 โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ เมื่อมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้นย่อมเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการ

เสียชีวิตมากขึ้นการให้การรักษาทันทีที่ และมีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้ยาในกลุ่ม Thrombolytic Agent ภายในระยะเวลาที่เหมาะสมและทันเวลาจะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ การจัดการบริการโรคหัวใจในภูมิภาค ด้านการผ่าตัดหัวใจ การทำหัตถการห้องสวนหัวใจ เช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดในโรงพยาบาลศูนย์ 18 แห่ง การให้ยาละลายลิ่มเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และขดลวด ในโรงพยาบาลศูนย์ 18 แห่ง การให้ยาละลายลิ่มเลือดและการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้ ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) ขึ้นไปจำนวน 460 แห่ง ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการได้ทันเวลา และได้รับบริการอย่างมีคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชน สามารถลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดหัวใจในภาพทั่วประเทศได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 9 เดือน อยู่ที่ 3 เดือน อัตราตายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ลดลงจาก 17.03 ในปี 2556 เหลือ ร้อยละ 11.94 ในปี 2558

5.2 โรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการตายประมาณร้อยละ 10-15 ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความพิการเหลืออยู่ในจำนวนนี้ร้อยละ 20.00 จะมีความพิการรุนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 30.00 และจะมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ใน 10 นาที มีผู้ตาย 1 คน จากโรคหลอดเลือดสมอง ปีละมากกว่า 50,000 คน การพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โดยมีการลงนามความร่วมมือเป็นเครือข่าย โรคหลอดเลือดสมอง กับสถาบันประสาทวิทยาทั้งหมด 99 แห่งทั่วประเทศจัดตั้งระบบ stroke fast tract 53 แห่งฝึกอบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็น Key success factor ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสิ้นกว่า 2,000 คน ข้อตกลงร่วมกันในเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Stroke service plan) เป้าหมาย

จัดตั้ง stroke unit, stroke fast track ได้ครบ 100% ในปี พ.ศ.2560 ในปี 2558 สามารถจัดตั้งได้ครบ 100% ในโรงพยาบาลศูนย์ และ 91.6 ในโรงพยาบาลทั่วไป ส่งผลให้ ลดอัตราการตายจากร้อยละ 16.9 ในปี 2556 เหลือ ร้อยละ 11.6 ในปี 2558

6. พัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันโรค⁽⁷⁾

จัดให้มีระบบป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่าจากแถบประเทศแอฟริกาไม่ให้ติดต่อเข้ามาในประเทศไทย จัดตั้งห้องปฏิบัติการเฉพาะในการตรวจวิเคราะห์โรคอีโบล่าได้แล้ว 22 แห่ง ทั่วประเทศ เพื่อให้สามารถตรวจเชื้อโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้ภายใน 8 ชั่วโมง และพัฒนาระบบการดูแลรักษา ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลในทุกสถานพยาบาล รวมทั้งเตรียมความพร้อมรับมือกับการระบาดของโรคโดยจัดให้มีการซ้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน/โรคระบาด อย่างเข้มข้นสม่ำเสมอ ฝึกระวังผู้เดินทางจากตะวันออกกลาง เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรน่าสายพันธุ์ 2012 (MERS) และให้การอบรมทีมฝึกระวังและสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และแพทย์ระบาดวิทยาทั่วประเทศ 1,080 ทีมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อีก 1,000,000 คนเพื่อฝึกระวังโรคในสถานพยาบาล และชุมชน ทีมบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ระบาดวิทยาภาคสนาม และทีมฝึกระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วของไทย สามารถจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยชายชาวตะวันออกกลางที่ตรวจพบเป็นโรค MERS รายแรกของไทย และสามารถควบคุมโรคได้อย่างเข้มแข็ง ควบคุมการระบาดได้อย่างต่อเนื่องในประเทศไทย ช่วยลดความสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างมาก และได้รับการชื่นชมในการดูแลควบคุมโรคจากนานาประเทศ มีการพัฒนาระบบฝึกระวัง และควบคุมโรค รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถจัดการกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ และภัยสุขภาพที่ร้ายแรง ได้ต่อไป

7. สมุนไพรไทยสร้างอาชีพเพิ่มรายได้⁽⁷⁾

ตลาดสมุนไพรไทยมีมูลค่ากว่า 2.8 แสนล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยร้อยละ 50.00 เป็นมูลค่าการนำเข้าจากต่างประเทศ ในขณะที่ข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี กรมแพทย์แผนไทยจึงร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ส่งเสริมให้เกษตรกรปลูกพืชสมุนไพรให้มีคุณภาพและมาตรฐาน GAP และมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ คิดเป็นพื้นที่จำนวน 1,000 ไร่ และพัฒนาศูนย์แปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร 60 แห่ง นับเป็นการสร้างอาชีพให้แก่เกษตรกรและแรงงานในภาคการผลิตได้ส่วนหนึ่ง

จากข้อมูลของสำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) พบว่าในปี 2557 การใช้และการส่งออกของสมุนไพรของประเทศไทยมีมูลค่าดังนี้ กลุ่มเครื่องสำอางของไทย 180,000 ล้านบาท กลุ่มอาหารเสริม 80,000 ล้านบาท กลุ่มสปาและผลิตภัณฑ์สปา 10,000 ล้านบาท และกลุ่มยาแผนโบราณตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 10,000 ล้านบาท โดยแนวโน้มของตลาดสมุนไพรไทยมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นทุกปีในอัตราปีละประมาณร้อยละ 5.00 ก่อให้เกิดรายได้เพิ่มขึ้นในภาคธุรกิจ นอกจากนี้แล้วยังเป็นการเพิ่มรายได้ในส่วนที่เป็นสถานพยาบาลภาครัฐ กล่าวคือมีการผลิตและใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลเองคิดเป็นร้อยละ 48.70 ของมูลค่าทั้งหมด ซึ่งมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เมื่อเปรียบเทียบการใช้สมุนไพรในภาพรวมกับยาแผนปัจจุบัน พบว่าสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ถึงมากกว่า 4 เท่า

4. การประเมินผลการแปลงแผนสู่การปฏิบัติในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559

ผลการประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในระยะครึ่งแผน โดยใช้ CIPP Model เป็นกรอบการติดตามประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ซึ่งภาพรวมการประเมินความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ความสำเร็จของบริบทของแผนพัฒนาฯ ในยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับต่ำ (48.06) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 อยู่ในระดับที่สูงที่สุด (70.35) รองมาได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 3 (ร้อยละ 69.23) ยุทธศาสตร์ 4 (ร้อยละ 61.55) และยุทธศาสตร์ 1 (ร้อยละ 56.87) ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ผลการประเมินกระบวนการประเมิน

การนำแนวทางการแปลงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฯ ฉบับที่ 11 สู่การปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 55.75 (ส่วนกลาง ร้อยละ 63.75 ภาคเหนือ ร้อยละ 53.25 ภาคใต้ ร้อยละ 54.25 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 56 ภาคตะวันออก ร้อยละ 53.25 ภาคกลางและภาคตะวันตก ร้อยละ 54.25) (ตารางที่ 2) การปรับปรุงการดำเนินงานของหน่วยงาน คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 35.75 (ส่วนกลาง ร้อยละ 58.25 ภาคเหนือ ร้อยละ 33.25 ภาคใต้ ร้อยละ 28.75 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 39.50 ภาคตะวันออก ร้อยละ 31.50 ภาคกลางและภาคตะวันตก ร้อยละ 22.50) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ร้อยละความสำเร็จของบริบทของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฯ ฉบับที่ 11 จำแนกตามยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์	ส่วนกลาง	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคตะวันออก	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคกลางและภาคตะวันตก	เฉลี่ย
ยุทธศาสตร์ 1	10.00	68.00	65.00	64.00	70.91	63.33	56.87
ยุทธศาสตร์ 2	16.67	77.78	83.33	76.67	78.79	88.89	70.35
ยุทธศาสตร์ 3	33.33	76.67	87.50	71.67	71.21	75.00	69.23
ยุทธศาสตร์ 4	15.00	76.67	80.00	64.00	63.64	70.00	61.55
ยุทธศาสตร์ 5	2.78	63.70	55.56	70.00	55.56	40.74	48.06
เฉลี่ย	15.55	72.56	74.28	69.27	68.02	67.59	61.21

ตารางที่ 2 ร้อยละความสำเร็จด้านกระบวนการ จำแนกตามภาค

ระดับ	การแปลงแผน (Do)	การปรับปรุงการดำเนินงานตามผลการประเมิน (Act)	ผลการประเมินเฉลี่ย
ส่วนกลาง	63.75	58.25	61.00
ภาคเหนือ	53.25	33.25	43.25
ภาคใต้	54.25	28.75	41.50
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	56.00	39.50	47.75
ภาคตะวันออก	53.25	31.50	42.25
ภาคกลางและภาคตะวันตก	54.25	22.50	38.25
ภาพรวม	55.75	35.75	45.75

5. อภิปรายและข้อเสนอแนะ

1. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ไม่ได้กำหนดยุทธวิธีด้านการกำหนดเป้าหมายและแผนโครงการ (Program/ Project Plan) และแผนบริหารหรือแผนปฏิบัติ รวมทั้งมีกระบวนการถ่ายทอดให้หน่วยงานระดับกรม กอง จังหวัด เข้าใจและรับแผนนโยบายไปจัดทำแผนโครงการและแผนปฏิบัติอย่างชัดเจน เพราะหากหน่วยงานระดับกรม กองไม่เห็นด้วยหรือไม่ชัดเจนในแผนนโยบายแล้ว โอกาสที่หน่วยงานดังกล่าวจะยึดติดกับแนวทางปฏิบัติตามแผนเดิมซึ่งไม่สอดคล้องกันกับปัญหาความต้องการของประชาชน ทำให้การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไม่เป็นธรรมตามมา ควรมีการทบทวนกระบวนการด้านงบประมาณให้สอดคล้องกับรูปแบบบริการที่เปลี่ยนไป

2. การกำหนดนโยบายและแผนตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณในยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาพื้นบ้านให้เป็นระบบที่ควบคู่กับการพัฒนาการสาธารณสุขสมัยใหม่ เพราะยุทธศาสตร์นี้เป็นยุทธศาสตร์ใหม่ที่สำคัญแต่การจัดสรรงบประมาณยังคงเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้สภาพปัญหาของยุทธศาสตร์นี้ได้รับการสะท้อนจากผู้ปฏิบัติว่า “นโยบายไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง ขับเคลื่อนไม่สำเร็จ รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไม่ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้การขับเคลื่อนเป็นไปได้ช้า”

3. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขให้เป็นระบบเครือข่าย สามารถถ่ายทอดแลกเปลี่ยน และใช้ประโยชน์ในการนำไปจัดทำนโยบายและวางแผน โดยเฉพาะในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฯ ระยะ 1 ปี และควรกำหนด เป้าหมายในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฯ ระยะ 5 ปี ที่ไม่เปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเป้าหมายและตัวชี้วัดเปลี่ยนทุกปี ในยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบเฝ้าระวังเตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ ยังคงมีปัญหา “ขาดฐานข้อมูลที่เป็นฐานเดียวกัน และข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ที่จะนำมาวิเคราะห์

สถานการณ์ได้ ทำให้การวางแผนการเตือนภัยไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลบางส่วนไม่มีคุณภาพ ข้อมูลจากการเฝ้าระวังยังขาดการนำมาพยากรณ์แนวโน้มของการเฝ้าระวัง เป็นเพียงการนำเสนอข้อมูลเชิงสถิติเท่านั้น การเชื่อมแผนยังขาดการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ”ควรนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังมาพยากรณ์แนวโน้มของการเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่ให้มากขึ้นและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการเฝ้าระวัง อย่างเข้มข้นต่อไป เนื่องจากเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ

4. ยุทธศาสตร์ที่ 3-5 มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา การเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ การสร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพและพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ ควรมีการกำหนดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การแปลงแผนพัฒนาฯ ไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน และกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วมในแต่ละยุทธศาสตร์ มีการประเมินความเหมาะสมความเพียงพอของการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวง และกำหนดแผนประเมินผลตามยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในระยะต่อไปให้ชัดเจน

6. สรุปข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินผลในครั้งถัดไป

ข้อเสนอในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ควรส่งมอบแผนให้หน่วยงานที่นำไปใช้ให้ทันเวลา เพื่อให้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทและสถานภาพที่ชัดเจนและเป็นเครื่องมือชี้้นำการปฏิบัติอย่างจริงจังมากขึ้น ควรมีการติดตามประเมินผลและปรับแผนในช่วงครึ่งแผน โดยกำหนดเป็นนโยบายไว้ตั้งแต่เริ่มใช้แผนและกำหนดหน่วยงาน

ตลอดจนผู้รับผิดชอบไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ทั้งฝ่ายปฏิบัติ และฝ่ายติดตามประเมินผล รับทราบและเตรียมแผนการติดตามประเมินผลและการปรับแผนไปพร้อมๆ กัน อันจะทำให้เกิดความยืดหยุ่นในการจัดทำแผนระดับโครงการเพื่อรองรับยุทธศาสตร์มากขึ้น รวมทั้งเป็นการปรับเปลี่ยนแผนตามสภาพแวดล้อมของโลกและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยเฉพาะการรวบรวมข้อมูลทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผู้ศึกษาได้รับความกรุณาและความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้บริหารและผู้รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน ขอขอบคุณทีมงานทุกคนในสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สุกัลยา คงสวัสดิ์. การประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559), วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 1(2): หน้า 17 - 29.

Suggested Citation for this Article

Kongsawatt S. Evaluation of National Health Development Plan under the 11th National Economic and Social Development Plan (2012-2016). Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(2): page 17 - 29.

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) หน้า 44-48.
2. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข สถานภาพของแผนพัฒนาการสาธารณสุขอดีต-ปัจจุบัน(พ.ศ.2504-2539) หน้า 1-22.
3. คณะอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) หน้า 160-161.
4. กระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 หน้า 128.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลสุขภาพ(Health Data Center) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2559.
6. ร่างบทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข. ผลงานกระทรวงสาธารณสุขรอบ 1 ปี ตุลาคม พ.ศ. 2557-กันยายน พ.ศ. 2558.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาลักษณะและการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ
ณ ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ปี พ.ศ. 2555 – 2559

A study of clinical characteristics and treatment of the leprosy patients in
Center for Urban Disease Control and Prevention 2012 – 2016

เขมกร เทียงทางธรรม¹, สุพัตรา นิลศิริ¹, ณัฐมา รongมาลี¹

¹สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Khammakorn Thiangthangthum¹, Supattra Ninsiri¹, Nattama Rongmalee¹

¹Institute for Urban Disease Control and Prevention

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ด้วยเก็บข้อมูลย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะและการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง และนำผลการศึกษามาวางแผนการดำเนินงานให้สามารถลดการแพร่เชื้อโรคเรื้อนในชุมชน และลดการเกิดความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ระหว่างปีงบประมาณ 2555 – 2559 จำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สร้างขึ้นจำเพาะ สอดคล้องกับแบบบันทึกข้อมูลที่กรมควบคุมโรคใช้ในการบันทึก ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม 2559 โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ประวัติการรักษาและเอกสารที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคเรื้อน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งหมด 32 ราย พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 15-25, 36-45, 56-65 ปีจำนวนเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 18.8) สัญชาติไทย (ร้อยละ 84.4) สถานภาพโสด (ร้อยละ 53.1) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 43.8) มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 31.3) ประวัติการเจ็บป่วย เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษา (ร้อยละ 84.4) ที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 48.1) ระยะเวลามีอาการก่อนมารักษา 1-5 ปี (ร้อยละ 56.3) ไม่เคยได้รับยาโรคเรื้อน (ร้อยละ 68.8) ไม่เคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน (ร้อยละ 65.6) ไม่เคยมีบุคคลในหมู่บ้านป่วยเป็นโรคเรื้อน (ร้อยละ 78.1) ชนิดของโรคเรื้อนเป็นประเภทเชื้อมาก (MB) (ร้อยละ 84.4) พบมีลักษณะอาการแสดง คือ รอยโรคพบแผ่นนูนแดง (ร้อยละ 40.6) อาการชาพบที่บริเวณโรค ร้อยละ 65.6 ผ่ามือ/เท้า ร้อยละ 28.1 จำนวนรอยโรค มีมากกว่า 10 แห่ง (ร้อยละ 40.6) รอยโรคกระจายทั้ง 2 ข้างของร่างกาย (ร้อยละ 71.9) มีภาวะเท้า (ร้อยละ 40.6) โดยส่วนใหญ่ เป็น ENL (ร้อยละ 53.8) และพบ เส้นประสาทโต (ร้อยละ 84.4) การตรวจเชื้อ พบเชื้อที่ฝืน (ร้อยละ 31.3) หูข้างทั้ง 2 ข้าง (ร้อยละ 21.9) พบความพิการ grade 2 ที่มีมือและเท้าจำนวนเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 18.7) และพบที่ตา (ร้อยละ 9.4) ผลการรักษา รักษาครบตามเกณฑ์การรักษา ร้อยละ 50.0 และอยู่ระหว่างการรักษา ร้อยละ 34.4 ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 34.4

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการแม้จะมีจำนวนน้อย แต่เป็นผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ซึ่งสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้สัมผัสโรคและชุมชน และพบพิการ grade 2 ซึ่งเกิดจากความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษา

อีกทั้งผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน ไม่ได้รับการสำรวจถึง ร้อยละ 34.4 ดังนั้น ควรมีการค้นหาผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน เพื่อรับการรักษาย่างรวดเร็ว ลดการแพร่เชื้อสู่ชุมชนและลดการเกิดความพิการ ตามเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมโรค

คำสำคัญ: การศึกษา, โรคเรื้อน, ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ชื่อเดิมคือ สถาบันบำบัดโรคผิวหนังบางเขน

Abstract

This descriptive study aimed to analysis the characters and treatment of the leprosy patients in Center for Urban Disease Control for planning to reduce the spread of leprosy in the community and disabilities grade 2 in the new cases of leprosy patients. Samples consisted of 32 leprosy patients. The record form constructed by researchers was used for data collection from the Department of Disease Control and registered at Center for Urban Disease Control and Prevention during 2012 – 2016. The data was collected and reviewed form the medical records, and other related documents of the leprosy patients during treatment. The statistic used was percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that 32 leprosy patients were males more than females, The range of ages was equally in 15–25,36–45,56–65 years (18.8 %), Thai nationality (84.4%), single status (53.1%), employee occupation (43.8%), and living in Bangkok (31.3%).Subjects from this study were new leprosy case detection (84.4%), refer types (48.1%) ,1–5 years of symptoms before treatment (56.3%), no medical treatment (68.8%), no history of leprosy household contact (65.6%), no history of leprosy neighboring contact (78.1%), clinical manifestation of Leprosy are erythematous plaques (40.6%), sensory loss (numbness) of the lesion (65.6%), sensory loss at hands/feet (28.1%)skin lesion >10 lesion (40.6%), bilateral (71.9%), leprosy reactions (40.6%),most reactions are Erythema nodosum leprosum(ENL) (53.8%), The slit skin smear on skin lesions (31.3%), ear result (21.9%), and skin biopsy (37.5%) were positive. There were 18.7% of hands and feet disabilities (grade 2), 9.4% of eye disabilities (grade 2) . The 50% of patients were multidrug therapy. The 34.4% of all patients are ongoing treatment course and 34.4% of household contracts of the leprosy loss of finding.

Then should find the respected patients for early treatment and reduce of the spread of leprosy in the community and disability grade 2 from goal of the Department of Disease Control.

Keywords: A study, leprosy , Center for Urban Disease Control and Prevention

บทนำ

สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทยปัจจุบัน มีแนวโน้มลดลงมาก บรรลุเป้าหมายของการกำจัดโรคเรื้อนจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข ได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 คือสามารถลดอัตราการชุกโรคเรื้อนในระดับประเทศ ได้ต่ำกว่า 1 รายต่อประชากรหมื่นคน ตามเกณฑ์ที่กำหนดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งจากข้อมูลผู้ป่วยในทะเบียนรักษา ตั้งแต่ ปี 2554 - 2558 พบว่า มีแนวโน้มลดลง⁽⁷⁾ โดยมีจำนวนผู้ป่วยในทะเบียนรักษา เท่ากับ 678, 555, 560, 570 และ 467 ราย ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยใหม่แนวโน้มลดลงเช่นกัน โดยมีจำนวนผู้ป่วยใหม่ในทะเบียนตั้งแต่ปี 2554-2558 เท่ากับ 280, 220, 188, 208 และ 187 ราย ตามลำดับ⁽¹⁾ ซึ่งการกระจายของผู้ป่วยใหม่ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งจำแนกตามรายภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 81 ราย (43.81%) ภาคใต้ 56 ราย (29.95%) ภาคเหนือ 31 ราย (16.58%) ภาคกลาง 19 ราย (10.16%)⁽¹⁾

ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เข้ารับการรักษาศูนย์บริการโรคในเขตเมือง (ชื่อเดิมสถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2559 มีจำนวน 9,3,8,3 และ 9 ราย ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น จำนวน 32 ราย⁽⁵⁾ คิดเป็นสัดส่วนของการรักษาในภาพประเทศ อยู่ระหว่าง 1.6 - 4.00 % โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการมีทั้งในเขต กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด โดยลักษณะ อาการแสดงสำคัญ (Clinical signs) คือ 1. รอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน 2. มีอาการชาบริเวณรอยโรคหรือชาบริเวณรับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทเส้นปลาย 3. ตรวจพบเส้นประสาทโต 4. ตรวจพบเชื้อจากการก๊อริตผิวหนังและย้อมสีตรวจดูเชื้อโรคเรื้อน หากพบอาการแสดง 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรก หรือข้อ 4 เพียงข้อเดียว ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน⁽²⁾ การคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยได้เร็ว จะช่วยลดความพิการในโรคเรื้อนได้ ซึ่งความพิการจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการประกอบอาชีพของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาลักษณะและการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อนำผลการวิจัยไปวางแผนการ

ดำเนินงานตามแนวทางกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คือเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและในชุมชนให้ได้รับการค้นพบโดยเร็ว และได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ส่งผลให้สามารถลดการแพร่เชื้อโรคเรื้อนในชุมชน และลดการเกิดความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่⁽⁷⁾

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Descriptive study) เพื่อศึกษาลักษณะและการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยทำการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ในปี พ.ศ. 2555-2559 (1 มกราคม 2555-31 ธันวาคม 2559) จำนวน 32 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกของศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ได้แก่ เวชระเบียน แฟ้มประวัติการรักษาโรคเรื้อนและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ในปี พ.ศ. 2555-2559 (1 มกราคม 2555-31 ธันวาคม 2559) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่นักวิจัยสร้างขึ้นจำเพาะสอดคล้องกับแบบบันทึกข้อมูลที่กรมควบคุมโรคใช้ในการบันทึก โดยไม่บันทึกเลขบัตรประชาชน แบ่งเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ตามบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน

ส่วนที่ 3 อาการและอาการแสดง

ส่วนที่ 4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 5 ความพิการ ตามแบบบันทึกการตรวจความพิการ

ส่วนที่ 6 การรักษาและการแพทย์ ตามแบบบันทึกการรักษา

ส่วนที่ 7 ผู้สัมผัสโรคได้รับการสำรวจร่างกาย ตามแบบบันทึกการตรวจผู้สัมผัสโรค

ส่วนที่ 8 ผลการรักษา

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคเรื้อน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 อายุ ระหว่าง 15-25, 36-45, 56-65 ปี มีจำนวนเท่ากัน

ร้อยละ 18.8 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.9 สัญชาติไทย ร้อยละ 84.4 สถานภาพโสด ร้อยละ 53.1 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.8 ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 31.3 รองลงมา ต่างจังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ร้อยละ 25.0 และจังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 21.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อน (n = 32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	62.5
หญิง	12	37.5
กลุ่มอายุ		
< 15 ปี	1	3.1
15-25ปี	6	18.8
26-35ปี	5	15.6
34-45ปี	6	18.8
46-55ปี	4	12.5
56-65ปี	6	18.8
>65ปี	4	12.5
ค่าต่ำสุด= 15, ค่าสูงสุด = 76, ค่าเฉลี่ย=42.38, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน=18.13		
ศาสนา		
พุทธ	31	96.5
อิสลาม	1	3.1
สัญชาติ		
ไทย	27	84.4
พม่า	2	6.3
กัมพูชา	1	3.1
ลาว	2	6.3
สถานภาพสมรส		
โสด	17	53.1
คู่	12	37.5
หม้าย/หย่า/แยก	3	9.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อน (n = 32) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	1	3.1
รับจ้าง	14	43.8
ค้าขาย	8	25.0
ข้าราชการ	2	6.3
นักเรียน	3	9.4
งานบ้าน	2	6.3
ว่างงาน	2	6.3
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานคร	10	31.3
นนทบุรี	1	3.1
ปทุมธานี	7	21.9
ต่างจังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	8	25.0
ต่างจังหวัด (ภาคกลาง)	3	9.3
ประเทศเพื่อนบ้าน	3	9.3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ชนิดของโรค เป็นประเภทเชื้อมาก (MB) ร้อยละ 84.4 ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมารักษา 1-5 ปี ร้อยละ 56.3 ไม่เคยได้รับยาโรคเรื้อน ร้อยละ 68.8 ไม่เคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน ร้อยละ 65.6 ไม่เคยมีบุคคลในหมู่บ้านป่วยเป็นโรคเรื้อน ร้อยละ 78.1 ส่วนใหญ่เป็นประเภทผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 84.4 ซึ่งได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 48.1 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน แยกตามประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน (n=32 คน)

ประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรค		
ประเภทเชื้อมาก (MB)	27	84.4
ประเภทเชื่อน้อย (PB)	5	15.6
ระยะเวลามีอาการก่อนมารักษา		
<1ปี	5	15.6
1-5 ปี	18	56.3
6-10 ปี	4	12.5
11-20 ปี	2	6.3
>20 ปี	3	9.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน แยกตามประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน (n=32 คน) (ต่อ)

ประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติเคยรับยาโรคเรื้อน		
เคย	10	31.3
ไม่เคย	22	68.8
มีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน		
เคย	11	34.4
ไม่เคย	21	65.6
มีบุคคลในหมู่บ้านป่วยเป็นโรคเรื้อน		
เคย	7	21.9
ไม่เคย	25	78.1
ประเภทผู้ป่วย (N=32 คน)		
ใหม่ (N=27 คน)	27	84.4
มาเอง	5	18.5
มาเองและมีประวัติสัมผัสโรคที่บ้าน		
ส่งต่อ	13	48.1
รับย้าย	2	6.3
Relapse	2	6.3
Re-instate	1	3.1

ส่วนที่ 3 อาการและอาการแสดง ฝ่ายมือ/เท้าไม่มีอาการชา ร้อยละ 71.9 จำนวนรอยโรค ข้อมูลอาการและการแสดง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการแสดงรอยโรคที่พบคือแผ่นนูนแดง ร้อยละ 40.6 ขอบรอยโรคชัดเจน ร้อยละ 87.5 มีสีเข้มกว่า ร้อยละ 65.6 ลักษณะผิวหนังบริเวณรอยโรคเป็นแบบขนร่วง ร้อยละ 43.8 แห้งเหี่ยวไม่ออก ร้อยละ 40.6 อาการชา มีอาการชาที่บริเวณโรค ร้อยละ 65.6 มี >10 แห่ง ร้อยละ 40.6 การกระจาย ทั้ง 2 ข้างของร่างกาย ร้อยละ 71.9 ไม่มีภาวะเท้า ร้อยละ 59.4 มีภาวะเท้า ร้อยละ 40.6 ซึ่งเป็นภาวะเท้าแบบ ENL ร้อยละ 53.8 เส้นประสาทโต ร้อยละ 84.4 ไม่เจ็บ 81.3 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละอาการแสดงของผู้ป่วยโรคเรื้อน (n=32 คน)

อาการแสดงของผู้ป่วยโรคเรื้อน	จำนวน	ร้อยละ
อาการแสดงรอยโรคที่พบ		
มีวงสีขาว	10	31.3
มีสีเข้ม	9	28.1
วงแหวน	6	18.8
ผื่นแดง	6	18.8

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละอาการแสดงของผู้ป่วยโรคเรื้อน (n=32 คน) (ต่อ)

อาการแสดงของผู้ป่วยโรคเรื้อน	จำนวน	ร้อยละ
อาการแสดงรอยโรคที่พบ (ต่อ)		
แผ่นนูนแดง	13	40.6
ตุ่ม	8	25.0
ขอบรอยโรค		
ชัด	28	87.5
ไม่ชัด	1	3.1
ไม่มีสี	3	9.4
จางกว่าปกติ	8	25.0
เข้มกว่าปกติ	21	65.6
ไม่มี	3	9.4
ลักษณะผิวหนังบริเวณรอยโรค		
ปกติ	3	9.4
แห้งเหี่ยวไม่ออก	13	40.6
ขนร่วง	14	43.8
อิมมูน่าเป็นมัน	2	6.3
อาการชาที่ตรวจพบ		
บริเวณโรค		
ขา	21	65.6
ไม่ขา	11	34.4
ฝ่ามือ/เท้า		
ขา	9	28.1
ไม่ขา	23	71.9
จำนวนรอยโรค		
0 แห่ง	2	6.3
1-5 แห่ง	11	34.4
6-9 แห่ง	6	18.7
>10 แห่ง	13	40.6
การกระจาย		
ข้างเดียว	7	21.9
2 ข้างของร่างกาย	23	71.9
ไม่มี	2	6.3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละอาการแสดงของผู้ป่วยโรคเรื้อน (n=32 คน) (ต่อ)

อาการแสดงของผู้ป่วยโรคเรื้อน	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโรคเห่อ		
มี	13	40.6
RR	6	46.2
ENL	7	53.8
ไม่มี	19	59.4
เส้นประสาท		
โต	27	84.4
ไม่โต	5	15.6
เจ็บ	6	18.8
ไม่เจ็บ	26	81.3

ส่วนที่ 4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่ไม่พบเชื้อ ร้อยละ 62.5 ไม่พบเชื้อที่ฝืน ร้อยละ 65.6 ไม่พบเชื้อที่หูขวา หูซ้าย ร้อยละ 78.1 ไม่มีผล Biopsy ร้อยละ 62.5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n = 32)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน	ร้อยละ
การพบเชื้อ		
พบ	12	37.5
ไม่พบ	20	62.5
ฝืน		
พบ	10	31.3
ไม่พบ	21	65.6
ไม่มี	1	3.1
หูขวา		
พบ	7	21.9
ไม่พบ	25	78.1
หูซ้าย		
พบ	7	21.9
ไม่พบ	25	78.1
ผล Biopsy		
มี/พบเชื้อ	12	37.5
ไม่มีผล	20	62.5

ส่วนที่ 5 ความพิการ

ความพิการ พบมีความพิการ grade 2 ที่ตาร้อยละ 9.4 ที่มือและเท้าพบเท่ากันคือร้อยละ 18.7 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามความพิการ (n = 32)

ประเภทความพิการ	จำนวน	ร้อยละ
ความพิการ		
ตา		
grade 0	29	90.6
grade 1	0	0
grade 2	3	9.4
มือ		
grade 0	24	75.0
grade 1	2	6.3
grade 2	6	18.7
เท้า		
grade 0	19	75.0
grade 1	7	6.3
grade 2	6	18.7

ส่วนที่ 6 การรักษาและการแพทย์

ชนิดของยาที่รักษา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับยาเชื่อมาก ร้อยละ 90.6 การกินยาต่อหลังรักษาครบไม่มี ร้อยละ 68.7 มีการกินยาต่อหลังรักษาครบ ร้อยละ 6.3 ไม่มีอาการแพ้ยาระหว่างรักษา ร้อยละ 90.6 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการรักษาและการแพทย์ (n = 32)

การรักษาและการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของยา		
เชื่อน้อย	3	9.4
เชื่อมาก	29	90.6
กินยาต่อหลังรักษาครบ		
มี	2	6.3
ไม่มี	22	68.7
อยู่ระหว่างรักษา	8	25.0
แพ้ยาระหว่างรักษา		
มี	1	3.1
ไม่มี	29	90.6
ไม่มีข้อมูล	2	6.3

ส่วนที่ 7 ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการสำรวจร่างกาย

การสำรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสำรวจ ร้อยละ 34.4 และ มีการสำรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 1-60 เท่ากัน คือร้อยละ 25.0 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตาม ร้อยละการสำรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (n = 32)

การสำรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับการสำรวจร่างกาย	11	34.4
ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 1-60	8	25.0
ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 61-80	4	12.4
ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 81-99	1	3.1
ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 100	8	25.0

ส่วนที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลการรักษาโรคเรื้อน

ผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่ รักษาครบ ร้อยละ 50.0 รองลงมา กำลังรักษา ร้อยละ 34.4 ตายและขาดยามากกว่า 1 ปี เท่ากัน คือ ร้อยละ 6.3 และ เปลี่ยนการวินิจฉัย เพียงร้อยละ 3.1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน (n = 32)

ผลการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ครบ	16	50.0
ตาย	2	6.3
ขาดยา >1 ปี	2	6.3
เปลี่ยนการวินิจฉัย	1	3.1
กำลังรักษา	11	34.4

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาลักษณะผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ระหว่างปีงบประมาณ 2555 - 2559 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคเรื้อนโดยทั่วไป เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับภาพประเทศที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง^(1,6) อายุส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน นับถือศาสนาพุทธ สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง

2. ประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อนส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นประเภทเชื้อมาก (MB) คล้ายกับภาพประเทศที่พบว่า ที่พบว่า ปี 2558 มีผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (MB) ถึง ร้อยละ 70.05⁽¹⁾ และมีความสอดคล้องกับระยะเวลาที่มีอาการนาน 1-5 ปี ก่อนมารักษาและส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่เคยมีประวัติเคยรับยาโรคเรื้อน มีญาติ

หรือบุคคลในหมู่บ้านป่วยซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีใครป่วยบ้าง เนื่องจากยังมีการปกปิดไม่เปิดเผยของผู้ป่วยโรคเรื้อนแก่บุคคลอื่นเนื่องจากกลัวการตีตราจากสังคม ซึ่งยังเป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ ส่วนสถานภาพผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่เป็นประเภทผู้ป่วยใหม่ ที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการอื่นเพื่อมารับยารักษาด้วยยา MDT

3. อาการและอาการแสดงที่พบส่วนใหญ่มีผื่นนูนแดง วงสีขาว สีเข้มกว่าปกติ ขอบชัดเจน ลักษณะผิวหนังบริเวณรอยโรค มีขนร่วง แห่งเหงื่อไม่ออก มีอาการชาที่รอยโรค มีผื่นมากกว่า 5 แห่ง และส่วนใหญ่มีการกระจาย ทั้ง 2 ข้างของร่างกาย ซึ่งเป็นสอดคล้องกับการจำแนกของลักษณะของผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก⁽²⁾ ผู้ป่วยที่มีภาวะเห่อ พบ

ร้อยละ 40.6 มีทั้ง ENL และ RR ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันวิทยาที่เกิดการอักเสบเฉียบพลันและการทำลายของเนื้อเยื่อ⁽³⁾

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อเพียง ร้อยละ 37.5 และพบเชื้อที่ผิวหนัง ร้อยละ 31.3 หูซ้าย ร้อยละ 21.9 เพราะว่าโรคเรื้อน 70% วินิจฉัยจากอาการแสดงและอาการชาจากรอยโรคอีก 30 % สามารถตรวจพบจากการตรวจเชื้อ slit skin smear⁽²⁾

5. ความพิการผู้ป่วยมีความพิการตา grade 2 ร้อยละ 9.4 ความพิการมือ grade 2 ร้อยละ 18.7 และความพิการเท้า grade 2 ร้อยละ 18.7 เมื่อเปรียบเทียบกับภาพประเทศพบว่ามีปี 2558 มีความพิการ grade 2 ร้อยละ 14.4⁽¹⁾ ซึ่งการศึกษานี้มีความพิการสูงกว่าซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการควบคุมโรคเรื้อนให้อยู่ในเขตจำกัดว่า ความพิการ grade 2 จะพบในผู้ป่วยโรคเรื้อนเขตเมืองสูงกว่าชนบท⁽⁴⁾

6. การรักษาและการแพทย์ ส่วนใหญ่รักษาด้วยยาสูตรเชื่อมมาก ร้อยละ 90.6 เพราะว่าผู้ป่วยที่มาเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยเชื่อมมากมีกินยาต่อหลังรักษาครบ ร้อยละ 6.3 เพราะยังมีอาการปรากฏอยู่แพทย์จึงให้ยารักษาต่อจนกว่าอาการจะหาย และไม่มีอาการแพ้ระหว่างรักษา ร้อยละ 90.6

7. ผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่ครบ ร้อยละ 50.0 ซึ่งภาพประเทศปี 2558 อัตราการได้รับยา MDT ครบถ้วน อยู่ที่ร้อยละ 77.0⁽¹⁾ แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยที่กำลังรักษาถึง ร้อยละ 34.4 ทำให้อัตราการรักษาครบยังต่ำกว่าภาพรวมประเทศ

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการอื่นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุและความจำเป็นในการส่งต่อเพื่อนำมาดำเนินการแก้ไขต่อไป

2. จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่จะมีความพิการ grade 2 ค่อนข้างสูงจึงควรเพิ่มกิจกรรมในการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคเรื้อนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดของผู้ป่วยโรคเรื้อนเชิงคุณภาพ เพื่อดูแลรักษาตามปัญหาที่พบจริงของผู้ป่วยแต่ละราย

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เขมกร เทียงทางธรรม. การศึกษาลักษณะและการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ปี พ.ศ. 2555 – 2559, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 1(2): หน้า 30 – 40.

Suggested Citation for this Article

Thiangthangthum K. A study of clinical characteristics and treatment of the leprosy patients in Center for Urban Disease Control and Prevention 2012 – 2016. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 1(2): page 30 –40.

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มกำจัดโรคเรื้อน.สถาบันราชประชาสมาสัย. สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทย ปี 2558.2558.[เข้าถึงได้เมื่อ 11 พฤศจิกายน 2559]; (หน้า1) จาก <http://www.thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/index.html>
2. กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย.คู่มือการวินิจฉัยโรคเรื้อน.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพมหานคร: 2557 หน้า 26-44.
3. โกวิท คัมภีร์ภาพ.โรคเรื้อน (Leprosy Update) ตอนที่ 2.วารสารสมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง.2554; 34:29-36.
4. อีระ รามสูตร.การควบคุมอุบัติการณ์โรคเรื้อนให้อยู่ในขอบเขตจำกัด.วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.2557;4(2):99-108.
5. ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง.รายงานผลการดำเนินงาน ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ปี 2559.
6. Poonkiat Suchonwanit. Leprosy Reaction in Thai Population: A 20-Year Retrospective Study.Dermatol Res Pract.2015.[Pub med]
7. เสาวลักษณ์ พิสิทธิ์ไพบูลย์.สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนในไทย.[เข้าถึงได้เมื่อ 11 พฤศจิกายน 2559]; (หน้า1) จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/30249- สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนในไทย.html>

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดปทุมธานี

Factors associated with Alcohol drinking and Tobacco smoking behavior
in adolescents of Pathumthani Provinceนนุช พงษ์เจริญ¹, กาญจนวรรณ บัวจันทร์¹, ยอดชาย สุวรรณวงษ์²¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, ²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีNongnuch Pongcharoen¹, Karnjanawan Buachan¹, Yodchai Suwannawong²¹Pathumthani Provincial Health Office, ²Saraburi Provincial Health Office

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Studies) ครั้งนี้ เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดปทุมธานี โดยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เยาวชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี ที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี จำนวน 1,200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า เยาวชนกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดปทุมธานี มีความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดปทุมธานี คือ ปัจจัยด้านอายุ การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา ปริมาณการดื่มสุราต่อวัน และปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.01$ ข้อเสนอแนะในการศึกษา ผู้ปกครอง เช่น บิดา มารดา หรือสมาชิกในครอบครัวควรเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการมีพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ให้กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นวัยรุ่นหรือเยาวชน ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ ควรส่งเสริมให้วัยรุ่นหรือเยาวชนในความรับผิดชอบของตนเอง มีความตระหนักถึงอันตรายหรือข้อเสียที่เกิดจากการดื่มสุรา ซึ่งอาจทำให้ขาดสติและทำให้มีโอกาสในการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดื่มสุรา, พฤติกรรมการสูบบุหรี่, เยาวชน

Abstract

The objectives of this Cross-sectional Descriptive Research were study factors related to alcohol drinking and tobacco smoking behaviors from adolescents in Pathumthani Province. Samples group were 1,200 adolescents in the 15-19 age group. The data collection was carried out using questionnaires. The data analysis used descriptive statistics and Pearson Correlation Coefficient.

The results showed that the adolescents from Pathumthani province have knowledge and attitude and practice about alcohol drinking and tobacco smoking behaviors at medium level. Parents or family

members who are teenagers or young adults and teachers should encourage teens or youth in their own responsibility aware of the dangers or adverse caused of alcohol drinking that may incline in loss of conscious result in increasing of smoking.

Keywords: behavior, Alcohol drinking, tobacco smoking, adolescents

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้า และการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี ก่อให้เกิดผลกระทบที่หลากหลายต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนในทุกด้าน และทุกกลุ่มวัยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนหรือวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสังคมไทย เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการเจริญเติบโตมีความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทำให้วัยรุ่นประสบปัญหาที่เกิดจากการขาดความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย และส่งผลกระทบต่อเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาครอบครัว อีกทั้งสภาพแวดล้อมใกล้ตัวที่อาจชักนำให้เยาวชนไปในทางไม่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาหรือหาทางออกด้วยการพึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งมักเป็นก้าวแรกที่จะนำไปสู่การขาดสติ และความสามารถในการควบคุมตนเอง อันจะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมามากมาย เช่น ปัญหาการใช้ยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การทำแท้ง การติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์โรคเอดส์และปัญหาความรุนแรง เป็นต้น⁽¹⁾

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานสถานการณ์การบริโภคสุราเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ มากกว่า 200 ชนิด และเป็นต้นเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกมากถึง 3.3 ล้านคนต่อปีสำหรับในประเทศไทย จากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรชาย โดยสูงถึง

ห้าแสนสี่หมื่นปี หรือร้อยละ 8.8 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด ซึ่งการสูญเสียที่สูงมากนี้ส่วนใหญ่เกิดจากความพิการและการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากการการดื่ม และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ประมาณสิบแปดล้านคน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา โดย ร้อยละ 40 ดื่มประจำตั้งแต่ 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ขึ้นไป และจากการสำรวจในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาทั่วประเทศ ในปี 2559 พบว่า นักเรียนชายร้อยละ 19.3 และนักเรียนหญิงร้อยละ 16.2 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันหรือ 30 วัน ก่อนการสำรวจ เมื่อพิจารณาปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี เด็กและเยาวชนเริ่มดื่มสุราที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ ในประเทศไทยมีนักดื่มหน้าใหม่ที่เป็นเด็กและเยาวชนเกิดขึ้นจำนวนมากในแต่ละปี ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวเยาวชน ครอบครัว และสังคม และเพิ่มโอกาสในการเป็นโรคติดสุราและการทำงานของสมองเสื่อมถอยเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่⁽²⁾

ในขณะเดียวกัน การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม เช่นกัน โดยรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,300 ล้านคน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีมากกว่า 15,000 ล้านมวน โดยกว่าครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 54.5 ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดอยู่ในเอเชีย โดยมีผู้ที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ราวปีละประมาณ 5 ล้านคน โดยครึ่งหนึ่งอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และมีการคาดกันว่าในอีก 25 ปีข้างหน้า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 10 ล้านคน

จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ทั่วโลก จะทำให้ครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 650 ล้านคน จะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ในอนาคต โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตในช่วงวัยทำงาน ซึ่งเป็นการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นเวลาถึง 20-25 ปี⁽³⁾

ในประเทศไทย พบว่า จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ปี 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มีจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 54.8 ล้านคน โดยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 11.4 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 20.7 ซึ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.2 และสูบบุหรี่นาน ๆ ครั้ง 1.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.5 เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ตามกลุ่มวัย พบว่ากลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คิดเป็น ร้อยละ 23.5 รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มี 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มเยาวชน ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.6 และ 14.7 ตามลำดับ โดยอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 18.4 เท่า ซึ่งนอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาล 1.3 เท่า และเมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ พบว่า มีอายุ 17.8 ปี ในขณะที่อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เป็นประจำ หรือกินเป็นประจำ/นาน ๆ ครั้ง คือ 19.5 ปี เมื่อเทียบกับปี 2550 และพบว่าทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่น คือจากปี 2550 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16.8 ปี และในปี 2557 ลดลงเป็น 15.6 ปี⁽⁴⁾

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เริ่มดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีสาเหตุหลัก ๆ จาก 3 สาเหตุสำคัญ คือ เพื่อเข้าสังคม/การสังสรรค์ คิดเป็นร้อยละ 41.9 รองลงมาคือ ตามอย่างเพื่อนหรือเพื่อนชวนดื่ม คิดเป็นร้อยละ 27.3 และการอยากทดลองดื่ม คิดเป็นร้อยละ 24.4⁽⁴⁾

จังหวัดปทุมธานี เป็นจังหวัดที่อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง และอยู่ใกล้เมืองหลวงจึงทำให้

มีการขยายตัวเคลื่อนตัวของประชากรเข้าสู่จังหวัดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการเติบโตทางโครงสร้างของสังคมแบบเมือง ส่งผลต่อวิถีชีวิตที่เร่งรีบตามลักษณะของวิถีสังคมเมืองซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเสี่ยงในมิติต่าง ๆ ต่อประชาชนในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนหรือวัยรุ่น จากรายงานสรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายจังหวัด พ.ศ. 2548, 2550 และ 2554 พบว่า จังหวัดปทุมธานี อยู่ในลำดับที่ 7, 5 และ 3 ของประเทศตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2554 พบความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรกลุ่มอายุระหว่าง 15-18 ปี (คิดเป็นร้อยละ 6.86) อายุระหว่าง 19-24 ปี (คิดเป็นร้อยละ 6.86) อายุระหว่าง 25-40 ปี (คิดเป็นร้อยละ 18.50) อายุระหว่าง 41-59 ปี (คิดเป็นร้อยละ 18.56) และอายุ 60 ปี ขึ้นไป (คิดเป็นร้อยละ 9.64)⁽⁵⁾

จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ความชุกของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของจังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ.2548 ในประชากร อายุระหว่าง 15 - 74 ปี พบความชุกร้อยละ 28.46 ในปี 2550 ความชุกร้อยละ 23.0 และจากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2554 (Provincial Alcohol Report 2011) พบความชุกของนักดื่มในประชากรอายุ 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 32.4 โดยจังหวัดปทุมธานีเป็นอันดับที่ 41 ของประเทศ จากสถานการณ์และแนวโน้มดังกล่าวข้างต้น พบว่านักบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นเยาวชนซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาประเทศชาติในอนาคต ซึ่งหากปล่อยให้สถานการณ์การบริโภคสุราและบุหรี่ที่กำลังเป็นภัยคุกคามต่อเยาวชนก็จะทำให้เยาวชนเติบโตขึ้นอย่างไม่มีความรู้และส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาของประเทศชาติในอนาคต ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัด

ปทุมธานี และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งผลการศึกษจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้เข้าใจสภาพปัญหา และสามารถวางแผนในการแก้ไขปัญหาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการลด ละ และเลิกการตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดปทุมธานีที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาที่แท้จริง ตลอดจนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้วัยรุ่นและเยาวชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พร้อมทั้งจะก้าวสู่วัยผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาระยะพหุภาคี ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive studies)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี มีภูมิลำเนา และอาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ตามฐานข้อมูลประชากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีจำนวน 59,219 คน และใช้สูตรของทาโรยามาเน่ (Yamane) ในการคำนวณขนาดตัวอย่างศึกษา โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดในการศึกษานี้เท่ากับ 1,100 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นตอนโดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) ด้วยการจำแนกเป็นพื้นที่ออกเป็นระดับอำเภอ (7 อำเภอ) และตำบล (60 ตำบล) และแบ่งขนาดตัวอย่างศึกษาในสัดส่วนที่เท่ากันตามจำนวนตำบล เท่ากับ 20 ตัวอย่างต่อตำบล รวมจำนวนตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 1,200 ตัวอย่าง จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ในแต่ละพื้นที่จนครบตามจำนวน

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามพัฒนาจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยทดสอบค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยวิธีตรวจสอบประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC: Index of item Objective

Congruence) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน⁽⁷⁾ และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดลองใช้เครื่องมือ (Try Out)⁽⁸⁾ กับเยาวชนอายุระหว่าง 15 – 19 ปี ในจังหวัดสระบุรี จำนวน 30 คน โดยเครื่องมือมีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.85

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา แบบสอบถามมีลักษณะ

เป็นคำถามปลายปิด แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่ จำนวน 37 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกคำตอบถูก และผิด

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับการตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่ จำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่ จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด และไม่เคย โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายดังนี้

คะแนนความรู้ เกี่ยวกับการตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม⁽⁹⁾ ดังนี้

ร้อยละของคะแนน เท่ากับ 80 – 100 หมายถึง ระดับความรู้ดี

ร้อยละของคะแนน เท่ากับ 60-79 หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง

ร้อยละของคะแนน น้อยกว่า 60 หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ

คะแนนทัศนคติ และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านการตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่ ใช้เกณฑ์แบบอิงกลุ่ม แบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติบวกและลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

คะแนนเท่ากับ $\bar{x} + SD$ หมายถึง ทักษะคดีและการปฏิบัติ ระดับดี

คะแนนเท่ากับ \bar{x} หมายถึง ทักษะคดี และการปฏิบัติระดับปานกลาง

คะแนนเท่ากับ $\bar{x} - SD$ หมายถึง ทักษะคดีและการปฏิบัติ ระดับน้อย

วิธีการเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทางไปรษณีย์ และกำหนดให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ส่งมอบอย่างแบบบังเอิญ แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวม 2 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2559 เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับให้กับผู้วิจัยทางไปรษณีย์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างศึกษา ระดับความรู้ ทักษะคดี และพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ กับตัวแปรตามพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดปทุมธานี โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson correlation)⁽¹⁰⁾

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป เยาวชนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ในจังหวัดปทุมธานี ตอบกลับแบบสอบถาม จำนวน 1,168 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับข้อมูล ร้อยละ 97.33 โดยมีสัดส่วนของเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน ร้อยละ 55.20 และ ร้อยละ 44.80 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.50 และอายุเฉลี่ย 16.72 ปี และมีสถานโสด ร้อยละ 97.50 และร้อยละ 58.50 กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ระดับชั้น ปวช.

รองลงมากำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 19.60

ด้านครอบครัว พบว่า เยาวชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดาของตนเอง ร้อยละ 65.00 โดยผู้ปกครอง ร้อยละ 36.60 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมา ร้อยละ 28.60 ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว และรับราชการหรือพนักงานวิสาหกิจ ร้อยละ 12.6 และมีรายได้ของครอบครัว ระหว่าง 10,000 - 19,999 บาท/เดือน ร้อยละ 34.20 รองลงมา 20,000 - 29,999 บาท/เดือน ร้อยละ 18.30 และมีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 1 - 4 คน ร้อยละ 60.50 รองลงมา 5 - 8 คน ร้อยละ 36.6 และส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวมีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 3 - 4 คน ร้อยละ 64.90 นอกจากนี้ยังพบว่า บิดามารดาของเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 13.27 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลด้านความรู้ ทักษะคดี และพฤติกรรม การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดปทุมธานี

ด้านการสูบบุหรี่ของเยาวชนกลุ่มตัวอย่างพบว่า เยาวชนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 87.00 ไม่สูบบุหรี่ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และพบเยาวชนกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ จำนวน 152 คน โดยเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 49.34 สูบบุหรี่ จำนวน 1 - 2 มวน/วัน รองลงมา ร้อยละ 32.23 สูบบุหรี่ จำนวน 3 - 5 มวน/วัน และมีสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1 - 2 คน สูบบุหรี่ ร้อยละ 38.00

ด้านการดื่มสุราของเยาวชนกลุ่มตัวอย่างพบว่า เยาวชนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 89.70 ไม่ดื่มสุราในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และพบเยาวชนกลุ่มตัวอย่างดื่มสุราจำนวน 120 คน โดยเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.33 ดื่มสุราจำนวน 1 - 2 แก้ว/วัน รองลงมา ร้อยละ 33.33 ดื่มสุราจำนวน 2 - 5 แก้ว/วัน และมีสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 1 - 2 คน ดื่มสุรา ร้อยละ 39.00

วิธีการและแหล่งหาซื้อสุราและบุหรี พบว่า เยาวชนกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรีและดื่มสุรา ร้อยละ 53.85 หาซื้อบุหรี และสุราจากร้านสะดวกซื้อหรือปั้มน้ำมัน รองลงมา ร้อยละ 47.52 ซื้อจากร้านขายของชำ และ ร้อยละ 21.32 ซื้อจากห้างสรรพสินค้า

ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา พบว่า เยาวชนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 46.83 มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องของสุราในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 40.15 มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องของสุราในระดับน้อย (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา (n=1,168)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ดี (29-37 คะแนน)	152	13.01
ความรู้ปานกลาง (22-28 คะแนน)	547	46.83
ความรู้น้อย (0-21 คะแนน)	469	40.15

$\bar{x} = 24.96$ S.D. = 6.268 Max = 37 Min = 1

ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี พบว่า เยาวชนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.50 มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องของบุหรีในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 32.10 มี

ความรู้เกี่ยวกับเรื่องของบุหรีในระดับดี (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี (n=1,168)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ดี (14-16 คะแนน)	375	32.10
ความรู้ปานกลาง (10-13 คะแนน)	473	40.50
ความรู้น้อย (0-9 คะแนน)	320	27.40

$\bar{x} = 9.74$ S.D. = 2.77 Max = 16 Min = 0

ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องการดื่มสุรา และการสูบบุหรี พบว่า เยาวชนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.89 มีทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสูบบุหรีในระดับ

ปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 16.44 มีทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสูบบุหรีในระดับน้อย (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มสุรา และสูบบุหรี (n=1,168)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสูบบุหรี	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติระดับดี (92-105 คะแนน)	183	15.67
ทัศนคติระดับปานกลาง (69-91 คะแนน)	793	67.89
ทัศนคติระดับน้อย (21-68 คะแนน)	192	16.44

$\bar{x} = 79.42$ S.D. = 11.80 Max = 105 Min = 21

พฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ พบว่า เยาวชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.66 มีพฤติกรรมระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 14.90 มีพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ในระดับดี (ดังแสดงในตารางที่ 4) ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ (n=1,168)

ระดับพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับดี (66-80 คะแนน)	174	14.90
พฤติกรรมระดับปานกลาง (31-65 คะแนน)	837	71.66
พฤติกรรมระดับน้อย (0-30 คะแนน)	157	13.44

$\bar{x} = 47.49$ S.D. = 18.40 Max = 80 Min = 20

ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดปทุมธานี ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเยาวชน อายุ 15-19 ปี ในจังหวัดปทุมธานี กับพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชน อายุ 15-19 ปี ในจังหวัดปทุมธานี โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบมาตราวัดระดับ Interval ของสเปียร์แมนโร (Spearman's Rho) ในการ

ทดสอบ พบว่า ปัจจัยของปริมาณการดื่มสุราต่อวัน ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา และอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ของเยาวชน อายุ 15-19 ปี ในจังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ ($r = .145$) ($r = .120$) ($r = .120$) และ ($r = .106$) ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 5)

ตาราง 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนอายุระหว่าง 15-19 ปีในจังหวัดปทุมธานี (n=1,168)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่	r	p-value
เพศ	-.038	.211
อายุ	.106**	.000
ศาสนา	-.003	.929
ระดับการศึกษา	.058	.057
สถานภาพสมรส	.054	.077
การอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง	.060*	.047
อาชีพของผู้ปกครอง	.016	.608
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	-.001	.975
จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว	.007	.810
การมีสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุรา	.120**	.003
การมีสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่	.018	.546

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่	r	p-value
การดื่มสุราในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา	.065	.511
การสูบบุหรี่ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา	.209*	.014
ปริมาณการดื่มสุราต่อวัน	.145**	.000
ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน	.120**	.000
วิธีการและแหล่งหาซื้อสุราและบุหรี่	.018	.546
บิดามารดาป่วยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย	.002	.951
บิดามารดาป่วยเป็นถุงลมโป่งพอง	.001	.965
พี่น้องสายตรง ป่วยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย	-.058	.056
พี่น้องสายตรง ป่วยเป็นถุงลมโป่งพอง	.001	.965

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติของเยาวชน อายุ 15-19 ปี ในจังหวัดปทุมธานี กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ของเยาวชน อายุ 15-19 ปี ในจังหวัดปทุมธานี โดยใช้ สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ

มาตราวัดระดับ Interval ของสเปียร์แมนโร (Spear-

ตาราง 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติ กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

ของเยาวชน อายุระหว่าง 15-19 ปีในจังหวัดปทุมธานี (n=1,168)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
ต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

ระดับความรู้ - พฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

ระดับทัศนคติ - พฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

1. เยาวชนอายุระหว่าง 15 - 19 ปีในจังหวัดปทุมธานี มีความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

ในระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง

man's Rho) ในการทดสอบ พบว่า ปัจจัยของระดับความรู้และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ของเยาวชน อายุ 15-19 ปี ในจังหวัดปทุมธานี (ดังแสดงในตารางที่ 6)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
ต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

ระดับความรู้ - พฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

ระดับทัศนคติ - พฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

2. ปริมาณการดื่มสุราต่อวัน ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา และอายุ

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ของเยาวชน อายุ ระหว่าง15-19 ปี ในจังหวัด

ปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การมีสมาชิกในครอบครัวตี๋มสุรา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชน อายุ ระหว่าง 15-19 ปี ในจังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของช่อแก้ว ร่มสุข และชจวรรณ อีสุรัตน์⁽¹¹⁾ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ในเขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร โดยพบว่าความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ในเขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี เหมชะญาติ และศรีวรรณ ยอดนิล⁽¹²⁾ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตี๋มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดจันทบุรี พบว่า การมีบิดามารดาตี๋มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการที่บิดามารดายอมรับการตี๋มของบุตรมีความสัมพันธ์ต่อการตี๋มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดจันทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ หนึ่งฤทัย มีสะอาด⁽¹³⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตี๋มเบียร์ของ นักเรียนชั้น ม.ปลาย ในกรุงเทพมหานคร และพบว่า การตี๋มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการตี๋มเบียร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อีกทั้งการศึกษาของพิชญ์สินี วาณิชพราหมณ์⁽¹⁴⁾ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในกรุงเทพมหานคร และพบว่า ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้น ม.ปลาย ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการมีสมาชิกในครอบครัวตี๋มสุรา และพฤติกรรมการตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่ อาจเกิดจากด้านพัฒนาการของวัยรุ่น ตามแนวคิดของ Steinberg, L.⁽¹⁵⁾ ที่ได้กล่าวไว้ว่า

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจ แต่ในขณะเดียวกันสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการของวัยรุ่นมากที่สุด ครอบครัวจะเป็นเสมือนบ้านหลอม ให้คนมีพื้นฐานที่ดีหรือไม่ดีต่างกันไป ดังนั้นการมีสมาชิกในครัวที่ตี๋มสุราและสูบบุหรี่ จึงสามารถส่งผลให้วัยรุ่นมีการเรียนแบบพฤติกรรมการตี๋มสุราหรือการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัวได้

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่ ของเยาวชน อายุ ระหว่าง 15-19 ปี ในจังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของพิชญ์สินี วาณิชพราหมณ์⁽¹⁴⁾ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนในกรุงเทพมหานคร และพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้น ม.ปลาย ในกรุงเทพมหานคร ศิรินทิพย์ มีสุขอำไพรัมย์⁽¹⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มสุราแช่ผลไม้ของสตรีวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อสถานที่ตี๋มและบุคคลร่วมตี๋ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรม การตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่ อาจมีผลจากการขาดทักษะ และความสามารถในควบคุมอารมณ์เนื่องจากช่วงอายุ 15 - 19 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งมีผลต่ออารมณ์และความแปรปรวนทางอารมณ์ และนำไปสู่การใช้การตี๋มสุรา และการสูบบุหรี่เป็นทางออกในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Fritz, D.J. และคณะ⁽¹⁷⁾ ซึ่งศึกษาโปรแกรมสำหรับการตัดสินใจ ในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นของโรงเรียนการพยาบาลนานาชาติ ซึ่งพบว่า วัยรุ่นในช่วงวัย 13-19 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านอารมณ์ที่แปรปรวน มักตัดสินใจ ด้วยอารมณ์ ดังนั้นจึงเป็นช่วงวัยที่ถูกชักจูงได้ง่าย บางครั้งอาจมีความเครียดไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ อาจหันไปสูบบุหรี่เพื่อลดความเครียดของตนเองก็ได้

ทัศนคติ และความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชน อายุ 15 - 19 ปี ในจังหวัดปทุมธานี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิติพงษ์ ทองเหลือ⁽¹⁸⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสมุทรสงคราม และพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในขณะที่เดียวกัน ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของอนงค์ดิษฐสังข์⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงแตกต่างจากการศึกษาของ Marocoux and Shope⁽²⁰⁾ ซึ่งศึกษาการดื่มและไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ในรัฐมิชิแกน ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากช่วงอายุนี้เป็นช่วงของวัยรุ่นเป็นวัยที่ศึกษานอกรวม มีความอยากรู้อยากลอง ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ชอบเลียนแบบพฤติกรรมบุคคลใกล้ชิดและบุคคลที่ตนยอมรับ และมีพฤติกรรมการดื่มสุรา และสูบบุหรี่โดยขาดการยั้งคิดหรือการไตร่ตรอง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ปกครอง เช่น บิดา มารดา หรือสมาชิกในครอบครัวควรเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการมีพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ให้กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นวัยรุ่นหรือเยาวชน

2. ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ ควรต้องส่งเสริมให้วัยรุ่นหรือเยาวชนในความรับผิดชอบของตนเอง มีความตระหนักถึงอันตรายหรือข้อเสียที่เกิดจากการดื่มสุรา ซึ่งอาจทำให้ขาดสติและทำให้มีโอกาสในการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษา

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรม การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่อยู่ในระบบโรงเรียนหรือสถานศึกษากับเยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษา

2. ควรมีการศึกษาในลักษณะของการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้เพื่อสร้างต้นแบบการมีพฤติกรรมที่ดีด้านการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ในระดับครอบครัว

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหา แนวทางการเสริมสร้างความตระหนักในการป้องกันการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ในเยาวชนบนฐานวิถีชุมชน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

นงนุช พงษ์เจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดปทุมธานี, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 1(2): หน้า 37 - 47.

Suggested Citation for this Article

Pongcharoen N. Factors associated with Alcohol drinking and tobacco smoking behavior in adolescents of Pathumthani Province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 1(2): page 37 -47.

เอกสารอ้างอิง

1. สมพงษ์ จิตระดับ, อัญญมณี บุญชื้อ, หลักสูตรสิทธิเด็กและการวางแผนท้องถิ่นเพื่อเด็กและเยาวชน พุทธศักราช 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส จำกัด; 2551.
2. บัณฑิต ศรีไพศาล. การประชุมวิชาการสู่ระดับชาติครั้งที่ 9; 24-25 พฤศจิกายน 2559; โรงแรมรามาคาร์เด้นส์. กรุงเทพมหานคร. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2559.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2550.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.

5. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปานทิพย์ ไซติเบญจมาภรณ์, เทียนทิพย์ เตียรเมฆัน. รายงานสรุปลสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อ ควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ. กรุงเทพมหานคร; ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
6. สุรศักดิ์ ไชยสงค์, กัณณพนธ์ ภักดีเศรษฐกุล, ทักษพล ธรรมรังสี. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ รายจังหวัด พ.ศ. 2554 (Provincial Alcohol Report 2011). นนทบุรี; ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2556.
7. สุวิมล ตีรกันันท์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
8. บุญชม ศรีสะอาด. วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2547.
9. Bloom, B.S. Mastery learning. UCLA – CSEIP Evaluation Comment. 1 (2) Los Angeles. University of California at Los Angeles; 1968.
10. บุญชม ศรีสะอาด. วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น; 2541.
11. ช่อแก้ว ร่มสุข, ขจรวรรณ อธิรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ของวัยรุ่น ในเขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2555.
12. อัญชลี เหมชะญาติ, ศิริวรรณ ยอดนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอบางขัน จังหวัดจันทบุรี. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม 2555; 1: 115-128.
13. หนึ่งฤทัย มีสะอาด. ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเบียร์ของ นักเรียนชั้น ม.ปลาย ในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
14. พิชญ์ลีณี วาณิชพราหมณ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
15. Steinberg, L. Adolescence (4th ed.). USA: McGraw-Hill; 1996.
16. ศิริทิพย์ มีสุขอำเภอไพรัชมี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มสุราแช่ผลไม้ของสตรีวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2545.
17. Fritz, D.J. et al. Program strategies for adolescent smoking cessation. National Association of School Nurses 24(1): 21-27; 2008.
18. กิติพงษ์ ทองเหลือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.
19. อนงค์ ดิษฐ์สังข์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมประชานิเวศน์ เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.
20. Marocoux, B. C., & Shope, J. T. (1997). Application of the theory of planned behavior to adolescent use and misuse of alcohol. Health Education Research 1997; 12(3): 323-331.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาแบบการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

The Development of Patients with High Blood Pressure Renal Screening
Muang Nongkhai District, Nongkhai Province

สิทธิศานต์ ทรัพย์ศิริโสภา¹, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา²

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคาย, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

Sitthisant Sapsirisopa¹, Krissana Sapsirisopa²

¹Amphor Muang Nongkhai District Public Health Office, ²Boromarajonani College of Nursing Udonthani

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้มีความครอบคลุม สามารถตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติ และนำผู้ป่วยสู่ระบบการรักษาได้อย่างทันทั่วที่ ใช้วิธีการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้หลักการ P D C A, KM ร่วมกับการเรียนรู้แบบ On the Job Training กับพยาบาลเวชปฏิบัติและบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ประชากรเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 4,357 คน ใช้เวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556-กรกฎาคม 2557 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ร่วมกับการสังเคราะห์ และถอดบทเรียนในระหว่างการทำงานและเมื่อสิ้นสุดการทำงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำผลที่ได้กลับไปประยุกต์ใช้และพัฒนาต่อยอดงานของตนต่อไปได้

ผลการศึกษาพบว่า จากการปรับเปลี่ยนกระบวนการดำเนินงาน โดยใช้การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการทำงานเชิงรุก การพัฒนาบุคลากร การแบ่งปันทรัพยากร และการบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 79.44 เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 9.63, ใช้ระยะเวลาในการตรวจคัดกรอง 3 เดือน (เดิมใช้เวลา 8-10 เดือน), ผู้ที่มีภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจจากแพทย์ ร้อยละ 100, สามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลหนองคาย ได้ 3,461-4,357 คน/ปี, ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างน้อย 546,838 บาท, หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถพึ่งตนเองและวางแผนการดำเนินงานได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ, พยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการเรียนรู้และฝึกทักษะในการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต, ความดันโลหิตสูง, หนองคาย

Abstract

This study aimed to developed a screening of renal complications in high blood pressure patients for improved performance, detection and immediate treatment. Action Research by P D C A was used for this study. Population were 4,357 patients with high blood pressure. Knowledge management (KM), on

the job training and seminar were used for increasing skills in Nurse Practitioner (NP). Collected data during October 2013 – July 2014. Including statistics were Frequency, Percentage and Mean.

The results showed that after developed affect to increased skills in NP 100%, coverage screening were 79.44% (better than 2013 at 9.63%), take overall 3 months (better than 2013 at 8–10 months), the abnormally were refer to Physician 100%, reduce patient 's cost at least 546,838 Baht, reduce patients in Nongkhai Hospital at 3,461–4,357 mans/year.

Conclusion and recommendation: NP can screening kidney complications in patients with high blood pressure with changed to active working in community and can apply to use in another Primary Health Care Unit.

Keywords: Kidney Screening, High Blood Pressure, Nongkhai

บทนำ

ปัจจุบัน ทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ พบว่าประมาณร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽²⁾

สำหรับความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 21.4 โดยพบว่าร้อยละ 60 ในเพศชาย และร้อยละ 40 ในเพศหญิง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน และร้อยละ 8–9 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา⁽³⁾ ทั้งนี้ สถิติจากประเทศต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2551⁽⁴⁾ อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและ

ความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541–2551 โดยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 169.6 เป็น 760.5 ต่อแสนประชากร และโรคเบาหวาน มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 175.7 เป็น 675.7 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2551 และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือประมาณวันละ 19 คน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ก่อให้เกิดความพิการและตายก่อนวัยอันควรส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งประเทศชาติ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่⁽⁵⁾ โรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังที่พบบ่อย เกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง จากการศึกษาในประเทศไทย พบจำนวนประชากรที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังตั้งแต่วัยที่สามขึ้นไปมีจำนวนมาก โดยพบประมาณร้อยละ 2.9–13 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งประเทศประมาณ 70 ล้านคน และในผู้ป่วยเบาหวานพบความชุกของโรคไตวายเรื้อรังประมาณ ร้อยละ 40 นอกจากนี้ จากการศึกษา⁽⁶⁾ พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ

1.9 ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง เป้าหมายที่สำคัญในการดูแลรักษาโรคไตวายเรื้อรัง คือ การป้องกันหรือการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้น การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและให้การดูแลรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง⁵

ในการดำเนินงานตามมาตรการการสร้างสุขภาพเพื่อลดผลกระทบจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้น สิ่งสำคัญ ต้องมีการดำเนินงานที่ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันและควบคุมการเกิดโรค การพัฒนาระบบบริการและการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาและคัดกรองการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม รวมทั้งควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการตระหนัก รับผิดชอบต่อและเกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้⁽⁵⁾

1. การตรวจวินิจฉัยโรคและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาโดยเร็ว
2. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง
3. การตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนในระบอบวัยที่สำคัญ
4. การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
5. สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ Chronic Care Model

สำหรับอำเภอเมืองหนองคาย พบว่า มีรายงานการป่วยด้วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2555 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 4,154 ราย และเพิ่มเป็น 4,248 ราย ในปี 2556 โดยในปี 2557 พบมีผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 4,357 ราย ทั้งนี้ มีอัตราการชุกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คิดเป็น 2,904.66 ต่อประชากรแสนคนจากการคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชน ในปี 2557 พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง (ระดับความดันโลหิต 140-159/90-99 mmHg.) จำนวน 1,528 ราย คิด

เป็นร้อยละ 2.47 มีกลุ่มที่สงสัยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ระดับความดันโลหิต 160-179/100-109 mmHg.) จำนวน 217 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.15 และจากการวิเคราะห์การปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอเมืองหนองคายในการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นมา พบว่า จากการดำเนินการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา มีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ อาทิ

1.1 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดังกล่าว ผู้ป่วยต้องเดินทางไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลหนองคาย ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเดินทางไปรับการตรวจได้ จึงไม่ได้รับการตรวจ ซึ่งทำให้เสียโอกาสในการตรวจคัดกรองและรับการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่ม

1.2 เป็นการเพิ่มภาระให้ผู้ป่วยและญาติโดยไม่จำเป็น

1.3 เป็นการเพิ่มความแออัดในโรงพยาบาลหนองคาย ผู้ป่วยต้องรอนาน ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ไม่อยากไปรับการตรวจ

1.4 ผู้ป่วยไม่ได้รับการแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไต เนื่องจากผู้ให้บริการต้องทำงานแข่งกับเวลา

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคาย ร่วมกับคณะทำงานพัฒนางานประจำด้วยกระบวนการวิจัย (R2R) อำเภอเมืองหนองคาย และคณะทำงานพัฒนางานโรคไม่ติดต่อ อำเภอเมืองหนองคาย จึงได้ร่วมกันทำการศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย” เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น และมุ่งเน้นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองอย่างมีคุณภาพ สามารถตรวจจับภาวะผิดปกติ และนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างทันทั่วถึง อันเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอีกทางหนึ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้มีความครอบคลุม สามารถตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติ และนำผู้ป่วยสู่ระบบการรักษาได้อย่างทันที่

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้หลักการ P D C A ในการดำเนินการ

ประชากร

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 4,357 คน ใช้กระบวนการจัดการความรู้ (KM) ร่วมกับการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน (On the Job Training) กับพยาบาลเวชปฏิบัติและบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการแบ่งปันองค์ความรู้จากการปฏิบัติจริงและการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ใช้เวลาดังตั้งแต่วันที่ตุลาคม 2556 - กรกฎาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ร่วมกับการสังเคราะห์ และถอดบทเรียนในระหว่างการดำเนินงานและเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำผลที่ได้กลับไปประยุกต์ใช้และพัฒนาต่อยอดงานของตนต่อไปได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนวิธีการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา
2. ทบทวนมาตรฐานการให้บริการ และการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. ประสานผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลหนองคาย เพื่อทราบข้อจำกัดในการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

4. คณะทำงานพัฒนางานประจำด้วยกระบวนการวิจัย (R2R) อำเภอเมืองหนองคาย และคณะทำงานพัฒนางานโรคไม่ติดต่อ อำเภอเมืองหนองคาย ร่วมกันประชุมเพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงาน

5. ขอความอนุเคราะห์แพทย์ พยาบาล และนักวิทยาศาสตร์การแพทย์จากโรงพยาบาลหนองคาย เพื่ออบรมเพิ่มทักษะและฝึกปฏิบัติการเก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แก่พยาบาลเวชปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ

6. ขอรับการสนับสนุนวัสดุทางการแพทย์พร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง จากโรงพยาบาลหนองคาย เพื่อใช้ในการดำเนินงาน

7. จัดทำแผนปฏิบัติการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยการเก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยแบ่งพื้นที่อำเภอเมืองหนองคายออกเป็น 4 โซน (เขตเทศบาลเมืองหนองคาย 1 โซน พื้นที่นอกเขตเทศบาลเมืองหนองคาย จำนวน 3 โซน)

8. ส่งตัวอย่างเลือดผู้ป่วยเพื่อให้ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลหนองคายทำการตรวจวิเคราะห์ จากนั้นจะส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อให้อายุรแพทย์แปลผลและให้การวินิจฉัย

9. หากพบผู้ป่วยรายใดมีภาวะผิดปกติพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ จะทำการนัดผู้ป่วยเพื่อพบอายุรแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดและนำเข้าสู่ระบบการรักษาต่อไป

10. หากอายุรแพทย์พบภาวะผิดปกติและให้การรักษาผู้ป่วย พยาบาลประจำคลินิกโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงจะทำการสรุปรายละเอียดและส่งข้อมูลดังกล่าวคืนแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นข้อมูลและทำการติดตามเยี่ยมในชุมชนต่อไป

11. สรุปผลการดำเนินงาน และจัดทำรายงานการวิจัย

12. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน และทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาต่อไป

ผลการศึกษา

จากการปรับเปลี่ยนกระบวนการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการด้านการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการทำงานเชิงรุกเพิ่มขึ้น การพัฒนาบุคลากร การแบ่งปันทรัพยากร และการบริการแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ ทำให้เกิดผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและสามารถพัฒนา รูปแบบการดำเนินงาน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการเรียนรู้และฝึกทักษะในการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100

2. กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองครอบคลุม ร้อยละ 79.44 เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 9.63 (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด)

3. ใช้ระยะเวลาในการตรวจคัดกรอง 3 เดือน (เดิมใช้เวลาประมาณ 8-10 เดือน)

4. ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจจากแพทย์ ร้อยละ 100

5. สามารถลดจำนวน ผู้รับบริการที่โรงพยาบาลหนองคาย หรือสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลหนองคาย ได้ 3,461-4,357 คน/ปี

6. หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถพึ่งพาตนเอง และวางแผนการดำเนินงานได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานเพื่อตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองหนองคายที่ใช้กระบวนการพัฒนาบุคลากร การแบ่งปันทรัพยากร และการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน มีความสอดคล้องกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา ที่มีการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเพื่อส่งต่อมาเป็นเน้นการ Early Detection และปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการเกิดไตวาย โดยโรงพยาบาลเชียงใหม่มีกระบวนการพัฒนาดังนี้⁽⁷⁾

1. พัฒนาศักยภาพทีมงาน
2. ปรับแนวทางการคัดกรอง
3. วิเคราะห์ข้อมูล / จัดกลุ่มผู้ป่วย
4. ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย
5. สร้างเครือข่ายโรคไตในชุมชน

สำหรับกระบวนการการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองหนองคาย ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลจาว จังหวัดลำปาง ที่มีการกำหนดกระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพไว้ดังนี้⁽⁸⁾

1. พัฒนาระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (อายุ>15ปี) โดยประสานเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล

2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและรพสต. โดยทบทวนการใช้ CPG ในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. ประเมินปัญหา Hypo/ Hyperglycemia ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ เพื่อหาสาเหตุแนวทางแก้ไขและวิธีการป้องกันความรุนแรง

4. ใช้ CNPG ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

5. มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังในเรื่องอาหารเบาหวาน การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลเท้า ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล

6. ค้นหาภาวะแทรกซ้อนปีละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจจอประสาทตาเบาหวานที่มีจอประสาทตาผิดปกติจะส่งต่อพบจักษุแพทย์เพื่อชะลอความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่รพ.ลำปาง และติดตามดูแลต่อเนื่องทุก 3 เดือนในรายที่ส่งพบแพทย์ มีการตรวจคัดกรองโรคไตระยะแรกเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

7. มีการนิเทศติดตามงาน รพ.สต.จากทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลทิวังคาร

8. มีระบบให้คำปรึกษาโดยแพทย์ทางโทรศัพท์และทาง Intranet

9. มีแนวทางการส่งต่อมารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเมื่อพบอาการผิดปกติ และส่งพบแพทย์ประจำปี ประสานการดูแลร่วมกันทั้งผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่ โดยติดตามเยี่ยมบ้าน จัดอบรมญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการช่วยเหลือในรายที่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ และผู้ดูแล

จากการศึกษาเรื่อง “การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555”⁽⁹⁾ มีข้อสรุปว่า ในการบริหารจัดการเพื่อดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ต้องอาศัยวิธีการทำงานแบบเชิงรุกโดยประสานความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วนและหลายระดับ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการ จนถึงระดับนโยบาย เพื่อร่วมกันวางแผนล่วงหน้าโดยมุ่งให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย เช่น ครอบครัวยุคใหม่เป็นศูนย์กลางของการรักษา มีการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ มีความเชื่อมโยงกันตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน ผู้ให้บริการในระดับต่างๆ เป็นต้น อันเป็นเป้าหมายใหญ่เพื่อให้การดำเนินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงเกิดประสิทธิภาพสูงสุดครอบคลุมทั่วประเทศต่อไป

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นนี้เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นไปได้จริงในบริบทปัจจุบันของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ผลการการวิจัยทำให้ทราบว่า การพัฒนารูปแบบการตรวจคัด

กรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในครั้งนี้ ก่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างสูงต่อทั้งตัวผู้ป่วย และกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ได้รับการเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองได้มากขึ้น ใช้เวลาที่สั้นลง เพิ่มโอกาสการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และยังเป็นการพัฒนาบุคลากร ตลอดจนสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก

ข้อเสนอแนะ

1. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้โดยโรงพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยการปรับกระบวนการทำงานมาเป็นการทำงานเชิงรุกในชุมชน

2. แนวทางนี้สามารถนำไปปฏิบัติในสถานบริการอื่นได้ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรอง ลดระยะเวลาในการรอตรวจของผู้ป่วย ทำให้เพิ่มโอกาสในการรักษาตั้งแต่ระยะแรก นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มประสบการณ์ให้แก่บุคลากร

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สิทธิศานต์ ทรัพย์ศิริโสภา, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา. การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 1(2): หน้า 52 - 58.

Suggested Citation for this Article

Sapsirisopa S, Sapsirisopa K. The Development of Patients with High Blood Pressure Renal Screening Muang Nongkhai District, Nongkhai Province, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(2): page 52 - 58.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistics 2012: World Health Organization; 2012 [cited 2012 Jun 12]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2012 Jun 5]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/.
3. วิจัยเอกพลากร บรรณานิกร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 -2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์; 2553.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติ[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
5. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2556. เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย (Fact Sheet: Diabetes, Hypertension, and their complications)
6. International Diabetes Federation. Diabetes fact sheet. [cited 2012 Jun 20]. Available from: http://www.idf.org/webdata/docs/background_info_AFR.pdf.
7. ทีมดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงใหม่. ผลการพัฒนากระบวนการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเรื้อรัง, 2555.
8. www.km-nongsang.blogspot.com/2011/12/blog-post_28.htm, สืบค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2556.
9. ราม รังสินธุ์, ปิยทัศน์ ทัศนาวีวัฒน์ และ เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet); 2555. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

ในการอ้างอิงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

เอกสารที่นำมาอ้างอิงส่วนใหญ่เป็นวารสารวิชาการ หนังสือ รายงานการประชุมสัมมนา วิทยานิพนธ์ หนังสือพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ แต่ละประเภทมีวิธีเขียนในรูปแบบที่แตกต่างกันไป ดังนี้

1. บทความจากวารสารวิชาการมาตรฐาน (Standard journal article)

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;เล่มที่ของวารสาร:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ชื่อผู้แต่ง อาจมีคนเดียวหรือหลายคนก็ได้ ถ้าเป็นชื่อคนไทยให้เขียนแบบไทย คือชื่อตัว ตามด้วยชื่อสกุล ไม่มีคำนำหน้า ถ้าเป็นชื่อชาวต่างประเทศให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย , หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้แต่งมี 6 คนหรือน้อยกว่า 6 คน ให้ระบุชื่อทุกคน แต่ถ้ามีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก และตามด้วยคำว่า “et al.”

ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สำหรับวารสารใดไม่มีการกำหนดชื่อย่อไว้ ให้ใช้ชื่อเต็ม

จำนวนหน้า ระบุจำนวนหน้าโดยไม่ต้องมีคำว่า “หน้า” ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 30-39 ใช้ 30-9 เป็นต้น

ตัวอย่าง

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347(4):284-7.
2. สัญญา สุขขำ, วรณภา โปธิน้อย, รัฐวิษญญ์ จิวสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานบริการทางเพศ. *วารสารโรคเอดส์* 2557;26(2):71-82.

2. หนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.

ครั้งที่พิมพ์ ให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2,3,4... เป็นต้นไป เช่น 2nded. 3rded...

เมืองที่พิมพ์ ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. หรือภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท.

ตัวอย่าง

2.1 ผู้นิพนธ์คนเดียว

1. Murray PR. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
2. เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension). กรุงเทพมหานคร: พัฒนาศึกษา; 2532.

2.2 หนังสือที่มีบรรณาธิการ ผู้รวบรวม หรือประธานเป็นผู้แต่ง

1. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
2. กุลกัญญา โชคไพบุลย์กิจ, มุกดา ตฤชณานนท์, ศุภมิตร ชุณหะวัณวิวัฒน์, ปิยนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศ, บรรณาธิการ. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.

2.3 บทหนึ่งในหนังสือ

1. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตอำรง, บรรณาธิการ. ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

3. เอกสารอื่นๆ

3.1 วิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.2 บทความในเอกสารการประชุมวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า.

1. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.
2. ประมวล วีรุตมเสน. การปฏิสนธิอกร่างกาย และการย้ายฝากตัวอ่อนในคน. ใน : อุกฤษต์ เปล่งวาณิช, เสียง ศรีวรรณบุรณ์, มลินี มาลากุล, บรรณาธิการ. การประชุมใหญ่ทางวิชาการฉลอง 100 ปี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534. หน้า 5-7.

4. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]; ปีที่: [หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://....>

1. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

