

# วารสารวิชาการ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



Department of health Service Support Journal Vol.15

No.1 January - April 2019 ISSN : 1905-0755



# บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพก้าวสู่ปีที่ 15 ถ้าเปรียบเทียบกับช่วงชีวิตของมนุษย์นับได้ว่าเป็นช่วงเริ่มต้นของการเปลี่ยนวัยจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่นที่การเปลี่ยนแปลงทางกายและทางจิตใจอย่างมากมาอย่างเช่นเดียวกับวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่เริ่มต้นการพัฒนาให้เป็นวารสารที่มีคุณภาพตามมาตรฐานให้เป็นช่องทางการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีความพร้อมที่จะรับบทความวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเผยแพร่สู่การนำไปใช้ประโยชน์ และพร้อมรับข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำจากผู้อ่านทุกท่านเพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพหรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ กลุ่มแผนงาน ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 – 193 – 7092 [planhss.journal@gmail.com](mailto:planhss.journal@gmail.com)



# สารบัญ

การจัดทำยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ณัฐฉัตรพรรณ พันธุ์มิ่ง	3
การศึกษาการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ อัศพรพล ศุภศาสตร์, จอมขวัญ รุ่งโชติ	12
การศึกษาวิจัยยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) สุชาติ เลาบริพัตร	20
การออกแบบระบบสร้างความดันบวกต้นทุนต่ำ เพื่อลดการติดเชื้อในท้องผ่าตัดขนาดเล็ก ที่ใช้ระบบปรับอากาศแบบแยกส่วน สาธิต นฤภัย	30
ประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ วิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ, พิณญาติดา อภัยฤทธิ์	37
ผลการพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์ จารินี คุณทวีพันธุ์, อนุรักษ์ กระรัมย์ย์, ระวีวัฒน์ นุมา นิต	49
ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักในเขตสุขภาพที่ 11 อุดม ภู่วโรดม, ชลภวิวัฒน์ ตรีพงษ์	58
ผลการทำสมาธิบำบัดผู้ป่วยรอฟ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ โสภี วนธารกุล, อุสร่า เชียงฉิน, ศศิญาดา จันทน์ธวัช, ณัฐราพร นางแล, พัทณี ศรีโชคสิทธิกุล	66



# การจัดทำยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

## Development of Salt and Sodium Reduction Strategy by Using the Process of Stakeholder Participation

ณัฐฉิวรรณ พันธมุง  
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

### บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือ การมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีหลักฐานวิชาการยืนยันชัดเจนแล้วว่า การได้รับโซเดียมในปริมาณมากกว่าความต้องการ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่การดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมที่ผ่านมา มีข้อจำกัดและความท้าทาย ในแทบทุกด้าน เช่น การขาดกลไกและยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อการจัดการปัญหา, การประสานงานเพื่อบูรณาการการดำเนินงานระหว่างภาคีเครือข่าย และการติดตามและประเมินผล

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operations research) เพื่อกำหนดกรอบและเป้าหมายของการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และค้นหามาตรการและประเด็นสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อมุ่งผลให้บรรลุวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยสอดคล้องตามบทบาทภารกิจขององค์กร โดยระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ แบ่งการศึกษาเป็นระยะ ได้แก่ ระยะการทบทวนและเตรียมการ โดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) เพื่อศึกษาความเป็นไปในการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระยะการพัฒนารอบและรูปแบบของยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิตและการจำหน่าย การสื่อสาร การพัฒนาความรู้แก่ประชาชน การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค การออกกฎหมาย-ข้อบังคับและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ทั้งทางตรงและทางอ้อม จำนวน 54 หน่วยงาน โดยผู้วิจัยใช้แผนที่ผลลัพธ์ หรือ Outcome mapping ถูกพัฒนาขึ้นโดยสถาบันวิจัยและพัฒนา (IDRC) เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประเทศไทยที่ได้กำหนดร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างมีส่วนร่วม และระยะการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ด้วยกลไกของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นวาระระดับชาติ มีความสำเร็จมาแล้วในหลายประเทศ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับรูปแบบการได้รับโซเดียมของคนไทยที่มีที่มาจากหลายแหล่ง ทั้งจากการปรุงประกอบเอง การรับประทานอาหารนอกบ้าน และ การบริโภคอาหารอุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังมีมิติด้านค่านิยมและวัฒนธรรมการบริโภคเข้ามาเกี่ยวข้องอีกด้วย ภาคีเครือข่ายที่จะเข้ามามีส่วนร่วมจากภาคสาธารณสุขจึงไม่เพียงพอ ระยะที่ 2 การพัฒนารอบและรูปแบบของยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ผลจาก



ขั้นตอนแรกนำไปสู่การดำเนินงานร่วมกันของกรมควบคุมโรคและภาคีเครือข่าย ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวเหมาะกับการสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการระดมสมองจากภาคีเครือข่ายที่มีความหลากหลาย ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เพื่อร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในการกำหนดยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เป้าหมาย มาตรการ และผลลัพธ์ที่ต้องการ ทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว รวมถึงสร้างข้อตกลงจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามบทบาทและภารกิจของหน่วยงานบนเข็มมุ่งเดียวกัน จากขั้นตอนนี้ ผลลัพธ์หลักที่ได้จากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม คือ ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประเทศไทย ปี 2559- 2568 ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ย่อย ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ S (Stakeholder network) การสร้างพัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ, 2) ยุทธศาสตร์ A (Awareness) การเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิต/ผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้กำหนดนโยบาย, 3) ยุทธศาสตร์ L (Legislation and environmental reform) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิตปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่ปริมาณโซเดียมต่ำ, 4) ยุทธศาสตร์ T (Technology and innovation) การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้และการนำสู่ปฏิบัติ และ 5) ยุทธศาสตร์ S (Surveillance, monitoring and evaluation) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล เน้นตลอดกระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี จากการลดบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568

#### ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในแต่ละยุทธศาสตร์ ในระยะที่ 3 ควรให้ความสำคัญการมีส่วนร่วมผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Assembly) เพื่อกำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศ นำสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

**คำสำคัญ :** กระบวนการมีส่วนร่วม, ยุทธศาสตร์การบริโภคเกลือและโซเดียม



## Abstract

“Non-communicable diseases or NCDs” represent the number one health threat for both the world and Thailand. One of the main reasons is the improper consumption behavior. Evidences confirm that getting more sodium than the need is associated with the occurrence of hypertension, kidney disease and stroke. While implementations to reduce salt and sodium consumption in the past have limitations and challenges in almost all aspects, such as lack of clear mechanisms and operational strategies for problem management, coordination between network sectors and monitoring and evaluation

This study is an operational research to determine the framework and goal of the strategy to reduce salt and sodium intake which is suitable for the context of Thailand and to identify measures and key issues under the strategy to reduce salt and sodium intake in order to achieve the desired vision and goal. In by qualitative methodology, this study is divided to stages. At the review and preparation, the researcher conducted documentary analysis to study the feasibility of developing a strategy to reduce salt and sodium intake.

At the frameworks and strategies development stage, 54 participants were from agencies in both the public and private sectors involved in the production, distribution, communication, knowledge development for the public, consumer capacity development, legislation and others related to reducing salt and sodium intake in Thailand. The researcher used the Outcome Mapping, developed by the International Development Research Centre (IDRC), as a tool in creating a strategy to reduce the salt and sodium intake of Thailand. The policy recommendations development stage was conducted through the mechanism of the National Health Assembly.

The results of phase 1 study found that the strategies to support the reduction of salt and sodium intake has achieved as national agenda in many countries. The strategy is an important tool in determining the direction of joint operations with network partners from many sectors. It is especially suitable for the sodium intake patterns of Thai people that are derived from many sources both from home cooking, eating out and manufactural food eating. In addition, the dimensions of values and consumption culture are also involved. Parties who are involved in the health sector are not sufficient in the strategy development. Phase 2: the development of frameworks and forms of strategies for reducing salt and sodium intake used the results from the first step for the joint operation of the Department of Disease Control and network partners. The researcher used the Outcome Mapping tool with the participation of all sectors involved in reducing salt and sodium intake. The draft of Thailand’s salt and sodium intake reduction strategies 2016-2025 consists of 5 sub-strategic issues as follows: 1) Strategy S (Stakeholder network), creating, developing and expanding partnerships, 2) A (Awareness) strategy, increasing knowledge, awareness and enhancing skills for people at the manufacturer / operator, related professional personnel and policy makers, 3) L strategy (Legislation and environmental reform) Environmental change in order to produce, improve, change and produce low sodium products. Including increasing alternatives and channels to access low-sodium foods, 4) Technology and innovation, research development



and knowledge and implementation, and 5) S (Surveillance, monitoring and evaluation) development of surveillance system, follow up and evaluation throughout the process output and outcomes with the goal of making people healthy by reducing salt and sodium intake by 30% by 2025

### **Suggestions**

The development of policy recommendations in each strategy in Phase 3 should give priority to participation through the National Health Assembly to determine the national policy agenda which will ensure the smooth implementation and monitoring by the cooperation of all sectors.



## บทนำ

สืบเนื่องจากสถานการณ์ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อในประเทศ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น แม้ว่าจะมีความพยายามจากหลายหน่วยงานในการดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อลดอุบัติการณ์และความชุกของโรค ทั้งนี้เนื่องจากโรคไม่ติดต่อมีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยเรื่องการบริโภค ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย ปี 2550 โดย กรมอนามัยร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ประชากรไทยได้รับโซเดียมจากอาหารที่บริโภคสูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งมากกว่าปริมาณที่สามารถบริโภคได้เกือบ 2 เท่า ส่วนการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ที่ ดำเนินการโดย สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า ค่ามัธยฐานของการบริโภคโซเดียมอยู่ที่ 3,264 มิลลิกรัมต่อวัน จากการสำรวจแสดงให้เห็นว่าประชาชนไทยได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงกว่าความต้องการต่อวัน ซึ่งค่าที่แสดงนั้น น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง การได้รับโซเดียมในปริมาณสูงต่อเนื่องเป็นเวลานานนั้นมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันได้ว่า การได้รับโซเดียมเกินเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างมี นัยสำคัญ และยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง

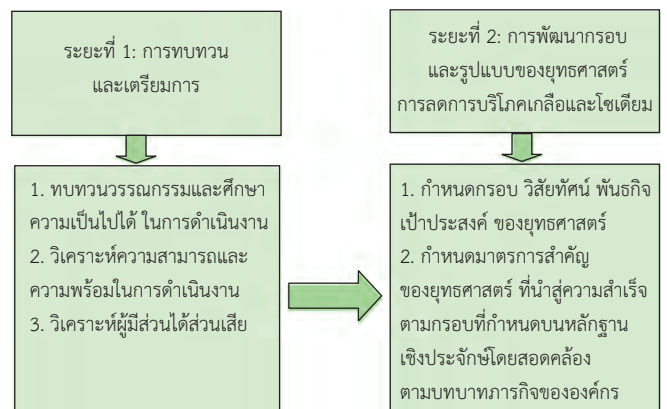
จากสถานการณ์ปัญหาและเหตุผลในเบื้องต้นนี้ จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรประเทศไทย โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อรวมกันในการผลักดันนโยบาย (Policy Advocacy) เพื่อการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยรวมถึงปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมของประชาชน การผลักดันนโยบายที่ดีนั้น นอกจากการมีข้อมูลวิชาการเพื่อแสดงความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องควบคุมและจัดการปัญหาแล้ว ยังต้องอาศัยยุทธศาสตร์และกลวิธี ตลอดจนกระบวนการอื่นๆ เพื่อผลักดันจนเกิดเป็นนโยบายและมีผลบังคับใช้ต่อไป สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

และเครือข่ายลดบริโภคเค็ม สมาคมโรคไต เล็งเห็นความสำคัญ จึงจัดทำร่างยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในประเทศไทย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสำคัญที่เกี่ยวข้อง

## วัตถุประสงค์

1. ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาความเป็นไปได้ วิเคราะห์ความสามารถ ความพร้อมในการดำเนินงาน รวมถึงวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. ศึกษาการกำหนดกรอบและเป้าหมายของการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย
3. ศึกษา คำนวณมาตรการและประเด็นสำคัญ ภายใต้ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อมุ่งผลให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยสอดคล้องตามบทบาทภารกิจขององค์กร

## กรอบแนวคิด



## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบถึงความสำคัญของการจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นวาระระดับชาติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน เป็นเครื่องมือและกลไกสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและเหมาะสม





## วิธีการศึกษา

ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operations research) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ Qualitative Data ใช้การสังเกต การบันทึก การค้นคว้าเอกสาร วิเคราะห์ โดยการพรรณนา

## ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operations research) ร่วมกับภาคีเครือข่ายสำคัญ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน การให้บริการการติดตามประเมินผล และการรับผล ประโยชน์ เพื่อกำหนดกรอบและเป้าหมายของการจัดทำ ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ที่เหมาะสม กับบริบทของประเทศไทย และค้นหามาตรการและ ประเด็นสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์การลดการบริโภค เกลือและโซเดียมเพื่อมุ่งผลให้บรรลุวิสัยทัศน์และ เป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยสอดคล้องตามบทบาท ภารกิจขององค์กร โดยระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ แบ่งการ ศึกษาเป็นระยะ ได้แก่ ระยะการทบทวนและเตรียมการ โดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) เพื่อศึกษาความเป็นไปในการจัดทำยุทธศาสตร์ การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ระยะการพัฒนา กรอบและรูปแบบของยุทธศาสตร์การลดการบริโภค เกลือและโซเดียม โดยผู้วิจัยใช้แผนที่ผลลัพธ์ หรือ Outcome mapping ประกอบด้วยการกำหนดกรอบพัฒนาการ ติดตามผลลัพธ์และการดำเนินงานของแผนงานและ ผู้เกี่ยวข้อง เน้นการประเมินตนเองเป็นหลัก การจัดทำ แผนการประเมินผล จัดลำดับความสำคัญในการ ประเมินผล และการสร้างแผนการประเมินผล ซึ่ง Outcome mapping ถูกพัฒนาขึ้นโดยสถาบันวิจัย และพัฒนา (IDRC) เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้าง ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของ ประเทศไทยที่ได้กำหนดร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างมี ส่วนร่วม และระยะการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ด้วยกลไกของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การลด การบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ผ่านการเก็บ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มีผลการศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

**การศึกษาในระยะที่ 1: การทบทวนและเตรียมการ**  
ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) เพื่อศึกษาความเป็นไป ในประเด็นสำคัญคือ ทบทวน วรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ในการดำเนินงาน วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อประเมิน ความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงาน ซึ่งผล การทบทวน พบว่า การดำเนินงานเพื่อการลดการบริโภคเกลือ ในประเทศไทย (ฉายศรี, 2556) รายงานว่าการดำเนินงาน เพื่อลดการบริโภคเกลือในประเทศไทย สามารถแบ่งเป็น ระยะต่าง ๆ ได้ดังนี้ คือ ระยะที่ 1 (ระหว่างปี 2539 - 2546), ระยะที่ 2 (ระหว่างปี 2546 - 2551) และ ระยะที่ 3 (ตั้งแต่ปี 2551 ถึงปัจจุบัน) ในรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

**ช่วงที่ 1 ในระหว่างปี 2539 - 2546** การดำเนินงาน เพื่อการลดการบริโภคเกลือเกินนั้น ในปี 2539 โดย กระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าในระยะนั้นหลักฐานเชิง ประจักษ์ (Evidence base) จะยังไม่มีชัดเจน แต่ก็ได้ริเริ่มในการให้ความสำคัญถึงความสัมพันธ์ของ ปริมาณเกลือต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ช่วงที่ 2 ในระหว่างปี 2546 - 2551** ในระยะนี้ การดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง มาอยู่ในความรับผิดชอบของกรมควบคุม โรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ และด้วยนโยบายจาก องค์การอนามัยโลก ส่งผลให้รูปแบบการดำเนินงานของ สำนักโรคไม่ติดต่อเปลี่ยนจากการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคสู่การควบคุมและจัดการปัจจัยเสี่ยงของ การเกิดโรค

**ช่วงที่ 3 ตั้งแต่ปี 2551 จนถึงปัจจุบัน** ในช่วงหลัง ปี 2551 เป็นต้นมานั้น การดำเนินงานเพื่อลดการบริโภค เกลือความเข้มข้นลง เนื่องจากมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ ผลักดันนโยบายและแผนงาน ปัญหาในการบริโภคหวาน มัน เค็ม จึงเพิ่มสูงขึ้น ในช่วงดังกล่าว มีการจัดตั้งเครือข่าย ที่สำคัญอีกหนึ่งเครือข่าย คือ เครือข่ายคนไทยไร้พุง ภายใต้ นโยบายสุขภาพวิถีชีวิตไทย โดยมีวัตถุประสงค์ในการลด ภาวะอ้วนและส่งเสริมการคัดกรองเบาหวานและความดัน โลหิต และมีการผลักดันเรื่องของอาหารให้เป็นยุทธศาสตร์ ระดับชาติอีกด้วย เนื่องจากด้านอาหารของประเทศไทย ที่มี ความอุดมสมบูรณ์ และมีศักยภาพการผลิตสู่การเป็นครัว ของโลก จึงนำไปสู่การกำหนดพระราชบัญญัติคณะกรรมการ อาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551 โดยมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 9



กฎหมาย 2551 ให้มีคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ เพื่อดูแลเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ตลอดห่วงโซ่ของอาหาร

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า การจัดทำยุทธศาสตร์ เพื่อสนับสนุนการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเป็น วาระระดับชาติ มีความสำเร็จมาแล้วในหลายประเทศ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทาง การดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับรูปแบบการได้รับโซเดียมของ คนไทยที่มีที่มาจากหลายแหล่ง ทั้งจากการปรุงประกอบเอง การรับประทานอาหารนอกบ้าน และ การบริโภคอาหาร อุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังมีมิติด้านค่านิยมและวัฒนธรรม การบริโภคเข้ามาเกี่ยวข้องอีกด้วย ภาคีเครือข่ายที่จะเข้ามา มีส่วนร่วมจากภาคสาธารณสุขจึงไม่เพียงพอ

**การศึกษาในระยะที่ 2: การพัฒนากรอบและ รูปแบบของยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและ โซเดียม** ผู้วิจัยใช้การระดมสมอง ผ่านการประชุมเชิง ปฏิบัติการ (Workshop) ของหน่วยงานทั้งภาครัฐและ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิตและการ จำหน่าย การสื่อสาร การพัฒนาความรู้แก่ประชาชน การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค การออกกฎหมาย-ข้อบังคับ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคเกลือและ โซเดียมในประเทศไทย ทั้งทางตรงและทางอ้อม จำนวน 54 หน่วยงาน เพื่อจัดทำร่างยุทธศาสตร์การลดการบริโภค และโซเดียมในประเทศ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินงาน เพื่อการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม มีภาคีเครือข่าย เข้ามามีส่วนร่วมจำนวนมาก มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ ต้องมีทิศทางในการดำเนินงานให้ชัดเจน ดังนั้นการจัดทำ ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคและโซเดียมในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อการกำหนดยุทธศาสตร์ภายใต้การระดม สมอง (Focus group) ได้ยุทธศาสตร์ออกมาดังนี้

**ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประเทศไทย (พ.ศ.2559-2568)**

**วิสัยทัศน์** ประชาชนมีสุขภาพดีจากการบริโภค เกลือและโซเดียมลดลง

**เป้าประสงค์** ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียม ลดลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568

**พันธกิจ**

1. สร้างและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

2. ส่งเสริมให้ความรู้และสร้างวัฒนธรรมการบริโภค อาหารเกลือและโซเดียมต่ำ

3. เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์ ที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ

4. ผลักดันภาคอุตสาหกรรมอาหารและร้านอาหาร ให้ผลิตอาหารลดปริมาณโซเดียม

5. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย นวัตกรรมเพื่อลด การบริโภคโซเดียม รวมทั้งกระบวนการติดตามด้วยตนเอง

**ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประเทศไทย (พ.ศ.2559-2568) ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ในนาม “SALTS” ดังนี้**

1. ยุทธศาสตร์ S (Stakeholder network) การสร้าง พัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ

2. ยุทธศาสตร์ A (Awareness) การเพิ่มความรู้อ ความตระหนัก และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิต/ผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและ ผู้กำหนดนโยบาย

3. ยุทธศาสตร์ L (Legislation and environmental reform) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่ ปริมาณโซเดียมต่ำ

4. ยุทธศาสตร์ T (Technology and innovation) การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้และการนำไปปฏิบัติ

5. ยุทธศาสตร์ S (Surveillance, monitoring and evaluation) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและ ประเมินผล เน้นตลอดกระบวนการ ผลิต และผลลัพธ์

## อภิปรายผล

ผลจากขั้นตอนแรกนำไปสู่การดำเนินงานร่วมกัน ของกรมควบคุมโรคและภาคีเครือข่าย ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้ เครื่องมือผังที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) ซึ่ง เครื่องมือดังกล่าวเหมาะกับการสร้างการมีส่วนร่วมผ่าน การระดมสมองจากภาคีเครือข่ายที่มีความหลากหลาย ร่วมกับกระบวนกลุ่ม เพื่อร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในการกำหนด ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เป้าหมาย มาตรการ และผลลัพธ์ที่ต้องการ ทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว รวมถึงสร้างข้อตกลงจากหน่วยงานภาคี เครือข่ายในการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามบทบาท



และภารกิจของหน่วยงานบนเข็มมุ่งเดียวกัน ผลลัพธ์หลักที่ได้จากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม คือ วิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ พันธกิจ และ ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประเทศไทย ปี 2559 – 2568 โดย Outcome Mapping ช่วยให้เราเห็นความสำคัญของเพื่อนร่วมงาน เครือข่ายพันธมิตร และที่สำคัญทำให้เรารู้ว่าเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความสำเร็จ พอเรามีเครือข่ายพันธมิตรเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ผลสุดท้ายของ Outcome Mapping มันกลายเป็นตัวกำกับว่าตัวที่เราจะต้องไปให้ถึงจะต้องมีตัวบ่งชี้อะไร มีตัวชี้แนะอะไร ต้องทำอะไร ต้องเพิ่มอะไรลงไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สิ่งที่จะได้ประโยชน์คือเราไม่ต้องทำงานโดยตรงเพราะเราทำงานผ่านภาคีพันธมิตรอีกทีหนึ่ง และเป็นกระบวนการระบุนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การออกแบบกรอบการติดตามการทำงาน จะเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับแผนงานในทุกขั้นตอน ซึ่งรวมถึง ภาคีหุ้นส่วน (boundary partner) และด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่การออกแบบไปจนถึงการเก็บข้อมูล จะส่งเสริมความรู้สึกร่วมกันของการเป็นเจ้าของแผนงาน และส่งเสริมให้มีการนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ปรับปรุงการทำงาน นอกจากนี้ ในกระบวนการยังช่วยกระตุ้นจิตสำนึก สร้างพันธะผูกพันต่อแผนงาน และการส่งเสริมความเข้มแข็งให้แก่คนทำงานในแผนงานด้วย

## สรุปผล

การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นวาระระดับชาติ มีความสำเร็จมาแล้วในหลายประเทศ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับรูปแบบการได้รับโซเดียมของคนไทยที่มีที่มาจากหลายแหล่ง ทั้งจากการปรุงประกอบเอง การรับประทานอาหารนอกบ้าน และการบริโภคอาหารอุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังมีสถิติด้านค่านิยมและวัฒนธรรมการบริโภคเข้ามาเกี่ยวข้องอีกด้วย ภาคีเครือข่ายที่จะเข้ามามีส่วนร่วมจากภาคสาธารณสุขจึงไม่เพียงพอ จึงนำไปสู่การพัฒนากรอบและรูปแบบของยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและ

โซเดียมร่วมกันของกรมควบคุมโรคและภาคีเครือข่าย ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวเหมาะกับการสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการระดมสมองจากภาคีเครือข่ายที่มีความหลากหลาย ร่วมกับกระบวนกลุ่ม เพื่อร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในการกำหนดยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เป้าหมาย มาตรการ และผลลัพธ์ที่ต้องการ ทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว รวมถึงสร้างข้อตกลงจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามบทบาทและภารกิจของหน่วยงานบนเข็มมุ่งเดียวกัน จากขั้นตอนนี้ ผลลัพธ์หลักที่ได้จากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม คือ ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประเทศไทย ปี 2559- 2568 โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี จากการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568

## ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในแต่ละยุทธศาสตร์ ในระยะต่อไปควรให้ความสำคัญการมีส่วนร่วมผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Assembly) เพื่อกำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศ นำสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

## เอกสารอ้างอิง

Apinya, T. (2013). *The results of the review of the prevention of non-communicable disease in lifestyle. Reduction of salt intake.* Bangkok: The Veterans Administration Hospital. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. (n.d.). *National Nutrition Survey Of Thailand 1-5.* Retrieved September 5, 2016, from <http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/upbook/files/910.pdf>.



- Department of Health, Ministry of Public Health. (2009). *Soybean consumption survey report. Of the Thai population*. Nonthaburi: Bureau of Nutrition.
- Department of Disease Not Contact Department of Disease, Control Salinity Reduction Network & Kidney Disease Association. (2014, 24 – 26 November). *Workshop Summary Report The Strategic Plan to Reduce Salt Consumption (Sodium) in Thailand*. Bangkok: Furama Hotel Silom.
- Ekklakorn, V. (2016). *The report of the Thai Health Survey by the 5th National Health Examination in 2014*. Bangkok: graphic font and design.
- International Health Policy Program. (2012). *Burden of Disease and Injury of Population in Thailand 2009*. Nonthaburi: The Grafico Systems Co., Ltd.
- Kriangsinyoth, W. (2012). *Reduce Sodium Life Expectancy*. Bangkok: The Veterans Administration Printing House.
- Rapeepat, A. (1984). *Community participation in rural development in social conditions And Thai culture*. Bangkok: Saksopha Publishing.
- Roopngam, Y. (2002). *Participation of government officials in budgetary reform in Bureaucratic reform*. Master of Arts (MA), National Institute of Development Administration.
- “Salt consumption.” Ministry of Public Health notification. Volume 128, Special Editions, April 7, 2011.
- Thamrangsri, T. (Ed.). (2014). *NCDs Situation Report on Crisis, Health, Crisis, Society*. Nonthaburi: International Health Policy Program & Health Promotion Policy Research Center (HPR).
- Thai Health Survey Office Health Systems Research Institute. (n.d.). *Food consumption survey Of the Thai people*. Retrieved September 5, 2016, from <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3363>.
- The Food and Drug Administration. (n.d.). *Research Report on Situation of Nutrition and Sodium Content on Food Labeling in Ready-to-Eat Ready-to-Eat Products 2012-2015*. n.p.
- The Food and Drug Administration. (2016). Notification of the Ministry of Public Health, Re: Fish Sauce (No.2). *Phranakhon Rajabhat University Humanities and Social Sciences*. 1(2).
- Sringanyuang, L., Wongsinda, T., & Apichakkulchai, T. (n.d.). *Situation of sodium intake in Thai population: quantitative study*. Retrieved May 22, 2012, from <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/download1no167.pdf>.
- Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. (n.d.). *Cause of death*. Retrieved August 6, 2016, from [http://bps.ops.moph.go.th/ill/patient/patient\\_year\\_2009.xls](http://bps.ops.moph.go.th/ill/patient/patient_year_2009.xls).
- Wongkietrat, W., et al. (2005). *Strategic planning: the art of mapping organization toward excellence*. Bangkok: Thailand Productivity Institute.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.



# การศึกษาการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ The study development guidelines of Community Based Treatment and care in Drug Addiction

อัครพล คุรุศาสตร์<sup>1</sup>, จอมขวัญ รุ่งโชติ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

<sup>2</sup>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ 2) เพื่อศึกษาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้ มีวิธีการศึกษา ได้แก่ 1) ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารตำรา ผลงานวิจัย วารสารทางวิชาการ เป็นต้น 2) คัดเลือกข้อมูลเอกสาร วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) 3) จัดการความรู้ การถอดบทเรียน แนวการปฏิบัติที่ดี (Best Practice) จากการลงพื้นที่ต้นแบบด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ในชุมชนของประเทศไทย 4) จัดทำแนวทางฯ ผ่านการจัดลำดับ รวบรวมผู้ร่วมพัฒนาแนวทางฯ สหวิชาชีพ ทบทวน รายงานการวิจัยฯ วิเคราะห์ประเมินเพื่อให้ค่านำหนักแนวทางการบำบัดฟื้นฟูฯ ตรวจสอบกำหนดเค้าโครง เนื้อหา แนวทางฯ เพื่อสรุปผลให้ได้แนวทางฯ ให้หน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข นำไปดำเนินการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่จนเป็นที่ยอมรับเป็นแนวทางของประเทศไทย

### ผลการศึกษาพบว่า

1. การพัฒนาแนวทางฯ คลอบคลุมตามหลักแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guidelines) ตั้งแต่กระบวนการที่ 1 จัดลำดับสถานการณ์ภาวะหรือโรค กระบวนการที่ 2 การรวบรวมผู้ร่วมพัฒนาแนวทาง เช่น ผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านนโยบาย ด้านกฎหมาย ด้านการปรับพฤติกรรม อาชีววิทยา กระบวนการที่ 3 การทบทวนรายงานการวิจัยและคุณภาพหลักฐาน กระบวนการที่ 4 การให้นำหนักคำแนะนำ กระบวนการที่ 5 ตรวจสอบ ทบทวนแนวทางฯ ก่อนนำไปเผยแพร่ กระบวนการที่ 6 แนวทางฯ ที่พร้อมนำไปใช้งาน

2. การขับเคลื่อนแนวทางฯ เพื่อใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย นำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ประกอบด้วย 1) มีการกำหนดให้แนวทางฯ เป็นวาระเพื่อพิจารณา การขับเคลื่อนนโยบาย ด้านการบำบัดฯ ระดับประเทศ 2) การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 “ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด” 3) การวางแผนแม่บทฯ ด้านยาเสพติด ระยะ 20 ปี 4) การวางแผนการป้องกันปราบปราม และบำบัดรักษาเสพติด ปี 2562 5) การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการบำบัดฯ ของประเทศไทย 6) ปรับระบบงบประมาณ การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของ ประเทศไทย โดยเพิ่มหมวดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

**คำสำคัญ :** การศึกษาพัฒนาแนวทาง การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชน



## Abstract

This study aims to 1) study the development of community-based treatment care in drug addiction, driven to the action at the regional level 2) study the development of community-based treatment care in drug addiction, driven to the action at the regional level to be efficiency.

This study has the following methods are 1) to Study and collect data from books, research papers, academic papers, journals, etc., 2) to select information documents, analyze and synthesize data from a document (Documentary Research), 3) to manage the knowledge of lessons learned, well-conduct as (Best Practice) by developing guidelines for drug treatment and rehabilitation in the community of Thailand, 4) development of community-based treatment care in drug addiction, driven to the action at the regional level by Priorities, Multidisciplinary, Strength of Recommendation, Check the content layout, Summary of guidelines ,leading the way to the agency inside and outside the Ministry of Public Health, put into action driven to action at the regional level in Thailand.

### The results of a study

1. Development of the main guidelines covering (Clinical Practice Guidelines) since the 1<sup>st</sup> process is to manage the sequence of the disease's conditions, the 2<sup>nd</sup> process is to bring together with the two development approaches such as health professionals. Social sciences, policy, legal, habits, behavior adjustment process Criminology, the 3<sup>rd</sup> process is to review reports and the quality of evidence, the 4<sup>th</sup> process is to weight advice, the 5<sup>th</sup> process is to review the guidelines before being published, the 6<sup>th</sup> process is the guideline is ready to use.

2. Driving the guidelines to use as a guideline to agencies inside and outside the Ministry of Public Health of Thailand, leads the implementation of the following in areas of 1) the consideration the agenda, driven policy of national treatment 2) the National Health Assembly Resolution No. 10 "Community Centered on problem solving in drug addiction 3) the master planning of the drug addiction for 20 years 4) planning, prevention and treatment of addiction in the year 2019 5) the preparation of a policy proposal for treatment on Ministry of Public Health's project 6) to be supporting the Office of the Narcotics Control Board to the implementation of the guidelines for the rehabilitation 7) the adjustment of the budget for rehabilitation of drug addicts in Thailand, adds the official rehabilitation of the drug using community

**Keywords :** The guidelines development, The rehabilitation of the drug using community



## บทนำ

ประเทศไทยยังคงเผชิญปัญหายาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ยาเสพติดโลก จากรายงาน World Drug Report 2018 ของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) พบว่า ยาเสพติดมีการแพร่ระบาดกระจายไปทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2016 พบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก 275 ล้านคน คิดเป็น 5.5 % ของประชากรโลก ซึ่งยังคงเป็นอัตราคงที่ อีกทั้งตลาดยาเสพติดสังเคราะห์มีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด มีสัดส่วน 35% ของคดีอาชญากรรมทั้งหมด โดยผลการสำรวจของสำนักงานตำรวจยุโรป (European Police – Europol) พบว่า อาชญากรรมทางยาเสพติดมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทางสังคม เช่น การค้ามนุษย์ การปลอมแปลงสินค้า การขนผู้อพยพ และการค้าอาวุธ

แม้ปัญหายาเสพติดจะถูกยกให้เป็นวาระแห่งชาติ ยาวนานกว่าสองทศวรรษที่ทุกรัฐบาลได้กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ต่อยาเสพติด ทั้งเชิงป้องกันและแก้ไขในรูปแบบราชภัฏ - รัฐร่วมมือ เป็น “ภาระร่วม” ระหว่างภาครัฐและท้องถิ่นชุมชนในการป้องกัน เฝ้าระวัง บำบัดแก้ไข และฟื้นฟูดูแลสังเคราะห์ผู้มีปัญหาเสพติดอย่างเป็นองค์รวมทั้งกาย - จิต - สังคม ในมุมมองที่เปลี่ยนจากผู้เสพเป็นอาชญากรสู่ผู้เสพเป็นผู้ป่วย การเสพ/ติดยาเสพติดนั้นรักษาได้แต่ต้องใช้เวลา โดยเฉพาะรูปแบบการบำบัดรักษาที่ใกล้บ้านในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม นั้น ให้ผลคุ้มค่า การแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ต้องอาศัยปัญหาสุขภาพเป็นตัวนำ ซึ่งประเทศไทยมีการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน มาอย่างต่อเนื่องและสรุปบทเรียนรูปแบบบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับอำเภอ ซึ่งชุมชนสามารถพัฒนาต่อยอด และขยายผลการบำบัดในชุมชนไปยังชุมชนพื้นที่อื่นที่สนใจ สามารถนำแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง บูรณาการกับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ ตำบลภายใต้กรอบระบบสุขภาพอำเภอ เชื่อมโยงหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่มุ่งเน้นบริการบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยบูรณาการความรู้ทางด้านสุขภาพเข้ากับมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ

ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการสถานบริการ ชุมชน และครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ และกับชุมชนเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบ การให้บริการระหว่างกันและกัน รวมถึงมีการขับเคลื่อน โดยมีแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงและการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำ

จากการศึกษาข้อมูลเอกสาร หลักฐานเชิงวิชาการพบว่าประเทศไทยยังไม่มีการพัฒนาแนวทาง การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้ ผู้ศึกษา จึงได้พัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ได้ใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงาน ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย นำไปดำเนินการ ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ อันส่งผลให้ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด สามารถเข้าถึงบริการในทุกภูมิภาค อย่างครอบคลุมทั่วถึงและมีคุณภาพ และหวังผลกระทบช่วยลดความแออัดในเรือนจำ ลดปริมาณ ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ลดความเสียหายทางเศรษฐกิจจากการเสพยาเสพติด ลดอาชญากรรมรูปแบบต่างๆ จากการเสพยาเสพติด และส่งผลให้ประเทศชาติ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่
2. เพื่อศึกษาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพ







4. จัดทำแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guidelines) แบบมีส่วนร่วม ทุกภาคีเครือข่าย จนเป็นที่ยอมรับ

5. รวบรวมและวิเคราะห์ มีข้อเสนอแนะ เพื่อนำแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ให้หน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข นำไปดำเนินการ

## ผลการศึกษา

การพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ สรุปลงการศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ คลอบคลุมตามหลักแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guidelines) ตั้งแต่กระบวนการที่ 1 จัดลำดับสถานการณ์ภาวะหรือโรค กระบวนการที่ 2 การรวบรวมผู้ร่วมพัฒนาแนวทาง เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านนโยบาย ด้านกฎหมาย ด้านการปรับพฤติกรรม อาชญาวิทยา กระบวนการที่ 3 การทบทวนรายงานการวิจัยและคุณภาพหลักฐาน กระบวนการที่ 4 การให้น้ำหนักคำแนะนำ กระบวนการที่ 5 ตรวจสอบทบทวนแนวทางฯ ก่อนนำไปเผยแพร่ กระบวนการที่ 6 แนวทางฯ ที่พร้อมนำไปใช้งาน

2. การพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ พบว่ามีการใช้เป็นแนวทางฯ ให้หน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย นำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ประกอบด้วย 1) มีการกำหนดให้แนวทางฯ เป็นวาระเพื่อพิจารณา การขับเคลื่อนนโยบายด้านการบำบัดฯ ระดับประเทศ 2) การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 “ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด” 3) การวางแผนแม่บทฯ ด้านยาเสพติด ระยะ 20 ปี 4) การวางแผนการป้องกันปราบปราม และบำบัดรักษาเสพติด ปี 2562 5) การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการบำบัดฯ ของประเทศไทย 6) ปรับระบบงบประมาณการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของประเทศไทย โดยเพิ่มหมวดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

## อภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีความสอดคล้องตามหลักการบำบัดผู้ติดยาเสพติด (World Health Organization : WHO) และแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดยาเสพติดในชุมชน (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) (Community Based Treatment and Care for Drug Use and Dependence) และหลักการ 13 ข้อ ในการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด จากผลการศึกษาวิจัยสถาบัน NIDA ประเทศสหรัฐอเมริกา รวมถึงการศึกษาโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับอำเภอ ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มุ่งเน้นการบำบัดรักษาผู้มีปัญหายาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน ควบคู่กับนโยบายสุขภาพองค์รวมของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านกลไกแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งสามารถพัฒนาต่อยอดและขยายผลการบำบัดในชุมชนไปยังชุมชนพื้นที่อื่นได้ภายใต้หลักการ 12 ข้อ ของการจัดบริการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ประกอบด้วย

**หลักการที่ 1 “ดีทุกทาง”** ผู้ติดยาเสพติด เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ผ่านช่องทางใดก็ตามย่อมถือว่า “ดีทุกทาง” เช่น ในชุมชน สถานบำบัด ศูนย์การแพทย์/คลินิก หรือ โรงพยาบาล

**หลักการที่ 2** แนวทางการให้บริการในชุมชนคือ “เพิ่ม” หน่วยบริการ ง่ายต่อการเข้าถึง โอกาสในการบำบัด ข้อมูลข่าวสาร “ลด” ความรู้สึกล้ออาย การถูกเลือกปฏิบัติ

**หลักการที่ 3** จำกัดผลกระทบต่อชีวิตทางสังคม และหน้าที่การงาน ส่งเสริมอิสรภาพและการพึ่งพาตนเอง

**หลักการที่ 4** ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานคือ ผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในหลากหลายด้าน ทั้งบริบทสังคมและเศรษฐกิจเช่น การรักษาพยาบาล ทักษะอาชีพ การเสริมจิตใจ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

**หลักการที่ 5** การใช้ทรัพยากรในชุมชน โดยการตรวจสอบทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ในชุมชนมีอะไรบ้าง กำหนดนโยบายและแนวทางในการขอความร่วมมือจากครอบครัวผู้ติดยาเสพติด จากนั้นพัฒนาความรู้/เข้าใจ และวางแผนการบำบัด ดูแลร่วมกัน ตามแนวทางดังกล่าว

**หลักการที่ 6** การมีส่วนร่วมของผู้ติดยาเสพติด สมาชิกในครอบครัว และชุมชน ซึ่งเชื่อว่าผู้ที่คลุกคลี



อยู่ในชุมชนย่อมมีประสบการณ์ตรง และเข้าถึงปัญหา มากกว่า ทั้งนี้ กลุ่มคนดังกล่าว สามารถช่วยวางกลยุทธ์ การบำบัดฟื้นฟูได้อย่างถูกต้องตรงทาง และช่วยตรวจสอบ ให้แน่ใจว่าวิธีการ/กลยุทธ์ที่ใช้สอดคล้องกับบริบทของ ชุมชนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงรวมถึงการมีส่วนร่วม จากกลุ่มคนดังกล่าว ช่วยป้องกันและลดปัญหาความอับอาย และการถูกเลือกปฏิบัติ

**หลักการที่ 7** ประเมินความต้องการในด้านต่างๆ การจัดการบริการบำบัดในชุมชน ได้รับความไว้วางใจจากผู้ที่มีปัญหา และเข้าถึงได้ง่าย ในเรื่องสิทธิการได้รับบริการ สุขภาพ ในระดับที่มีความพร้อมให้บริการ เช่น มีทรัพยากร ให้บริการดูแลด้านสุขภาพและสังคม อย่างเพียงพอ รวมถึง การยอมรับ ซึ่งต้องอาศัยหลักจรรยาบรรณทางการแพทย์ และสาธารณสุข คำนึงถึงความอ่อนไหวในเรื่องวัฒนธรรม เพศ อายุ และความเป็นส่วนตัว

**หลักการที่ 8** การประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิด ระหว่างฝ่ายต่างๆ ในการดูแล เช่น ฝ่ายดูแลด้านสุขภาพ และสังคม ฝ่ายปกครองและบังคับใช้กฎหมาย เพื่อให้ เกิดความร่วมมือ มีพันธกิจในการปฏิบัติงาน ดำเนินการ ตามแผนงาน และแบ่งปันข้อมูล เพื่อตีกรอบสภาพปัญหา รวมถึงร่วมรับผิดชอบงานด้านการดูแล และความเชื่อถือและความเคารพซึ่งกันและกัน

**หลักการที่ 9** การบำบัดรักษาตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ ซึ่งช่วยให้แน่ใจได้ว่า โปรแกรมการบำบัดรักษานั้น ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามแนวทางที่กำหนด

**หลักการที่ 10** ความยินยอมพร้อมใจ ในการบำบัด ฟื้นฟู คำนึงถึงสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน การเข้าถึงข้อมูล ซึ่ง หมายถึง สิทธิในการถามไถ่ ได้รับ และบอกกล่าวข้อมูลรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับประเด็น สุขภาพ ซึ่งผู้ให้บริการในชุมชน ควรพึงมี คือ 1) การแจ้ง ขั้นตอนและกระบวนการทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญเสพติดทราบ 2) วางแผนการบำบัดฟื้นฟู ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเสพติด และครอบครัว 3) ได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนจะ เริ่มดำเนินการบำบัดฟื้นฟู 4) ให้การรับรองว่า ผู้เชี่ยวชาญเสพติด สามารถถอนตัวจากโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู ได้ทุกเมื่อ

**หลักการที่ 11** การเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิ มนุษยชน ซึ่งเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้เข้ารับการบำบัด ฟื้นฟู เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และต้องได้รับความ เห็นชอบเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนจะนำข้อมูลเหล่านั้น ไปใช้ อีกทั้ง การบำบัดฟื้นฟู ต้องสอดคล้องกับหลักสิทธิ มนุษยชน ที่ไม่สร้างความอับอาย และให้การดูแลตาม แนวทาง ด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณ ตลอดจน การรักษาอาการป่วยและความผิดปกติของผู้เชี่ยวชาญเสพติด

ถือเป็นสิ่งจำเป็น ไม่ว่ากลุ่มคนเหล่านี้จะปฏิบัติตามแนวทางการบำบัดหรือไม่

**หลักการที่ 12** ยอมรับว่า การเสพซ้ำ ย่อมเกิดขึ้น ได้เมื่อยังไม่หายขาด เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ดังนั้น ภาวะพึ่งพาอาศัย อาจนำไปสู่การเสพติดซ้ำแบบเรื้อรัง กรณีหากกลับไปเสพซ้ำ ให้คิดว่าปัญหา การเสพติดซ้ำ ถือเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ซึ่งเป็นภาวะที่เราสามารถเรียนรู้และนำมาปรับปรุงทักษะ และวิธีการรับมือได้ ซึ่งไม่ควรนำภาวะดังกล่าว มาเป็น ข้ออ้างในการปฏิเสธที่จะรับผู้ใช้ ยาเสพติดกลับเข้ามา บำบัดรักษาใหม่อีกครั้ง

## สรุปผล

1. การพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพติด โดยให้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติใน ระดับพื้นที่ มีการลงพื้นที่ต้นแบบการบำบัดในชุมชน ของประเทศไทย จำนวน 2 พื้นที่ ในจังหวัดสุโขทัย และ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อศึกษาการดำเนินงานด้านการบำบัด ฟื้นฟูยาเสพติดในชุมชน ผ่านการประชุมถอดบทเรียน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การถอดบทเรียน ประกอบด้วย **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ **ส่วนที่ 2** ข้อมูลด้าน กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ในชุมชน และ **ส่วนที่ 3** ข้อมูล ด้านการบริหารจัดการกระบวนการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน การตอบแบบปลายเปิด และนำข้อมูลที่ได้จากพื้นที่ มาวิเคราะห์ความเหมือน และความต่าง เพื่อกำหนด องค์ประกอบ 3 ด้าน ในการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน คือ **ด้านโครงสร้าง** ใช้กลไกการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับ คณะกรรมการหมู่บ้าน **ด้านระบบ** คือ มีการค้นหา บำบัด ฟื้นฟูทางสังคม การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม และ **ด้านบุคลากร** ต้องมีบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการให้ บริการฯ ครอบคลุม **กระบวนการค้นหา** มุ่งเน้นการสอดส่อง ส่งข่าว เหยี่ยวชน โดยกลไกครอบครัว เครือญาติ อาสาสมัคร การประชาคมผ่านคณะกรรมการในชุมชน **กระบวนการ คัดกรอง** มุ่งเน้นการคัดกรองสุขภาพพื้นฐานเบื้องต้น และการใช้ยาเสพติดและลดอันตรายจากยาเสพติด **กระบวนการฟื้นฟู** เน้นการเสริมพลัง การให้คำปรึกษา และดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ผสมผสานการเสริมสร้างอาชีพ **กระบวนการติดตาม** เน้นการติดตามเชิงประจักษ์ แบบเครือข่าย ตลอดจนสรุปการถอดบทเรียน



2. การพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ พบว่า คลอบคลุมตามหลักแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guidelines) ตั้งแต่ **กระบวนการที่ 1** จัดลำดับสถานการณ์ภาวะหรือโรค **กระบวนการที่ 2** การรวบรวมผู้ร่วมพัฒนาแนวทางเช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาต่างๆ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ผู้เชี่ยวชาญด้านสังคมศาสตร์ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการระบาดวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบาย และกฎหมาย ได้แก่ สำนักงาน ป.ป.ส. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับพฤติกรรม ด้านอาชีวศึกษา ได้แก่ กรมราชทัณฑ์ กรมคุมประพฤติ ผู้ที่จะใช้แนวทางฯ เพื่อดำเนินการในระดับพื้นที่ และผู้แทนจากหน่วยที่ทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพหน่วยบริการ ได้แก่ กรมการแพทย์ **กระบวนการที่ 3** การทบทวนรายการ การวิจัยและคุณภาพหลักฐาน **กระบวนการที่ 4** การให้น้ำหนักคำแนะนำ **กระบวนการที่ 5** ตรวจสอบทบทวนแนวทางฯ ก่อนนำไปเผยแพร่ **กระบวนการที่ 6** แนวทางฯ ที่พร้อมนำไปใช้งาน

3. การขับเคลื่อนแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข นำไปสู่การปฏิบัติ ในระดับพื้นที่ อย่างเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

- 1) มีการกำหนดให้แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางฯ ขับเคลื่อนนโยบายด้านการบำบัดฯ ระดับประเทศ ตั้งแต่ปี 2562 ครอบคลุม 76 จังหวัด
- 2) การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2560 ประเด็น “ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด”
- 3) อยู่ในแผนแม่บทด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580)
- 4) การวางแผนการป้องกัน ปรามปราม และบำบัดรักษาเสพติด ปี 2562
- 5) การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการบำบัดฯ ของประเทศไทย
- 6) ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการบำบัดฯ ร่วมกับการสนับสนุนของสำนักงาน ป.ป.ส

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. มุ่งเน้นให้รัฐบาล ดำเนินการนำแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ประกาศเป็นนโยบาย ยาเสพติด ระบุในแผนคำของบประมาณการป้องกัน ปรามปราม และบำบัดรักษาเสพติดชาติ ในทุกปี หรือ มีคำสั่ง/ข้อสั่งการ จากศูนย์อำนวยการป้องกันและปรามปราม ยาเสพติดชาติ และระดับกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชน เป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ฯ เป็นรูปแบบหนึ่งในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ของ ประเทศไทย และกระทรวงสาธารณสุข ประกาศเป็น นโยบาย นำสู่การขับเคลื่อนผ่านแผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service plan) สาขาเสพติด อย่างต่อเนื่อง

2. มุ่งเน้นแนวทางการวิจัยต่อยอดการประเมินผล การนำแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชน เป็นศูนย์กลาง สู่การปฏิบัติ ทั้งในเชิงประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพ ของการบำบัดฟื้นฟู เป็นไปในแง่การหยุด เสพติดให้นานที่สุดลดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

## เอกสารอ้างอิง

- Ministry of Public Health. (๒๐๑๗). Guidelines for harm reduction drug (Harm Reduction). Edition 1. Bangkok: Bourne B Publishing Limited.
- Ministry of Public Health. (๒๐๑๖). Guidelines for the drug. 1. Bangkok Edition: Bourne B Publishing Limited.
- Ministry of Health. (2017). Standards for rehabilitation of drug users / drug addicts. Penal system, prison / detention. Edition 1. Bangkok: Bourne B Publishing Limited.
- Ministry of Public Health. (2017). The standard rehabilitation of drug addicts detained in a healing force. According to the Rehabilitation Act of 2545. Addiction Edition 1. Bangkok: Bourne B Publishing Limited.



- Ministry of Public Health. (2017). Ministry of Health. Division of Public Health. Performance tuning system drug rehabilitation. The Ministry of Health (October 2016 - September 2017).
- Ministry of Public Health. Ministry of Public Health. Division of Public Health. (2017). The workshop documentation management services to support the health branch of the drug on 14 to 15 December 2017, the hotel's rich garden. Bangkok.
- Ministry of Public Health. Presentation board meeting of health service at 1/2017 (2017). (A) guide the development of health services (Service Plan) Major drug.
- Global Commission on Drug Policy. New approaches to reducing crime is a leading drug offenses (2016).
- Parties academic programs, substance abuse (E post.) Department of Health. Epidemiology Unit Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. Facts and figures : illegal drugs in Thailand FACTS & FIGURES: ILLEGAL SUBSTANCES IN THAILAND. 2016.
- Department of Community Medicine. Faculty of Medicine Khonkaen University. (2016). Presentations are expected to estimate the number of people using drugs in the year 2016 and to evaluate the effectiveness of treatment drugs. Apply patterns, behavior modification camp. (Zero morale land). 2017.
- National Institute for Justice (TIJ). (2017). Drug Forum meeting documents 1st 2017 fiscal year on July 3, 2017. At some hotels Heritage Village. Chonburi's analysis of drug policy and guidelines for Thailand.
- The Office of the narcotics control. (2018). project documentation Workshop meetings to prepare for the operation, according to the draft law of the drug. Between 16 – 17 January 2018 at krungsri River hotel Ayutthaya province.
- The Office of the National Health Committee. (2017). The report, the Health Assembly agenda and meeting documents for the national times 10 “community issues is 2017 ISED Center to prevent and resolve the problem of the drug.
- The Office of Strategy Management Healthy Way of Thailand. (2017). The discussion document (draft) regulations, Prime Minister's Office of the District Development Act 2017. 1st edition Quezon City: The Raphael Cisco Systems, Inc.,
- Institute for Criminal Policy Research (2016). : PRISON Evidence of its use and over-use from around the world.
- Kucza, T. (2001). Knowledge Management Process Model. (Online). Retrieved from <http://www.inf.vtt.fi/pdf/publication/2001/p445.pdf>.
- NIDA (1999) Principle of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide [http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat\\_1.pdf](http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf)
- UNODC (2008) Community Based Treatment and Care for Drug Use and Dependence information Brief for Southeast Asia
- UNODC/WHO(2009)Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion Paper. [http://www.unodc.org/docs/treatment/Principles\\_of\\_Drug\\_Dependence\\_Treatment\\_and\\_Care.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/Principles_of_Drug_Dependence_Treatment_and_Care.pdf)
- World Health Organization. Guidelines for WHO guidelines. (cited 10 March 2003) Available from : [http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expcom14/guid\\_for\\_guid.pdf](http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expcom14/guid_for_guid.pdf).



# การศึกษาวิจัยยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580)

## A RESEARCH STUDY OF STRATEGY FOR THE 20-YEAR DEVELOPMENT OF HEALTH SERVICE SYSTEM IN THAILAND (YEAR 2018-2037)

สุชาติ เลาบรีพัตร

รักษาราชการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อวิเคราะห์ออกแบบและวางยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ที่สอดคล้องกับนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ของรัฐบาล ฯพณฯ พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา และสนับสนุนต่อวิสัยทัศน์ประเทศไทยในการเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ตามหลักการปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เริ่มต้นเมื่อเดือน ธันวาคม 2559 ศึกษาข้อมูลประกอบด้วยแนวคิดเชิงนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข สธ.4.0 กรอบยุทธศาสตร์ 10 ปี กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สบส.4.0 จากนั้น นำข้อมูลที่สกัดได้ไปถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมายในเดือนพฤษภาคม 2560 ในรูปแบบการประชุม เพื่อสอบถามความเข้าใจและการปฏิบัติของหน่วยงานต่างๆ ภายในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเลือกแบบเจาะจง แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ นำมาพัฒนายุทธศาสตร์ด้านระบบบริการสุขภาพรวม 4 มิติ คือ มิติสถานบริการสุขภาพ มิติผู้ให้บริการ มิติผู้รับบริการ มิติประชาชน จากนั้นนำผลลัพธ์ยุทธศาสตร์ไประดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร สถาบัน หน่วยงานด้านสุขศึกษาและด้านสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มองค์กร สถาบัน หน่วยงานด้านสถานพยาบาลและการประกอบวิชาชีพศิลปะ กลุ่มองค์กร สถาบัน หน่วยงานด้านอาคาร สภาพแวดล้อม และ เครื่องมือทางการแพทย์ นำมาปรับปรุงแก้ไขยุทธศาสตร์ นำผลที่ได้ไปสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อสอบถามความคิดเห็นและนำเสนอผลที่ได้รับจากการวิเคราะห์พัฒนายุทธศาสตร์ สรุปผลเป็นร่างแผนยุทธศาสตร์ให้หน่วยงานต่างๆ ใช้อ้างอิงและปล่อยให้เป็นกลไกปกติของทางราชการ เว้นระยะเวลา 1 ปี จึงจัดการประชุมระดมความคิดเห็นจากบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพอีก 2 ครั้ง ในเดือนสิงหาคม และ เดือนกันยายน 2561 นำข้อมูลมาวิเคราะห์พัฒนาเป็นยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระยะ 20 ปี มีความเหมาะสมตามแนวทางของยุทธศาสตร์ชาติ โดยแยกออกเป็น 4 ช่วงๆ ละ 5 ปี แต่เนื่องจากการเขียนแผนปฏิบัติราชการประจำปีมีส่วนสัมพันธ์กับการจัดสรรงบประมาณประจำปีของรัฐบาลในแต่ละสมัย จึงกำหนดเป็นแผนระยะเร่งด่วน 1 ปี แผนระยะสั้น 5 ปี และ แผนระยะยาว 20 ปี ด้วยวิธีกำหนดเป้าประสงค์หลักใหญ่กำกับไว้ในแต่ละระยะ โดยมีวิสัยทัศน์เป็นองค์กรหลักในการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ และ พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคี



เครือข่ายภาคประชาชนสู่การจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน มีเป้าประสงค์หลักอยู่ 2 ประการคือ สถานพยาบาล และ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด และ ประชาชนดูแลสุขภาพ และ ภาคีเครือข่าย ภาคประชาชน มีการจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน มียุทธศาสตร์สำคัญ 3 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การพัฒนาโลก กำกับ ติดตาม แล ตรวจสอบมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ 2) การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของประชาชน และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน 3) การพัฒนาการบริหารจัดการองค์กรและเพิ่มศักยภาพบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่ายุทธศาสตร์ระยะยาวและการรับรู้ของบุคลากรภายในองค์กร มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ระดับองค์กร การประกาศใช้แผนยุทธศาสตร์ เป็นกลไกสำคัญของความสำเร็จ รวมทั้งการควบคุม กำกับ ติดตาม และ ประเมินผล ต้องดำเนินการแบบเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกัน และ จะดียิ่งขึ้นหากพัฒนายุทธศาสตร์มีความสามารถ ปรับได้ตามสถานการณ์

**คำสำคัญ :** ยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ ไทยแลนด์ 4.0 การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา



## Abstract

This research was aimed at analyzing , designing , and formulating strategies for developing the health service and support system in Thailand. Two factors which influenced this system were the Thailand 4.0 Policy and the Thailand Vision. First of all the Thailand 4.0 Policy was designed to promote the use of digital technology in order to improve the efficiency , convenience , and accessibility of the Government Office System. Second, the Thailand Vision was created to improve Thai people life style as well as the Thailand economy. It was aimed at creating a new developed country which comprised of wealthy , healthy as well as improving the life span of the Thai people. The methodology was the Ethnography Research which was started to study in the early of December 2016. Researchers studied the 7 issues such as the Thailand 4.0 Policy, the 20-year Thailand Strategy (Year 2017-2036), the 12<sup>th</sup> National Social and Economy Development Plan, the 20-Year Thailand Strategy for Ministry of Public Health (MOPH), the MOPH.4.0, the 10-Year HSS Strategy Framework, and the HSS.4.0 for finding out the influential factors. Next , the Planning Division which was an organization in the Health Service and Support Department (HSS) set up a meeting with 7 organizations necessary to brainstorm and share their opinions in these matters. In order there were 2 meetings set up one with stakeholders and the other with the administrators of the highest level of the HSS department in May 2017. One year later there were 2 meetings set up again one with the Planning staffs of all organizations of the HSS department to follow up and share opinions in the draft strategies and the other with all staffs of the HSS department to acknowledge these strategies in August and September 2018.

The results were appropriated in the same way as of the National strategies i.e. separated into 4 phases each having 5 years per phase. Unfortunately the yearly budgeting of Thailand was set for one year only. This was the main reason why operating long term policies and strategies is a problem in Thailand. Therefore the strategies were set for the first one-year plan and implemented based on their Quick return. In addition there was a 5-year plan and a 20-year plan focusing on overall goals. The HSS Vision was to become the main organization in Thailand promoting and supporting quality services of the health service system. Additionally it was also designed at creating health awareness amongst people in the private sector as well as in the public sector. The 3 main strategies adapted were 1) Developing the appropriate action to supervise, control and monitor the implementation and operation of the health care service, 2) Developing and creating awareness in the private and public sectors, 3) Managing and budgeting resources so that they were implemented in an efficient manner.

The conclusion of this research was to suggest the better way to implement with the long term strategies which all staffs of their organization acknowledged these matters. It was also better to advocate in an important policy. In addition they were worth to supervise , control , monitor , and evaluate and to be good to adapt in Situation change.

**Keywords :** Development Strategy , Health Service System , Thailand 4.0 , Ethnography Research



## บทนำ

ไทยแลนด์ 4.0 เป็นวิสัยทัศน์เชิงนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทย (บวร เทศารินทร์, ม.ป.ป) ซึ่ง ดร.สุวิทย์ เมษินทรีย์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงพาณิชย์ ได้กำหนดแนวคิด และ วางระบบเพื่อดำเนินการตามนโยบายของ ฯพณฯ พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ที่เน้นการขับเคลื่อนปฏิรูปประเทศไทย ให้เป็นไปตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เป็นภารกิจสำคัญที่ต้องปรับแก้ จัดระบบ ปรับทิศทาง และสร้างหนทางพัฒนาประเทศให้เจริญสามารถรับมือกับโอกาสและภัยคุกคามแบบใหม่ๆ ได้

การตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ไทยแลนด์ 4.0 จำเป็นต้องเปลี่ยนแนวคิดเดิมไปสู่แนวคิดใหม่ ที่เน้นการจัดการเทคโนโลยี เปลี่ยนจาก Traditional Services สู่ High Value Services (สุวิทย์ เมษินทรีย์ อ่างใน บวร เทศารินทร์, ม.ป.ป.) ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ และสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ สู่ประเทศมั่งคั่ง และยั่งยืน

กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และ เทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นกลุ่มเป้าหมาย 1 ใน 5 ของการขับเคลื่อนสำคัญ ซึ่งต้องใช้ความร่วมมือจากพลังประชารัฐ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ภาคการเงินการธนาคาร ภาคประชาชน และภาคสถาบันการศึกษา

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ด้านสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า MOPH 4.0 เพื่อเป็นกรอบแนวทางขับเคลื่อน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค แบ่งออกเป็น 4 ระยะๆ ละ 5 ปี คือ 1) ปฏิรูประบบ 2) สร้างความเข้มแข็ง 3) สู่อความยั่งยืน 4) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ใน 5 ปีแรก มุ่งปฏิรูประบบสุขภาพ ปรับโครงสร้างระบบบริหารจัดการ วางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การแพทย์ปฐมภูมิที่มีเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ ปรับระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น โดยปีงบประมาณ พ.ศ.2561 มียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค

เป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย 15 แผนงาน 45 โครงการ และ 80 ตัวชี้วัด มีเป้าหมายรวมของกระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ซึ่งถ่ายทอดการปฏิบัติด้านการสนับสนุนบริการสุขภาพมายังกรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยลำดับ

การพัฒนากระบวนการสุขภาพของประเทศไทย เป็นภารกิจหนึ่งของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งถือเป็นต้นทางของโมเดลเศรษฐกิจใหม่ด้านสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559) ได้พัฒนายุทธศาสตร์ และ วางกรอบยุทธศาสตร์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2560-2569) มีพันธกิจ มุ่งมั่นเสริมสร้างพัฒนา และ อภิบาล ระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานสากล โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งพัฒนาโมเดล สบส.4.0 ใช้ 3 กลไก ประกอบด้วย Inclusive , Productive , Green Growth Engine ขับเคลื่อนให้เกิด 3 ประเด็น คือ Smart Healthcare , Medical Hub , Green & Clean Hospital แต่เนื่องจาก MOPH 4.0 เป็นแผนระยะยาว 20 ปี รวมทั้งมีบางภารกิจที่มีเป้าหมายการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับ สบส.4.0 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องวางยุทธศาสตร์การพัฒนาให้เหมาะสมสอดคล้องกัน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม และ นำไปสู่การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพในอีก 20 ปีข้างหน้าในที่สุด

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาวิจัยยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) และเสนอยุทธศาสตร์หัวลูกศร นำไปใช้กำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และมาตรการการดำเนินงานในผลผลิตหลักของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวม 3 ระยะ คือ 1 ปี/5 ปี/20 ปี

2. การเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2561-2563) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ





3. ต้นแบบของการศึกษายุทธศาสตร์ โดยใช้กระบวนการวิจัยชาติพันธุ์วรรณนา เพื่อถ่ายทอดแก่หน่วยงานผู้สนใจ และตีพิมพ์ในวารสาร

4. ศึกษาคลังข้อมูลความสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญ เพื่อสะท้อนข้อเท็จจริงให้ปรากฏ

## กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น นโยบายไทยแลนด์ 4.0 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข MOPH.4.0 กรอบยุทธศาสตร์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2560-2569) สบส. 4.0

ตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) คำถามการวิจัย

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ควรเน้นทิศทางใด

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สามารถใช้เป็นข้อมูลพัฒนาแผนงานโครงการให้สอดคล้องกัน และดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สามารถใช้เป็นต้นแบบขยายผลการดำเนินงานได้

3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และหน่วยงานภายใน มีความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศไทย และ ระดับกระทรวงสาธารณสุข

## วิธีการศึกษา

1) เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบสอบถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรต้น และนำไปใช้ถามเพื่อหาคำตอบจากกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงหลายลำดับชั้น ลักษณะข้อมูลที่ต้องการและที่ได้รับ เป็นความเห็นโดยอิสระ

### 2) วิธีการศึกษา

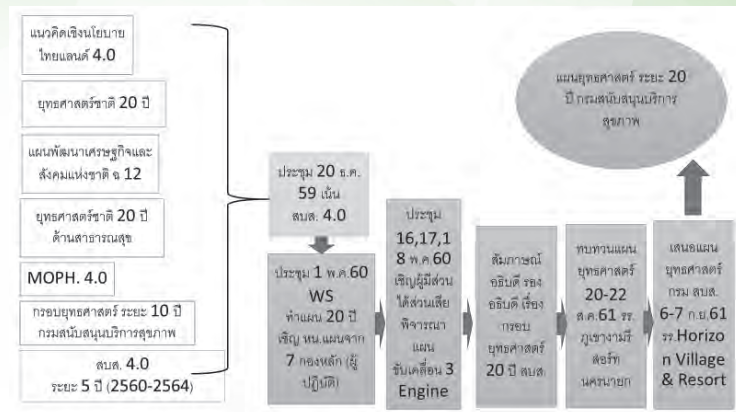
ใช้กระบวนการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnographic Study) ซึ่งจัดอยู่ในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานการณ์จริงในบรรยากาศปกติของการทำงาน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารแผนยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการจัดการประชุม และออกแบบบรรยากาศให้ยืดหยุ่นกระตุ้นการมีส่วนร่วมมากที่สุด อาศัยหลักอุปนัยโดยไม่ตั้งสมมติฐานก่อนลงมือเก็บภาคสนาม ซึ่งมีแนวทางตรงกับ Denzin and Lincoln กล่าวไว้ (อ้างใน อรรถนรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา, 2555) ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด วิธีการงาน วิถีตัดสินใจ วิธีบริหารจัดการด้านยุทธศาสตร์ แผนงาน งบประมาณ ติดตาม และประเมินผล อย่างลึกซึ้ง

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหลีกเลี่ยงอคติและให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง การวิเคราะห์ข้อมูลเน้นการพรรณนาและศึกษาในระดับจุลภาค เน้นที่การศึกษาเฉพาะกรณีในหน่วยงาน เพื่อศึกษาแนวคิด พฤติกรรมของกลุ่มชนหรือสังคม

ผู้วิจัยได้วางแผนการวิจัยอย่างเป็นระบบ และใช้ระยะเวลาในการศึกษา 3 ปี ตั้งแต่เดือน ธ.ค.2559 ถึงเดือน ก.ย.2561 ปรากฏขั้นตอนการวิจัยตามกรอบแนวคิดภาพที่ 2 ข้างต้น



ภาพที่ 1 แสดงโมเดลประเทศไทย 4.0



ภาพที่ 2 แสดงตัวแปรต้น กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ตัวแปรตาม

## ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์เนื้อหา และสกัดความรู้แบบชั้นบันได นำข้อมูลที่เป็นผลผลิตของขั้นตอนก่อนหน้า ใช้เป็นข้อมูลนำเข้าของขั้นตอนถัดไป ได้ผลการศึกษาวิจัยดังนี้

1. ชื่อแผน แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. วิสัยทัศน์ เป็นองค์การหลักในการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ และพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคประชาชนสู่การจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน

### 3. พันธกิจ

3.1 กลุ่มพันธกิจสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ

(1) การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(2) การติดตาม เฝ้าระวัง การกระทำละเมิดกฎหมายของ สถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ทั้งที่ได้รับอนุญาต และไม่ได้รับอนุญาต

(3) การออกไปอนุญาต ตรวจสอบ และรับรองมาตรฐาน ให้ดำเนินการสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(4) กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในประเด็นเรื่อง อาคารสภาพแวดล้อม และวิศวกรรมการแพทย์

(5) พัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับ ติดตาม และเฝ้าระวังสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

3.2 กลุ่มพันธกิจสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคประชาชนสู่การจัดการสุขภาพ

(6) การพัฒนาการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ

(7) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ

3.3 กลุ่มพันธกิจสนับสนุนพันธกิจหลัก

(8) ระบบทะเบียนสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(9) การสร้างนวัตกรรม และการบริหารจัดการความรู้

(10) การพัฒนาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในกิจการ

### 4. เป้าประสงค์ใหญ่ระดับกรม

4.1 สถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด

4.2 ประชาชนดูแลสุขภาพ และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน มีการจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน

### 5. อัตลักษณ์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

5.1 ผู้กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

5.2 ผู้จัดการสุขภาพของประชาชน

### 6. ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด

#### 7. แนวทางการดำเนินงานในภาพรวม พบว่า

7.1 การดำเนินงานตามโครงการและตัวชี้วัดที่เขียนไว้ในเล่มขาวคาดแดงของสำนักงบประมาณ ไม่เหมาะสม ควรดูที่ผลสัมฤทธิ์มากกว่า

7.2 การสร้างภาระงานให้ตรวจสอบ และพิจารณาลักษณะโครงการกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละปีงบประมาณให้ตรงหรือตีความว่าตรงกับเล่มขาวคาดแดงสามารถทำได้ แต่ต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมด้วยว่าควรทำเช่นนี้หรือไม่



7.3 แนวทางการดำเนินงาน ทุกหน่วยงาน ควรมีความชัดเจนว่า เราคือใคร ทำอะไร ต้องการอะไร และ ใครควรเป็นผู้ทำ การพิจารณางานและคน ควรสัมพันธ์กัน กับเงินงบประมาณ และ ควรพิจารณาแบบ Unity ปัจจุบัน กระบวนการพิจารณาแยกเป็นส่วนๆ แยกออกจากกัน (Segmentation)

7.3 การเพิ่ม-ลดคน ต้องวิเคราะห์งาน ปรับปรุง ขั้นตอน ระบบงาน ก่อนการเสนอขอคน PMQA เป็นเครื่องมือ คุณภาพที่ดีอันหนึ่ง ที่เราสามารถนำมาใช้ได้เพื่อพัฒนา กระบวนการ อีกเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องคือ คน/เงิน/ของ เป็นเรื่อง ที่ต้องไปด้วยกัน ไม่ควรแยกส่วนการพิจารณาออกจากกัน

7.4 การเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ของกระทรวง สาธารณสุขมายังกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบว่า งานของกรมฯ ไม่ซ้อนทับกันสนิทกับกลไกการขับเคลื่อน ของกระทรวงสาธารณสุข แต่เพื่อไม่ให้เกิดการ Alignment ใหม่จึงควรใช้แนวทางเดียวกัน โดยยอมรับว่า ไม่ว่าจะจัด รูปแบบอย่างไร ก็จะมีการซ้อนทับเชิงความคิดได้เสมอ หากการสร้างมิติทางความคิดใหม่ของคุณะผู้วิจัย ทำเพื่อ อธิบายกิจกรรมภายในกรมฯ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจแล้ว ก็ยังสามารถทำได้

7.5 กลุ่มแผนงานต้องกล้าแสดงบทบาท เพื่อ ควบคุม กำกับ ให้ทุกหน่วยงานดำเนินการตามนโยบาย งบประมาณขึ้นเขียนแบบจินตนาการ อาจไม่มีเวลา แต่ขาดลง ต้องพิจารณาให้รอบครอบ สอดคล้อง และ บูรณาการ

7.6 ตัวชี้วัดไม่ตีพอ ไม่ชัดเจน และ ย่อยเกินไป ต้องหาตัวชี้วัดใหม่ที่เหมาะสม

8. แนวทางดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบ บริการสุขภาพ

การคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง การทำให้ประชาชน เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และ สมประโยชน์ ไม่ควร เน้นที่การดูแลรักษา แต่ควรเน้นที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี อายุยืนยาว เช่น กิจการผู้สูงอายุ สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ เป็นต้น เน้นการสร้างระบบสาธารณสุขมูลฐาน โดยพัฒนาระบบ PP&P

ผลการศึกษาพบว่า การคุ้มครองผู้บริโภคด้าน ระบบบริการสุขภาพ เป็นเรื่องของการดูแลประชาชน ให้ได้รับบริการผ่านระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน โดยต้องเน้นว่าผู้ประกอบการไม่มีเจตนาร้ายต่อประชาชน กรมฯ จึงควรส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน มากขึ้น มาตรฐานที่นำมาใช้ ต้องเป็นมาตรฐานที่เกิดจาก การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เป็นธรรมให้ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ

ด้านการควบคุม กำกับ และบังคับใช้กฎหมาย หมายถึงรวมถึงการดำเนินการตามกฎหมาย ควรให้นักวิชาการ ที่เชี่ยวชาญงานด้านนั้นๆ เป็นด่านแรกในการพิจารณา หากมีผู้ฝ่าฝืนทั้งโดยเจตนา หรือไม่เจตนา เมื่อนักวิชาการ ตรวจพบโดยการตรวจซึ่งหน้า หรือ การสุ่มตรวจแล้ว จึง ส่งต่อให้กองกฎหมายดำเนินการ ด้วยแนวคิดอันนี้จะ ทำให้ สำนัก/กองที่ควบคุมกำกับ จำเป็นต้องเฝ้าระวัง และ ตรวจสอบการดำเนินงานด้วยตนเอง รวมทั้งการรับเรื่อง ร้องเรียนจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ประเด็นเรื่องนี้ เช่น การโฆษณาโอ้อวดเกินจริงหรือไม่ หากเป็นนักกฎหมาย จะเป็นเรื่องยากที่จะพิจารณาในประเด็นนี้ แต่หากเป็น นักวิชาการ จะสามารถวินิจฉัยได้ดีและชัดเจนกว่า ลด ข้อโต้แย้งกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และไม่ควรรสร้างระเบียบ กฎหมาย ขึ้นมากเกินไป ควรเน้นสร้างวินัย จิตสำนึกสาธารณะ ในตัวผู้ประกอบการ ประเทศไทยสูญเสียเงินกับการสร้าง ระบบป้องกันการโกงมากกว่าค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการโกง

9. แนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับประชาชน ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายที่จะทำให้ประชาชน มีสุขภาพดี คือ อสม. และ อสค. แต่วิธีการหลักที่สำคัญ คือ การทำให้ อสม./อสค. มี HL และ HB ที่ถูกต้องก่อน เพื่อแพร่กระจายความรู้ด้านสุขภาพเหล่านั้นแบบ ทำเป็นตัวอย่าง และอาศัยภาวะผู้นำ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพประชาชน เป็นเรื่อง ของชุมชน และควรขับเคลื่อนโดยภาคประชาชน

กองสุขศึกษา มีอุปสรรคในการทำความเข้าใจกับภารกิจ และการสื่อสารให้ประชาสังคมยอมรับ จึงทำให้สับสนต่อ การกำหนดกลยุทธ์ จึงควรขับเคลื่อน HL และ HB ให้เข้าสู่ กลุ่มเป้าหมาย โดยอาศัย อสม. เป็นตัวขับเคลื่อน ไม่ใช่การใช้ อสม.เป็นตัวส่ง HL และ HB สูประชาชน 5 กลุ่มวัย แต่เป็น การถ่าย HL และ HB เข้าสู่ อสม. ให้ อสม. มี HL และ HB ได้มาตรฐานตามกำหนด จากนั้น อสม. จะกลายเป็นตัวอย่าง ของการปฏิบัติ ดีกว่าการสอนคนในชุมชนด้วยวิธีอื่น

กองสุขศึกษา มองว่า ตนเองสร้างช่องทางและ โอกาสในการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย จึงเป็นการทำงาน เชิงตั้งรับ ให้กลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ HL และ HB จึงแปล ความหมายไปคนละทาง

การใช้ภาคประชาชนเป็นกลไกสร้าง Smart Citizen ผ่านตำบลจัดการสุขภาพ ต้องมีทีมงานที่ดี ร่วมมือกับ อปท./รพ.สต./ ใช้ อสม. 1 ล้านคนให้เป็น Ambassador เจือปนใจการรับค่าป่วยการของ อสม.ที่มีในปัจจุบัน ไม่ว่าจะรู้สึกอย่างไร ไม่มีความจำเป็นต้องไปแก้ไข อาจมี ประเด็นเรื่องการลงเวลาทำงาน ไม่มีวันเกษียณ เป็นเรื่อง



ที่ต้องคิดก็ตาม แต่ให้ถือเป็นประเด็นรอง ปล่อยให้ระบบดำเนินไป และใช้ประโยชน์จากระบบ

ผู้นำด้านพัฒนาสุขภาพประชาชน จะเป็นใครก็ได้ ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ อาจเป็น นายก อบต. / อสม. ควรสร้างสถาบันฝึกอบรมการเป็นผู้นำภาคประชาชน เช่น หลักสูตร อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน

ตำบลจัดการสุขภาพ เกิดขึ้นที่กรมฯ จึงควรสร้างต้นแบบที่เรา และแสดงความเป็นเจ้าของ Branding

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมอบภารกิจ HL ให้กับกรมอนามัย เพื่อให้ครอบคลุมประชาชน 5 กลุ่มวัย แต่กองสุขศึกษา ควรเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนด KPI ในลักษณะการมีส่วนร่วมในความสำเร็จ อาจแบ่ง Segment มาดำเนินการด้านสุขภาพในแนวทางเดียวกัน

## 10. แนวทางการดำเนินงานของสถานพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพภาคเอกชน แข่งขันกันได้ โดยสร้างระบบชักชวนมาตรการ ส่งเสริมภาคเอกชนมาร่วมบริการให้บริการสปาเพื่อสุขภาพ สปาเริ่มต้นด้วยการบำบัดด้วยน้ำนวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อความงาม อาจหมายรวมถึงกิจการลักษณะอื่น เช่น แวนตา ผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ยกระดับคุณภาพ

ทำให้ชาวต่างประเทศประทับใจ ในบริการโดยส่วนราชการไทยรับรองสถานประกอบการ และบุคคลผู้ประกอบการอาชีพ สำหรับคนไทยที่ไปทำสปาในต่างประเทศ ส่วนราชการควรรับรองคนทำงาน ไม่สามารถรับรองสถานประกอบการในต่างประเทศได้

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดเป้าประสงค์
<p>1 การพัฒนาโลก กำกับ ติดตาม และ ตรวจสอบมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ</p> <p>แผนงาน 1.1 การกำกับ ติดตาม</p> <p>แผนงาน 1.2 การตรวจสอบ และ รับรองมาตรฐาน</p> <p>แผนงาน 1.3 การออกใบอนุญาต</p> <p>แผนงาน 1.4 การเฝ้าระวัง</p> <p>แผนงาน 1.5 การพัฒนามาตรฐาน</p> <p>แผนงาน 1.6 การพัฒนากฎหมาย</p> <p>แผนงาน 1.7 พัฒนาศูนย์ข้อมูลกลางและเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ใช้ฐานข้อมูลลักษณะเดียวกัน ในงานทะเบียนสถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p>	<p>สถานพยาบาล และ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพไม่ต่ำกว่า มาตรฐานที่กำหนด</p>	<p>1.1 ร้อยละของสถานพยาบาล และ สถานประกอบการสุขภาพ ที่ได้ รับการรับรองมาตรฐานที่กำหนด</p> <p>1.2 ร้อยละของสถานพยาบาล และ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย</p>
<p>2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของประชาชนและภาคีเครือข่ายภาคประชาชน</p> <p>แผนงาน 2.1 พัฒนาค้นข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>แผนงาน 2.2 พัฒนาระบบทะเบียนภาคีเครือข่ายภาคประชาชน</p> <p>แผนงาน 2.3 พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน</p> <p>แผนงาน 2.4 พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคประชาชน</p> <p>แผนงาน 2.5 พัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการจัดการสุขภาพ</p>	<p>ประชาชนและชุมชนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้</p>	<p>2.1 ร้อยละของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง</p> <p>2.2 ร้อยละของชุมชนหรือหมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>3 การพัฒนาการบริหารจัดการองค์กรและเพิ่มศักยภาพบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>แผนงาน 3.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>แผนงาน 3.2 พัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กรที่ทันสมัย</p> <p>แผนงาน 3.3 การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี</p> <p>แผนงาน 3.4 การสร้างนวัตกรรม และการบริหารจัดการความรู้</p> <p>แผนงาน 3.5 การพัฒนาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในกิจการ</p>	<p>องค์กรมีขีดสมรรถนะสูง และ บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล</p>	<p>3.1 ระดับการบรรลุวิสัยทัศน์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>3.2 ระดับความโปร่งใสของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>



HA เป็นมาตรฐานสถานพยาบาลที่ทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนมาตรฐาน JCI ไม่จำเป็นต้องมีในประเทศไทย ยกเว้น ภาคเอกชนที่ต้องรองรับลูกค้าชาวต่างชาติ

#### 11. แนวทางดำเนินงาน Medical Hub

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับผิดชอบงานหลงทาง / Medical Hub ไม่ควรเป็นผู้ดำเนินการเอง แต่ควรสนับสนุนให้ภาคเอกชนดำเนินการ ควรสร้างศูนย์ข้อมูลสถานบริการสุขภาพที่ให้ข้อมูลความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านกับชาวต่างประเทศ ควรวิเคราะห์ความต้องการของตลาดต่างชาติ และผลักดันให้ภาคเอกชนพัฒนา โดยอาจให้โรงเรียนแพทย์ ช่วยด้านการฝึกแพทย์จากทุกภาคส่วนให้เชี่ยวชาญในกิจการนั้นๆ

#### 12. แนวทางดำเนินงานด้านเครื่องมือแพทย์

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองวิศวกรรมทางการแพทย์ เป็นหน่วยงานกำกับดูแลการนำเข้า การใช้ การดูแลรักษา การสอบเทียบ และการซ่อมบำรุง ได้ขยายบทบาทการตรวจสอบสินค้าก่อนการนำเข้า โดยเป็นหน่วยงานตรวจสอบ สอบเทียบ และรับรองเครื่องมือการแพทย์ ก่อนนำเข้ามาจำหน่ายในประเทศไทย ควรลดการนำเข้าจากสถิติพบว่า ประเทศไทยนำเข้าเครื่องมือการแพทย์ 80% และใช้ของภายในประเทศ 20% กองวิศวกรรมทางการแพทย์ควรมีบทบาทในการลดการนำเข้าโดยกลับตัวเลขการนำเข้าให้ลดลงเหลือ 20% และ ผลิตใช้เองในประเทศ 80% จากการพิจารณา มีความเป็นไปได้ แต่อาจมีอุปสรรคด้านกฎหมายที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน จึงควรทำให้เกิดขึ้นก่อน การปรับแก้ไขกฎหมายสามารถทำได้

ด้านการผลิตเครื่องมือทางการแพทย์ ควรจะเป็นแนวทางสิทธิร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยอาจทำในรูปแบบกระบวนการวิจัยเครื่องมือทางการแพทย์ จดสิทธิบัตร และอนุญาตให้เอกชนดำเนินการผลิตเพื่อการพาณิชย์ และควรเน้นไปที่เครื่องมือการแพทย์ที่มียอดการนำเข้าสูง 10 อันดับแรก

บทบาทหนึ่งที่สำคัญคือ การรับรองมาตรฐานเครื่องมือทางการแพทย์ กองวิศวกรรมทางการแพทย์ ควรมีบทบาทในการรับรองมาตรฐานเครื่องมือทางการแพทย์ ทุกชนิด ตั้งแต่ระดับต้นทาง คือ ก่อนการนำเข้า ก่อนการจำหน่าย ก่อนการจัดซื้อจัดจ้าง และคงสภาพการสอบเทียบ ตรวจสอบคุณภาพหลังกระบวนการต่างๆ เหล่านี้ด้วย ซึ่งกองวิศวกรรมทางการแพทย์ ได้รับหลักการนี้ไว้แล้วในแผนยุทธศาสตร์ระดับหน่วยงาน อาทิเช่น การมีห้อง

#### ปฏิบัติการทดสอบเครื่องมือมาตรฐาน ISO17025

สำหรับการจัดสรรผลประโยชน์คืนกลับให้กับผู้สร้างสรรค์ผลงาน อาจเป็นการให้รางวัลตอบแทนผลงาน เป็นเรื่องที่เหมาะสมและควรกระทำ แต่การปันผลส่วนแบ่งรายได้จากผลงานที่ปฏิบัติในเวลาราชการนั้น อาจไม่ชอบด้วยกฎหมาย จึงควรเน้นไปที่ผลงานกรมฯ มากกว่า และแก้กฎหมายเพื่อให้กรมฯ สามารถรับรายได้เงินบำรุงจากผลงานเหล่านี้ อีกนัยหนึ่งการเป็นองค์การมหาชน ก็เป็นทางออกที่เหมาะสม เมื่อ Productivity ของกองวิศวกรรม การแพทย์สูงขึ้นเรื่อยๆ สามารถพัฒนากฎหมายเป็นองค์การมหาชนได้ในที่สุด ซึ่งเรื่องนี้อาจอยู่นอกแผน 20 ปี ขณะนี้มีเครื่องมือทางการแพทย์หลายชนิดที่นำเข้าด้วยวิธีหิ้วเข้ามา เรื่องนี้ อย. ถือกฎหมายการอนุญาตนำเข้า และมีหน่วยงาน 3 หน่วย เป็นหน่วยกำกับดูแล ได้แก่ อย./กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ / กองวิศวกรรมทางการแพทย์ การตรวจสอบก่อนการนำเข้า จึงเป็นเรื่องที่เหมาะสม

การมีสภาวิชาชีพด้านวิศวกรรมการแพทย์ จะเป็นการคุมกำเนิด หรือสร้างเงื่อนไขไม่ให้ผู้อื่นเข้าสู่อาชีพ ซึ่งไม่อาจจะเหมาะสม จึงสวนทางกับแนวทางที่กองวิศวกรรม การแพทย์พิจารณาว่าควรมี เพื่อความมั่นคงของผู้ประกอบวิชาชีพ ควรจะได้พิจารณาข้อดีข้อเสียอย่างเหมาะสมว่ามีสภาวิชาชีพเพื่ออะไร

#### 13. แนวทางดำเนินงานด้านอาคารและสภาพแวดล้อม

ผลการศึกษาพบว่า การจัดทำผังแม่บท ที่เหมาะสมกับ Service Plan เป็นเรื่องที่ต้องจัดทำ และต้องดำเนินการโดยกองแบบแผน ไม่สามารถจ้างเอกชนดำเนินการได้ มีข้อจำกัดหลายประการ ดังนั้นการสร้างมาตรฐานเพื่ออนุญาตให้เอกชนเข้ามาช่วยออกแบบ หรือช่วยทำผังแม่บท ไม่อยู่ในภารกิจที่กองแบบแผนควรจะทำ

ปัญหาเรื่องการทำแบบไม่ทันเวลา แก้ไขโดยมอบให้ผู้ตรวจราชการทั้ง 12 เขต เป็นผู้ตัดสินใจ การกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขอความเห็นชอบในการสร้างอาคารไปยังผู้ตรวจราชการก่อน จะทำให้เกิดการบูรณาการหลายองค์ประกอบเข้าด้วยกัน

กองแบบแผน ต้องจัดการภาระงานให้ได้ปีละ 12 แบบ นั้นหมายถึง แบบที่มาจาก 12 เขตทั่วประเทศ จะทำได้เสร็จทันเวลา ปัญหาเรื่องแบบสร้างไม่ได้จะหายไป

เรื่องการปรับปรุงกฎหมายให้เอกชนออกแบบได้นั้น มีกลไกทำได้อยู่แล้ว แต่การปรับงบประมาณ อาจอยู่นอกเหนืองานความรับผิดชอบของกรมฯ



แบบที่เคยสร้างแล้วในอดีต ไม่สามารถใช้สร้างในอีกสถานที่หนึ่งได้ เพราะบริบทต่างกัน ยิ่งไปกว่านั้นก็ควรนำแบบไปสร้างเอง ส่วนโรงพยาบาลที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ก็ควรได้รับการช่วยเหลือ

อย่างไรก็ดีการมี Web Site เพื่อเป็นช่องทางเข้าถึงข้อมูลแบบ ก็ช่วยให้ส่วนราชการ และภาคเอกชนได้รับประโยชน์ในการศึกษาเบื้องต้น ซึ่งกองแบบแผนกำลังดำเนินการพัฒนาระบบเดิมขึ้นมาใช้ประโยชน์

การเขียนแบบโรงพยาบาลไม่มีมาตรฐานของประเทศไทย การสร้างมาตรฐานไม่น่าจะทำได้ จำเป็นต้องปรับบริบทตามพื้นที่ การออกแบบต้องดูทางเข้าออกโพรว์ของคนไข้ เพื่อไม่ให้ไปแออัดกัน

แบบที่เขียนเสร็จแล้วนำไปสร้าง ควรนำข้อมูลปัญหาหรือการปรับปรุงแบบในระหว่างก่อสร้างนำกลับเป็นข้อมูลประกอบแบบนั้นๆ เพื่อให้ผู้นำแบบไปใช้ได้รับประโยชน์และทราบปัญหาของการก่อสร้าง

## อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในวิธีการทำงานประจำ ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยใช้เทคนิควิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสกัดข้อมูลที่เป็นผลยุติ บูรณาการเข้ากับแผนยุทธศาสตร์ที่ใช้เป็นข้อมูลนำเข้า จึงอาจทำให้ผลการวิจัยมีความทับซ้อนกันบ้าง ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้

2. ความหลากหลายของงานในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่มีอัตลักษณ์ไม่หนึ่ง รวมทั้งการปรับโครงสร้างส่วนราชการ ตลอดจนการปรับกระบวนการภายใน มีผลต่อแนวคิดและการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ

## สรุปผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ยุทธศาสตร์ระยะยาว จำเป็นต้องสร้างการรับรู้ของบุคลากรภายในองค์กร ซึ่งจะมีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานระดับองค์กร การประกาศใช้แผนยุทธศาสตร์ เป็นกลไกสำคัญของความสำเร็จ รวมทั้งการควบคุม กำกับ ติดตาม และ ประเมินผล ต้องดำเนินการแบบเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกัน และจะดียิ่งขึ้นหากพัฒนายุทธศาสตร์มีความสามารถปรับได้ตามสถานการณ์

## ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นข้อบกพร่องในการดำเนินงานยุทธศาสตร์หลายประการ เช่น ไม่มียุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ไม่มีเจ้าภาพดำเนินงาน บุคลากรไม่ปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ กำหนดตัวชี้วัดไม่ตรงกับกิจกรรมดำเนินงาน และ ไม่บูรณาการเข้ากับหน่วยงานที่มีตัวชี้วัดร่วมกัน ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นอุปสรรคใหญ่ต่อการพัฒนาและใช้ยุทธศาสตร์

2. ควรศึกษาวิจัยแนวทางการนำยุทธศาสตร์ไปใช้เพื่อกำหนดทิศทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตลอดจนการศึกษาวิจัยแนวทางเชิงลึกของแต่ละประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่อทิศทางของประเทศไทย

## เอกสารอ้างอิง

- Aonarin Khajornwongwattana. (2012). Qualitative Research. Retrieved January 10,2019, from <https://www.gotoknow.org/posts/280137> (in Thai).
- Borworn Thasarint. (n.d.). Thailand 4.0 The new economy. Retrieved January 20, 2019, from <http://www.drborworn.com/articleDetail.asp?id=16223> (in Thai).
- National Economic and Social Development Committee, Prime Ministry office. (2016). The 12<sup>th</sup> National Economic and Social Development Plan (Year 2017-2021). Retrieved January 5,2019, from [https://www.nesdb.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=6422](https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422) (in Thai).
- Planning Division, Health Service and Support Department. (2016). The 10-Year Strategy of the Service and Support Department Framework. (Year 2017-2026). (Copyrighted). Nonthaburi : Health Service and Support Department (in Thai).
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary of MOPH. (2018). The Strategic Planning for 20-Year Public Health, Year 2018 edition. Retrived October 10, 2018, from [http://203.157.7.98/et/fileupload\\_doc/2017-10-25-4-17-2531406.pdf](http://203.157.7.98/et/fileupload_doc/2017-10-25-4-17-2531406.pdf) (in Thai).



# การออกแบบระบบสร้างความดันบวกต้นทุนต่ำ เพื่อลดการติดเชื้อในห้อง ผ่าตัดขนาดเล็กที่ใช้ระบบปรับอากาศแบบแยกส่วน

## DESIGN A POSITIVE PRESSURE GENERATOR SYSTEM AT LOW COST TO REDUCE INFECTION IN A SMALL OPERATING ROOM WHICH USE A SPLIT MODULAR AIR CONDITIONING SYSTEM

สาธิต นฤภัย

กองวิศวกรรมทางการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

### บทคัดย่อ

การศึกษาดูแบบระบบสร้างความดันบวกต้นทุนต่ำ เพื่อลดการติดเชื้อในห้องผ่าตัดขนาดเล็กที่ใช้ระบบปรับอากาศแบบแยกส่วนในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติ (Action Research) โดยการออกแบบและปรับปรุงห้องผ่าตัดเดิมของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กให้มีมาตรฐานเพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่าสภาพปัญหาของห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ที่ในปัจจุบันไม่ได้ใช้งาน ส่วนใหญ่มีเหตุผลมาจากการที่ไม่มีแพทย์หรือพยาบาลดมยาสลบ แต่เหตุผลที่ผู้วิจัยได้ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ห้องผ่าตัดไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น การใช้เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน ความดันภายในห้องเป็นความดันลบ ฝุ่นละอองและปริมาณอนุภาคสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน และมีอากาศเสียตกค้างภายในห้องจำนวนมาก

วิธีการศึกษาวิจัย โดยเริ่มจากการสำรวจสภาพปัญหา แล้วนำปัญหาต่างๆมาทำการศึกษาเพื่อการแก้ไข จากนั้นจึงทำการออกแบบระบบต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญของห้องผ่าตัดเพื่อให้มีความดันภายในห้องเป็นบวก มีอัตราการไหลเวียนอากาศที่เหมาะสม ลดปริมาณฝุ่นและปริมาณอนุภาค เช่น การปรับปรุงโครงสร้างภายในห้องให้เรียบที่สุดไม่ให้มีมุมหรือเหลี่ยมต่างๆ ที่เป็นที่สะสมของฝุ่นละออง ปรับปรุงประตูของห้องผ่าตัดไม่ให้มีรอยรั่ว ปรับปรุงฝ้าเพดานให้เป็นแบบฉาบเรียบ หลอดแสงสว่างต่างให้อยู่ภายในฝ้าเสมอกับฝ้าเพดาน ติดตั้งระบบเติมอากาศบริสุทธิ์เข้าไปในห้อง โดยให้อากาศป้อนเข้าไปยังคอยล์เย็นของเครื่องปรับอากาศโดยตรงเพื่อลดอุณหภูมิและลดความชื้นสัมพัทธ์ เปลี่ยนเครื่องปรับอากาศให้มีขนาดใหญ่เพื่อเหมาะสมกับระบบเติมอากาศและพัดลมระบายอากาศ

ผลจากการออกแบบและทำการปรับปรุงความดันภายในห้อง (Pa) จากเดิม -4.5 เป็น +5.8 , ค่าอัตราการไหลเวียนของอากาศจากไม่มีเป็น 15 ACH , อุณหภูมิ จากเดิม 27°C-31°C เป็น 23°C-27°C , ความชื้นสัมพัทธ์ จากเดิม 71 %HR ลดลงเป็น 61 %HR, ปริมาณฝุ่นและปริมาณอนุภาคลดลง , CO<sub>2</sub> จาก 1,241 ppm. ลดลงเหลือเพียง 300 ppm. ซึ่งโดยภาพรวมห้องผ่าตัดที่ได้ทำการปรับปรุงมีค่าต่างๆอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ สิ่งที่ต้องปรับปรุงต่อไปคือเรื่องของเสียงที่ดังเพิ่มขึ้น เนื่องจากเสียงของระบบเติมอากาศ และเครื่องปรับอากาศ ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยแนวทางแก้ไขคือย้ายระบบเติมอากาศให้ไกลจากห้องผ่าตัดมากขึ้น เลือกเครื่องปรับอากาศที่มีความดังของเสียงน้อยลง

**คำสำคัญ :** การออกแบบ ,ความดันบวก , ต้นทุนต่ำ , การติดเชื้อ , ห้องผ่าตัดขนาดเล็ก , ระบบปรับอากาศแบบแยกส่วน



## Abstract

Study design creates a positive pressure low to reduce the infection in the operating room using a small modular air conditioning system in this. This research is action research by improving the design and operation of the small community hospital to a standard increase. The study found that the problems of the operation of a small community hospital. The most currently inactive have come from the fact that no doctor or nurse anesthesia. The reason, the researchers found that most patients do not adhere to a standard such as air conditioning split. The pressure inside the chamber is a negative pressure and the amount of dust particles exceeded the standard doors. The residual air in the room a lot.

Research Methods had start by exploring the problems. Then came the problems to be resolved. And then design a system that is an important factor of the operating room in order to have a positive pressure inside the chamber. With proper air flow. Reduce the amount of dust and particles, such as improving the interior smooth as possible not to have a corner or edge in the dust. Improving the door of the operating room to have a leak. Improving the ceiling is plastered smooth. Lighting ceiling flush with the inside of the ceiling. Install fresh air into the room with the air entering into the cooling coil of the air conditioner directly to lower temperatures and lower humidity. Air conditioning is a big change for the aeration system and ventilators.

From designing and renovating. The pressure inside the chamber (Pa) from -4.5 to +5.8, The flow of air from the No 15 ACH, Temperatures from 27 °C - 31°C to 23°C - 27°C, The humidity. 71% HR decreased to 61% HR , Dust and the particles decreased, CO<sup>2</sup> from 1,241 ppm. down to 300 ppm. The overall operation has improved the value of the benchmark and possible. The desired objectives to further improve the sound increases. The sound of the aeration system Prang and gotten bigger. The solution is to move the aeration system from the operating room more. Your air conditioner with less noise.

**Keywords :** Design , Positive Pressure , low cost , Infection , A small operating room , A split Modular air conditioning system





## บทนำ

เมื่อก้าวถึงห้องผ่าตัดทุกคนเข้าใจกันที่ว่าจะต้องเป็นห้องที่มีพื้นผิวที่มีความสะอาดมีอากาศที่บริสุทธิ์ปราศจากเชื้อโรคและฝุ่นละอองจากประสบการณ์ที่ได้ทำงานเกี่ยวกับห้องผ่าตัดและจากการลงพื้นที่สำรวจรับรองมาตรฐานของห้องผ่าตัด โดยเฉพาะห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กจากการลงพื้นที่สำรวจของทีมีวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีการใช้งานมานานมากกว่า 25 ปี มีโครงสร้างทางกายภาพและลักษณะการใช้งานที่ไม่ได้มาตรฐาน คือ มีฝุ่นเกินค่ามาตรฐานผนังและพื้นห้องไม่เรียบมีร่องและขอบ ความดันภายในห้องส่วนใหญ่เป็นลบเพราะใช้พัดลมดูดอากาศเพื่อระบายอากาศเสียภายในห้องซึ่งเพียงอย่างเดียวแต่ไม่มีการเติมอากาศเข้ามาทดแทน โดยเฉพาะระบบระบายอากาศที่ไม่สามารถรองรับการแพร่กระจายของเชื้อโรคในอากาศได้ ในปัจจุบันข้อกำหนดและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไปทำให้การออกแบบห้องผ่าตัดที่ใหม่กว่ามีระบบปรับและระบายอากาศให้มีความถูกต้องเหมาะสมมากขึ้นแต่ส่วนใหญ่ก็ยังมีใช้งานระบบที่ไม่ถูกต้องและไม่ได้รับการดูแลบำรุงรักษาอย่างถูกวิธีตามช่วงเวลาที่กำหนดหรือตามความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่อื่นทำให้ประสิทธิภาพและความปลอดภัยลดลงดังนั้นการออกแบบ การปรับปรุงและการบำรุงรักษาที่ถูกต้องเป็นเรื่องที่สำคัญการออกแบบการปรับปรุงรวมทั้งการบำรุงรักษาระบบปรับและระบายอากาศของห้องผ่าตัดเป็นโจทย์ที่สามารถดำเนินการให้มีประสิทธิภาพได้โดยไม่ยากนักแต่ปัญหาที่สำคัญคือเรื่องงบประมาณการออกแบบและติดตั้งเฉพาะระบบปรับและระบายอากาศของห้องผ่าตัดใหม่ที่สามารถควบคุมปริมาณการหมุนเวียนอากาศการระบายอากาศอุณหภูมิความชื้นความดันอากาศและการกรองอากาศที่มีประสิทธิภาพตรงตามข้อกำหนดของ CDC, WHO หรือของ วสท. มีมูลค่าสูงถึง 30,000-40,000 บาท/ตร.ม. และการปรับปรุงระบบเดิมที่มีการใช้งานมานานอาจมีมูลค่าสูงกว่ามากดังนั้นการศึกษาทำความเข้าใจการทำงานของระบบฯให้เป็นไปตามข้อกำหนดของห้องผ่าตัด การค้นคว้าหาเทคโนโลยีใหม่ๆ การศึกษาคุณสมบัติราคาและค่าบำรุงรักษาของอุปกรณ์ของระบบฯ เป็นเรื่อง que ผู้บริหารต้องรู้เพื่อการตัดสินใจงบประมาณจุดคุ้มทุน

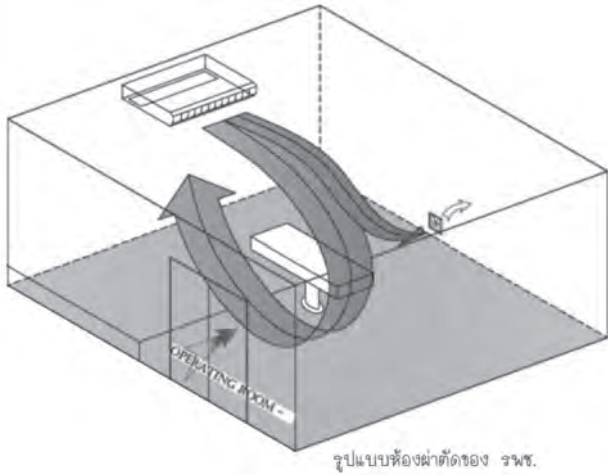
อายุการใช้งานการบำรุงรักษาความปลอดภัยและที่สำคัญต้องเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

ตามหลักการควบคุมคุณภาพสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด เพื่อการแพร่กระจายเชื้อในห้องเป็นส่วนหนึ่งของการมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียทั้งตัวผู้ป่วยในสถานบริการ ผู้ให้บริการ ผู้มาเยือน ตลอดจนประชาชนทั่วไปโดยรอบโรงพยาบาล การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจึงเป็นหัวใจของการให้บริการทางการแพทย์ทั้งนี้เพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อทางบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัด เจ้าหน้าที่ทุกระดับจะต้องตระหนักอยู่เสมอถึงความสำคัญของเทคนิคที่ถูกต้องที่จะป้องกันมิให้เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการทำให้ปราศจากเชื้อในเครื่องมือ เครื่องใช้เวชภัณฑ์ที่จัดเก็บอยู่ภายในห้องผ่าตัด ตลอดจนการทำความสะอาดอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม การจัดระบบการปฏิบัติเมื่อมีการผ่าตัดติดเชื้อ และยังเป็น การสนับสนุนนโยบายของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

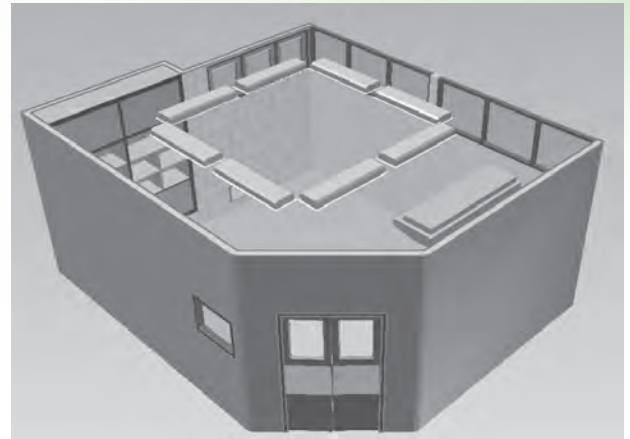
ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการทุกด้าน ให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยส่งเสริมให้สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขตต่างๆ ทั่วประเทศส่งเสริมให้สถานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ดำเนินการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในห้องผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังจะยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขเป็นการสนองนโยบายทางการสาธารณสุขของประเทศ ในปัจจุบัน

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพอากาศของห้องผ่าตัดที่ใช้เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน
2. เพื่อศึกษาถึงสมรรถนะและประสิทธิภาพของระบบเดิมอากาศ
3. เพื่อออกแบบระบบเดิมอากาศบริสุทธิ์ เพื่อสร้างความดันบวกให้กับห้องผ่าตัดขนาดเล็กในโรงพยาบาลชุมชน มีความปลอดภัยสูงสุด



ภาพที่ 1 สภาพของรูปแบบต่างๆ ไปของระบบปรับและระบายอากาศ สำหรับห้องผ่าตัดขนาดเล็กในโรงพยาบาลชุมชน



ภาพที่ 2 สภาพของห้องผ่าตัดขนาดเล็กของโรงพยาบาลชุมชน

## กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ ใช้หลักการทางวิชาการที่เกี่ยวกับควบคุมคุณภาพอากาศ ระบบหมุนเวียนอากาศ และโครงสร้างทางกายภาพภายในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ที่มีขนาดพื้นที่ของห้องไม่เกิน 36 ตารางเมตรและใช้เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วนธรรมดาที่ใช้กันทั่วไปในสำนักงานและที่อยู่อาศัย เพื่อประยุกต์หลักวิชาด้านวิศวกรรมมาทำการพัฒนาปรับปรุงและออกแบบ โดยเฉพาะการทำให้ห้องสามารถสร้างความดันบวก มีการหมุนเวียนอากาศตามเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย เพื่อลดการติดเชื้อในห้องผ่าตัดดังกล่าว โดยการคัดเลือกห้องผ่าตัดขนาดเล็กของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 1 แห่งที่ไม่ได้มาตรฐานมีโอกาสการติดเชื้อสูงและเป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมการพัฒนาสำหรับการศึกษาออกแบบครั้งนี้

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ห้องผ่าตัดต้นแบบ ที่มีการพัฒนาระบบเติมอากาศบริสุทธิ์ แบบสร้างความดันบวกให้กับห้องผ่าตัดขนาดเล็กในโรงพยาบาลชุมชน มีความปลอดภัยสูงสุด 1 ระบบ
2. ทราบถึงคุณภาพอากาศของห้องผ่าตัดที่ใช้เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน

3. ทราบถึงสมรรถนะและประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศของห้องขนาดเล็กแบบเก่าที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน

## วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติ (Action Research) เป็นการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าหรือการวิจัยที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการทำงาน และปรับปรุงงานให้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพขึ้น โดยในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้การศึกษาหลักการทางวิชาการที่เกี่ยวกับคุณภาพอากาศและการหมุนเวียนอากาศของห้องผ่าตัด เพื่อนำมาประยุกต์ เพื่อพัฒนาและออกแบบระบบสร้างความดันบวกต้นทุนต่ำ เพื่อลดการติดเชื้อในห้องผ่าตัดขนาดเล็กที่ใช้ระบบปรับอากาศแบบแยกส่วน โดยการคัดเลือกห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมการพัฒนาเป็นที่สำหรับการศึกษาออกแบบระบบต้นแบบในครั้งนี้ เพื่อต้องการทราบถึงคุณภาพอากาศสมรรถนะและประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศของห้องผ่าตัดขนาดเล็กที่ใช้เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วนที่ยังกันใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ออกแบบระบบเติมอากาศบริสุทธิ์แบบสร้างความดันบวกให้กับห้องผ่าตัดขนาดเล็กในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีราคาต่ำแต่ความปลอดภัยสูงสุด 1 ระบบ และเพื่อนำผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่สู่โรงพยาบาล และสถานพยาบาลสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ใน



การพัฒนาและปรับปรุงระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพขั้นตอนการดำเนินงานศึกษาวิจัยประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นตอนการศึกษาสภาพปัญหา จากข้อมูล เอกสารงานวิจัยหรือเอกสาร
2. ขั้นตอนลงพื้นที่สำรวจ และกำหนดห้องผ่าตัดต้นแบบของโรงพยาบาล ที่จะดำเนินการศึกษา และทำการศึกษาวิจัย
3. ขั้นตอนออกแบบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามหลักวิชาที่ศึกษา ให้กับห้องผ่าตัดที่เลือกเป็นเป้าหมาย
4. ขั้นตอนการจัดทำวัสดุอุปกรณ์ ตามที่ได้ออกแบบและที่จำเป็นต้องใช้
5. ขั้นตอนการปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพและติดตั้งอุปกรณ์
6. ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของห้องผ่าตัดที่ได้รับการออกแบบและการปรับแก้ไขในส่วนที่มีค่าต่างๆ ที่ไม่ได้มาตรฐานหรือตามที่ได้ออกแบบไว้
7. ขั้นตอนสรุป วิเคราะห์ผล และเผยแพร่

## ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาวิจัยและออกแบบปรับปรุงห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นสถานที่ที่กำหนดเป็นห้องผ่าตัดต้นแบบ ที่ได้ดำเนินการออกแบบ ปรับปรุงจนเสร็จเรียบร้อยตามแบบที่ได้ออกแบบไว้ และมีผลการวัดค่าคุณภาพอากาศใหม่หลังปรับปรุงเสร็จเป็นไปตามวัตถุประสงค์ตามหลักการที่ได้กำหนดไว้ สรุปสิ่งที่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กต้องดำเนินการ ดังนี้

1. ปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพของภายในห้องผ่าตัดไม่ให้มีจุดอับหรือขอบลึก โดยปรับใหม่ให้มีพื้นผิวของผนังห้องเรียบมากที่สุด เช่น ช่องกระจกมอง และช่องกระจกริมขอบเพดานเพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค ฝุ่นละออง และสามารถทำความสะอาดครอบคลุม
2. วัสดุเก็บเครื่องมือและวัสดุทางการแพทย์ ที่อยู่ในห้องออก ทำให้เป็นผนังห้องเรียบเพื่อลดการสะสมของฝุ่นละออง และเชื้อโรค
3. ปรับปรุงประตูเข้าออกห้องผ่าตัดให้มีช่องว่างหรือรอยรั่วน้อยที่สุดเพื่อไม่ให้อากาศภายนอกเข้ามาในห้องขณะปิดห้องไม่เปิดระบบ และเพื่อไม่ให้อากาศ

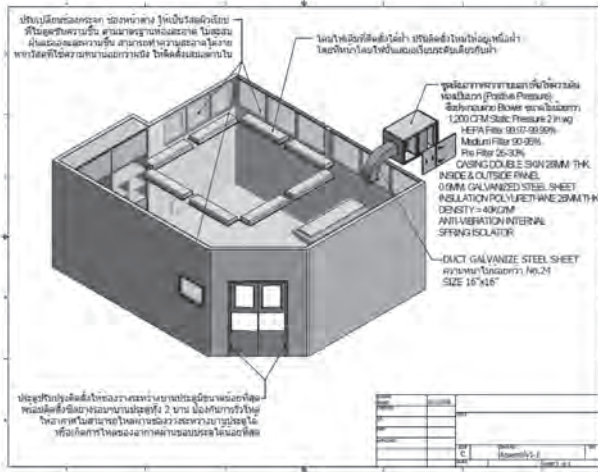
ภายในห้องไหลออกไปข้างนอกขณะทำเปิดระบบเพิ่มความดันบวก

4. ปรับปรุงเพดานของห้องให้เป็นชนิดฉาบเรียบเพื่อลดรอยรั่วของอากาศเข้าออกจากภายในห้องจากฝ้าเพดาน
5. ปรับคอมไฟส่องสว่างภายในห้องที่เป็นแบบนูนลงมาจากผิวฝ้าเพดาน ให้เป็นแบบเรียบกับฝ้าเพดาน
6. ย้ายสิ่งต่างๆ ที่ติดที่ผนังห้องออก เหลือไว้เท่าที่จำเป็น
7. ขนาดของเครื่องปรับอากาศต้องไม่น้อยกว่า 35,000 BTU หากเล็กกว่าให้เปลี่ยนใหม่
8. ติดตั้งชุดเติมอากาศบริสุทธิ์ที่มีระบบกรองแบบ HAPA Filter มีแรงอัดไม่น้อยกว่า 3,000 CMH
9. ปรับปรุงพัดลมระบายอากาศแบบมีฝาปิดได้ขนาดไม่น้อยกว่า 250CFM

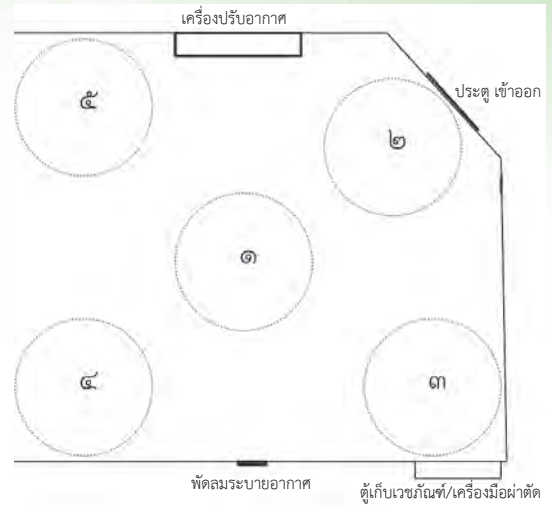
จากผลการทดสอบการใช้งาน ตามระบบที่ออกแบบศึกษาเป็นการเปรียบเทียบ โดยได้ทำการเปรียบเทียบก่อนและหลัง การปรับปรุงมีผลสรุปได้ดังนี้

## อภิปรายผล

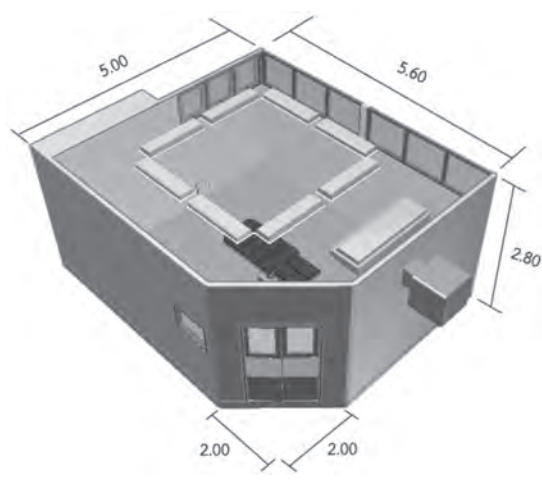
ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เกิดจากการที่ห้องผ่าตัดขนาดเล็กโดยเฉพาะของโรงพยาบาลชุมชน ห้องส่วนใหญ่สร้างมานานมากกว่า 25 ปี หรือมีอายุของห้องเท่ากับอายุของการก่อตั้งโรงพยาบาล ซึ่งสมัยนั้นยังใช้ระบบปรับอากาศเป็นแบบธรรมดา ที่มีการติดตั้งคอยล์เย็นอยู่ภายในห้อง และมีพัดลมดูดอากาศเสียทิ้งที่ติดตั้งอยู่ส่วนด้านล่างของผนังห้อง ดังนั้นการควบคุมคุณภาพอากาศและการหมุนเวียนอากาศ จึงไม่สามารถทำได้และยังทำให้อากาศภายในห้องผ่าตัดไม่มีการหมุนเวียน มีความดันภายในห้องเป็นลบเมื่อเทียบกับอากาศนอกห้อง หากมีการทำห้องใหม่ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานก็ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ไม่คุ้มค่าต่อการลงทุนเพราะอย่างไรก็ได้ขนาดห้องเท่าเดิมที่ไม่สามารถขยายได้ ดังนั้นการปรับปรุงส่วนต่างๆ ที่ตกเกณฑ์มาตรฐานเป็นจุดๆ ไปจึงเป็นการแก้ไขปัญหาก็ง่ายและมีค่าใช้จ่ายที่ถูกมากเมื่อเทียบกับการสร้างห้องใหม่ และจากผลการดำเนินการปรับปรุงตามหลักวิชาการ ก็ทำให้ได้ห้องที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของห้องผ่าตัดประเภททั่วไปตามที่ผู้ทำการศึกษาวิจัยได้ตั้งสมมติฐานไว้ทุกประการ



ภาพที่ 3 แนวทางการออกแบบของห้อง ที่มีการปรับปรุงโครงสร้างและติดตั้งระบบเติมอากาศ



ภาพที่ 5 ตำแหน่งในการวัดคุณภาพอากาศภายในห้อง 5 จุดทั้งก่อนและหลังปรับปรุง



ภาพที่ 4 หลังการปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพ และการติดตั้งอุปกรณ์ โดยใช้หลักการออกแบบการเติมอากาศสะอาดเข้าไปในห้องเข้าตรงช่องดูดอากาศเข้าชุดคอยล์เย็น เพื่อลดอุณหภูมิและการระบายอากาศให้มีการหมุนเวียน

### สรุปผล

ในการดำเนินการศึกษาวิจัยออกแบบจนได้พัฒนาปรับปรุงต้นแบบห้องผ่าตัดขนาดเล็กที่ใช้เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน ของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย ที่ก่อนดำเนินการเป็นห้องผ่าตัดนี้ตึกเกณฑ์มาตรฐานของห้องผ่าตัดเกือบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของคุณภาพอากาศ การหมุนเวียนอากาศ การเป็นห้องความดันบวก อุณหภูมิ และความชื้นสัมพัทธ์แต่หลังจากการศึกษาและออกแบบใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาในแต่ละด้าน เช่น เรื่องของฝุ่นภายในห้อง ให้ปรับโครงสร้างของห้องใหม่ทั้งหมด ให้พื้นที่ผิวของห้องทั้งหมดเป็นผิวเรียบไม่มีมุมหรือเหลี่ยมที่จะเป็นที่สะสมฝุ่นฝุ่น แม้แต่หลอดไฟแสงสว่างก็เปลี่ยนไปใช้แบบฝังเรียบในฝ้าเพดาน เรื่องของคุณภาพอากาศ มีการเพิ่มการเติมอากาศสะอาดเข้ามาภายในห้อง เรื่องการปรับความดันอากาศภายในห้องให้เป็นความดันบวก โดยการปิดรอยรั่วของห้องทุกจุดโดยเฉพาะประตูห้อง และติดตั้งระบบระบายอากาศให้มีความสัมพันธ์กับการเติมอากาศเพื่อรักษาสภาพความเป็นความดันบวกของห้อง เป็นต้น ซึ่งหลักการออกแบบปรับปรุงเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ที่ตึกเกณฑ์ ทำให้สิ่งต่างๆ ดีขึ้นจนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโดยใช้งบประมาณในการปรับปรุงและซื้ออุปกรณ์ไปทั้งสิ้นประมาณ 100,000 บาทเท่านั้น



## ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าต่างๆ หลังการปรับปรุงภายในห้อง เทียบกับค่ามาตรฐาน

รายการ	ค่ามาตรฐาน	หลังการปรับปรุง	ผลที่ได้
อุณหภูมิสามารถปรับได้ในช่วง (วสท)	17-27 °C	27°C	ตามมาตรฐาน
ควบคุมความชื้นสัมพัทธ์ให้อยู่ในช่วง (WHO, CDC)	30-60%RH	65 %RH	สูงกว่ามาตรฐาน
ความดันภายในห้อง(WHO,CDC)	ไม่น้อยกว่า 15 ACH	15	ตามมาตรฐาน
ปริมาณฝุ่นละออง ที่ 10 µm	< 0.012 M <sup>3</sup>	0.001 M <sup>3</sup>	ตามมาตรฐาน
ปริมาณอนุภาค ที่ 0.5µ	< 10,000PT/ ft <sup>3</sup>	11,189 PT/ ft <sup>3</sup>	สูงกว่ามาตรฐาน
CO2	<1,000 ppm	700 ppm	ดีกว่า
ความดันห้อง	+2.5	+5	ดีกว่า

### ข้อเสนอแนะ

จากการออกแบบยังพบว่ามี 2 เรื่องที่ยังมีค่าที่ดีขึ้น แต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คือ เสียงภายในห้องผ่าตัด ซึ่งมีแนวทางที่สามารถพัฒนาต่อในเรื่องเสียงที่ดัง คือ ให้เลือกเครื่องปรับอากาศที่มีเสียงที่เงียบ และย้ายระบบเติมอากาศที่เป็นต้นเหตุของเสียงให้ห่างจากผนังห้องผ่าตัด ให้ไกลออกไป แต่ต้องไม่ส่งผลกระทบต่อแรงส่งของอากาศที่ต้องส่งเข้าไปในห้องผ่าตัด

ปริมาณอนุภาคที่เกินค่ามาตรฐาน มีแนวทางแก้ไขคือ ออกแบบชุดเติมอากาศสะอาดได้ดีขึ้นในส่วนของ กรอบยัด HAPA Filter ให้แนบสนิทไม่ให้มีรอยรั่วของอากาศ และติดตั้งส่วนของ HAPA Filter และ Pre Filter ที่ช่องที่ออกแบบไว้ อยู่ส่วนหน้าของตัวพัดลม ทำให้อากาศสะอาดที่ผ่านการกรอง แล้วต้องมาไหลผ่านตัวมอเตอร์ซึ่งทำให้เกิดฝุ่นของเสียจากการทำงานของมอเตอร์วิ่งเข้าไปในห้อง โดยออกแบบใหม่ให้ HAPA Filter และ Pre Filter อยู่หลังมอเตอร์พัดลมคือ ให้อากาศเป่าอัดผ่านตัวกรองแล้วส่งเข้าไปในห้องผ่าตัด

### เอกสารอ้างอิง

Bamrasnaradura Institute Department of Disaster Prevention and Mitigation Ministry of Public Health. Manual for Prevention and Control Infection in the hospital. Printing Agriculture Cooperatives of Thailand. 2013

Nicholas Piyasutthawong and colleagues. New surgical approach to reduce contamination in surgery to reduce infection rates surgical wound. Department of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Rama Nurse J. January - April 2010

JariyaSangsajja. Indoor Air Quality Improvement Manual. The National Buddhist Printing Office. September 2007

Faculty of Engineering. Air Conditioning and Ventilation Systems. Engineering Institute of Thailand under the Royal Patronage.

Mr. SupotTeechamunthorn. Resolving fungal problem in air conditioning system. ENGINEERING SPECIALIZE CO., LTD. Article 16 Air Conditioning Engineering Association of Thailand Guidelines for the development of the operating room. Office of the Ministry of Public Health. December 2006

PrapapornThongthong. Infection control in the operating room. KhonKaen Medical Journal. 12th year. No. 4 October - December 1988

CVT Surgery Surgery (2009). Environmental guidelines in operating room 2009. Retrieved on December 29, From <http://perioperativenursecvt.blogspot.com/2009/12/blog-ost.html>

Subcommittee on Air Conditioning and Ventilation Air Conditioning and Ventilation Systems. Engineering Institute of Thailand under the Royal Patronage 2004

Voravich Singh. Adjustment and ventilation for the operating room. Retrieved on December 24, From <http://www.airbornefilter.com/> PrapapornThongthong. Infection control in the operating room. Surgery KhonKaen Hospital Center KhonKaen Medical Journal, Vol. 12 No. 4 October - December 1988.



# ประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ

## Effectiveness of the health behavior modification village model development

วิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ พิณญาดา อภัยฤทธิ  
กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

### บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงปริมาณ และคุณภาพแบบผสมผสาน (Matrix) โดยการศึกษาเชิงปริมาณ ทำการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐาน กระบวนการพัฒนา ผลลัพธ์และผลกระทบจากการพัฒนาของหมู่บ้านต้นแบบ ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาเชิงลึกด้วยการสัมภาษณ์บทเรียนและแนวคิดการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบกับตัวแทนกลุ่มบุคคล ที่เกี่ยวข้องการพัฒนา ซึ่งครอบคลุมทั้งกลุ่มประชาชนแกนนำชุมชน และกลุ่มชาวบ้านที่รับผิดชอบดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่ได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขตในปีงบประมาณ 2556 ของกองสุขภาพจำนวน 11 หมู่บ้าน จาก 11 เขตสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ด้านลักษณะพื้นฐานของหมู่บ้านต้นแบบ เป็นหมู่บ้านที่มีทั้งหมู่บ้านขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ โดยมีขนาดครอบครัวค่อนข้างเล็ก ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง มีผู้หญิงและผู้ชาย ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ด้านภาวะสุขภาพยังป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการกินอาหารที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีความเครียดจากการประกอบอาชีพและสภาพครอบครัว มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในอัตราที่ค่อนข้างสูง พฤติกรรมการทิ้งขยะในหมู่บ้านและการใช้สารเคมีในเกษตรกรรม ส่วนศักยภาพการพัฒนาของหมู่บ้านมีการรวมกลุ่มมากมาย ซึ่งเป็นกลุ่มพลังหลักในการขับเคลื่อนและจัดการกับ ปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนด้านกระบวนการพัฒนาของหมู่บ้านต้นแบบ พบว่า ทุกหมู่บ้านมีการใช้แนวคิดและ กระบวนการพัฒนาตามแนวทางของกองสุขภาพ 7 ขั้นตอน คือ การจัดตั้งทีมดำเนินงาน การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ของหมู่บ้าน การจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของประชาชน การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมดำเนินงาน และการประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้าน แต่ก็มีผลผสมผสานกับ แนวคิดและประสบการณ์ที่แต่ละหมู่บ้านมีอยู่ใช้เป็นหลักยึดการพัฒนาเพิ่มขึ้น ส่วนด้านผลลัพธ์และผลกระทบ ของหมู่บ้านต้นแบบ พบว่า การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายของรอบเอวที่ลดลง และค่า BMI เป็นปกติมากขึ้นของ กลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้าน ซึ่งทุกหมู่บ้านสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกินผักและ การออกกำลังกายตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น และทุกหมู่บ้านมีการพัฒนา “นวัตกรรม” เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกินผัก และการออกกำลังกาย ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นกับหมู่บ้าน มีบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ มีการขยายผลโดยเป็นแหล่ง/ สถานที่ศึกษาดูงานและเรียนรู้ของหมู่บ้านอื่น และมีการปรับใช้แนวคิดและกระบวนการพัฒนาหมู่บ้าน 7 ขั้นตอน



ไปทำงานกับโครงการสุขภาพเรื่องอื่น สำหรับด้านบทเรียนและแนวคิดการพัฒนาของหมู่บ้านต้นแบบ พบว่า การขับเคลื่อนโครงการขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดเป็นสำคัญที่มีความตั้งใจและเชื่อมั่นในดำเนินงาน ซึ่งได้รับการสนับสนุนและเสริมพลังจากผู้บริหารสสจ. โดยมี สสอ. และรพ.สต. และมีชุมชนร่วมในการพัฒนาโครงการ ส่วนภาคีเครือข่ายที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาคือ อบต.และเทศบาลตำบล และปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคือผู้นำชุมชนหรือแกนนำชาวบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รพ.สต.รองลงมาคือ อบต. ส่วนความคาดหวังในการพัฒนาหมู่บ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดต้องการให้กำหนดเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขจะทำให้ทุกพื้นที่ต้องดำเนินการและทำให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ส่วนระดับอำเภอและตำบล ต้องการให้พัฒนาหมู่บ้านที่มีความพร้อมและสมัครใจและพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไปซึ่งทำให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย ในการจัดทำแผนระยะยาว “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” หรือ “การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน” ต้องมีความยืดหยุ่นของกลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ ด้วยการให้แต่ละพื้นที่เป็นผู้กำหนด แผนของตนเอง ตามสภาพความพร้อมหรือเงื่อนไขของชุมชน โดยจังหวัด เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ติดตามควบคุมกำกับ และสนับสนุนแผนดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ , พฤติกรรมสุขภาพ



## Abstract

Effectiveness of the health behavior modification village model development. The mixed method of quantitative and qualitative approaches was used in this research, which aimed to study in basic characteristics of health behavior medication village model, study of development process for health behavior medication village model, and study of outcomes and impact for development, lesson learned and concept development based on experiment of leadership. The executive officers of the process of health behavior modification village were interviewed for this study including village committees, public health officials and networks as supporter the process of health behavior medication village where were got the best practice awards at district level in fiscal year 2014. The best practice awards were 11 villages from 11 regional health.

The results revealed that : The basic characteristics of health behavior medication village model were as follows : They were small size villages. family size were quite small. Most of them were farmers and employees. The proportion of males relative to females in population. The priority of their health status was Hypertension, followed by Diabetes Mellitus, Cardiovascular and Cancer in health behavior medication village. The risk factor was eating unhealthy food, lack of exercise, cumulative stress, high smoking and drinking alcohol, dump waste and chemical use in health behavior medication village. Development potential of community was many community integration activities that was the main power to drive and manage health problem. The processing of development found that concept of development of all villages consist of 7 steps developed by Ministry of Public Health; Step 1 : Team Building. Step 2 :Studying Fundamental Data of Village. Step 3 : Village Development Plan. Step 4 :Learning Activity among People. Step 5 :Surveillance of Health Behavior. Step 6 : Knowledge Sharing with Project Team. and Step 7 : Evaluate in Village Development. However, They integrated between 7 step and their experience to increase development effectiveness village.

Outcomes and impact for development in health behavior medication village model were as follows: Outcome of changing body shape was smaller waist, normal BMI of people risk in health behavior medication village. All villages also had a better outcome. Consumption behavior on the fruits and vegetables and exercise increased according to indicator. All villages developed innovation to improve consumption behavior on the fruits and vegetables and exercise. Impact occurred to health behavior medication village was the health model, observational study and learning space in community. Moreover,7 steps concept was adapted to other health projects. and lesson learned and concept development based on experiment of leadership were as follows: The drive project depended on provincial public health officer who was the main person with intent and confident in procedure and got support and empowerment from chief provincial public health officer. District public health officer, sub-district health promoting officer and community





participated to development project. The important network partners were sub-district health promoting officer, follow by sub-district administration organization officer. The expectation to develop project of sub-district health promoting officer was that health behavior medication village was determined as an indicator and all area had to develop more effective health behavior medication village. The expectation to develop project of district and sub-district officer was that health behavior medication village should be prepared and willing. Moreover, health behavior medication village had to develop process gradually for more effectiveness.

The proposed policy in long range planning for behavior change or community health promotion was based on each area. The operate of development plan depended on community readiness and condition. Role of Provincial Public Health Office, District Public Health Office and Ministry of Public Health should only be monitor, control and support effective health behavior change plan.

**keywords :** health behavior modification village model, health behavior



## บทนำ

สภาพสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้คนไทยเจ็บป่วยและตายด้วยโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่มีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากรพบว่า โรคมะเร็งทุกชนิด 119.10 โรคความดันโลหิตสูง 708.74 โรคหัวใจและหลอดเลือด 901.31 และสำหรับอัตราตายต่อแสนประชากรมีดังนี้ โรคมะเร็งทุกชนิด 85.04 โรคความดันโลหิตสูง 3.64 และโรคหัวใจและหลอดเลือด 55.29 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่มันจัด เค็มจัด หวานจัด รวมทั้งผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ความเครียด การสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น จึงจำเป็นต้องดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้งประชาชนอย่างจริงจัง เพื่อให้ประชาชนมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละอย่างน้อย 3-5 วัน วันละอย่างน้อย 30 นาที ร่วมกับการรับประทานอาหารผักและผลไม้สดวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมขึ้นไป หรือกินผักครึ่งหนึ่ง อย่างอื่นครึ่งหนึ่งและลดอาหารไขมัน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ร้อยละ 30 (กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

กองสุขภาพ ได้มีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนและหมู่บ้านมีการดำเนินงานพัฒนาให้เป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามเกณฑ์ ซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนาที่อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน เป็นแนวทางที่ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเอง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลเป็นพี่เลี้ยง รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมผลักดัน ส่งเสริม และสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องทุกปี ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา โดยได้กำหนดเป้าหมายในการส่งเสริม พัฒนาหมู่บ้านให้เป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดละ 4 หมู่บ้าน/ปี รวมจำนวนหมู่บ้านทั้งสิ้น 1,540 หมู่บ้าน ซึ่งจะมีเวทีประกวดหมู่บ้านเป้าหมายระดับเขตขึ้นทุกปี รวมมีหมู่บ้านที่ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับเขตและเป็นหมู่บ้านต้นแบบ จำนวน 80 หมู่บ้าน (ข้อมูลจากปี 2552-2556) ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ดังนั้น เพื่อให้ทราบผลการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนายุทธศาสตร์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กองสุขภาพจึงได้มีการศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ ในพื้นที่หมู่บ้านที่ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับเขตในปีงบประมาณ 2556 จำนวน 11 หมู่บ้าน เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนายุทธศาสตร์การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ อันจะมีผลต่อการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่ายาได้อย่างมาก

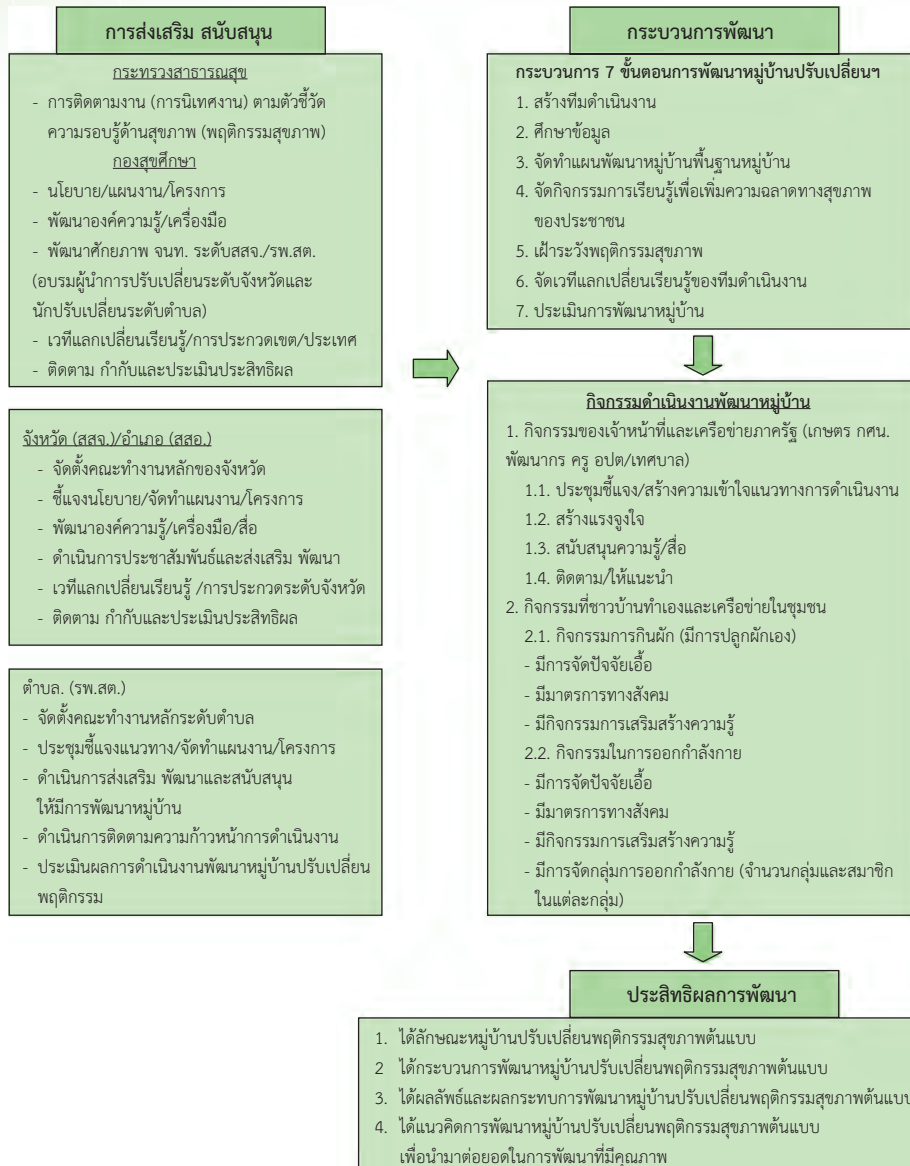
## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ โดยศึกษา

1. เพื่อศึกษาลักษณะพื้นฐานของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์และผลกระทบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ
4. เพื่อศึกษาบทเรียนและแนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ



# กรอบความคิดในการศึกษา



## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลศึกษา สามารถนำกระบวนการและรูปแบบไปขยายผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนหรือหมู่บ้านอื่นให้ครอบคลุมมากขึ้น และยังใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางหรือกำหนดกลยุทธ์และมาตรการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้ถูกต้อง รวมทั้งกำหนดเป็นมาตรฐานการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพคนไทยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความแออัดในการให้บริการของสถานบริการสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของครอบครัวได้

## วิธีการศึกษา

การศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพแบบผสมผสาน(Matrix)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ กลุ่มกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน/กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย และกลุ่มตัวแทนกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องการพัฒนา (ประชาชนแกนนำชุมชน และกลุ่มชาวบ้าน)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และ แบบสำรวจ โดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือการถอดบทเรียนหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุศึกษา โดยวิธีการศึกษา ดังนี้



การศึกษาเชิงปริมาณ : เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสำรวจ ด้วยการบันทึกข้อมูลจากระเบียนรายงานและเอกสารที่มีในสสจ.,รพ.สต.และหมู่บ้าน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์ค่าความถี่และร้อยละ ที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการดำเนินงาน

การศึกษาเชิงคุณภาพ : เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับตัวแทนกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องการพัฒนา ซึ่งครอบคลุมทั้งกลุ่มประชาชนแกนนำชุมชน กลุ่มชาวบ้าน กลุ่มกรรมการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบ และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาด้วยการจัดหมวดหมู่และความสัมพันธ์ของประเด็นคำตอบและความหมาย

## ผลการศึกษา

### ลักษณะพื้นฐานของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ พบว่า

1. ลักษณะประชากรและสังคม พบว่าเป็นหมู่บ้านที่มีจำนวนครัวเรือนและประชากรที่แตกต่างกัน เป็นหมู่บ้านขนาดเล็ก ขนาดกลาง และหมู่บ้านขนาดใหญ่ มีขนาดครอบครัวขนาดค่อนข้างเล็ก ประชากรจำแนกตามวัยของแต่ละหมู่บ้าน พบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนประชากรที่เป็นเด็ก 0-4 ปี มีแนวโน้มลดลงและมีสัดส่วนของชายและหญิงที่ใกล้เคียง เป็นหมู่บ้านในชนบทและหมู่บ้านที่อยู่ในเมืองกึ่งชนบท ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักรองมาอาชีพรับจ้าง

2. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในหมู่บ้าน ภาวะสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านเมื่อพิจารณาจากความเป็นโรคเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นไปตามกรอบนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ “3 อ. 2 ส.” พบว่าประชาชนในหมู่บ้านยังมีปัญหาโรคเรื้อรังคือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราผู้ป่วยสูงสุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน นอกจากนี้เป็นผู้ที่ป่วยทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคอ้วน ในขณะที่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังดังกล่าวที่มีอยู่ในอัตราค่อนข้างสูง กล่าวคือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า มีพฤติกรรมออกกำลังกาย

สม่ำเสมอตามเกณฑ์ที่กำหนด (สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที) มีไม่เกินร้อยละ 55 ในขณะที่พฤติกรรมการกินผักและผลไม้เพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (วันละครั้งกิโลกรัม) มีไม่เกินร้อยละ 30 ซึ่งเป็นจำนวนที่ต่ำค่อนข้างมาก และเมื่อพิจารณาค่าภาวน้ำหนักตัวมากกว่ามาตรฐานหรือรอบเอวมากกว่าปกติ (ค่า BMI) พบว่าประชาชนมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้นด้วย

3. ศักยภาพในการพัฒนาของหมู่บ้าน พบว่ามีผู้นำหมู่บ้านที่จัดตั้งอย่างเป็นทางการ (ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อบต.) ที่เป็นผู้นำในการพัฒนาที่เป็นประชาชนในหมู่บ้าน” และมีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครด้านต่าง ๆ ขึ้นมา และบุคคลผู้นำอีกประเภทหนึ่งคือปราชญ์ชาวบ้านหรือภูมิปัญญาชาวบ้าน ที่มักเป็นผู้มีความสามารถเฉพาะบุคคลที่สะสมประสบการณ์การเรียนรู้ในวิถีชีวิตของตนเองตามความสนใจเฉพาะ จนเป็นผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญจนเป็นที่พึ่งของชาวบ้านได้ เป็นหมู่บ้านที่ประชาชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน

### กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ พบว่า

ทุกหมู่บ้านมีการใช้แนวคิดและกระบวนการพัฒนาตามแนวทางการพัฒนา 7 ขั้นตอน พบว่า

ขั้นตอนที่ 1: การสร้างทีมดำเนินงาน พบว่ามีการสร้างทีม โดยมีคณะกรรมการหมู่บ้านที่เป็นทีมงานพัฒนาหมู่บ้านชุดเดิม การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ เป็นการเฉพาะ รวมทั้งมีคณะกรรมการที่ปรึกษาด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรจากอบต. หรือเทศบาลตำบล และคณะกรรมการชุดใหญ่ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทางการโดยนายอำเภอ ซึ่งเชื่อว่าการแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้คนเข้ามามีส่วนร่วมและถือว่าเป็นเกียรติทางสังคมด้วย

ขั้นตอนที่ 2: การศึกษาข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้าน พบว่าข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้านที่จาก 3 แหล่ง คือ ข้อมูลที่มีอยู่แล้วที่รพ.สต. และชุมชนได้เก็บรวบรวมเอาไว้ และอยู่ในรูปแบบของระเบียบรายงานต่างๆ ข้อมูลเพิ่มเติมที่เจ้าหน้าที่และอสม.ได้ร่วมกันเก็บเพิ่มเติมด้วยแบบสอบถามที่มีอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของ สป.สช. และกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข และนอกจากนั้น



ยังได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม โดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร ร่วมกันสร้างแบบสำรวจขึ้นใหม่ และดำเนินการเก็บจากประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และมีการนำข้อมูลไปใช้ ประโยชน์และคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ขั้นตอนที่ 3: การจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน พบว่าแผนพัฒนาหมู่บ้านมี 2 รูปแบบคือ แผนที่จัดทำตามหลักการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) ซึ่งเป็นแนวคิดการจัดทำแผนที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งอาสาสมัคร ได้ผ่านการฝึกอบรมและเรียนรู้มาแล้วทั้งหมด และแผนที่กำหนดขึ้นตามหลักการเขียนแผนปฏิบัติการทั่วไป ที่เน้นประเด็นการพัฒนา กิจกรรมที่นำมาใช้ในการพัฒนาแต่ละประเด็น และทีมผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรมของแต่ละประเด็นการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 4: การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ พบว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นประเด็นการพัฒนาการปลูกผักและกินผักวันละครั้งกิโลกรัมและการออกกำลังกายตามเกณฑ์ และยังมีการติดตามหลัก “3อ.2ส.” คือเพิ่มการเรียนรู้ด้านการพัฒนาอารมณ์ การลดละเสพอบายมุข (เหล้า และบุหรี่) และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน และชุมชนด้วย ส่วนรูปแบบกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้และการฝึกอบรมเสริมความรู้ และทักษะการปฏิบัติ การจัดกิจกรรมการพัฒนาโดยตรง (การปลูกผัก การทำปุ๋ยหมักและน้ำหมักชีวภาพ การแข่งขันการกินผักและจัดเมนูผักสุขภาพ การรวมกลุ่มออกกำลังกายชนิดต่าง ๆ ตามความสนใจและความพร้อมของอุปกรณ์และสถานที่ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มปฏิบัติการพัฒนา) การจัดทำมาตรการเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติ (การกำหนดมาตรการทางสังคมของชุมชน การรณรงค์และประกวด การคัดเลือกต้นแบบการปลูกผัก การกินผัก และการออกกำลังกาย) และการสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นการสื่อทางหอกระจายข่าว และการจัดทำป้ายโฆษณาและรณรงค์ภายในและภายนอกหมู่บ้าน) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กลุ่มแกนนำ กลุ่มอาสาสมัคร เป็นผู้นำในการขับเคลื่อน โดยมีผู้ใหญ่บ้านเป็นหัวหน้าหรือผู้นำหลักและมีเจ้าหน้าที่มาเข้าร่วมในการทำกิจกรรม

ในฐานะผู้ให้การสนับสนุนด้านความรู้ กำลังใจ และเป็นผู้ร่วมปฏิบัติการด้วย นอกจากนี้ยังมีกิจกรรม ซึ่งกลยุทธ์สำคัญที่นำมาใช้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น คือ การเชิดชูบุคคลต้นแบบ การจัดกระบวนการกลุ่ม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนและการกำหนดมาตรการทางสังคม โดยเฉพาะมาตรการเชิงบวกที่สังคมไทยยอมรับ

ขั้นตอนที่ 5: การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดของความเข้าใจและการนำไปใช้ของแนวคิดและกระบวนการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการนำเครื่องมือสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพไปใช้และมีการนำเครื่องมือไปใช้กับการควบคุมโรคเบาหวานตามโครงการป้องกัน 7 สี ของกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 6: การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่บ้านยังมีข้อจำกัด เพราะมักจัดในลักษณะการประชุมฝึกอบรมที่ขาดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้ปฏิบัติจริง ๆ และทำในลักษณะค่อนข้างเป็นทางการ แทนที่การจัดที่ควรทำในลักษณะการสื่อสารสองทางตามธรรมชาติ คำว่าแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นที่รับรู้ของชาวบ้านโดยทั่วไป และมักคิดถึงรูปธรรมคือ “ศูนย์เรียนรู้” ที่จัดตั้งในหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 7: การประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้าน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชาวบ้านทุกหมู่บ้าน มีความเข้าใจความหมายและความสำคัญของการประเมินผล จึงจัดให้มีการประเมินผลตามตัวชี้วัดของโครงการ คือกินผักและการออกกำลังกายตามเกณฑ์ หรือประเมินตามหลัก “3อ.2ส.” ที่เป็นเป้าหมายการพัฒนาของหมู่บ้าน ซึ่งได้ทำการประเมินผลทั้งก่อนและหลังดำเนินงานโครงการ โดยใช้แบบวัดหรือแบบสำรวจเชิงปริมาณเป็นหลัก

นอกจากนี้ยังพบว่า หมู่บ้านยังได้มีการใช้กระบวนการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นจาก 7 ขั้นตอน ซึ่งกระบวนการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การรับรู้ของประชาชนและการตรวจสอบความพร้อม โดยการชี้แจงสร้างความเข้าใจกับผู้นำชาวบ้าน และประชาชนทั้งหมู่บ้าน เพื่อรับรู้ข้อมูลการพัฒนา การมีส่วนร่วม และการตรวจสอบความต้องการและความพร้อมในการพัฒนาของประชาชน



ขั้นตอนที่ 2: การจัดทำแผนปฏิบัติการของหมู่บ้าน โดยการสร้างความเข้าใจปัญหาและเงื่อนไขการพัฒนา การจัดทำแผนปฏิบัติการโดยชาวบ้านเข้าใจแนวคิดและ วิธีปฏิบัติ และการนำเสนอแผนปฏิบัติการต่อประชาชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชาวบ้านอย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 3: การปฏิบัติการตามแผน โดยชาวบ้าน จัดกิจกรรมตามแผน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงกิจกรรมหลังการประเมินกระบวนการ

ขั้นตอนที่ 4: การประเมินผลการพัฒนา โดยการ ประเมินผลระหว่างการทำกิจกรรมพัฒนาเพื่อทราบผล การเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ การประเมินผลเมื่อสิ้นสุด โครงการเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามที่คาดหวัง รวมทั้งการประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการ

### **ผลลัพธ์และผลกระทบการพัฒนาหมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า**

1. มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายของรอบเอว ที่ลดลง และค่า BMI เป็นปกติมากขึ้นของกลุ่มเสี่ยงทุกหมู่บ้าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น แต่เป็นการเปลี่ยนแปลง ในอัตราที่ไม่มากนัก ส่วนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีการกินผักเพิ่มขึ้นและมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในอัตรา ที่ค่อนข้างสูงเช่นกัน แต่คนที่มีการออกกำลังกายเพียงพอ ตามเกณฑ์และต่อเนื่องยังมีจำนวนน้อย

2. ทุกหมู่บ้านมีการพัฒนา “นวัตกรรม” เพื่อพัฒนา พฤติกรรมการกินผักและการออกกำลังกาย โดยส่วนใหญ่ เป็นนวัตกรรมในเชิงเทคนิควิธีการส่งเสริมการมีพฤติกรรม ที่สะดวกขึ้น ด้วยการให้ทรัพยากรที่มีในชุมชน เช่น การออกกำลังกายด้วยรถไถไม่ไผ่ และปรับเทคนิควิธีการ ส่งเสริมพัฒนา เช่น การกำหนดคู่หูหลายวัยใส่ใจโรคเรื้อรัง ธงสีปรับวิถีชีวิต และการออกกำลังกายย้อนยุค-สามวัย ห้าจังหวะ

3. ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพ ที่ดีขึ้น และผลกระทบทางอ้อมเชิงบวกต่อการพัฒนาสุขภาพ ด้านอื่นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในชุมชน คือ มีการขยายพื้นที่ดำเนินงานเป็นเครือข่ายร่วมพัฒนา จนเป็นสถานที่ดูงานและเรียนรู้ของพื้นที่อื่นและการมีบุคคล ดันแบบที่แสดงถึงรูปธรรมของผลการพัฒนา นอกจากนี้ บทเรียนและประสบการณ์การทำงาน ทำให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและชุมชน มีการปรับใช้แนวคิดและกระบวนการ

การทำงาน 7 ขั้นตอนไปทำงานกับโครงการสุขภาพ เรื่องอื่น ๆ ด้วย เช่น โรคไม่ติดต่อ และการพัฒนาเครือข่าย ที่มีส่วนร่วมการพัฒนาได้มากขึ้น โดยเฉพาะกับอบต. หรือเทศบาลตำบล

### **บทเรียนและแนวคิดการพัฒนาจากหมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ พบว่า**

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่าง ๆ และแกนนำชาวบ้านมีแนวความคิดและข้อเสนอที่เป็น บทเรียนในการพัฒนา 4 ประเด็น คือ

1. ความรับผิดชอบและการขับเคลื่อนโครงการ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ระดับจังหวัด (สสจ.) ส่วนมากจะเป็นกลุ่มงานหรืองานสุขศึกษาหรือขึ้นอยู่กับ การมอบหมายของผู้บริหาร และในการขับเคลื่อนโครงการ ส่วนมากได้รับการสนับสนุนและเสริมพลังจากผู้บริหารสสจ. ส่วนสสอ.และรพ.สต. และหมู่บ้านที่เข้มแข็งจะได้รับ คัดเลือกเข้าร่วมในการพัฒนาโครงการ

2. การสร้าง “ภาคีเครือข่าย” ยังมีความแตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ปฏิบัติการต่างๆ กล่าวคือเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ ไม่ได้คิดว่าตนเองเป็นภาคีเครือข่ายการพัฒนา แต่เป็น ผู้มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อความสำเร็จของการพัฒนาที่ต้อง เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาอย่างเต็มที่ตามขอบเขต ความรับผิดชอบของตนเอง ในทำนองเดียวกันแกนนำ ชาวบ้านก็ไม่คิดว่าเจ้าหน้าที่เป็นภาคีเครือข่ายของตนเอง แต่เป็นเจ้าของโครงการที่เข้ามาช่วยเหลือชาวบ้าน ในการพัฒนาสุขภาพ โดยทั้งเจ้าหน้าที่และแกนนำชาวบ้าน ต่างเห็นว่า “อบต. และเทศบาลตำบล” เป็นภาคีเครือข่าย ที่สำคัญที่สุด

3. ปัจจัยที่กำหนดความสำเร็จในการพัฒนา หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแกนนำชาวบ้าน มีความคิดเห็นใกล้เคียงกันคือ ให้ ความสำคัญกับปัจจัยผู้นำชุมชนหรือแกนนำชาวบ้าน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต. มากเป็นอันดับหนึ่ง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ รองลงมาคือ อบต. และการมีส่วนร่วม ของประชาชน แต่มีข้อสังเกตว่าหากผู้นำชุมชนมีแนวคิด การพัฒนาที่เป็นหลักเฉพาะของตนเองอยู่แล้ว เช่น เชื้อมัน ในหลักการเศรษฐกิจพอเพียง จะทำให้กระบวนการพัฒนา มีความโดดเด่นและมีรูปแบบที่หลากหลายแตกต่างออกไป



4. ความคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด ส่วนใหญ่ต้องการให้โครงการเรื่องนี้ได้รับการกำหนดเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ทุกพื้นที่ต้องปฏิบัติ และคาดว่าจะทำให้กระบวนการดำเนินงานเรื่องนี้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการสนับสนุนและร่วมมือของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่งาน/ฝ่ายต่างๆ รวมทั้งงบประมาณที่มีมากขึ้นและมีความชัดเจนแน่นอน ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติการในระดับอำเภอและตำบลมีความคิดเห็นในทางตรงกันข้ามที่เห็นว่าการไม่มีตัวชี้วัดกำหนดและให้เลือกทำเพียงบางหมู่บ้าน เป็นเรื่อง ที่ดีที่ทำให้ปฏิบัติได้ และเห็นด้วยกับการพัฒนาที่ค่อยเป็นค่อยไป

## อภิปรายผล

1. การพิสูจน์แนวคิดและนโยบาย “สร้างนำซ่อม” ที่เป็นไปได้ จากสภาพพื้นฐานของประชากรเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในหมู่บ้าน อาจกล่าวเชิงสรุปโดยรวมได้ว่า มีสภาพที่ไม่แตกต่างจากประชาชนในหมู่บ้านทั่วไปในทุกภูมิภาคของประเทศ ด้วยสภาพที่มีขนาดครอบครัวเล็กลง ผู้สูงอายุมีแนวโน้มมากยิ่งขึ้นในขณะที่เด็กและเยาวชนจะลดลง และประชาชนส่วนใหญ่ยังคงทำอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างเป็นหลัก พร้อมกับการเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นอันดับต้น ๆ ของทุกหมู่บ้านและประชาชนต่างก็มีพฤติกรรมเสี่ยงจากโรคดังกล่าวเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้กองสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดทำโครงการนี้ขึ้น แม้ว่า เป็นเรื่องที่ยากลำบาก ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เรื่องการกินที่ทำลายสุขภาพ และการไม่ออกกำลังกาย ที่ได้กลายเป็นวิถีชีวิตของคนไทยทั่วไปทั้งในเขตเมืองและชนบท อย่างไรก็ตามหมู่บ้านที่ชนะเลิศระดับเขต เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปี พ.ศ. 2556 ได้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ และความคาดหวังที่จะทำให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ “การสร้างนำซ่อมสุขภาพ” โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้วยการขับเคลื่อนระดับชุมชนหมู่บ้าน หรือการมีเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงระดับมวลชนที่ไม่ใช่เน้นที่การทำเป็นรายบุคคล ที่จะทำให้นคนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยลง

ในขณะที่สิ่งแวดล้อมทางกายและสังคมเศรษฐกิจไม่เอื้อเลย อันเนื่องจากสังคมไทยกำลังอยู่ในวัฏจักรการพัฒนาตามระบบทุนนิยม ที่เน้นการบริโภคที่สนองต่อกิเลสตัณหามีใช้บริโภคที่มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และที่สำคัญคือการหลงเข้าใจผิดว่าพฤติกรรมที่เป็นอยู่เป็นวิธีที่ดี ความคิดที่แตกต่างหรือการเปลี่ยนแปลง จึงเกิดขึ้นได้ยาก

2. แนวทางที่มีประสิทธิภาพ “เริ่มต้นจากหมู่บ้านที่พร้อมและขยายผลอย่างต่อเนื่อง” เป้าหมายกองสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขที่มอบหมายให้จังหวัดรับโครงการไปดำเนินงานคือได้แต่ละจังหวัดทำปีละ 4 หมู่บ้านทุกๆปี โดยแต่ละปีคาดหวังให้มีการทำโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโรคเรื้อรัง จำนวน 308 หมู่บ้าน ทั่วประเทศ โดยเริ่มมาตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน (2557) ซึ่งควรมีหมู่บ้านจำนวน 2,156 หมู่บ้านแล้ว อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติบางจังหวัดได้ไปขยายพื้นที่ทำมากกว่าเป้าหมายที่กำหนด และมีบางจังหวัดทำได้น้อยกว่าเป้าหมาย แต่คาดว่าจะมีหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วไม่น้อยกว่า 2,500 หมู่บ้าน

3. กลยุทธ์การพัฒนาตามหลักการ “เศรษฐกิจพอเพียง” คือ การสร้างแนวความคิดและการปฏิบัติการของชาวบ้านให้เป็นหนึ่งเดียวหรือมีเอกภาพ การพัฒนาหมู่บ้านในลักษณะที่ไม่เร่งรัดและเร่งรีบให้ทำในพื้นที่จำนวนมาก ทำให้แต่ละจังหวัดเลือกทำในพื้นที่มีความพร้อมและบูรณาการแนวคิดและกลไกการดำเนินการเศรษฐกิจพอเพียงของหมู่บ้าน โดยเฉพาะความพร้อมของ พ.สต. และหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ และโครงการนี้ไม่เป็นตัวชี้วัดที่ต้องเสนอเบื้องบน และเจ้าหน้าที่ที่เลือกทำคือผู้ที่สนใจจริงในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเลือกจากหมู่บ้านที่มีศักยภาพในการพัฒนา ซึ่งหมู่บ้านที่ชนะเลิศระดับเขตการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็สะท้อนให้เห็นสภาพดังกล่าวอย่างชัดเจน ด้วยผลงานการพัฒนาด้านต่าง ๆ และการได้รับรางวัลมาก่อนที่ไม่จำกัดเฉพาะด้านสุขภาพ แต่ครอบคลุมเรื่องเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมด้วย หลังจากหมู่บ้านเหล่านี้ได้รับรางวัลแล้วได้กลายเป็นสถานที่ดูงานของพื้นที่ต่างๆ ทั้งจากหน่วยงานใกล้เคียงในจังหวัดเดียวกันและต่างจังหวัดด้วย หมู่บ้านเหล่านี้จึงกลายเป็น “ต้นแบบ” หรือตัวอย่างการพัฒนา



หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปโดยปริยาย อย่างไรก็ตาม หากกระทรวงสาธารณสุขคาดหวังผลมากกว่านี้ ควรกำหนดเป็นแนวคิดและแนวทางการใช้ประโยชน์จากหมู่บ้านต้นแบบให้มากยิ่งขึ้น เช่น การเข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระหว่างการศึกษาดูงาน ที่จะทำให้ได้ประโยชน์ทั้งผู้ให้ดูงานและผู้ที่มาดูงาน และการจัดวางระบบการเป็น “ต้นแบบที่มีชีวิต” ที่สร้างความคิดและความรู้สึกที่ดีต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

4. การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ ซึ่งเริ่มต้นจากจำนวนน้อยและค่อยๆ ขยายไปตามสภาพความพร้อมและไม่เร่งรัดเรื่องระยะเวลา ควรเป็นแนวคิดที่น่ากลับมาทบทวนเชิงนโยบายในการทำโครงการต่าง ๆ ด้วย เพราะโดยทั่วไปแล้วนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมากมักกำหนดความสำเร็จเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในเวลาที่ยึดและคาดหวังให้จัดทำเริ่มต้นไปพร้อมๆ กันทุกพื้นที่ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดกำลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และขัดแย้งกับหลักการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ต้องมีการพัฒนาหลายขั้นตอนและใช้เวลาในการพัฒนายาวนานพอสมควร จึงเห็นผลสัมฤทธิ์หรือผลลัพธ์ที่ต้องการได้

5. ผลลัพธ์ที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกินผักและการออกกำลังกายตามเกณฑ์เพื่อสุขภาพ แต่ไม่หมายความว่ายังยั่งยืนเพราะว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องอาศัยช่วงเวลาที่ยาวนานและต่อเนื่อง จึงสามารถสร้างหลักประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนกลายเป็น “สุขนิสัย” ได้ การเป็นหมู่บ้านชนะเลิศระดับเขตจึงไม่ใช่ถึงที่สุดของการพัฒนาแต่เป็นเพียงจุดเริ่มต้นการพัฒนา ที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ต้องการจริง ๆ ซึ่งแน่นอนที่สุดว่าจำเป็นต้องอาศัยการผลักดันเชิงนโยบายที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม และมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ทำต่อเนื่องและขยายผลในวงกว้างที่มีประสิทธิภาพด้วย ซึ่งปัจจุบันโครงการเรื่องนี้ยังขาดการชี้ชัดเชิงนโยบาย และไม่มีตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ที่พื้นที่ต้องการยึดถือและปฏิบัติตาม แต่จุดแข็งของโครงการที่ทำให้สามารถดำเนินงานต่อเนื่องมาตลอดตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน คือการเป็น “โครงการเฉลิมพระเกียรติ 57 พรรษา มหาวิชราลงกรณ”

ดังนั้นในการขยายผลการพัฒนาหมู่บ้านอื่น มีข้อควรคำนึงที่สำคัญ คือ สร้างความเข้าใจในเป้าหมายและกระบวนการพัฒนาให้กับชาวบ้านที่ชัดเจน การพัฒนาเริ่มจากจำนวนน้อยและค่อยขยายในวงกว้างไม่เร่งรัดและเร่งรีบ และทำในหมู่บ้านที่มีความพร้อมและมีทุนเดิมในการพัฒนา เช่น เป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง

## สรุปผล

ประสิทธิผลการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ 7 ขั้นตอน คือ การจัดตั้งทีมดำเนินงาน การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้าน การจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของประชาชน การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมดำเนินงาน และการประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้าน แต่ก็มีกรมผสมผสานกับแนวคิดและประสบการณ์ของแต่ละหมู่บ้านมีอยู่ใช้เป็นหลักยึดการพัฒนาเพิ่มขึ้นสำหรับผลลัพธ์และผลกระทบการพัฒนาหมู่บ้าน พบว่าการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายของรอบเอว ที่ลดลงและค่า BMI เป็นปกติมากขึ้นของกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้าน ซึ่งทุกหมู่บ้านสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกินผักและการออกกำลังกายตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น และทุกหมู่บ้านมีการพัฒนา “นวัตกรรม” เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกินผักและการออกกำลังกาย ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นกับหมู่บ้านมีบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ มีการขยายผลโดยเป็นแหล่ง/สถานที่ศึกษาดูงานและเรียนรู้ของหมู่บ้านอื่นและบทเรียนและแนวคิดการพัฒนา พบว่า การขับเคลื่อนโครงการขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดเป็นสำคัญที่มีความตั้งใจและเชื่อมั่นในดำเนินงาน ซึ่งได้รับการสนับสนุนและเสริมพลังจากผู้บริหารและมีชุมชนร่วมในการพัฒนาโครงการ ส่วนภาคีเครือข่ายที่มีสำคัญที่สุดในการพัฒนา คือ อบต.และเทศบาลตำบล และปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคือผู้นำชุมชนหรือแกนนำชาวบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รพ.สต. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขจะทำให้ทุกพื้นที่ต้องดำเนินการและทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น





## ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้แนวคิดและแนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ เสนอให้เป็นนโยบายและกลยุทธ์หลักการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน โดยเฉพาะประเด็นการมีส่วนร่วมของชาวบ้านและภาคีเครือข่าย

2. ควรมีการจัดทำแผนระยะยาว “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” หรือ “การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน” ที่มีความยืดหยุ่นของกลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ ด้วยการให้แต่ละพื้นที่เป็นผู้กำหนด แผนของตนเองตามสภาพความพร้อมหรือเงื่อนไขของชุมชน โดยจังหวัด เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ติดตาม ควบคุมกำกับ และสนับสนุนแผนดำเนินการดังกล่าว

3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ควรมีการปรับแนวคิดและกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบให้มีประสิทธิภาพและสู่การปฏิบัติให้ง่ายมากยิ่งขึ้น ด้วยการปรับเพิ่มกระบวนการพัฒนาจาก 7 ขั้นตอน และจัดทำกรอบและแนวทางพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีคุณภาพ เพื่อขยายให้กับหมู่บ้าน/ชุมชนอื่นในการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ควรส่งเสริมและศึกษาวิจัยเพิ่มในประเด็น “การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Action Research : PAR) ด้วยการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชาวบ้านร่วมเป็นทีมวิจัยด้วยกัน การใช้ PAR เป็นกระบวนการพัฒนาจะช่วยให้แกนนำชาวบ้าน และประชาชนมีส่วนร่วมเชิงรุกต่อการทำโครงการมากขึ้น และได้เข้าร่วมทุกขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งเป็นการเรียนรู้กระบวนการแก้ไขปัญหาที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ และยังทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดคำนึง และกำหนดบทบาทของตนเองให้ชัดเจนขึ้นว่า “เป็นผู้สนับสนุน” ไม่ใช่ “เป็นผู้ปฏิบัติและเจ้าของโครงการ”

## เอกสารอ้างอิง

Chuto, Nisa. (1995). Project Evaluation. Bangkok: P.N. Company Limited Press. (in Thai).  
Intarasorn, Pantipa. (2011). Evaluation of health behavior modification village to reduce

Cancer, Hypertension, Cardiovascular Disease Project in Chaiyaphum Province : A Case Study of Ban Lad Tai. (Master of Public Health, Public Health Administration, Khon Kaen University). (in Thai).

Kednark, Pensri. (2009). Path to health behavior modification village to reduce Cancer, Hypertension, Cardiovascular Disease. Bangkok : Sukhumvit Media Marketing Company press. (in Thai).

Kongsompee, Naraporn. (2005). Evaluation of Village and Urban Community fund project : A Case Study of railway track squatter community, village No 2, Bangnumjeud sub-district, Muang District, Samutsongkhram Province. (Master of Political Science, General Administration, College of Government, Burapha University). (in Thai).

Paobua, Jitraporn. (2009). Performance of health behavior modification village project in prevention and control of Diabetes and Hypertension of population : A Case Study of Klongkoon sub-district, Taphanhin District, Phichit Province. (Master of Public Health, Public Health Program, Naresuan University). (in Thai).

Prasithrathsint, Suchart. (1998). Project Evaluation Research. 4<sup>th</sup> edition, Leung Cheng press. (in Thai).

Seujitawisuty, Chontira. (2009). Operational Guidelines for development of health behavior modification village to reduce Cancer, Hypertension, Cardiovascular Disease among public health officer and networks. Nonthaburi: 2<sup>nd</sup> edition, Health Education Division, Health Service Support Department, Ministry of Public Health. (in Thai).



# ผลการพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์

## Development of the screening forms for pregnant women with high risk pregnancy in the Buriram Health Service Network

จารินี คุณทวีพันธุ์<sup>1</sup>, อรุณรักษ์ กระรัมย์<sup>1</sup>, ระวีวัฒน์ นุมนานิต<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, <sup>2</sup>โรงพยาบาลบุรีรัมย์

### บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น ทั้งระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด อุบัติการณ์การเสียชีวิตของทารกปริกำเนิดจังหวัดบุรีรัมย์ในปี 2555-2558 สาเหตุการตายพบว่าปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของมารดาเป็นต้นเหตุ เกิดจากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยง หรือตรวจวินิจฉัยได้ล่าช้าทำให้ไม่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และศึกษาผลการใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นในเรื่องความพึงพอใจด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้ ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ คือ 1) เตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ สร้างแบบคัดกรองและคู่มือ 2) อบรมให้ความรู้ นำแบบคัดกรองและคู่มือไปทดลองใช้ 3) ประเมินผล 4) นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแก้ไข กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงและสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของโรงพยาบาล ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ 1,054 ราย ผู้ประเมินระดับจังหวัด 21 คน และผู้ปฏิบัติงานเครือข่ายจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ 307 คน ศึกษาช่วงตุลาคม 2559 ถึง กันยายน 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) เครื่องมือในการดำเนินการ ได้แก่ แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ และคู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง (2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และแบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ และคู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และ 0.89 ตามลำดับ แบบสอบถามความพึงพอใจทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Paired t-test และ Chi square test

ผลการศึกษาพบว่า แบบคัดกรองมี 4 องค์ประกอบ คือ ประวัติในอดีตและประวัติครอบครัว ประวัติครรภ์นี้ การตรวจร่างกายในครรภ์นี้ การตรวจในห้องปฏิบัติการ มีคำถาม 43 ข้อ โดยแบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับและส่งต่อตามศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องในการคัดกรองความเสี่ยงและการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยรักษาของผู้ประเมินระดับจังหวัดกับผู้ปฏิบัติงานพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูงในทุกด้าน สรุปได้ว่าการศึกษานี้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในทั้งด้านความพึงพอใจ และพบความสอดคล้องของผลการคัดกรองและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยกับผู้ประเมินระดับจังหวัด จึงควรนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ในทุกสถานบริการเครือข่ายให้สามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสมตามศักยภาพสถานบริการ ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

**คำสำคัญ :** การพัฒนา แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เสี่ยงสูง



## Abstract

High risk pregnancy causes the mother and fetus to be dangerous or have a higher risk of death, including during pregnancy, birth, and postpartum period. Incidence of perinatal mortality in Buriram Province in 2012-2015, cause of death found that the risk factors and complications of mothers are the cause. Caused by not being screened for risk or late diagnosis, resulting in the lack of initial treatment. This research is an action research. The purposes of this study were to developing of new screening forms for pregnant women with high risk pregnancy, study the effect of screening developed on satisfaction for the accuracy, completeness, clarity and ease of use. The four stages of the research were 1) Prepare and analyze the situation, create a screening form for pregnant women and guidelines 2) Training and take the screening form and guidelines to try out 3) Evaluate 4) Apply the results of the analysis to improve. Selected samples were purposive and stratified sampling according to the proportion of the hospital. The sample consisted of 1,054 pregnant women, 21 provincial auditor, and 307 health workers from the community hospitals and district health promotion hospitals in Buriram Province. The study period was from October 2016 to September 2018. The research tools consisted of 2 parts. 1) The tools used in the study were (1) The screening forms for pregnant women (2) The Guidelines for Screening and Referral for high risk pregnancy. 2) The tools used to collect data were: (1) Mother and Child Health Book (2) The questionnaire of satisfaction. The validity of the content was approved by five experts. The content validity index of the screening forms for pregnant women and the Guidelines for Screening and Referral for high risk pregnancy was 0.98 and 0.89. The satisfaction questionnaire was tested by Cronbach's alpha method was 0.94. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Paired t-test, and Chi-square test.

The study found that: The screening forms was composed of four elements: 1) Historical background and family history. 2) History of pregnancy. 3) Physical examination in this pregnancy. 4) Laboratory. There are 43 questions. The risk level is divided into 3 levels and forwarded according to the potential of each hospital. The consistency in the risk screening and referral for the diagnosis of the provincial auditor, there were no statistically significant differences. The Provincial Auditor and health workers have the overall satisfaction score on the screening protocols developed was high levels. In conclusion, this study has resulted in good results in both the satisfaction of the provincial auditor and the health workers. The health workers can assess the risk in accordance with the provincial auditor. The screening test should be used to screen in every network. It is possible to find pregnant women at high risk pregnancy. And forward to the appropriate diagnosis and treatment according to the potential service. The screening test can prevent possible harm to pregnant women and fetus.

**Key words** : Development, Pregnant women screening, High risk pregnancy



## บทนำ

การตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เป็นการตั้งครรภ์ที่ทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นทั้งระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงดังกล่าว จึงจำเป็นต้องได้รับการคัดกรองและส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งเกิดจากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองหรือตรวจวินิจฉัยทำให้ไม่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก วิธีการวินิจฉัยโรคและการประเมินความเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์ รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การซักประวัติสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตทารกขณะตั้งครรภ์ที่สำคัญได้แก่ ความเสี่ยงด้านประวัติมารดา ด้านประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดที่ผ่านมา ด้านประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ด้านการดูแลครรภ์ ด้านความก้าวหน้าการตั้งครรภ์ ด้านความเจ็บป่วย/ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการตั้งครรภ์ ด้านการคลอด และด้านทารก

การตายทารกปริกำเนิด เป็นการเสียชีวิตของทารกขณะอยู่ในครรภ์มารดาและร่วมกับการเสียชีวิตทารกแรกคลอด 0-7 วัน ในประเทศไทยเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าทารกทุก 1,000 ราย มีอัตราการเสียชีวิตของทารก 7.9 ราย ในขณะที่มาเลเซีย 10 ราย สหรัฐฯ 6 ราย แคนาดา 5 ราย ญี่ปุ่น 3 ราย และสิงคโปร์ 2 ราย ในจำนวนนี้สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด เกิดจากโรคหรือความผิดปกติที่พบในทารกระยะปริกำเนิด ได้แก่ ทารกซึ่งมีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ - 7 วันแรกของชีวิต และมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (สุวิทย์ อุดมกิตติ, 2553) ภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการตายทารกปริกำเนิด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก ตั้งครรภ์ขณะที่เป็นวัยรุ่นหรืออายุมาก มีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติดหรือยา มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด คลอดเกินกำหนด มีความผิดปกติของการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด มีความผิดปกติของมดลูกและปากมดลูก มีโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการติดเชื้อ ฯลฯ

อัตราตายทารกปริกำเนิดต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ปีงบประมาณ 2555-2558 จากสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขใน 12 เขต 75 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร คิดเป็น 2.8 ราย 2.5 ราย 2.5 ราย และ 2.3 ราย

ต่อ 1,000 ราย ของการเกิดมีชีพทั้งหมดตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งสาเหตุการตายปริกำเนิดพบว่า เกิดจากปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นต้นเหตุในจังหวัดบุรีรัมย์ที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์การเสียชีวิตของทารกปริกำเนิดในปีงบประมาณ 2555 - 2558 ยังมีแนวโน้มสูงเช่นเดียวกับระดับโลกและสูงกว่าระดับประเทศ คิดเป็น 7.03 ราย 4.08 ราย 3.89 ราย และ 5.41 ราย ต่อ 1,000 รายของการเกิดมีชีพทั้งหมดตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2558) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีปัญหาจากการวินิจฉัยและคัดกรองความเสี่ยงได้ช้า รวมถึงบางรายมีปัญหาในการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งผลกระทบให้เกิดอันตรายแก่ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ และจากการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในปีงบประมาณ 2555-2558 พบสาเหตุการตายทางตรง (Direct cause) ร้อยละ 57.14 สาเหตุการตายทางอ้อม (Indirect cause) ร้อยละ 42.85 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุการตายส่วนหนึ่งมาจากภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด อีกส่วนหนึ่งจากสาเหตุโรคทางอายุรกรรม จึงต้องมุ่งเน้นการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์และหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหรือโรคทางอายุรกรรมและการจัดการรายบุคคล ป้องกันการตั้งครรภ์ในโรคเรื้อรัง และจากการทบทวนการคัดกรองในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กพบว่า ขาดความครบถ้วนในการคัดกรองความเสี่ยงร้อยละ 30.78 การซักประวัติไม่ครอบคลุม ร้อยละ 36.48 ขาดความครบถ้วนในการบันทึกการตรวจร่างกายร้อยละ 25.69 และขาดความครบถ้วนในการบันทึกผลเลือดร้อยละ 18.7 ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เพื่อแก้ปัญหาการคัดกรองและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยที่ล่าช้าดังกล่าว

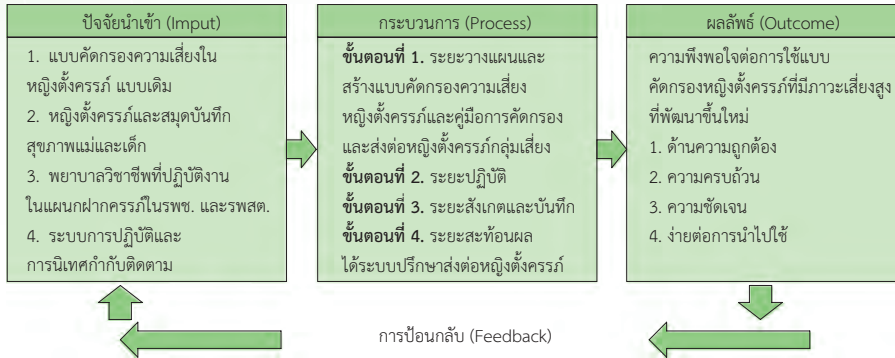
## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นในเรื่องความพึงพอใจด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้



## กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยนำทฤษฎีระบบของ Ludwig Von Bertalanffy และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart 1990 เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย



## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมมากขึ้น
- มีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่รวดเร็วและเหมาะสมตามศักยภาพของสถานบริการ รวมถึงมีการส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ให้ห้องคลอดนำไปวางแผนการคลอดป้องกันอันตรายแก่มารดาและทารกในครรภ์
- บุคลากรในเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองและการส่งต่อ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดระบบการประสานงานที่ีระหว่างบุคลากรสาธารณสุขในแต่ละระดับ

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2561

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่เครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดบุรีรัมย์ มีประชากร จำนวน 17,000 ราย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการใช่สูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1975) กำหนดระดับค่าความคาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของโรงพยาบาลได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,054 คน โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์รายใหม่และฝากครรภ์ต่อเนื่อง 3 ครั้ง ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูดและสามารถสื่อสารเข้าใจ

ผู้ประเมินระดับจังหวัด ประชากรเป็นผู้นิเทศระดับจังหวัดและคณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์จำนวน 27 คน คัดเลือกแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน โดยเป็นผู้นิเทศระดับจังหวัดและ/หรือพยาบาลวิชาชีพงานฝากครรภ์

ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี ผ่านการอบรมผู้นิเทศและการใช้แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่จัดให้

ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ มีประชากรจำนวน 327 คน คัดเลือกแบบเจาะจงและสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของโรงพยาบาลได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 307 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ/บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ไม่น้อยกว่า 2 ปี ผ่านการอบรมการใช้แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่จัดให้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่

1. แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ได้มาจากผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะได้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประวัติในอดีตและประวัติในครอบครัว ประวัติในครรภ์นี้ การตรวจร่างกายในครรภ์นี้ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงฝากครรภ์ครั้งแรก มี 43 คำถาม และช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 5 มี 17 คำถาม

2. คู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ได้มาจากผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง แล้วตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ใช้เป็นคู่มือในการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเพื่อการวินิจฉัยและดูแลต่อเนื่องในแต่ละความเสี่ยงทั้ง 43 ข้อ รวมถึงแนวทางการส่งปรึกษาคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง และคลินิกเฉพาะทางต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง



## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ประกอบด้วย (1) แบบประเมินการบันทึกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กสร้างโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านปริมาณและด้านคุณภาพ (2) แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์เพื่อการประเมินการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กสร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ สภาพปัญหาการคัดกรองภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ สร้างโดยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การทำงาน ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ด้านความถูกต้อง (correct) ด้านความครบถ้วน (complete) ด้านความชัดเจน (clear) และง่ายต่อการนำไปใช้ (ease of use) แบบสอบถามเป็นแบบ scale วัด 4 ระดับ ส่วนที่ 3 ปัญหา/ข้อเสนอแนะหรือความต้องการเกี่ยวกับการใช้แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์

**การตรวจสอบความตรง (Validity)** ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับจุดประสงค์ของได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98 และคู่มือคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า S-CVI เท่ากับ 0.89

**การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน (กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของครอนบาช (Cronbach's Coefficient + Alpha) ได้ผลการวิเคราะห์เท่ากับ 0.943

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2016-013

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) ข้อมูลจากการทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์เดิมของการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ข้อเสนอแนะจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน คณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

และสรุปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา 2) ข้อมูลการวิเคราะห์ความสอดคล้องในการคัดกรองและส่งต่อความเสี่ยงเพื่อการวินิจฉัยรักษาของผู้ประเมินระดับจังหวัด และผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ Chi - square test

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การประเมินการบันทึกการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การประเมินความพึงพอใจของการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ชุด ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ Paired t-test

### ขั้นตอนที่ 1. ระยะเวลาแผน

1.1 ศึกษาวิเคราะห์หาข้อมูลพื้นฐาน โดยศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ หาสาเหตุของปัญหาความบกพร่องของการปฏิบัติ ความต้องการเกี่ยวกับการบันทึกรวบรวมข้อมูลจากการตรวจสอบการบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก จัดทำแบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มระดมสมองจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิดเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วร่างแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงขึ้น

1.2 นำเสนอแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่ร่างขึ้น และอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในหัวข้อการฝากครรภ์ครรภ์เสี่ยงสูง แล้วสร้างแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ พร้อมคู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

### ขั้นตอนที่ 2. ระยะปฏิบัติ

2.1 ระยะเตรียมการ ทำความเข้าใจกับพื้นที่ทดลอง โดยกำหนดพื้นที่วิจัยโรงพยาบาลชุมชน 22 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 224 แห่ง จัดประชุมเตรียมบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานเรื่องการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่

2.2 ระยะทดลอง เป็นการนำแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ไปใช้ในพื้นที่วิจัย มีการนิเทศติดตามและฝึกปฏิบัติอย่างเข้มในระยะเวลาเริ่มแรก ประเมินผล ปัญหาอุปสรรคเป็นระยะๆ โดยคณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

### ขั้นตอนที่ 3. ระยะสังเกตและบันทึก

เก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ จากผู้ปฏิบัติงานและผู้ประเมินระดับจังหวัดในเรื่องการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์แบบเดิมและแบบใหม่ เพื่อนำปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะต่างๆ มาปรับปรุงแก้ไข

### ขั้นตอนที่ 4. ระยะสะท้อนผล

นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแก้ไข เน้นการปรับปรุงแบบคัดกรองความเสี่ยง



หญิงตั้งครรภ์ และคู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ปรับระบบปรึกษาส่งต่อเพื่อความชัดเจน ถูกต้อง และรวดเร็วในการดูแลรักษา และเสนอต่อผู้บริหารต่อไป

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.24 และ 94.79 ตามลำดับ ผู้ประเมินระดับจังหวัดส่วนใหญ่อายุมากกว่า 45 ปีร้อยละ 61.90 ส่วนผู้ปฏิบัติอายุน้อยกว่า 45 ปีร้อยละ 78.95 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 90.48 และ 96.42 ตามลำดับ เกือบทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 90.48 และ 100 ตามลำดับ ผู้ประเมินระดับจังหวัดส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 11-20 ปี ร้อยละ 38.10 ส่วนผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 35.83

### 2. ผลการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์

2.1 จากการวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา ก่อนการพัฒนาเกี่ยวกับการดำเนินงานการฝากครรภ์ จากการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และตรวจสอบการบันทึกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องในการคัดกรองและส่งต่อความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างผู้ประเมินระดับจังหวัดกับผู้ปฏิบัติงาน ดังนี้

(1) ผู้ปฏิบัติงานสามารถคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ได้น้อยกว่าผู้ประเมินระดับจังหวัดเล็กน้อย คือ ร้อยละ 39.3 และ 40.8 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

(2) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสามารถส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อการวินิจฉัยและรักษาต่อเนื่องได้มากกว่าผู้ประเมินระดับจังหวัดเล็กน้อย คือ ร้อยละ 15.6 และ 14.6 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

### 3. เปรียบเทียบผลการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์แบบเดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ในเรื่องความพึงพอใจด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้ ดังแสดงในตารางที่ 3-4

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ในด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้สูงกว่าแบบเดิมในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวม ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมต่อแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์แบบเดิมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 76.92 และ ร้อยละ 57.7 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมต่อแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์แบบที่พัฒนาขึ้นใหม่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 และร้อยละ 98.63 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ประเมินระดับจังหวัด (n=21)		ผู้ปฏิบัติงาน (n=307)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
หญิง	20	95.24	291	94.79
ชาย	1	4.76	16	5.21
<b>อายุ (ปี)</b>				
≤ 45	8	38.10	240	78.95
> 45	13	61.90	67	21.82
<b>ตำแหน่ง</b>				
พยาบาลวิชาชีพ	19	90.48	296	96.42
นักวิชาการ	2	9.52	11	3.58
<b>การศึกษา</b>				
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	19	90.48	309	100
ปริญญาโท	2	9.52	-	-
<b>ประสบการณ์การทำงาน (ปี)</b>				
≤ 10	7	33.33	105	34.20
11 - 20	8	38.10	92	29.79
20 ขึ้นไป	6	28.57	110	35.83



**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหาต่อการพัฒนาการดำเนินงานการฝากครรภ์

การบันทึกการคัดกรองความเสี่ยง	ศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน
(1) การซักประวัติไม่ครอบคลุม ร้อยละ 36.48	(1) ทักษะในการคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ทำให้บันทึกไม่ครบถ้วน ร้อยละ 30.78
(2) ขาดความครบถ้วนในการคัดกรองความเสี่ยง ร้อยละ 30.78	(2) ผู้ปฏิบัติขาดความรู้ในการคัดกรองความเสี่ยงและการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 21.45
(3) ขาดความครบถ้วนในการบันทึกการตรวจร่างกาย ร้อยละ 25.69	(3) ประเมินพบความเสี่ยงแต่ไม่มีการส่งต่อ ร้อยละ 17.35
(4) ขาดความครบถ้วนในการบันทึกผลเลือด ร้อยละ 18.7	(4) ไม่มีคู่มือในการตรวจคัดกรองและแนวทางการส่งต่อ ร้อยละ 72.35
(5) ขาดการสื่อสารบันทึกข้อมูลที่เป็นความเสี่ยงและแผนการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 13.57	(5) ระบบขอคำปรึกษาส่งต่อเข้าถึงยากไม่ชัดเจน ร้อยละ 51.84
<b>การตรวจพบ เช่น</b>	<b>การตรวจพบ เช่น</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีการคำนวณ BMI</li> <li>หญิงตั้งครรภ์ที่ BMI เกินไม่ได้คัดกรองภาวะเบาหวาน</li> <li>BMI ต่ำ ขาดการติดตามภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์</li> <li>ขาดการคาดคะเนวันกำหนดคลอดให้ตรงกัน</li> <li>ขาดการประเมินภาวะสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า</li> <li>ขาดการซักประวัติการใช้สารเสพติด สุราหรือสูบบุหรี่</li> <li>บันทึกการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียไม่สมบูรณ์</li> <li>ขาดการบันทึกผลเลือด Anti HIV หรือผลเลือดอื่นๆ</li> <li>ขาดการซักประวัติอดีต และประวัติครอบครัว ฯลฯ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่ได้วัดระดับมดลูกเป็นเซนติเมตร</li> <li>การคัดกรองโรคเบาหวานไม่ตรงกับเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>น้ำหนักเพิ่มน้อยกว่า 1 กิโลกรัมต่อเดือนไม่ได้รักษาเพิ่มเติม</li> <li>น้ำหนักเพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน</li> <li>การตรวจครรภ์ยังไม่แม่นยำ</li> <li>การแปลผลภาวะซิดไม่ถูกต้อง</li> <li>อายุครรภ์ 18-21 สัปดาห์ไม่ส่งพบแพทย์เพื่ออัลตราซาวด์</li> <li>อายุ 35 ปี ไม่มีบันทึกแนะนำการเจาะน้ำคร่ำ</li> </ul>

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจรายด้านของผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานต่อแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์แบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่

ระดับความพึงพอใจ	ผู้ประเมินระดับจังหวัด (n = 21)						ผู้ปฏิบัติงาน (n = 307)					
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้นใหม่		t	p	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้นใหม่		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านความถูกต้อง	2.85	0.38	3.62	0.51	-3.825	.002	3.10	0.56	3.62	0.52	-5.435	.000
ด้านความครบถ้วน	2.69	0.48	3.54	0.52	-4.430	.001	3.01	0.57	3.88	0.33	-12.124	.000
ด้านความชัดเจน	2.85	0.38	3.62	0.51	-3.825	.002	2.81	0.6	3.85	0.40	-13.164	.000
ด้านการง่ายต่อการนำไปใช้	2.46	0.52	3.77	0.44	-6.278	.000	2.30	0.52	3.90	0.30	-22.166	.000

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ปฏิบัติงาน และผู้ประเมินระดับจังหวัด จำแนกตามระดับความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจ	ผู้ประเมินระดับจังหวัด		ผู้ปฏิบัติงาน		
	แบบเดิม	แบบที่พัฒนาขึ้นใหม่	แบบเดิม	แบบที่พัฒนาขึ้นใหม่	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ต่ำ (1-6 คะแนน)	-	-	4 (1.3)	-	
ปานกลาง (6.01-11 คะแนน)	16 (76.2)	-	177 (57.7)	3 (1.37)	
สูง (11.01-16 คะแนน)	5 (23.8)	21 (100)	126 (41.0)	304 (98.63)	
รวม	21 (100)	21 (100)	307 (100)	307 (100)	
	$\bar{X} \pm SD$	10.85 ± 1.14	14.54 ± 1.51	11.23 ± 1.69	15.25 ± 1.14





## อภิปรายผล

1. แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น แบ่งการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์เป็น 2 ช่วง ได้แก่ ฝากครรภ์ครั้งแรกมีคำถาม 43 ข้อ ฝากครรภ์ครั้งที่ 2-5 มีคำถาม 17 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประวัติในอดีตและประวัติในครอบครัว ประวัติในครรภ์นี้ การตรวจร่างกายในครรภ์นี้ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการตายทารกปริกำเนิดได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้าน ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ปัจจัยเสี่ยงด้านการดูแลครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงด้านความเจ็บป่วย/ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงด้านการคลอด และ ปัจจัยเสี่ยงด้านทารก ข้อค้นพบจากการศึกษาบ่งชี้ว่าการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล ควรจัดให้ที่มีการวินิจฉัยโรคและการประเมินความเสี่ยง ระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์ รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครอบคลุมกลุ่มโรคดังกล่าวมากยิ่งขึ้น และควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ในระดับปฐมภูมิในชุมชน ระดับอำเภอ และให้ความสำคัญกับการลดอัตราการคลอดให้มากขึ้น (ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ, 2546; เบญจา พิงอุบล, 2550; สุวิทย์ อุดมกิตติ, 2554)

2. ภายหลังจากทดลองใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ พบว่าผลการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ของผู้ปฏิบัติงานสอดคล้องกับผู้ประเมินระดับจังหวัด เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของบลูม (Bloom, 1956) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) และได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ จึงทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการได้รับการอบรม และฝึกปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ และได้รับการนิเทศอย่างเข้ม ในระยะเริ่มแรกของการนำแบบคัดกรองไปใช้ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถคัดกรองได้อย่างมั่นใจ และสอดคล้องกับผลการปฏิบัติของผู้เชี่ยวชาญ (ศุภิสรา วรโคตร และคณะ, 2554; ดารณี อุทัยรัตนกิจ และคณะ, 2556; นงลักษณ์ แก้วศรีบุตร และคณะ, 2561)

3. ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ในด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้สูงกว่าแบบเดิมในทุกด้าน โดยข้อมูล

จากแบบสอบถามความพึงพอใจพบว่า (1) ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมากขึ้น เนื่องจากมีคู่มือการคัดกรองและส่งต่อที่ชัดเจน ระบุว่าควรส่งต่อเมื่อไร หรือส่งตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นก่อนพบแพทย์อย่างไร ทำให้ทราบแผนการรักษาของแพทย์ชัดเจนมากขึ้น ทำให้เกิดความรวดเร็วในการวินิจฉัยรักษาและดูแลต่อเนื่อง (2) ใช้ง่าย ข้อคำถามมากแต่ไม่ซับซ้อน ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ (3) พื้นที่ที่ไม่มีสูติแพทย์จำเป็นที่จะต้องอาศัยทีมสุขภาพที่มีประสบการณ์ แต่แบบคัดกรองนี้จะช่วยในการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อการส่งต่อได้รวดเร็วตามศักยภาพของแต่ละสถานบริการที่ระบุไว้ (4) มีโครงสร้างชัดเจน จัดหมวดหมู่การคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อให้เห็นในหน้าเดียว และไม่ต้องเปิดสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลายๆ หน้า นำไปใช้ง่าย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยมีกระบวนการวิจัย 4 ขั้นตอน วิเคราะห์สถานการณ์การใช้แบบคัดกรองเดิม สร้างแบบคัดกรอง ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ นำไปทดลองใช้และประเมินผล ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้เพิ่มขึ้นสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น และบุคลากรสุขภาพเห็นด้วยอย่างมากว่าวิธีการคัดกรองสามารถนำไปปฏิบัติได้ และมีความสะดวกในการนำไปใช้ (นงลักษณ์ แก้วศรีบุตร และคณะ, 2561)

## สรุปผล

แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่สามารถทำให้ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองทั้งในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้สูงกว่าแบบเดิมในทุกด้าน จึงควรนำแบบคัดกรองฉบับนี้ไปใช้ในสถานบริการเครือข่ายให้สามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่ได้จากการวิจัยไปต่อยอดขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ร่วมกับการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แบบคัดกรองแบบใหม่ แก่บุคลากรการแพทย์ในพื้นที่

2. ผู้บริหารควรส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการแพทย์ในเรื่องการฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง องค์ความรู้เฉพาะโรค โดยการฝึกอบรมพยาบาลประจำการอย่างสม่ำเสมอ ปฐมนิเทศพยาบาลใหม่



จัดทำคู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้ทันสมัย ส่งเสริมการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เป็นสื่อกลางในการฝากครรภ์คุณภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

3. จัดให้ผู้ปฏิบัติงานมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ เพื่อการประสานงานทำให้พัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง และควรจัดให้มีช่องทางขอคำปรึกษาส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เช่น เปิดระบบขอคำปรึกษาผ่านทาง ID Line ในกลุ่มโรคสำคัญ เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องในระยะยาวว่า เมื่อนำแบบคัดกรองความเสี่ยงไปใช้จริงแล้วสามารถลด อัตราทารกตายปริกำเนิด (*Perinatal Mortality Rate*) ได้จริงหรือไม่

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.วิฑิต สฤกษ์ชัยกุล นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ดร.นพ. ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ พญ. ศิรประภา ต้นเตชสาธิต พญ. สลักจิต วรรณโกษิตย์ คุณพิกุล บัณฑิตพานิชชา คุณลักษณะวรินทร์ ภูระย้า คุณพิกุล แก้วบุญเรือง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ และ ดร.สมหมาย คชนาม ที่ปรึกษาในงานวิจัย

#### เอกสารอ้างอิง

Amsuwan, Ladda. Isaranurak, Sirikun. Chanwitan, Prasin. Techasena, Waraporn. Suthan Sumitra. and Suphapinyo, Chanyayuth. (2003). *Death and perinatal mortality True from the surveillance of pregnant women and newborns, a long-term research project in Thai children*. Health Systems Research Institute Thailand Research Fund Ministry of Public Health.

Best, John. (1970). *Research in education*. Englewood Cliffs, New Jersey : Printice-Hall.

Bloom, Benjamin S. (1956). *Taxonomy of Education Objective Handbook I : Cognitive*. New York: David Mackey Company, Inc.

Health Information Group. (2016). *Health Statistics Year 2016*. Nonthaburi: Strategic and Planning Division.

Kaewsribut, Nonglak. Chamnan, Nataya. Mekam, Nipaporn. Phatmeesuk, Natcha. and Phaeng, Jitlada. (2018). *Development of screening*

*methods for the transmission of pulmonary tuberculosis. Health personnel Outpatient service and emergency accident patient service Mancha Khiri Hospital*. 6 September 2018 from file: /// C: / Users / vipsu6 / Downloads / R2R. TB% 20 screening (Essence)% 20 (2)% 20 (1).pdf

Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer (3rd ed.)*. Victoria : Deakin University.

Phueng Ubon, Benja. (2007). *Infant mortality situation in health promotion hospitals Health Center 4, Ratchaburi, Budget Year 2002-2007*. 28 September 2018, from . pdf

Udomkitti, Suwit. (2011) *High risk factors of pregnant women with perinatal mortality. Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. The Association of Preventive Medicine, 1 (1), 98-108.*

Uthairattanakit, Daranee. Srisukvatananan, Pawinee. Ngamsamut, Nattawat. Saengsawang, Thapana. and Wangwisessusol, Chanikarn. (2013). *The Identification, Screening, and Diagnosis for Parson with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Learning Disorders, and Pervasive Developmental Disorders/ Autism*. Kasetsart University.

Von Bertalanffy, L. (1956). *General System Theory: General Systems*. Yearbook of the Society for the Advancement of General System Theory. 1: 1-10

Worakot, Supisara. Thungimma, Phongsri. Srina, Nantana. and Theerasopon, Pranee. (2011). *Screening of primary anemia in reproductive women by Chan Phen Sub-district Public Health Volunteer, Tao Ngoi District, Sakonnakhon Province*. Journal of Nursing and Education, 4 (2), 2-9.

Yamane, Taro. (1975). *Statistic : An Introductory analysis. (3<sup>rd</sup> ed.)*. Tokyo : Harper International edition.



# ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักในเขตสุขภาพที่ 11

## EPILEPSY SERVICE IN 11<sup>TH</sup> HEALTH REGION

อุดม ภู่วโรดม<sup>1</sup> ชลภวิวัฒน์ ตรีพงษ์<sup>2</sup>

<sup>1</sup> สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

<sup>2</sup> สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

### บทคัดย่อ

โรคลมชักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาระของโลก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุพพลภาพซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิต ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ โรคลมชักบางชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมากกว่า 50 ล้านคนทั่วโลก และกว่า 5 แสนคนในประเทศไทย ซึ่งยังไม่มีข้อมูลที่เป็นรายละเอียดในภาพรวมของประเทศ ที่สามารถแสดงความสามารถในการเข้าถึงการรักษา แต่มีข้อมูลจากการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักสามารถเข้าถึงการบริการรักษาที่เหมาะสมมีเพียงร้อยละ 44 การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาพรวมของระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัดชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา นครศรีธรรมราช ภูเก็ต และกระบี่ พบว่ายังมีข้อจำกัดของทรัพยากร ในด้านต่างๆ ในการให้บริการผู้ป่วยโรคลมชักที่ดีตามมาตรฐานการรักษา ทั้งด้านแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา หรือแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชัก ด้านทรัพยากรอื่นๆ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ช่วยในการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนชนิดและความหลากหลายของยากันชักซึ่งยังมีข้อจำกัดสำหรับการเลือกใช้ยาให้เหมาะสมในบางกรณี การจัดทำระบบเครือข่ายการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการมีองค์ความรู้เรื่องข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจประเมินในเวลาอันเหมาะสม จะช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงการให้บริการรักษาโรคลมชักที่เหมาะสมได้

**คำสำคัญ :** โรคลมชัก ภาวะต่อต่อยากันชัก ยากันชัก



## Abstract

Epilepsy is a major public health problem and global burden affecting to the quality of life of the patients and impacting on society and nation. Some type of epilepsy can be cured if proper diagnosis and treatment are accessed. Data from World Health Organization found that there were more than 50 million people with epilepsy worldwide and over 500,000 people in Thailand. There are no overall country information about the ability to access the treatment. The systematic review from many developing countries revealed that people with epilepsy received appropriate treatment for their conditions which was estimated of 44%. The purpose of this study was to provide an overview of the health service system for epilepsy patients in 11<sup>th</sup> health region which composed of 7 provinces including Chumporn, Ranong, Surat Thani, Phang-nga, Nakhon Si Thammarat, Phuket and Krabi. The results show that there are limited resources available to treat epilepsy patients in accordance with treatment standards especially the neurologists and epileptologists. Other resources including diagnostic equipment and a variety of antiepileptic drugs are also limited. The effective referral system as well as an optimal knowledge of indication in referring patients in a timely manner will help to reduce the treatment gap in access to appropriate epilepsy services.

**Keywords :** Epilepsy, Drug-resistant epilepsy, Antiepileptic drugs



## บทนำ

โรคลมชักเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทที่มีความสำคัญและมีผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคลมชักมากกว่า 50 ล้านคนทั่วโลก โดยประมาณ 40 ล้านคนอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2010) สำหรับประเทศไทย ประมาณการมีผู้ป่วยโรคลมชักประมาณห้าแสนคน (กาญจนา อันวรค์, 2559) โรคลมชักมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในแง่ของสุขภาพกาย และผลกระทบต่อคุณภาพการดำเนินชีวิต ตั้งแต่การศึกษา การทำงาน การแต่งงาน และการมีบุตร องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคลมชักเป็นภาระของโลก (Global Burden) ในทุกช่วงอายุในปี พ.ศ. 2557

โรคลมชักแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ โรคลมชักชนิด focal epilepsy ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเซลล์สมองเฉพาะจุด เกิดขึ้นตั้งแต่กำเนิดหรือเป็นความผิดปกติของสมองในภายหลังก็ได้ และโรคลมชักชนิด generalized epilepsy ซึ่งเกิดขึ้นจากความผิดปกติในการทำงานของสมองจุดใดจุดหนึ่งแล้วก่อให้เกิดกระแสไฟฟ้ากระจายไปยังสมองทั้งสองข้างอย่างรวดเร็ว การส่งตรวจตามแนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการชักเป็นครั้งแรกด้วยการพิจารณาส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Level B) เพื่อช่วยยืนยันการตรวจวินิจฉัยและแยกชนิดของโรคลมชัก และการตรวจเอกซเรย์สมอง (Level B) เพื่อค้นหาความผิดปกติของสมองหรือสาเหตุของโรคลมชัก อันเนื่องมาจากความผิดปกติของสมอง (Krumholz A, 2007) การได้รับการตรวจประเมินที่เหมาะสมจะนำไปสู่การให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเลือกชนิดของยากันชักเพื่อการรักษาตามชนิดของโรคลมชัก หรือการให้การรักษาด้วยการผ่าตัดในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยากันชักตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปแต่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ซึ่งเข้าเกณฑ์วินิจฉัยภาวะโรคลมชักที่ติดต่อการให้การรักษา (Kwan P, 2010) หรือกรณีตรวจพบความผิดปกติของสมองอันเป็นสาเหตุของการชัก เช่น เนื้องอกสมอง หลอดเลือดสมองผิดปกติ (Cavernoma) เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2559 องค์การโรคลมชักสากล (International League Against Epilepsy: ILAE) ได้ส่งหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขอความร่วมมือระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยที่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักได้เป็นอย่างดี ข้อมูลจากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบถึงการเข้าถึงบริการรักษา โรคลมชักที่เหมาะสมในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักสามารถเข้าถึงการบริการรักษาที่เหมาะสม มีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้น (Mbuba CK และคณะ, 2008) ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความเหลื่อมล้ำด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก ปัญหาในการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักเกิดขึ้นตั้งแต่ขั้นตอนการวินิจฉัย ระบบการให้บริการ

รักษาและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคลมชักที่อาศัยในส่วนภูมิภาคมีความแตกต่างกับระบบการให้บริการในพื้นที่ส่วนกลาง สาเหตุนอกจากจะเกิดจากรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการรับนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแล้ว ยังเกิดจากการที่โรงพยาบาลขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ยากันชัก หรือแพทย์เฉพาะทางที่จะดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคลมชัก (กาญจนา อันวรค์, 2559) ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาภาพรวมของระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคลมชักโดยทำการศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งเป็นตัวแทนของระบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคลมชักในส่วนภูมิภาค

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาพรวมของระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักในเขตสุขภาพที่ 11 โดยศึกษาข้อมูลความพร้อมของทรัพยากรในด้านต่างๆ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง เครื่องมือที่ใช้ช่วยในการตรวจวินิจฉัย ยากันชัก แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคลมชัก ตลอดจนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักคือยาของแพทย์

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนระบบบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงการรักษาได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั่วประเทศ

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ได้รับการอนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 046/2561 โดยการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 80 แห่ง แบ่งตามศักยภาพของโรงพยาบาลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ A หมายถึงโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยาก ซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (advance & sophisticate technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตรศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาธารณะ และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น ระดับ S หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยาก ซับซ้อน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาธารณะ และสาขาย่อยบางสาขา ระดับ M หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก 120 เตียงขึ้นไป ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และ



สาธารณสุขบางสาขาที่จำเป็น ระดับ F หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน น้อยกว่า 120 เตียง ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลัก บางสาขา แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลด้านการให้บริการ ข้อมูลความรู้ด้านโรคลมชัก และข้อมูลความมั่นใจในการให้บริการ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

## ผลการศึกษา

จากการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 80 แห่ง ได้รับการตอบกลับจำนวน 78 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.5 แบ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ A จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลระดับ S จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลระดับ M จำนวน 14 แห่ง และโรงพยาบาล ระดับ F จำนวน 58 แห่ง จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในเขตสุขภาพที่ 11 มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำประมาณ 1,119 คน โดยมีแพทย์เฉพาะทางสาขาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก ได้แก่อายุรแพทย์จำนวน 105 คน แพทย์เฉพาะทางสาขaprสาทวิทยาจำนวน 8 คน กุมารแพทย์จำนวน 70 คน และ กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขaprสาทวิทยาจำนวน 2 คน โดยเขตสุขภาพที่ 11 ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสาขaprสาทวิทยาโรคลมชักปฏิบัติงานอยู่เลย สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรคลมชัก พบว่ามีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองจำนวนทั้งหมด 7 เครื่อง เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จำนวนทั้งหมด 14 เครื่อง และเครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจำนวนทั้งหมด 3 เครื่อง ในเขตสุขภาพที่ 11 มีโรงพยาบาลที่สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทางโรกระบบประสาทจำนวน 4 แห่ง และคลินิกโรคลมชักจำนวน 2 แห่ง ดังแสดงในตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายการยากันชักทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทานที่มีใช้ในโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 11

พบว่าโรงพยาบาลระดับ A, S และ M มียากันชักชนิดฉีดประมาณ 3 - 4 ชนิด ได้แก่ phenytoin, valproic acid, phenobarbital, levetiracetam ยังไม่มีโรงพยาบาลใดในเขตสุขภาพที่ 11 ที่มียาฉีด lacosamide แต่ถ้าพิจารณารวมกับยาฉีดที่ใช้เพื่อเป็นยำนำสลบ (anesthetic drugs) และมีฤทธิ์เป็นยากันชักด้วย ซึ่งได้แก่ midazolam, diazepam, propofol, ketamine และ thiopental โรงพยาบาลระดับ A, S และ M จะมียากันชักชนิดฉีดรวมกันประมาณ 8 - 9 ชนิด ซึ่งแตกต่างกับโรงพยาบาลในระดับ F ที่มียากันชักชนิดฉีดเพียง 1 - 3 ชนิดเท่านั้น ได้แก่ phenytoin, valproic acid และ phenobarbital และมีโรงพยาบาลจำนวน 2 แห่งเท่านั้นในระดับ F ที่มียาฉีดนำสลบและมีฤทธิ์เป็นยากันชัก คิดเป็นร้อยละ 3.39 สำหรับยากันชักชนิดรับประทานทั้งชนิดเม็ดและชนิดน้ำพบว่าโรงพยาบาลในระดับ A และ S มียากันชักชนิดรับประทานประมาณ 5 - 9 ชนิด โรงพยาบาลระดับ M มียากันชักชนิดรับประทานประมาณ 3 - 5 ชนิด ยกเว้นโรงพยาบาลป่าตองที่มียากันชักชนิดรับประทานเทียบเท่ากับโรงพยาบาลในระดับ A และ S ส่วนโรงพยาบาลในระดับ F มียากันชักชนิดรับประทานเพียง 1 - 5 ชนิดเท่านั้น ในเรื่องความต้องการมียากันชักที่ยังไม่มีใช้ในโรงพยาบาลพบว่า มีความแตกต่างกันในระหว่างโรงพยาบาลยากันชักชนิดฉีดที่เป็นที่ต้องการมากที่สุดคือ phenobarbital คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาได้แก่ valproic acid (15.38%), midazolam (12.82%) และ levetiracetam (11.54%) ตามลำดับ ส่วนความต้องการมียากันชักชนิดรับประทานเรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้แก่ levetiracetam (28.21%), phenobarbital (24.36%), valproic acid (16.67%) และ lamotrigine (10.26%) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** แสดงอัตรากำลังของแพทย์ที่ปฏิบัติงานจำแนกตามสาขาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน เครื่องมือสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยโรคลมชัก การให้บริการคลินิกเฉพาะทางโรกระบบประสาทและคลินิกเฉพาะทางโรคลมชัก

ระดับโรงพยาบาล	A	S	M	F	รวม
จำนวนแพทย์ปฏิบัติงานประจำ (คน)	442	109	288	280	1,119
จำนวนอายุรแพทย์ (คน)	67	7	31	0	105
จำนวนแพทย์ประสาทวิทยา (คน)	6	1	1	0	8
จำนวนแพทย์ประสาทวิทยาโรคลมชัก (คน)	0	0	0	0	0
จำนวนกุมารแพทย์ (คน)	33	10	24	3	70
จำนวนกุมารแพทย์ประสาทวิทยา (คน)	2	0	0	0	2
เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (เครื่อง)	4	1	2	0	7
เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (เครื่อง)	3	3	6	2	14
เครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (เครื่อง)	2	1	0	0	3
คลินิกเฉพาะทางโรกระบบประสาท (แห่ง)	2	1	1	0	4
คลินิกเฉพาะทางโรคลมชัก (แห่ง)	1	0	1	0	2



**ตารางที่ 2** แสดงจำนวนโรงพยาบาลที่มียากันชักชนิดฉีด ชนิดรับประทาน และความต้องการมียากันชักยังไม่มีใช้ในโรงพยาบาล

ชนิดยากันชัก	โรงพยาบาลที่มียากันชักชนิดฉีด (%)	โรงพยาบาลที่มียากันชักชนิดรับประทาน (%)	ความต้องการมียากันชักชนิดฉีด (%)	ความต้องการมียากันชักชนิดรับประทาน (%)
Phenytoin	78 (100)	78 (100)	N/A	N/A
Phenobarbital	39 (50)	65 (83.33)	26 (33.33)	2 (2.56)
Valproic acid	15 (19.23)	48 (61.54)	12 (15.38)	13 (16.67)
Levetiracetam	6 (7.69)	5 (6.41)	9 (11.54)	22 (28.21)
Diazepam	42 (53.85)	54 (69.23)	6 (7.69)	4 (5.13)
Midazolam	17 (21.79)	N/A	10 (12.82)	N/A
Clobazam	N/A	N/A	N/A	2 (2.56)
Topiramate	N/A	6 (7.69)	N/A	5 (6.41)
Zonisamide	N/A	1 (1.28)	N/A	1 (1.28)
Lacosamide	N/A	N/A	4 (5.13)	7 (8.97)
Carbamazepine	N/A	47 (60.26)	N/A	7 (8.97)
Lamotrigine	N/A	6 (7.69)	N/A	8 (10.26)
Ketamine	13 (16.67)	N/A	4 (5.13)	N/A
Propofol	13 (16.67)	N/A	2 (2.56)	N/A
Thiopental	20 (25.64)	N/A	5 (6.41)	N/A

N/A หมายถึง ไม่มียาชนิดนั้นหรือไม่ต้องการยานั้นในรูปแบบฉีดหรือรับประทาน

ในด้านความมั่นใจในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ห้องฉุกเฉิน และที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าความมั่นใจในการให้บริการที่ห้องฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 62.82 และอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 35.90 ส่วนการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่ามีความมั่นใจในระดับปานกลางและมากคิดเป็นร้อยละ 65.38 และ 28.21 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3 และเมื่อมีความจำเป็น

ต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาที่อื่นเนื่องจากเกินศักยภาพของโรงพยาบาล พบว่าทุกโรงพยาบาลมีการส่งต่อผู้ป่วยไปตามลำดับขั้นของระบบการส่งต่อ สำหรับข้อมูลความรู้ด้านโรคลมชัก พบว่าร้อยละ 61.54 ของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามทราบข้อมูลโรคลมชักสามารถผ่าตัดรักษาให้หายขาดได้ ในขณะที่ทราบข้อมูลจำกัดความของภาวะโรคลมชัก ที่ติดต่อยากันชักคิดเป็นร้อยละ 57.69 ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 3** แสดงความมั่นใจในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ห้องฉุกเฉิน และที่แผนกผู้ป่วยนอก

ระดับโรงพยาบาล	A (N=3) (%)	S (N=3) (%)	M (N=14) (%)	F (N=58) (%)	รวม (N=78) (%)
ความมั่นใจในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ห้องฉุกเฉิน					
มาก	1 (33.33)	2 (66.67)	9 (64.29)	16 (27.59)	28 (35.90)
ปานกลาง	2 (66.67)	1 (33.33)	5 (35.71)	41 (70.69)	49 (62.82)
น้อย	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.72)	1 (1.28)
ความมั่นใจในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่แผนกผู้ป่วยนอก					
มาก	0 (0)	1 (33.33)	8 (57.14)	13 (22.41)	22 (28.21)
ปานกลาง	3 (100)	1 (33.33)	6 (42.86)	41 (70.69)	51 (65.38)
น้อย	0 (0)	1 (33.33)	0 (0)	4 (6.90)	5 (6.41)

**ตารางที่ 4** แสดงข้อมูลความรู้ด้านโรคลมชัก

ระดับโรงพยาบาล	A (N=3) (%)	S (N=3) (%)	M (N=14) (%)	F (N=58) (%)	รวม (N=78) (%)
ทราบข้อมูลโรคลมชักสามารถผ่าตัดรักษาให้หายขาดได้					
ทราบ	3 (100)	2 (66.67)	12 (85.71)	31 (53.45)	48 (61.54)
ไม่ทราบ	0 (0)	1 (33.33)	2 (14.29)	27 (46.55)	30 (38.46)
ทราบข้อมูลจำกัดความของภาวะโรคลมชักที่ติดต่อยากันชัก					
ทราบ	1 (33.33)	2 (66.67)	9 (64.29)	33 (56.90)	45 (57.69)
ไม่ทราบ	2 (66.67)	1 (33.33)	5 (35.71)	25 (43.10)	33 (42.31)



## อภิปรายผล

เขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา นครศรีธรรมราช ภูเก็ต และกระบี่ ครอบคลุมพื้นที่กว่า 41,600 ตารางกิโลเมตร จากข้อมูลของ กองตรวจราชการปิงบประมาณ 2560 พบว่ามีจำนวนประชากร ประมาณ 4,427,782 คน จากผลการศึกษานี้ อัตราากำลังแพทย์ ปฏิบัติงานประจำในเขตสุขภาพที่ 11 มีจำนวนประมาณ 1,119 คน คิดเป็นจำนวนแพทย์ต่อประชากรโดยประมาณ 1 ต่อ 3,957 คน ซึ่งสูงกว่าข้อมูลสถิติที่เผยแพร่จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จำนวนแพทย์ ต่อประชากร ในปี 2559 ประมาณ 1 ต่อ 2065 คน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) อัตราส่วนแพทย์ที่ต่องดแลประชากรที่มากขึ้นนี้อาจก่อให้เกิด ปัญหาในการเข้าถึงการบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และอาจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วย สาขาแพทย์ที่ได้รับความคาดหวังให้เป็น ผู้ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักได้แก่ อายุรแพทย์ แพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา แพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชัก กุมารแพทย์ หรือกุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา แต่จากการศึกษานี้พบว่า ในเขตสุขภาพที่ 11 มีแพทย์สาขาเหล่านี้รวมกัน 185 คนเท่านั้น ในจำนวนนี้มีแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา และกุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา จำนวน 8 และ 2 คนตามลำดับ และไม่มี แพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชักเลย เมื่อเทียบกับ ของสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร มีจำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา 16 คน ในจำนวนนี้เป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชักจำนวน 4 คน และ กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาจำนวน 4 คน ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร ส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักในเขตสุขภาพที่ 11 ต้องอาศัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการด้วยการส่งตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษมีความจำเป็น ต้องดำเนินการในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการชักเป็น ครั้งแรกได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง และการถ่ายภาพเอกซเรย์สมอง ด้วย เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบว่าในเขตสุขภาพที่ 11 มีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองทั้งหมด 7 เครื่องกระจายอยู่ในโรงพยาบาลระดับ A 4 เครื่อง โรงพยาบาลระดับ S 1 เครื่อง และโรงพยาบาลระดับ M 2 เครื่อง คิดเฉลี่ยทั้งเขตสุขภาพจังหวัดละ 1 เครื่อง ซึ่งน่าจะเพียงพอ สำหรับการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองเพื่อประกอบการวินิจฉัยกรณี ชักครั้งแรก ส่วนการถ่ายภาพเอกซเรย์สมองซึ่งตามแนวทาง เวชปฏิบัติด้านโรคลมชัก (กาญจนา อันวรค์, 2559) กำหนดให้มีการส่งตรวจในผู้ป่วยที่มีอาการชักครั้งแรกทุกราย โดยสามารถ ตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเครื่องเอกซเรย์ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าก็ได้ ในเขตสุขภาพที่ 11 มีจำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จำนวนทั้งหมด 14 เครื่อง เฉลี่ยจังหวัดละ 2 เครื่อง และเครื่องเอกซเรย์ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า จำนวน 3 เครื่อง

เฉลี่ยจังหวัดละไม่ถึง 1 เครื่อง ซึ่งอาจทำให้การพิจารณาส่งตรวจ ภาพถ่ายเอกซเรย์สมองในกรณีชักครั้งแรกไม่เป็นไปตามคำแนะนำ ตามแนวทางเวชปฏิบัติด้านโรคลมชัก ทั้งนี้ยังไม่มีความจำเป็น จำนวนที่เหมาะสมที่ควรมีของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า แต่การมีเครื่องมือดังกล่าว ในจำนวนที่เพียงพอต่อการให้บริการ จะทำให้การพิจารณา ส่งตรวจทำได้ง่ายขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการชักครั้งแรกบางราย พบว่ามีสาเหตุจากความผิดปกติของเนื้อสมองเช่น เนื้องอก ในสมอง หลอดเลือดผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการ ส่งต่อเพื่อรับการรักษาเฉพาะในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย

จากผลการศึกษานี้เขตสุขภาพที่ 11 มีการเปิดให้บริการ คลินิกเฉพาะทางโรกระบบประสาท หรือคลินิกเฉพาะทาง โรคลมชักเป็นจำนวนน้อย โดยให้บริการคลินิกเฉพาะทาง โรกระบบประสาท จำนวน 4 แห่ง เป็นโรงพยาบาลระดับ A 2 แห่ง โรงพยาบาลระดับ S 1 แห่ง และโรงพยาบาลระดับ M 1 แห่ง ส่วนคลินิกเฉพาะทางโรคลมชัก มีการเปิดให้บริการใน โรงพยาบาลระดับ A และ M อย่างละ 1 แห่งเท่านั้น แม้จะไม่ได้ เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพของการบริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก อย่างชัดเจน แต่มีหลักฐานว่าการให้มีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะทาง โรคลมชัก การจัดการระบบส่งต่อ และการติดตามผลการรักษา อย่างต่อเนื่องที่เป็นระบบ จะช่วยให้ประสิทธิภาพในการรักษา โรคลมชักดีขึ้น (Rajpura, A และ Sethi S, 2004)

สำหรับรายการยากันชักที่มีใช้ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ยากันชักชนิดชนิดที่มีใช้ในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 สูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ phenytoin (100%), diazepam (53.85%), phenobarbital (50%), thiopental (25.64%) และ midazolam (21.79%) ยากันชักชนิดชนิดที่มีใช้ในทุกโรงพยาบาล คือ phenytoin ส่วน diazepam และ phenobarbital พบมีการใช้ในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทั้ง phenytoin และ phenobarbital จัดเป็นยากันชักในกลุ่ม aromatic ส่วนยา diazepam เป็นยาที่ใช้ฉีดเพื่อระงับอาการชักชั่วคราวเท่านั้น ไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่บ่งบอกให้ใช้เป็นยาฉีดป้องกัน อาการชักซ้ำได้ ส่วน thiopental และ midazolam จัดเป็นยาฉีด เพื่อนำสลบ (anesthetic drugs) ในทางปฏิบัติไม่ได้นำมาใช้เพื่อ ป้องกันอาการชักซ้ำเช่นกัน ยกเว้นในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการชัก ต่อเนื่อง (status epilepticus) สามารถนำมาใช้เพื่อระงับอาการ ชักต่อเนื่องเพียงชั่วคราวได้ ดังนั้น ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ยากันชักชนิดชนิดเพื่อป้องกันอาการชักซ้ำและผู้ป่วยมีประวัติ การแพ้ยากลุ่ม aromatic ส่งผลให้การเลือกใช้อยากันชักชนิด ชนิดมีน้อยลง ส่วนยากันชักชนิดชนิดที่ไม่ใช่กลุ่ม aromatic ได้แก่ valproic acid, levetiracetam พบว่ามีใช้ในเขตสุขภาพที่ 11 คิดเป็นร้อยละ 19.23 และ 7.69 ตามลำดับเท่านั้น ซึ่งอาจจะเป็น ข้อจำกัดของการเลือกใช้อยากันชักชนิดชนิดสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก ที่ไม่สามารถใช้ยา phenytoin หรือ phenobarbital ได้ และเมื่อสอบถามถึงความต้องการยากันชักชนิดชนิดที่ไม่มี ใช้ในโรงพยาบาลพบว่า ยากันชักชนิดชนิดที่โรงพยาบาล





มีความต้องการใช้มากที่สุดได้แก่ phenobarbital (33.33%) valproic acid (15.38%) midazolam (12.82%) และ levetiracetam (11.54%) ซึ่งความต้องการยากันชักชนิดชนิดที่ไม่มีใช้ในโรงพยาบาลสอดคล้องกับรายการยากันชักชนิดชนิดที่แต่ละโรงพยาบาลมีอยู่แล้ว สำหรับยากันชักชนิดรับประทานจากผลการศึกษาพบว่ายากันชักชนิดรับประทานที่มีใช้ในทุกระบบสุขภาพที่ 11 มีเพียงชนิดเดียวคือ phenytoin โดย 5 อันดับแรกของยากันชักชนิดรับประทานที่มีใช้ในเขตสุขภาพที่ 11 ได้แก่ phenytoin (100%) phenobarbital (83.33%) diazepam (69.23%) valproic acid (61.54%) และ carbamazepine (60.26%) จะเห็นได้ว่ายากันชักชนิดรับประทานมีความหลากหลายมากกว่าชนิดชนิด ทั้งในแง่ของข้อบ่งใช้ที่มีให้เลือกใช้ได้กับผู้ป่วยโรคลมชัก ทั้งที่เป็นแบบ focal หรือ generalized ในกรณีผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยากันชักบางชนิดหรือทั้งกลุ่ม ยังมียากันชักในกลุ่มอื่นที่แตกต่างออกไปให้เลือกใช้ได้ เป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยากันชักที่เหมาะสมและปลอดภัยมากขึ้น ส่วนยากันชักชนิดรับประทานที่โรงพยาบาลมีความต้องการใช้มากที่สุดได้แก่ levetiracetam (28.21%), valproic acid (16.67%) และ lamotrigine (10.26%) ซึ่งสอดคล้องกับรายการยากันชักชนิดรับประทานที่แต่ละโรงพยาบาลมีเช่นเดียวกับยากันชักชนิดชนิด

ความมั่นใจในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ห้องฉุกเฉินและที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่มากกว่า 90% ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มีความมั่นใจในระดับปานกลางขึ้นไป เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีระดับความมั่นใจในการให้บริการน้อย พบว่าร้อยละ 6.41 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มีความมั่นใจน้อยในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก ในขณะที่ร้อยละ 1.28 มีความมั่นใจน้อยในการให้บริการดูแลผู้ป่วย ที่ห้องฉุกเฉิน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่ห้องฉุกเฉินเป็นไปเพื่อบรรเทาและทุเลาอาการ แต่การรักษาต่อเนื่องต้องมีการติดตามต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งอาจมีความยุ่งยากซับซ้อนกว่า เมื่อผู้ป่วยโรคลมชักมีความยุ่งยากซับซ้อนและจำเป็นต้องส่งต่อ พบว่าโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ส่วนใหญ่มีการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปตามแนวทางของระบบการส่งต่อ (Referral system) โดยไม่ได้คำนึงถึงศักยภาพหรือเหตุผลอื่น

นอกเหนือจากการรักษาโรคลมชักด้วยการให้ยากันชักแล้ว ปัจจุบันการผ่าตัดก็จัดเป็นหนึ่งในวิธีการรักษามาตรฐาน จากผลการศึกษานี้พบว่าร้อยละ 61.54 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ทราบว่าปัจจุบันโรคลมชักสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดจนหายขาดได้ โดยโรงพยาบาลในระดับ A ตอบว่าทราบคิดเป็นร้อยละ 100 โรงพยาบาลในระดับ S ตอบว่าทราบคิดเป็นร้อยละ 66.67 และโรงพยาบาลในระดับ M ตอบว่าทราบคิดเป็น ร้อยละ 85.71 ส่วนโรงพยาบาลในระดับ F ตอบว่าทราบมีเพียงร้อยละ 53.45 ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลในระดับ F จะทราบ

ว่าโรคลมชักสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดจนหายขาดได้ ในจำนวนที่น้อยกว่าโรงพยาบาลในระดับที่สูงกว่า แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลระบบการส่งต่อแล้ว พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปตามลำดับขั้นขึ้นไปจนถึงโรงพยาบาลระดับ A ซึ่งทราบว่ามีผู้ป่วยลมชักบางรายสามารถผ่าตัดรักษาได้จนหายขาด ดังนั้นจึงลดข้อจำกัดด้านข้อมูลความรู้ด้านโรคลมชักข้อนี้ลงไปได้ แต่อย่างไรก็ตาม แพทย์ที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักต้องมียังความรู้เพียงพอที่จะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยได้ในเวลาอันเหมาะสม เพื่อไปรับการตรวจประเมินเพื่อรับการผ่าตัด โดยหนึ่งในข้อบ่งชี้ที่สำคัญคือ ภาวะต่อต่อยากันชัก ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับยากันชักชนิดและขนาดที่ถูกต้องเหมาะสมกับชนิดของ โรคลมชักตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปทั้งได้รับยา 2 ชนิดนั้นพร้อมกันหรือคนละคราวก็ได้ (Kwan P และคณะ, 2010, Kwan P และคณะ, 2011) จากผลการศึกษานี้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ที่ทราบและไม่ทราบภาวะต่อต่อยากันชักมีจำนวนที่ใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 57.69 และ 42.31 ตามลำดับ

จากการศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก ในเขตสุขภาพที่ 11 นี้แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดของทรัพยากรในด้านต่างๆ ในการให้บริการผู้ป่วยโรคลมชักที่ดีตามมาตรฐานการรักษา ทั้งในด้านบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง ด้านเครื่องมือที่ใช้ช่วยในการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนงบประมาณและรายการ ยากันชักที่ควรมีใช้ในโรงพยาบาล ความไม่เพียงพอด้านบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา และแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชัก มีหลายปัจจัยเกี่ยวข้องทั้งในเรื่องการกระจายตัวสำหรับแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา และปริมาณการผลิตแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชัก ซึ่งมีเพียง 1-3 คนต่อปี และกุมารแพทย์ประสาทวิทยาจำนวน 3-6 คนต่อปี ทำให้ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ ส่งผลให้การจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางโรคระบบประสาท หรือคลินิกเฉพาะทางโรคลมชัก เป็นไปได้ยาก ดังนั้นการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับการให้บริการโรคลมชัก จำเป็นต้องดำเนินการจัดหาระบบเครือข่ายการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพโดยมีแม่ข่ายเป็นศูนย์ส่งต่อที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางไว้ให้การรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อน และเป็นแหล่งของข้อมูลเพื่อสนับสนุนทางวิชาการ ตลอดจนให้คำปรึกษาหรือถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ให้สามารถดูแลผู้ป่วย โรคลมชักเบื้องต้นตามมาตรฐานโรงพยาบาลในระดับที่ต่ำกว่าได้ นอกจากนี้การให้ข้อมูลเรื่องข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจประเมินในเวลาอันเหมาะสมมีความสำคัญซึ่งจะช่วยลดช่องว่างของการเข้าถึงการบริการรักษาที่เหมาะสมได้รวดเร็วกว่า แต่การดำเนินการให้เกิดการกระจายตัวของทรัพยากรที่เหมาะสมก็จำเป็นต้องดำเนินการควบคู่กันไป



## สรุปผล

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักในเขตสุขภาพที่ 11 ยังมีข้อจำกัดของทรัพยากรในด้านต่างๆ ในการให้บริการผู้ป่วยโรคลมชักที่ดีตามมาตรฐานการรักษา ทั้งด้านแพทย์เฉพาะทางสาขาศรีษาศาวิทยาลัย กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาศรีษาศาวิทยาลัย หรือแพทย์เฉพาะทางสาขาศรีษาศาวิทยาลัยโรคลมชัก ด้านทรัพยากรอื่นๆ ได้แก่ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และเครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ตลอดจนยากันชักทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทาน

## ข้อเสนอแนะ

การจัดทำระบบเครือข่ายการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการมีองค์ความรู้เรื่องข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจประเมินในเวลาอันเหมาะสม จะช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงการให้บริการรักษาโรคลมชักที่เหมาะสมได้

## เอกสารอ้างอิง

Krumholz A, Wiebe S, Gronseth G, et al. (2007). Practice parameter: evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology*, 69, 1996–2007.

Kwan, P, Arzimanoglou, A, Berg, AT, Brodie, MJ, Hauser, WA, Mathern, G, Moshe, SL, Perucca, E, Wiebe, S, French, J. (2010). Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*, 51(6), 1069–1077.

Kwan, P, Schachter, S, Brodie, MJ. (2011). Drug-Resistant Epilepsy. *The New England Journal of Medicine*, 365, 919–26.

Mbuba CK, Nguni AK, Newton CR, Carter JA. (2008). The epilepsy treatment gap in developing countries: A systematic review of the magnitude, causes, and intervention strategies. *Epilepsia*, 49(9), 1491–1503.

Office of The National Economic and Social Development Board. Population per health personnel. Retrieved November 4, 2018, from <http://social.nesdb.go.th/social/Default.aspx?tabid=131>

Rajpura, A, Sethi S. (2004). Evidence-based standards of care for adults with epilepsy - a literature review. *Seizure*, 13, 45–54.

Unwong, Kanchana. (2016). *Clinical Practice Guidelines for Epilepsy*. Bangkok: Tanapress.

World Health Organization. (2010). Global disparities in the epilepsy treatment gap : a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 260-266.



# ผลการทำสมาธิบำบัดผู้ป่วยรอผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

## EFFECTS OF MEDITATION OF PRE-OPERATIVE PATIENTS IN CHIANG RAI PRACHANUKROH HOSPITAL

โสภี วนธารกุล, อุสร่า เชียงฉิน, ศศิธิดา จันทน์ธวัช, อนุรักษ์พร นางแล, พิชณี ศรีโชคสิทธิกุล  
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

### บทคัดย่อ

ขั้นตอนการผ่าตัดสามารถทำให้เกิดความกลัวความวิตกกังวลและนอนไม่หลับในผู้ป่วย ช่วงเวลาก่อนผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่เครียดที่สุดสำหรับผู้ป่วยซึ่งอาจนำไปสู่การกำหนดเวลาการผ่าตัดใหม่ได้ ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาการทำสมาธิกำลังได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นเพื่อเป็นการลดความเครียดของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด การทำสมาธิสามารถช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจอัตราการหายใจและความดันโลหิต เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตระหว่างผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวและได้รับการพยาบาลตามปกติและฝึกสมาธิ ประเภทการศึกษาแบบ Interrupted time series ศึกษาผู้ป่วยรอผ่าตัด ห้องรอผ่าตัดโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในช่วงเวลาทำการ กลุ่มแรก (กลุ่มควบคุม) ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยเจ้าหน้าที่พยาบาล 771 คน เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเวลาเดือน มกราคม - มีนาคม 2560 กลุ่มที่สอง (กลุ่มทดลอง) ได้รับการพยาบาลตามปกติและฝึกสมาธิ 772 คน เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเวลาเดือน เมษายน - มิถุนายน 2560 บันทึกสัญญาณชีพแรกเริ่มและ 20 นาที หลังจากนั้น วิเคราะห์ทางสถิติ t-test rank sum test และการถดถอยแบบ Gaussian พบว่า เพศ อายุและจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล และระยะห่างของการวัดสัญญาณชีพทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มที่จะมีระดับการศึกษาต่ำกว่าและมีประวัติผ่าตัดน้อยกว่า กลุ่มควบคุมยังเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกมากกว่ากลุ่มทดลอง และมีโรคประจำตัวมากกว่า เมื่อสิ้นสุดการศึกษากลุ่มที่ทดลองมีความดันโลหิตค่า Systolic ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $8.9 \pm 12.9$  mmHg และ  $6.9 \pm 14.6$  mmHg, p-value < 0.001) ดังนั้นการทำสมาธิในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดสามารถลดความดันโลหิตได้และควรใช้ในผู้ป่วยทุกรายที่มีประวัติความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ : ระดับความดันโลหิต, ผู้ป่วยผ่าตัด, สมาธิบำบัด SKT



## Abstract

Operative procedure can induce fear, anxiety, and insomnia in patients. Pre-operative period is often the most stressful time for patients which can even lead to rescheduling of the operation. In recent years, meditation is gaining popularity as an intervention to reduce stress pre-operative patients. Meditation can help reduce heart rate, respiratory rate, and blood pressure. To compare blood pressure between pre-operative patients whom receive routine nursing care alone and whom receive routine nursing care and practice meditation.

Interrupted time series study type. Pre-operative room of Chiang Rai Prachanukroh hospital during office hours First group (control group): receive routine nursing care by staff nurse. 771 patients. Collecting data period: January-march 2560 Second group (intervention group): receive routine nursing care and practice meditation. 772 patients Collecting data period: april-june 2560 Record vital signs at arrival and 20 minutes later. T-test rank sum test and Gaussian regression is used for statistical analysis Sex, age and duration of admission in both groups do not differ. Control group tends to have lower level of education and have less surgical history. Control group also admitted for general surgery and orthopedics surgery more than intervention group. Underlying diseases is also more common in control group. At the end of study, intervention group have lower systolic blood pressure than control group ( $8.9 \pm 12.9$  mmHg and  $6.9 \pm 14.6$  mmHg, p-value < 0.001). Meditation in pre-operative patients can reduce blood pressure and should be applied in all patients with history of hypertension

**Keywords** :Hypertension, Surgical patient, SKTMeditation



## บทนำ

การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาโรควิธีหนึ่ง ที่จะต้องตัดส่วนที่เป็นโรค หรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะที่เป็นโรค เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่เป็น และกลับไปมีชีวิตอย่างปกติสุขได้ การผ่าตัดอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และวิตกกังวล นอนไม่หลับ หรือจากคนที่รักษาอาการความดันโลหิตสูงอยู่แล้วกลับมาที่มีความดันที่สูงผิดปกติได้อีก<sup>(1)</sup> ซึ่งความดันโลหิต คือ ความดันในหลอดเลือดสูงสุดเมื่อหัวใจบีบตัวสูบฉีดเลือดเข้าสู่หัวใจ เรียกว่า systolic blood pressure และเมื่อหัวใจคลายตัว ความดันเลือดต่ำเรียกว่า diastolic blood pressure ซึ่งจะมีค่า Mean Arterial Pressure (MAP) เป็นค่าความดันเลือดเฉลี่ยระหว่าง systolic blood pressure กับ diastolic blood pressure และเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกตึงเครียดวิตกกังวล กลัวต่อการผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะก่อนผ่าตัดความดันโลหิตจะเพิ่มมากที่สุด<sup>(2,3)</sup> มีผู้คิดค้นวิธีการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 1-7 ที่เกี่ยวกับกลไกการทำงานของร่างกายด้วยประสาทสัมผัส ทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหวตามหลักวิทยาศาสตร์ผสมผสานกับหลักพุทธศาสนาในเรื่องของศีล สมาธิ ปัญญา โดยเฉพาะการทำสมาธิด้วยการหายใจเข้า “พุทธ” หายใจออก “โธ” สามารถช่วยให้จิตใจคลายเครียด กระตุ้นการหลั่งของสารเมลาโทนิน (Melatonin) ซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ กระตุ้นภูมิคุ้มกันและรักษาความสมดุลให้กับร่างกาย การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ใช้หลักการกำหนดจิต รับรู้ และการเคลื่อนไหวด้วยลมหายใจ เข้าและออก เป็นตัวขับเคลื่อน<sup>(4,5)</sup> ในปัจจุบันความรู้ด้านการใช้สมาธิบำบัดเป็นวิธีที่ได้รับความนิยม และถูกเลือกใช้มากขึ้น การทำสมาธิถือได้ว่าเป็นการ

ผ่อนคลายความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด สมาธิทำให้จิตใจสงบนิ่ง มีสติหยุดความคิดฟุ้งซ่าน วิตกกังวล หรืออารมณ์ด้านลบทั้งหลาย การปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจ เป็นเทคนิคที่ง่ายที่สุดได้ผลเร็วที่สุด<sup>(6,7)</sup> จากการวิจัยผู้ที่ฝึกหายใจแบบลึก และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ใช้ลดความดันโลหิต ความเครียด และความวิตกกังวลได้ผล<sup>(8,9)</sup> นอกจากนี้การลดความเครียดสามารถทำได้โดยการนั่งสมาธิและการนับลูกประคำ ส่งผลให้อัตราการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้มีอัตราการหายใจ การเต้นของชีพจรและความดันโลหิตลดลงตามมาด้วย<sup>(10)</sup>

สถิติผู้ป่วยผ่าตัดปี 2559 จำนวน 34,381 ราย เป็นผู้ป่วยในผ่าตัดในเวลาราชการ จำนวน 8,626 ราย มีการงดเลื่อนผ่าตัดทั้งหมด 1,813 ราย เป็นผู้ป่วยในเวลาราชการจำนวน 846 ราย มีสาเหตุหลักที่มากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัด 439 ราย ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก 147 ราย จากความดันโลหิตสูง จำนวน 28 ราย<sup>(11)</sup> และจากการศึกษาผลการทำสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิต ของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง พบว่าความดันโลหิตหลังการทำสมาธิบำบัดมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทำสมาธิบำบัด<sup>(12)</sup> จากปัญหาความดันโลหิตสูงขณะรอผ่าตัด จึงเป็นคำถามในการวิจัยนี้ คือหากผู้ป่วยที่รอผ่าตัดทุกรายที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดโดยการกำหนดลมหายใจเข้าออกนั้น จะมีผลต่อระดับความดันโลหิตหรือไม่และจะนำผลการศึกษามาหาแนวทางในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยรอผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 ต่อระดับความดันโลหิตก่อนและหลังในผู้ป่วยรอผ่าตัด

## กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 ผู้ป่วยรอผ่าตัด



การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 การควบคุมการทำงานของ Baroreflex ให้ทำงานช้าลง

↓  
ลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic nervous system

↓  
ระดับความดันโลหิต systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ลดลง



## สมมติฐาน

ผู้ป่วยที่รอฟ่าตัดมีระดับความดันโลหิตสูงลดลง ภายหลังจากได้รับการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 1

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การทำสมาธิบำบัดโดยการกำหนดลมหายใจเข้าออกนั้นสามารถที่จะช่วยลดความดันโลหิตสูงได้ ทำให้ผู้ป่วยรอฟ่าตัดได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์

## วิธีดำเนินการวิจัย

### ประชากร

ผู้ป่วยที่มารอฟ่าตัดที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์

### กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยที่มารอฟ่าตัดที่ห้องรอฟ่าตัด
2. ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาและลงนาม

ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว
2. ผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้
3. ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับประสาท

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารูปแบบ Interrupted time series ศึกษาที่ห้องรอฟ่าตัดในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์ ในผู้ป่วยรอฟ่าตัดในเวลาราชการกำหนดกลุ่มศึกษาเป็น 2 กลุ่ม แยกกันด้วยเวลา

กลุ่มแรก (กลุ่มอ้างอิง) วัดสัญญาณชีพแรกรับและหลังให้การพยาบาลขณะรอฟ่าตัดตามปกติเมื่อเวลาผ่านไป 20 นาที (จำนวน 771 คน) รวบรวมข้อมูล 3 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2560

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ได้รับวัดสัญญาณชีพแรกรับและให้การพยาบาลขณะรอฟ่าตัดตามปกติร่วมกับการทำสมาธิบำบัดขณะรอฟ่าตัดโดยการให้ผู้ป่วยกำหนดลมหายใจเข้าออก โดยนั่งหรือนอนก็ได้ในท่าที่สบาย แล้วหลับตาเอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4... ให้มีออกรู้สึกว่าท้องพองออก แล้วกลืนลมหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้าค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้า ๆ 1...2...3...

...4...5...6...7...8... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องพอง ทำซ้ำไปเรื่อยๆ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้คำอธิบาย และดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุระหว่างการทำสมาธิบำบัด โดยเฉพาะในท่านั่ง ใช้เวลา 20 นาที แล้ววัดสัญญาณชีพประเมินอีกครั้ง (จำนวน 772 คน) รวบรวมข้อมูล 3 เดือน ระหว่างเดือนเมษายน – มิถุนายน 2560

รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย สัญญาณชีพ 2 ครั้ง คือ แรกรับและหลังให้การพยาบาลขณะรอฟ่าตัด 20 นาที วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test, rank sum test และ gaussian regression

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรอฟ่าตัดได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและประวัติการผ่าตัด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการฝึกสมาธิบำบัดด้วยเทคนิค SKT 1 ที่สร้างขึ้นโดยสมพรกันทรคุณุฎี-เตรียมชัยศรี (2552) ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
3. การอบรมและการฝึกสอนวิธีการปฏิบัติสมาธิบำบัดด้วยเทคนิค SKT 1

#### 3.1 การฝึกสมาธิบำบัด SKT

(1) ในท่านั่งให้หายใจเข้าออกทั้งสองข้างวางบนหัวเข่า หากนอน ให้วางแขนหงายมือไว้ข้างตัว หรือคว่ำฝ่ามือไว้ที่หน้าท้อง

(2) ค่อยๆ หลับตาลงช้าๆ นับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4... ให้มีออกรู้สึกว่าท้องพองออก แล้วกลืนลมหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้าค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้า ๆ 1...2...3...4...5...6...7...8... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องพอง ทำซ้ำไปเรื่อยๆ ใช้เวลา 20 นาที

4. เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดดิจิตอล ผ่านได้ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานจากหน่วยช่างอิเล็กทรอนิกส์ แผนกอุปกรณ์การแพทย์โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) คู่มือการทำสมาธิบำบัด SKT 1 ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คือ พยาบาลจำนวน 2 คน และแพทย์ศัลยกรรม จำนวน 1 คน พบว่า



ค่า IOC ความคิดเห็นของการทำสมาธิบำบัดเท่ากับ 0.9 ภายหลังการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำ มาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและ ภายใต้อำนาจของอาจารย์ที่ปรึกษา ทดลองใช้กับผู้ป่วย รอผ่าตัดที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

2. ความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องวัดความดัน โลหิตชนิดดิจิทัลได้ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานจาก หน่วยช่างอิเล็กทรอนิกส์ แผนกอุปกรณ์การแพทย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณา จริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์แล้ว นอกจากนี้ผู้วิจัย ได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอน และระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูล การปฏิบัติตนระหว่างดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยรวมทั้ง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วย ตนเองโดยไม่มีการบังคับ และมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการ เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียใดๆ โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยลงลายมือชื่อ ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เสมือนผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ให้คำอธิบาย โดยการเตรียมผู้ช่วยวิจัยในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมด้วยการอบรมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการทำสมาธิ บำบัด SKT 1 โดยมีคู่มือการปฏิบัติที่ชัดเจน การวัดระดับ ความดันโลหิตและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยผู้วิจัย เพื่อให้สามารถวัดระดับความดันโลหิต เก็บรวบรวมข้อมูล ได้อย่างเที่ยงตรงและเชื่อถือได้

### ผลการศึกษา

สรุปผลที่ได้รับจากตารางที่ 1 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะด้านเพศ อายุ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล และ ระยะห่างสัญญาณชีพไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มว่า การศึกษาในกลุ่มแบบเดิมได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่า และมีประวัติเข้ารับการผ่าตัดน้อยกว่า เข้ารับการผ่าตัด ในระบบศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูก และมี โรคประจำตัวมากกว่า (ตารางที่ 1)

สรุปผลที่ได้รับจากตารางที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการทำ สมาธิบำบัดและไม่ได้รับการพยาบาลรูปแบบเดิมมี ความดันโลหิตค่า systolic ลดลง ( $8.9 \pm 12.9$  mmHg และ

$6.9 \pm 14.6$  mmHg,  $p < 0.001$ ) ความดันโลหิตค่า diastolic ลดลง ( $2.4 \pm 8.5$  mmHg และ  $3.7 \pm 10.1$  mmHg,  $p = 0.035$ ) ซึ่งพรมีค่าลดลง ( $2.5 \pm 8.8$  ครั้งต่อนาที และ  $2.1 \pm 8.6$  ครั้ง ต่อนาที  $p = 0.008$ ) อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 ครั้ง ต่อนาที ( $p = 0.223$ )

สรุปผลที่ได้รับจากตารางที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่า ความดัน systolic ลดลง 1.7 mmHg (95% CI 3.1, -0.4,  $p$ -value=0.012) (ตารางที่ 3)

### อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของระดับ ความดันโลหิตซิสโตลิกกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แต่ระดับ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $p = 0.035$ ) เมื่อปรับความแตกต่างของการศึกษา ประวัติการผ่าตัด แขนงผ่าตัด และโรคประจำตัว พบว่าความแตกต่างของ สัญญาณชีพกลุ่มทดลองมีค่าความดัน systolic ลดลง 1.7 mmHg,  $p = 0.012$ ) ผลเนื่องจากการฝึกสมาธิบำบัด แบบ SKT 1 เป็นการปฏิบัติสมาธิด้วยเทคนิคการหายใจ และการควบคุมประสาทสัมผัสทางตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหวผสมผสานกันโดยเมื่อจิตใจสงบนิ่ง หดความคิดที่ฟุ้งซ่านวิตกกังวลจะรู้สึกสบายเพราะจะมี การหลั่งของฮอร์โมน Endorphin ออกมาในภาวะที่จิตใจ สงบนิ่ง<sup>(1,2)</sup> การหายใจแบบช้าทำให้ร่างกายเกิดการควบคุม การทำงานของ Baroreflex ให้มีความไวลดลง เกิดการ กระตุ้นสมองส่วน Prefrontal cortex และสมองส่วน Cingulate gyrus หลังสาร Glutamate และกระตุ้นสมอง ส่วน Reticular thalamic nucleus ให้หลังสาร GABA ส่งผลกระตุ้นสมองส่วน Hippocampus และ Amygdala ทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้นแต่ ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานลดลง ส่งผลให้หลอดเลือด ทั่วร่างกายขยายตัว แรงต้านทานส่วนปลายของหลอดเลือด ลดลง การบีบตัวของหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจ ลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงและ ระดับความดันโลหิตลดลงในที่สุด<sup>(4)</sup> จากผลการศึกษา พบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกกลุ่มทดลองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรอุมา ปัญญาโชติกุล, สุธินา เศษคง, และสุชมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ์ (2560) ศึกษา ผลของสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิต ของผู้ที่มารับบริการโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง พบว่า



ผู้ที่มารับบริการโรงพยาบาลสิเกาความดันโลหิตหลังการทำสมาธิบำบัดมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าความดันโลหิตก่อนการทำสมาธิบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(12)</sup> แต่ผลความดันโลหิตไดแอสโตลิกกลุ่มทดลองลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดทุกโรค ยังไม่ได้เจาะจงในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและการฝึกสมาธิต้องใช้เวลาฝึกต่อเนื่อง

แต่ในการศึกษานี้ได้ทำเพียง 20 นาที ไม่ได้ทำติดต่อกัน ผลที่ได้จึงยังไม่สอดคล้องกับศึกษาของวิชัย นภาพงศ์, สมคิด ทองมี และมณฑนา เอื้อละพันธ์. (2559) ผลของการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT2 ต่อระดับความดันโลหิตของผู้รับบริการในแผนกงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานโรงพยาบาลปัตตานี.<sup>(14)</sup> ซึ่งใช้เวลาการปฏิบัติ 2 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 15 นาที ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยรอผ่าตัด

ลักษณะ	ได้รับการพยาบาลร่วมกับสมาธิบำบัด (n=772)		ได้รับการพยาบาลในรูปแบบเดิม (n=771)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	327	42.4	330	42.8	0.450
หญิง	445	57.6	441	57.2	
อายุ (ปี)					
เฉลี่ย (±SD)	55.3	±14.9	55.6	±16.5	0.700
การศึกษา					
ไม่ได้เรียน	99	12.8	135	17.5	0.056
ประถมศึกษา	475	61.5	430	55.8	
มัธยมศึกษา	113	14.6	125	16.2	
ปริญญาตรี	72	9.3	73	9.5	
ปริญญาโท	12	1.6	8	1.0	
ปริญญาเอก	1	0.2	0	0	
ประวัติการผ่าตัด					
ไม่เคย	325	42.1	352	45.6	0.087
เคย	447	57.9	419	54.5	
จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล เฉลี่ย (±SD)	2.2	±3.1	2.3	±3.6	0.330
แผนกผ่าตัด					
ศัลยกรรมกระดูก	215	27.8	229	29.7	< 0.001
ศัลยกรรมทั่วไป	215	27.8	159	20.6	
จักษุ	104	13.5	125	16.2	
สูติ-นรีเวชกรรม	92	11.9	85	11.1	
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	49	6.4	33	4.3	
ส่องกล้องทางเดินอาหารและหายใจ	29	3.8	31	4.0	
หู คอ จมูก	28	3.6	35	4.5	
อื่นๆ	40	5.2	74	9.6	
ระยะห่างเฉลี่ยของการวัดสัญญาณชีพ (นาที)	19.1	±8.8	19.5	±5.5	0.219
โรคประจำตัว					
ไม่มี	385	49.9	439	56.9	< 0.001
ความดัน	225	29.2	199	25.8	
เบาหวาน	61	7.9	54	7.0	
หัวใจ	12	1.6	12	1.6	
เก๊าท์	53	6.9	16	2.1	
อื่นๆ	36	4.5	52	6.6	





**ตารางที่ 2** ระดับสัญญาณชีพของผู้ป่วยรอดผ่าตัดก่อนและหลังได้รับการพยาบาล

ลักษณะ	ได้รับการพยาบาลร่วมกับสมาธิบำบัด (n=772)		ได้รับการพยาบาลในรูปแบบเดิม (n=771)		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
<b>Systolic (mmHg)</b>					
ก่อน	137.2	21.7	139.8	22.1	0.589
หลัง	128.3	20.0	130.9	20.4	0.010
ความต่าง	-8.9	12.9	-6.9	14.6	< 0.001
<b>diastolic (mmHg)</b>					
ก่อน	74.8	11.5	81.9	12.4	< 0.001
หลัง	72.4	10.9	78.3	11.7	< 0.001
ความต่าง	-2.4	8.5	-3.7	10.1	0.035
<b>Pulse (ครั้ง/นาที)</b>					
ก่อน	78.4	14.5	79.6	15.1	0.110
หลัง	75.9	14.1	77.6	14.3	0.028
ความต่าง	-2.5	8.8	-2.1	8.6	0.008
<b>หายใจ (ครั้ง/นาที)</b>					
ก่อน	20.0	0.3	20.0	0.6	0.138
หลัง	20.0	0	20.0	0.5	0.504
ความต่าง	-0.02	0.3	0	0.4	0.223
<b>MAP (mmHg)</b>					
ก่อน	95.6	13.5	100.6	13.9	< 0.001
หลัง	91.0	12.4	95.8	12.9	< 0.001
ความต่าง	-4.6	7.8	-4.8	10.2	0.663

**ตารางที่ 3** ความแตกต่างของสัญญาณชีพ ภายหลังจากการปรับความแตกต่างของห้องรอดผ่าตัด การศึกษา ประวัติการผ่าตัด แผนกผ่าตัด และโรคประจำตัว

การเปลี่ยนแปลง	Co efficiency	95% CI	P-value*
Systolic	-1.7	-3.1 , -0.4	0.012
Diastolic	1.3	0.4 , 2.3	0.005
Pulse	-0.4	-1.3 , 0.5	0.385
Respiratory	-0.02	-0.06 , 0.01	0.130
MAP	0.3	-0.6 , 1.2	0.466

ปรับความแตกต่างของการศึกษา ประวัติการผ่าตัด แผนกผ่าตัด และโรคประจำตัว

## สรุปผล

ผลของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 ในผู้ป่วยรอดผ่าตัดในห้องรอดผ่าตัดพบว่า กลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดมีความดันโลหิตค่า systolic ลดลงมากกว่าไม่ได้รับการพยาบาลรูปแบบเดิม ( $8.9 \pm 12.9$  mmHg และ

$6.9 \pm 14.6$  mmHg,  $p < 0.001$ ) แต่ความดันโลหิตค่า diastolic ของกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดลดลงน้อยกว่ากลุ่มไม่ได้รับการพยาบาลรูปแบบเดิม ( $2.4 \pm 8.5$  mmHg และ  $3.7 \pm 10.1$  mmHg,  $p = 0.035$ )



## ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยการฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 ในผู้ป่วยโรคผ่าตัดที่ห้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีผลทำให้ความดันโลหิตค่า systolic ลดลงได้ พยาบาลผู้ดูแลสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ทุกราย
2. งานวิจัยนี้เป็นการทดลองเบื้องต้น เพื่อพิสูจน์ว่าฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 สามารถลดความดันโลหิตได้หรือไม่ อย่างไรก็ตามในงานวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการประเมินความเครียดก่อนทดลองและเพิ่มระยะเวลาฝึกสมาธิบำบัดอย่างต่อเนื่องนาน เช่น การให้ความรู้และวิธีการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อให้ปฏิบัติที่บ้านก่อนมาผ่าตัดและควรศึกษาในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่มารอผ่าตัด
3. ควรเพิ่มการใช้ฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 2 ร่วมกับ SKT 1 ในผู้ป่วยผ่าตัดแรกรับทุกรายที่มีความดันโลหิตสูงที่รอผ่าตัด
4. ควรมีการศึกษาเพิ่มในเรื่องความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

## เอกสารอ้างอิง

- Chomchuen Somprasert. (1982). **The effect of Buddhist Meditation on the Level of Anxiety**. Master of Science (Clinical Psychology). Bangkok: Graduate Studies, MahidolUniversity.
- Pongpan Aroonsang. (2008). Nursing care for coronary artery disease. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University.
- Thitisuda Somwatee, LinchongPothiban&Parade eNanasilp.(2011). Effect of Thai Qigong meditation exercise on blood pressure of the elderly withhypertension. **Nursing Journal**, 38(4): 81-92.
- Somporn Kantaradusdi-Triamchaisri. (2007). **Meditation for Health Healing**. Bangkok: Faculty of Public Health, Mahidol University.
- MeditationHealing. (2017). **Meditation Therapy**. Retrieved from <http://www.hypnosishappy.com>.
- Pongpan Kirdpitak. (1991). "Counseling Skill": Relaxation and Reduce Anxiety Systematically. **"Basic Counseling Technique"**. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University.
- Chatchawan Panyapayatjati. ( 2014). **Emotion: Pathogen Factors Should not be Overlooked**. Retrieved from<http://www.thaihealth.or.th>.
- Anderson, J. W., Liu, C.&Kryscio, R., J. (2008). Blood Pressure to Transcendental Meditation: A Meta-analysis. **American Journal of Hypertension**, 21(3): 310-316.
- Jamabhorn Jaipakdee, KamolUdol , Pratana Satitvipawee&PanomKetumarn. (2014). Effects of Deep Breathing and Muscle Relaxation on Blood Pressure and **Stress in Hypertensive Patients**. Research paper for presentation and publish in *proceeding*, the 15th Graduate Research Conferences, Graduate School, KhonKaen University: 1641-1649.
- Juntima Krutdilakanunt. (2015). The Effects of Rosary Count Meditation Practice on Stress Score, Heart Rate, Respiration Rate and Blood Pressure of Nursing Student Practice in the First Experience on a Hospital Ward. **Journal of Health Science**, 24 (3): 479-485.
- Medical records and statistics group. (2016). Surgical patient statistics. Chiang Rai: Chiang Rai Prachanukroh Hospital.
- Panyachotikun, A., Satkong, S. & Sriwisit, S. (2017). Effects of SKT Meditation Therapy for Lowering Blood Pressure Level of Patients with Hypertension in Sikao Hospital, Trang Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*,4 (2) : 245-255.
- Prapas Chibsamanboon & UbolSuttineam. (2013). Effects of the SompornKantaradusdi-Triamchaisri Technique 2 (SKT 2) on Blood Pressure Levels and Biochemical Markers. **Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok**, 29(2): 122-133
- Napapongs, W., Thongmee, S., Ouleaphan, M., Keattisaksophon, J. (2016). Effects of the SKT2 Meditation Practice on Blood Pressure in Hypertension Patients of Thai Traditional and Complementary Medicine Pattani Hospital. *AL-NUR Journal of Graduate School, Fatoni University*, 11(20): 1-19.



วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

**ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน**

ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน

**ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม**

ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม

**ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน – ธันวาคม**

ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการ (Academic Article) บทความวิจัย (Research Article) บทความปริทัศน์ (Review Article)

**1.บทความวิชาการ (Academic Article)** หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อ มาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

**2. บทความวิจัย (Research Article)** หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

**3. บทความปริทัศน์ (Review Article)** หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป



## ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของกลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หัวข้อ “บริการข้อมูล” (วิชาการ) <http://pmsn.hss.moph.go.th>
2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยสำเนา และ CD ไฟล์งาน จำนวน 1 ชุด หรือสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล [planhss.journai@gmail.com](mailto:planhss.journai@gmail.com) โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. ผู้นิพนธ์ต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มการขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพก่อน กองบรรณาธิการจึงจะนำบทความเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป
5. บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
6. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
7. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาลงพิมพ์

### รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
  - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
  - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร
4. การตั้งระยะในเนื้อหา
  - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
  - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
  - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)



5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ พิเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
<b>ชื่อเรื่อง (Title)</b>			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
<b>ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)</b>			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
<b>บทคัดย่อ (Abstract)</b>			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
<b>คำสำคัญ (Keywords)</b>			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
<b>รายละเอียดบทความ</b>			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

- **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

\***คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น



- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ
- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร และการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
  - **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะ ดังนี้
    - 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
    - 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
    - 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย
  - **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ
  - **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่
    - 1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่จะนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วยสัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างที่ใช้ในการศึกษา
    - 2) **วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)** เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้
  - **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมากตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอภิปราย
  - **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษาเป็นไปตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้
  - **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่
  - **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต
  - **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6<sup>th</sup> Edition



- การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน

8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้

- ตารางประกอบ ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ตารางที่.....” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย

- ภาพประกอบ ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ภาพที่.....” ไว้ใต้ภาพประกอบ

### ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

### ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก



## แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา.....ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง  บทความวิจัย  บทความวิชาการ  บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ( ) เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

( ) เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้*ไม่เคย*ลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

### ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....





## แบบตอบรับ วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปี 2562

ชื่อหน่วยงาน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่ม/ฝ่าย.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์สำนักงาน.....

ได้รับวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฉบับที่.....ปีที่..... ประจำปี 2562  
รวมทั้งสิ้น จำนวน.....เล่ม เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2562 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2562



**หมายเหตุ** กรุณา Scan QR Code แบบตอบรับภายใน 3 วัน หลังจากได้รับเอกสาร  
เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและอื่นๆ ใน วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
กลุ่มพัฒนาวิชาการ กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ





TEXT & JOURNAL PUBLICATION CO., LTD.

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

เชี่ยวชาญเฉพาะ

งานพิมพ์หนังสือ-ตำรา

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล

เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 0 2617 8611 - 2

แฟกซ์ 0 2617 8616 อีเมลล์ tj8575@gmail.com