ผลการจัดลำดับความสำคัญเบื้องต้น
หัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี 2553

ณ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

4 ธันวาคม พ.ศ. 2553

สารบัญ

หน้า

รายละเอียดการคัดเลือกหัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี 2553 4

กระบวนการคัดเลือกหัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี 2553 8

หัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทยที่เสนอจากหน่วยงานต่างๆ ประจำปี 2553 9

หัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี 2553 ที่ผ่านการคัดเลือกเบื้องต้น จำนวน 14 หัวข้อ 21

บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน 23

การศึกษาปรากฏการณ์ Sisyphus syndrome ในรายจ่ายสุขภาพของประเทศ 26

การศึกษาแนวทางลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 29

การพัฒนาเครือข่ายสารสนเทศต้นแบบเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 31

การพัฒนาระบบการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน 35

ผลกระทบและมาตรการรองรับ กรณีการเปิดตลาดบริการ (ชุดที่ 7) ภายใต้อาเซียนในสาขาสุขภาพ 38

รูปแบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เหมาะสมกับประเทศไทย 42

การเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่ม opioid เพื่อการจัดการความปวดและการรักษาแบบประคับประคอง 45

การศึกษาต้นทุน ผลกระทบและความสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ของผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย 49

ผลของการให้หญ้าหนวดแมวสกัดในระยะยาวต่อการรักษาอาการอีสานรวมมิตร 54

การศึกษาเปรียบเทียบค่าต้นทุนประสิทธิผลการกดจุดบำบัดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบกับการแพทย์แผนไทย 57

โครงการประเมินผลการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา 60

การศึกษาการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนย่าและเด็งกี่ในยุงลาย การตอบสนองของภูมิคุ้มกันในคน และพฤติกรรมป้องกันตนเองของประชาชน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย 63

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครัวเรือนของประชากรไทย พ.ศ. 255265

หัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี 2553 ที่ไม่ผ่านการคัดเลือก 67

รายละเอียดการคัดเลือกหัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี 2553

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นองค์กรในการจัดการความรู้เพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย ได้ร่วมมือกับเครือข่ายงานวิจัย 6 หน่วยงาน ซึ่งเป็นหน่วยงานวิจัยหรือผู้ให้ทุนวิจัยที่เข้าร่วม ได้แก่ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ในการร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพในประเทศไทย ทั้งนี้ หน่วยงานทั้งหมด จะนำหัวข้อที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญไปดำเนินการวิจัยตามขอบเขตของแต่ละหน่วยงาน เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายตอบสนองความต้องการของผู้เสนอหัวข้อและที่สำคัญคือเกิดประโยชน์กับสังคมหลายประการ

วัตถุประสงค์

เพื่อจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อวิจัยที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพในประเทศไทย ประจำปี 2553

ขอบเขตของประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ[1]

1. การให้บริการสุขภาพด้านการรักษาโรค การป้องกัน การควบคุมโรค ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพทั่วไป รวมไปถึงการควบคุมคุณภาพการบิรการสาธารณสุข

   ตัวอย่างหัวข้อวิจัย :

   - *ความคุ้มค่าของการตรวจกรองและวินิจฉัยก่อนคลอดของกลุ่มอาการดาวน์กับการดูแลรักษาหลังคลอด*

2. การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

   ตัวอย่างหัวข้องานวิจัย :

   - *ปัจจัยการดำรงอยู่อย่างพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ*

3. ระบบสารสนเทศด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

   ตัวอย่างหัวข้องานวิจัย :

   - *การวิจัยและพัฒนาโครงสร้างข้อมูลระบบสุขภาพระดับประเทศ (Clinical Data Set for National Health)*
   - *การวิจัยและพัฒนาโครงสร้างข้อมูลสุขภาพและการแพทย์สำหรับรองรับการเบิกจ่ายงบประมาณของ 3 กองทุนหลัก (Clinical Data Set for Payment Systems)*

4. ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

   ตัวอย่างหัวข้องานวิจัย :

   - *การประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการใช้ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors ในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง*

5. การสนับสนุนทางการเงินการคลังของระบบสุขภาพ รวมไปถึงการจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ

   ตัวอย่างหัวข้องานวิจัย :

   - *การติดตามประเมินผลระบบการคลังและระบบบริการสุขภาพ*

[1] อ้างอิงจาก WHO's Framework for Action: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes และมาตรา 47 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

6. การบริหารจัดการด้านสาธารณสุข การวางแผนเชิงนโยบาย การบริหารการจัดการองค์กร
   ตัวอย่างหัวข้องานวิจัย :
   - *บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการเงินการคลังและการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ*
   - *บทบาทและความสัมพันธ์ขององค์กรในระบบสุขภาพภายใต้บริบทการปฏิรูประบบสุขภาพ ธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพท้องถิ่น ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ต้นทุนการจัดบริการต่างๆ นวัตกรรมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบสุขภาพ*

7. อื่นๆ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค รวมไปถึงการส่งเสริมสนับสนุน การใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ
   ตัวอย่างหัวข้องานวิจัย :
   - *โครงการประเมินประสิทธิผลของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มคนงานก่อสร้างและพนักงานโรงงาน*

เกณฑ์ในการพิจารณาหัวข้อวิจัย

(การพิจารณาอาจใช้เกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อประกอบกัน)

- เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย หรือหากเคยมีงานวิจัยในหัวข้อที่เสนอมาก่อนแล้วต้องมีเหตุผลความจำเป็นที่ทำวิจัยซ้ำ

- เป็นปัญหาที่มีความสำคัญ ดังนี้
  - ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ
  - ก่อหรืออาจก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล
  - มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก
  - มีแนวโน้มจะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ
  - มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบด้านศีลธรรมจริยธรรมในสังคมอย่างกว้างขวาง
  - ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานหรือประสิทธิภาพของเทคโนโลยี/มาตรการที่ดีอื่นๆ
  - มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติซึ่งส่งผลต่อผลการรักษา หรือต้นทุนของการรักษา

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งหัวข้อการประเมิน และเหตุผลในการเลือก

ผู้เกี่ยวข้อง	บทบาท
Health professional councils องค์กรผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ได้แก่ สภาวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ราชวิทยาลัยด้านสุขภาพ และสมาคมทางการแพทย์และสุขภาพ	องค์กรหรือกลุ่มเชี่ยวชาญด้านสุขภาพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบสุขภาพ โดยเป็นผู้นำความรู้ด้านวิชาการหรือเทคโนโลยีด้านต่าง ๆ หรือแนวทางปฏิบัติและนวัตกรรมผ่านนโยบายระดับประเทศไปสู่ผู้รับบริการสุขภาพ

Health care purchasers องค์กรประกันสุขภาพ ได้แก่ 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) สำนักงานประกันสังคม 3) กลุ่มงานสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ สำนักงานมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ กรมบัญชีกลาง	หน่วยงานทั้งสามมีบทบาทโดยตรงในการกำหนดนโยบายในระบบประกันสุขภาพที่มีผลต่อการใช้และการให้บริการด้านสุขภาพของคนทั้งประเทศ
Central government officers หน่วยงานราชการส่วนกลาง ได้แก่ หน่วยงานต่างๆ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธาณสุข	หน่วยงานราชการส่วนกลางที่ทำหน้าที่ดูแล กำกับ หรือมีบทบาทต่อเทคโนโลยี นวัตกรรม และนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน
Provincial government officers หน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค ได้แก่ หน่วยงานต่างๆ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธาณสุข	หน่วยงานราชการส่วนภูมิภาคที่ดูแล กำกับ และพัฒนาระบบสุขภาพในระดับภูมิภาค
Academia สถาบันการศึกษา	สาขาวิชาและคณะต่าง ๆ ในสถาบันการศึกษาที่มีบทบาทในการจัดการเรียนการสอนและการทำวิจัยทั้งด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และระบบหรือนโยบายเชิงสุขภาพ
Private sector ภาคเอกชน	บริษัทผู้ผลิตเครื่องมือและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพในประเทศไทย
Civil society sector ภาคประชาสังคม	หน่วยงาน องค์กรอิสระที่ไม่แสวงหากำไร ซึ่งมีบทบาทในการนำประเด็นทางสุขภาพมาเคลื่อนไหวสังคมรวมถึงสามารถนำประเด็นปัญหาในระดับพื้นที่มาสู่ผู้บริหาร

ช่องทางการเสนอหัวข้อในการประเมิน

1. ทางไปรษณีย์
2. ทางโทรสาร
3. อิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ email

หมายเหตุ สามารถ download แบบฟอร์มการส่งหัวข้อได้ที่ http://www.hitap.net

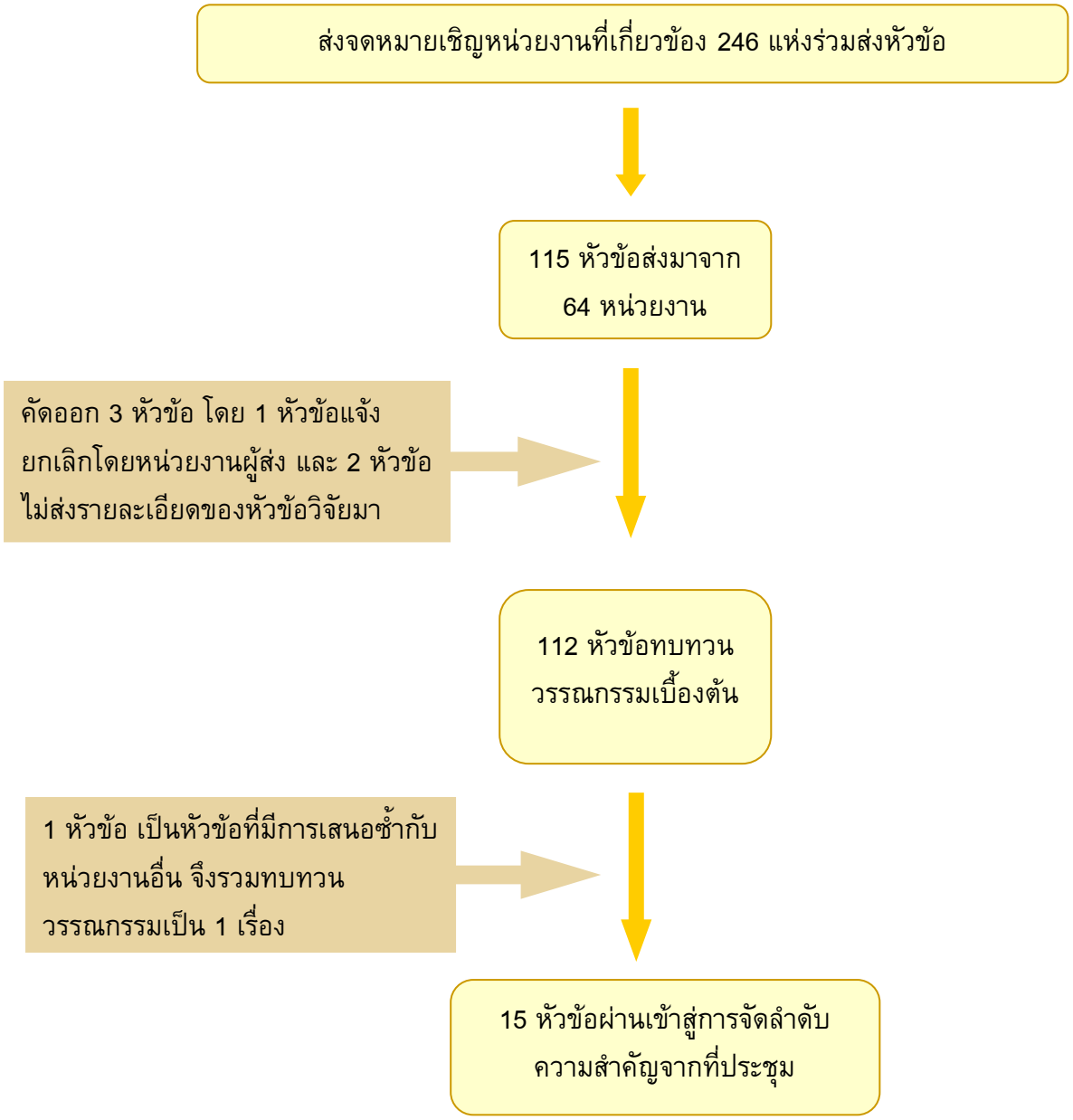
เอกสารที่ส่งไปยังหน่วยงานต่าง ๆประกอบด้วย

1. จดหมายเชิญเพื่อเสนอหัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี 2553
2. รายละเอียดหน่วยงานวิจัยทั้ง 7 หน่วยงาน
3. คำชี้แจง แบบ และรายละเอียดสำหรับนำเสนอหัวข้องานวิจัย

กำหนดการ

ลำดับ	กิจกรรม	วันที่
1.	ประชุมภายในเพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ส่งหัวข้อวิจัยฯ	3 ตุลาคม 2552
2.	ส่งเอกสารเชิญผู้เกี่ยวข้อง 246 หน่วยงานเพื่อเสนอหัวข้อวิจัยฯ	5 พฤศจิกาย 2552
3.	วันสิ้นสุดการส่งหัวข้อวิจัยฯ	16 ธันวาคม 2552
4.	ประชุมแบ่งหัวข้อวิจัยฯ ที่จะต้องทบทวนเบื้องต้น	16 ธันวาคม 2552
5.	จัดลำดับความสำคัญเบื้องต้นของหัวข้อวิจัยฯ โดยคณะทำงาน	4 มกราคม 2553
6.	แจ้งผลการจัดลำดับความสำคัญเบื้องต้นพร้อมทั้งเอกสารการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น	15 มกราคม 2553
7.	ประชุมเพื่อตัดสินหัวข้อ	22 มกราคม 2553

กระบวนการคัดเลือกหัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี 2553



หัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทยที่เสนอจากหน่วยงานต่าง ๆ ประจำปี 2553

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
1	บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
2	การศึกษาปรากฏการณ์ Sisyphus syndrome ในรายจ่ายสุขภาพของประเทศ	คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
3	การศึกษาแนวทางลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
4	การพัฒนาเครือข่ายสารสนเทศต้นแบบเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	สมาคมประสาทวิทยา	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
5	การศึกษาอัตราการรอดชีวิต วิธีการรักษา ตลอดจนผลของการรักษาโรคมะเร็งตับที่พบจากการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตาม (screening และ surveillance) เปรียบเทียบกับโรคมะเร็งตับที่พบโดยที่ไม่มีการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตาม	สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย)	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน
6	การพัฒนาระบบการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน	กรมแพทย์ทหารเรือ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7	ผลกระทบและมาตรการรองรับ กรณีการเปิดตลาดบริการ (ชุดที่ 7) ภายใต้อาเซียน ในสาขาสุขภาพ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8	รูปแบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เหมาะสมกับประเทศไทย	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9	การเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่ม opioid เพื่อการจัดการความปวดและการรักษาแบบประคับประคอง	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
10	การศึกษาต้นทุน ผลกระทบและความสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ของผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย	สถาบันธัญญารักษ์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
11	ผลของการให้หญ้าหนวดแมวสกัดในระยะยาวต่อการรักษาอาการอีสานรวมมิตร	สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน
12	การศึกษาเปรียบเทียบค่าต้นทุนประสิทธิผลการกดจุดบำบัดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบกับการแพทย์แผนไทย	สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
13	โครงการประเมินผลการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา	กองอนามัยเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
14	การศึกษาการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนย่าและเด็งกี่ในยุงลาย การตอบสนองของภูมิคุ้มกันในคน และพฤติกรรมป้องกันตนเองของประชาชน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
15	การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครัวเรือนของประชากรไทย พ.ศ. 2552	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
16	Inaccessibility of Thai patients with diffuse large B-cell lymphomas under universal coverage to Rituximab therapy	สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
17	Inaccessibility of Thai patients with hematologic disease under universal coverage to Bone Marrow Transplantation	สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
18	ศักยภาพและแนวทางการพัฒนาศักยภาพองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในบทบาทการควบคุมการระบาดโรคและ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
19	เรื่องการประเมินระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
20	การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงเชิงรุก (Active Surveillance) ต่อการติดเชื้อเอดส์ ในภาคเหนือของประเทศไทย	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
21	โครงการพัฒนาการผลิตยาสูตรตำรับโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยและประสิทธิผลของการใช้ยาแก่ผู้บริโภค	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
22	การประเมินประสิทธิผลของนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
23	บทบาทภาคเอกชนในการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในเด็ก 0-12 ปี ในเขตเมือง	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
24	ระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังและติดตามการรักษาอุบัติเหตุที่เกี่ยวกับฟัน อวัยวะช่องปาก ขากรรไกร และใบหน้า	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
25	โครงการวิจัยและพัฒนาระบบ Dental Decision Supported health 09 (DDSH09) ที่ช่วยตัดสินใจในการวางแผนการรักษา ควบคุม และประเมินผลคุณภาพบริการทางทันตกรรม	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ร่วมกับ กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงใหม่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
26	การออกแบบและสร้างเครื่องประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้องเชิงกรานสำหรับใช้ในโรงพยาบาลปฐมภูมิ	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
27	การป้องกันและแก้ไขปัญหาการขาดธาตุไอโอดีนในคนไทย โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์	ฝ่ายวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
28	การป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับ	ฝ่ายวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
29	การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	ฝ่ายวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
30	การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแพทย์ที่ผ่านการอบรมอาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน 2 เดือน ของกรมการแพทย์ และแพทย์ที่จบอนุมัติบัตร และ วุฒิบัตร สาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวช	กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
	ศาสตร์ ของแพทยสภา ซึ่งกันและกัน ในด้าน การให้การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน การให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่คนทำงาน การจัดโครงการป้องกันโรคจากการทำงาน การเฝ้าระวังและการลดโรคและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน		
31	เด็กไทยกับการส่งเสริมสุขภาพและชีวิตมีคุณค่าให้ผู้สูงอายุ	สำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
32	การศึกษาบทบาทขององค์กรภาครัฐและองค์กรภาคประชาชนในการร่วมกันขับเคลื่อนงานอนามัยเจริญพันธุ์ในชุมชน	กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
33	บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการเงินการคลังและบุคลากรต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ (กรณีศึกษาในเขตเทศบาลจังหวัดตรัง)	กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลห้วยยอด จ.ตรัง	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
34	การพัฒนานโยบายของรัฐเพื่อให้มีเภสัชกรปฏิบัติการในร้านยาตามกฎหมาย : บทบาทของภาครัฐ องค์กรวิชาชีพ สถาบันวิชาการ และองค์กรผู้บริโภค	สภาเภสัชกรรม	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
35	โปรแกรมสำหรับป้องกันและแก้ไขภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยในชุมชน - การสำรวจภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยในชุมชน - พัฒนาโปรแกรมเพื่อการป้องกันและแก้ไขภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยในชุมชน - ประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อการป้องกันและแก้ไขภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยในชุมชน - ต้นทุนประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและแก้ไขภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยในชุมชน	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
36	ผลของสื่อกิจกรรมบำบัดต่อเวลาการตอบสนอง การใช้เวลาว่าง และคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
37	การวิจัยภูมิปัญญาไทยเพื่อประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ (ตำรับยาไทย นวดไทย และหัตถการ อุปกรณ์ด้านการแพทย์แผนไทย)	สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทยและอาโรคยศาลา สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนา	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
		การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	
38	การศึกษาภูมิปัญญาไทยในการรักษาโรคเรื้อรัง	สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทยและอาโรคยศาลา สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
39	การวิจัยตำรับยาไทยเพื่อผลักดันเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ	สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทยและอาโรคยศาลา สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
40	ความคุ้มค่าและผลกระทบของการมียาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ในประเทศไทย	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
41	การศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบของการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผู้ปฏิบัติงานพ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรค	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
42	การศึกษาสถานการณ์ ระบบการขึ้นทะเบียนและการจัดบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในพื้นที่ตรวจราชการที่ 10 และ 12	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
43	บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับความเชื่อมโยงของหน่วยบริการสาธารณสุขต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน	สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
44	โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน	สำนักงานคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
45	การศึกาเชิงระบาดวิทยาระดับโมเลกุลของเชื้อเอกกรีเกติแบคเตอร์ แอคทิโนมัยซีเต็มโคมิแทนส์ที่ก่อโรคปริทันต์อักเสบชนิดรุกรานในวัยรุ่นจังหวัดเชียงใหม่	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
46	การศึกษาความคุ้มค่ากรณีการรักษาโรคประสาทหูเทียมด้วยวิธีการผ่าตัด	สำนักงานประกันสังคม	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
47	การศึกษาความคุ้มค่ากรณีการรักษาโรคพาร์กินสันด้วยวิธีการผ่าตัดใส่เครื่องกระตุกไฟฟ้าในสมอง	สำนักงานประกันสังคม	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
48	โครงการวิจัยปฏิบัติการเสริมสร้างพลังชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมชาวไทยภูเขาเผ่ามูเซอและลีซอ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนตามแนวทางพระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ (หมู่บ้านพมพ.) ภายใต้โครงการพัฒนาราษฎรชาวไทยภูเขาอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดแม่ฮ่องสอนและจังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2554-2556	ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
49	การประเมินความเชื่อมั่นคุณภาพของชุดน้ำยาตรวจวินิจฉัยน้ำยาสำเร็จรูป Viral markers ในเลือดที่จำหน่ายในประเทศไทย	กองชีววัตถุ	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
50	การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ของการปฏิบัติตามร่างพิธีสารว่าด้วยการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายที่มีต่อรายได้ของรัฐ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
51	ความต้องการของบุคลากรด้านสาธารณสุข : ปัจจุบันและอนาคต	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
52	จัดการความรู้ (KM): พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาวะชุมชน	ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
53	อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงวัยจากครัวเรือนถึงกลุ่มในชุมชน	ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
54	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระยยาวแก่เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด ซึ่งแก้ไขได้โดยการผ่าตัด	กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
55	การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองท้องถิ่น	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
			หลักประกันสุขภาพไทย
56	ระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
57	การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังแบบไร้รอยต่อในเขตกรุงเทพมหานคร	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
58	การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพเด็กเร่ร่อน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
59	การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
60	ความเสี่ยงทางกฎหมายในการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
61	ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ	สถาบันโรคทรวงอก	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน
62	ผลของการทำสมาธิในการลดความเครียด และความเจ็บปวดแผลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ	สถาบันโรคทรวงอก	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน
63	การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินอายุรกรรมหัวใจ	สถาบันโรคทรวงอก	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน
64	การประเมินความคุ้มค่าของการตรวจลักษณะทางพันธุกรรมของยีน HLA-B*1502 เพื่อป้องกันการเกิด Stevens-Johnson Syndrome (SJS) หรือ Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) จากยากันชัก	สมาคมประสาทวิทยา และสมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
65	ความต่อเนื่องของบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
66	การทำงานอย่างมีความสุขของบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
67	การพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืนด้วยการถ่ายทอดเทคโนโลยีสุขภาพสู่ชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม	สำนักวิชาสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและ

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
		พะเยา	นโยบายด้านสุขภาพ
68	ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคะแนน Patient activation measures-13 (PAM-13) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา จ. พระนครศรีอยุธยา	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว กองการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาล-พระมงกุฎเกล้า	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
69	ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนชีวิตของเยาวชน และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนประตูชัย อ.พระนครศรีอยุธยา จ. พระนครศรีอยุธยา	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว กองการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาล-พระมงกุฎเกล้า	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
70	ภาวะพึ่งพิงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์เมืองไทยแข็งแรงของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลไผ่ลิง อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว กองการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาล-พระมงกุฎเกล้า	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
71	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
72	โรคหลอดเลือดสมองในภาคเหนือของประเทศไทย	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
73	ปริมาณสารฆ่าแมลงในเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ ในเขต 7 ฝั่งอันดามัน	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ตรัง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
74	การพัฒนามาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพแบบพอเพียงด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับระบบการแพทย์แผนไทยในชุมชน	สมาคมวิชาชีพวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science Association)	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
75	บทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานีอามัยที่มีผลต่อการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพของกองทุนสุขภาพท้องถิ่น	สมาคมวิชาชีพวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science Association)	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
76	การวิจัยและพัฒนาระบบมาตรฐานงานป้องกันควบคุมโรคของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. ๒๕๕๑	สมาคมวิชาชีพวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science Association)	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
77	การวิจัยพัฒนาชุมชนต้นแบบพึ่งพาตนเองด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างยั่งยืนตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง	สมาคมวิชาชีพวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science Association)	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
78	การจัดการความรู้ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและโรงเรียนต่อการลดปัญหาโภชนาการเกินในวัยเด็ก	คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
79	Measurement of oxidative stress parameters using liquid chromatography tandem mass spectroscopy (LC-MS/MS)	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์พิษณุโลก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
80	กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนไทย	สำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
81	ข้อเสนอการจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่แบบปลายปิดที่กำหนดลงเงินค่าใช้จ่ายล่วงหน้าหรือการจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
82	ความคุ้มค่าของการใช้ยาโรคเรื้อรังในประชากรของกรุงเทพมหานคร	สำนักอนามัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
83	ความคุ้มค่าของบริการพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อคัดกรองปัญหาทางสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร	สำนักอนามัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
84	การสร้างเสริมสุขภาวะองค์รวมเพื่อสุขภาพแบบพอเพียง	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
85	การประเมินความคุ้มค่าและคุณภาพของการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
86	ผลกระทบของแรงงานต่างด้าวต่อระบบบริการสุขภาพในประเทศ	คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
87	ปัญหาภาวะภัยทางศีลธรรม (Moral Hazard) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย	คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
88	ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่มีต่อสถานพยาบาลและการเข้าถึงบริการของคนไทย	คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
89	การประเมินประสิทธิผลของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
90	ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
91	การนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้น่าจะมีผลต่การพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนในชนบทจังหวัดสกลนคร	สมาคมหมออนามัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
92	ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ในประเทศไทย	คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
93	โครงการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลของมาตรการที่แตกต่างกันในการป้องกันฟันผุในโรงเรียน	กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
94	การประเมินค่าดัชนีความเสี่ยงของการได้รับรังสีในธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้นของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดชุมพรก่อนการสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์	ภาควิชาฟิสิกส์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
95	การวิจัยและพัฒนาปฏิบัติการตามบทบาทและภารกิจของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ (สถานีอนามัย สถานีอนามัยถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน) ในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบบูรณาการเชิงพื้นที่	สภาการพยาบาล	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
96	การสำรวจจำนวนเด็กนักเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของศูนย์บริการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มีปัญหาเรื่องกระดูกสันหลังคด	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
97	ผลการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับการรักษาของศูนย์บริการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
98	การศึกษาทางระบาดวิทยาและเฝ้าระวังผู้ใช้สารเสพติดระดับประเทศ	สถาบันธัญญารักษ์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและ

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
			นโยบายด้านสุขภาพ
99	การนำเทคโนโลยีตัวแบบโครงข่ายประสาทเทียมมาใช้ในการจำแนกประเภทเซลล์มะเร็งปากมดลูกและการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
100	การนำ urease strip ไปใช้ในการตรวจหาปรอทในเครื่องสำอางประเภทครีมหน้าขาวและตรวจตะกั่วในถังน้ำดื่มตามโรงเรียน	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
101	การตรวจปริมาณเชื้อก่อโรคในอาหารอีสาน	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
102	ผลกระทบด้านงบประมาณที่ขาดดุลจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการด้านสุขภาพไทย	PReMa	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
103	ผลกระทบและปัจจัยในการเป็นศูนย์กลางการวิจัยทางคลินิกของประเทศไทย	PReMa	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
104	ผลกระทบและปัจจัยในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย	PReMa	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
105	ความต้องการบุคลากรด้านเวชกรรมฟื้นฟู	สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
106	การพัฒนาวัสดุเพื่อใช้ในงานกายอุปกรณ์	สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
107	ความต้องการการบริการด้านกายอุปกรณ์ของผู้พิการไทย	สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
108	ความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
109	การประเมินผลลัพธ์ ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เข้าร่วมในโครงการการให้บริการผู้ติด	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและ

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบกรทบทวนหัวข้อวิจัย
	เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	นโยบายด้านสุขภาพ
110	โครงการทบทวนระบบการดูแลแบบประคับประคอง	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
111	การปฏิรูปโครงสร้างกระทราวงสาธารณสุขและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพและคุณธรรมจริยธรรมในสังคมอย่างกว้างขวาง	โรงพยาบาลนพรัตรน์ราชธานี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
112	โครงการศึกษาต้นทุนกิจกรรมโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
113	คอรัปชั่นและความโปร่งใสในระบบสาธาณสุข	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
114	การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาของแพทย์และกลวิธีในการเปลี่ยนพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
115	ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามหลักการการสาธารณสุขมูลฐาน	ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

หัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี 2553
ที่ผ่านการคัดเลือกเบื้องต้น จำนวน 15 หัวข้อ

ทบทวนวรรณกรรมโดยใช้ฐานข้อมูล ได้แก่

1. Pubmed
2. ฐานข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย
3. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์อิเล็กทรอนิกส์ (TKC e-Thesis) โดยศูนย์กลางความรู้แห่งชาติ
5. Google Scholar
6. ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก WHO Document Center สำนักวิชาการสาธารณสุข

เกณฑ์การคัดเลือกมีจำนวน 8 เกณฑ์ ได้แก่

1. ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย
2. ขนาดของปัญหาสุขภาพ
3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิน
4. ผลกระทบด้านสังคม
5. ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน
6. มีความหลากหลายในทางปฏิบัติ
7. ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ
8. เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม

คะแนน / เหตุผล พร้อมทั้งผลการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นแต่ละหัวข้อเป็นดังนี้

ลำดับที่	หัวข้อวิจัย	หน่วยงานผู้ส่งหัวข้อวิจัย	คะแนนที่ได้
1.	บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	8
2.	การศึกษาปรากฏการณ์ Sisyphus syndrome ในรายจ่ายสุขภาพของประเทศ	คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	8
.3.	การศึกษาแนวทางลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	7
4.	การพัฒนาเครือข่ายสารสนเทศต้นแบบเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	สมาคมประสาทวิทยา	7
5.	การศึกษาอัตราการรอดชีวิต วิธีการรักษา ตลอดจนผลของการรักษาโรคมะเร็งตับที่พบจากการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตาม (screening และ surveillance) เปรียบเทียบกับโรคมะเร็งตับที่พบโดยที่ไม่มีการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตาม	สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย)	7
6.	การพัฒนาระบบการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน	กรมแพทย์ทหารเรือ	6
7.	ผลกระทบและมาตรการรองรับ กรณีการเปิดตลาดบริการ (ชุดที่ 7) ภายใต้อาเซียน ในสาขาสุขภาพ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	6
8.	รูปแบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เหมาะสมกับประเทศไทย	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	6
9.	การเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่ม opioid เพื่อการจัดการความปวดและการรักษาแบบประคับประคอง	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	6
10.	การศึกษาต้นทุน ผลกระทบและความสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ของผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย	สถาบันธัญญารักษ์	5
11.	ผลของการให้หญ้าหนวดแมวสกัดในระยะยาวต่อการรักษาอาการอีสานรวมมิตร	สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	5
12.	การศึกษาเปรียบเทียบค่าต้นทุนประสิทธิผลการกดจุดบำบัดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบกับการแพทย์แผนไทย	สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	5
13.	โครงการประเมินผลการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา	กองอนามัยเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธาณสุข	5
14.	การศึกษาการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนย่าและเด็งกี่ในยุงลาย การตอบสนองของภูมิคุ้มกันในคน และพฤติกรรมป้องกันตนเองของประชาชน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่	5
15.	การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครัวเรือนของประชากรไทย พ.ศ. 2552	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	5

หัวข้อที่ 1

ชื่อหัวข้อวิจัย บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ประเด็นปัญหา ได้แก่

1. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำลายสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม จึงไม่ใช่สินค้าธรรมดา การแสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีบทบาทอย่างไรในการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชนให้เป็นรูปธรรม
2. การดำเนินงานเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการเป็นนักดื่มหน้าใหม่ในหมู่เยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการขยายตลาดธุรกิจสุรา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทและแนวทางการดำเนินการอย่างไร
3. ผลกระทบต่อชุมชนในการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันหยุดราชการเทศกาลสำคัญ
    - การห้ามจำหน่ายในวันพระใหญ่ 4 วัน (วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันมาฆบูชา วันเข้าพรรษา) มีผลกระทบต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนลดลงหรือไม่
    - การห้ามจำหน่ายในวันเทศกาลสำคัญ วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ มีผลกระทบต่อการบริโภคเรื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนลดลงหรือไม่
    - ควรห้ามจำหน่ายสุราในวันเทศกาลสำคัญอื่นๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ หรือวันอื่นหรือไม่
4. เรื่องผลกระทบต่อชุมชนในการดำเนินมาตรการทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
    - การรับรู้ของประชาชนในชุมชนต่อมาตรการทางกฎหมายที่ผ่านมาอย่างไร (การบังคับใช้กฎหมาย การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์)
    - การละเมิดกฎหมายในสถานที่ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมาย ได้แก่ สถานที่ราชการ สถานศึกษา ศาสนสถาน ปั้มน้ำมัน สวนของสาธารณะของราชการ ลดลงหรือไม่

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาใหญ่ของสังคมไทยที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนาน จากผลการสำรวจพบว่า คนไทยดื่มเหล้ามากเป็นอันดับ 5 ของโลก หรือคิดเป็นจำนวนร้อยละ 35 ของจำนวนประชากรไทยทั้งประเทศ ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ได้ขยายตัวออกไปเป็นวงกว้างทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ทำให้ปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ได้กลายเป็นประเด็นปัญหาในสังคมไทย และก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิด และบุคคลอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการทะเลาะวิวาท ความรุนแรงและอุบัติเหตุ ดังนั้นกล่าวได้ว่า ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นประเด็นสาธารณะทั้งในระดับชาติและระดับชุมชน

ในระดับชุมชน มีการดำเนินการเพื่อลด ละ เลิก บริโภคแอลกอฮอล์ในพื้นที่ต่างๆ ของเครือข่ายทางสังคมและชุมชนต้นแบบ สามารถยกระดับประเด็นปัญหาผลกระทบอันเกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ให้เป็นประเด็นสาธารณะ ที่ชุมชนให้ความสนใจ และทำให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกัน อีกทั้งในนโยบายกระจายอำนาจการปกครองท้องถิ่นกำหนดบทบาทหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในชุมชน โดยประสานในเชิงวิชาการกับหน่วยงานต้นเรื่อง เพื่อเกิดกระบวนการการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข สามารถวางแผนกำหนดมาตรการเชิงนโยบายสอดคล้องกับมิติทางสังคม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการขับเคลื่อนสังคมไปสู่การลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนสังคมไปสู่สังคมปลอดภัยสุราในที่สุด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยหัวข้อนี้

1. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. เพื่อส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้และช่วยเสริมสร้างให้คนไทยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ ในทิศทางที่ดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นการรื้อฟื้นวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคมไทย เพื่อเป็นบรรทัดในการกำหนดมาตรการทางสังคม
3. เพื่อกระตุ้นให้องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น ตระหนักถึงบทบาทตามกฎหมาย สนองตอบความคาดหวังในการดำเนินการแก้ไขปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน
4. เพื่อประเมินผลการควบคุมและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสามารถนำไปพัฒนาระบบบริหารการปฏิบัติงานระดับสำนักงาน สู่ระดับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชน

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย
2. ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ
3. มีแนวโน้มก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพ
4. มีแนวโน้มก่อให้เกิดผลกระทบด้านศีลธรรม จริยธรรมในสังคมวงกว้าง

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	สามารถขยายผลต่อจากการวิจัยไปเป็นแนวทางในเชิงนโยบายได้ โดยการขยายพื้นที่การดำเนินงาน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดโรคภัยกว่า 60 ชนิด ในประเทศไทยนั้นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพลำดับที่สอง โดยก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ 8.1 ของภาระโรคทั้งหมด	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีมูลค่าสูง 1.51 แสนล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 1.97 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภคเท่านั้น ครอบครัว บุคคลรอบข้าง ชุมชน สังคม และประเทศ ล้วนมีส่วนแบกรับภาระจากผลกระทบ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับการจัดทำมาตรการในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	

6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	พื้นที่จะมีความแตกต่างของวัฒนธรรมและบริบทของชุมชน จึงส่งผลให้มีความหลากลายในการปฏิบัติ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้ในการขยายผลสู่การปฏิบัติเนื่องจากชุมชนให้ความสนใจแต่ขาดต้นแบบในทางปฏิบัติ	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นความสนใจเฉพาะกลุ่ม แต่มีศักยภาพ ในการใช้ประโยชน์สูง เนื่องจาก คณะกรรมการกระจายอำนาจให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธานได้รับเรื่องในการประกาศให้ปัญหาแอลกอฮอล์เป็นวาระประจำท้องถิ่น	
รวม	8		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และคณะ. การขับเคลื่อนทางสังคมด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ : ผลการประเมินปี2548 - 2549. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). 2549.
2. คณะทำงานภาระโรคแลและภาระจากปัจจัยเสี่ยง.โครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย ปี พ.ศ.2547. นนทบุรี. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). 2550.
3. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ รายงานการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย . พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). 2551.

หัวข้อที่ 2

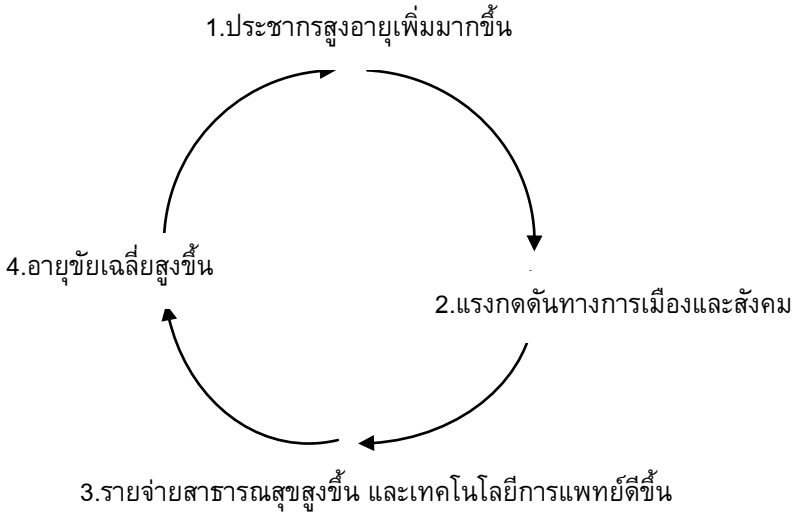
ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาปรากฏการณ์ Sisyphus syndrome ในรายจ่ายสุขภาพของประเทศ

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

เนื่องจาก Sisyphus syndrome เป็นปรากฏการณ์ทางพลวัตที่มีการเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการเพิ่มรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีวัฏจักร ดังรูป



การที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อรัฐในทางการเมือง คือผู้มีสิทธิออกเสียงเลือกตั้งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น รัฐต้องเพิ่มรายจ่ายด้านสาธารณสุขเป็นสวัสดิการให้กับกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่น นอกจากนี้รัฐยังต้องรับภาระโดยตรง เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมต่างๆของประเทศให้พอเพียง จากรายจ่ายสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่การพัฒนาเทคโนโลยีและคุณภาพการบริการสาธารณสุขที่ดีขึ้น ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น ทำให้ประเทศมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งปัญหา Sisyphus syndrome เป็นที่สนใจและมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มประเทศ OECD (The Organization for Economic Cooperation and Development) เช่น สาธารณรัฐเกาหลี สมาพันธรัฐสวิส ราชอณาจักรสวีเดน เป็นต้น สำหรับประเทศไทยไม่ได้เป็นสมาชิกของกลุ่ม OECD และยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับ Sisyphus syndrome ที่มีต่อรายจ่ายสุขภาพของประเทศ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ Sisyphus syndrome ที่มีต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศในอนาคต

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายของการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จึงควรมีการศึกษาวิจัยในหัวข้อข้างต้น เพื่อประเมินสภาพปัญหา ผลกระทบต่อความยั่งยืนทางการคลัง โดยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้คือความแม่นยำของการประมาณการรายจ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศในอนาคต ตลอดจนเป็นการช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดการเข้าสู่วัฏจักรดังกล่าว สามารถนำไปสู่การออกแบบโครงสร้างการใช่จ่ายสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	ประเทศไทยได้เข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (population ageing) พบว่าแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2010, 2015 และ 2050 คิดเป็น 11.4 %, 14.0% และ 30% ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ และคาดว่าในปี 2020 จะมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็กและวัยทำงาน รวมถึงอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดถูกคาดการณ์จะเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2025-2030 และ เป็น 76.8 และ 79.1 ปี ปัญหาผู้สูงอายุต้องกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ เพื่อให้หลายหน่วยงานควรเตรียมตัวรองรับการทำงานเพื่อประชากรสูงอายุไว้แต่เนิ่นๆและทำอย่างต่อเนื่อง	สภาพัฒน์เป็นผู้เสนอจึงมีแนวโน้มอาจจะใช้ในเชิงนโยบายเพื่อเสนอต่อกระทรวงการคลัง
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	กลุ่มผู้สูงอายุมีแบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งมักมีขนาดค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าประชากรในกลุ่มอายุอื่น และการรักษาต้องใช้เวลานานและอาจมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ (ร่างประกาศกระทรวงเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานบริการ) นอกจากนี้กลุ่มสูงอายุเป็นโสดมากขึ้น และบางกลุ่มต้องการลูกหลานดูแลแต่ลูกหลานอาจจะดูแลไม่ดี เนื่องจากมีปัญหาเรื่องรายได้ และสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังไม่ครอบคลุมทุกโรค	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ผู้สูงอายุมีรายได้และเงินออมที่ลดลงทำให้ไม่สามารถลงทุนดูแลสุขภาพของตนเองได้มากนัก เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาที่สูงขึ้น ถึงแม้รัฐสนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ 300 บาท /เดือน สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อปี	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	ผู้สูงอายุมักถูกละเลย อัตราส่วนคนวัยทำงานจะมีเวลาดูแลคนแก่ในแต่ละครอบครัวลดน้อยลง โดยเฉพาะกับคนแก่ที่ป่วยเรื้อรัง หน่วยงานรัฐต้องเข้ามาจัดระบบสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากมาย แต่ยังไม่มีการศึกษาหาหลักฐานเกี่ยวกับ Sisyphus syndrome ในประเทศไทย Sisyphus syndrome ทำในประเทศกลุ่มฯ OECD โดยที่ Sisyphus syndrome อาจเกิดในบางช่วงระยะเวลา และก็หายไป แล้วเกิดใหม่อีกก็ได้	

6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านการรักษาพยาบาล และการดูแลที่แตกต่างจากกลุ่มบุคคลทั่วไป ดังนั้นเพื่อให้การจัดบริการของสถานพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ร่างประกาศกระทรวงเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานบริการ)	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	ด้านการจัดเตรียมของผู้ให้บริการ ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ การใช้ทรัพยากรเฉพาะกลุ่มเป็นไปอย่างคุ้มค่า จึงเป็นการสมควรกำหนดการให้บริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาล เป็นไปอย่างมีมาตรฐาน สามารถคุ้มครองผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ร่างประกาศกระทรวงเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานบริการ)	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	รัฐกำหนดเป็น National Plan for Older Persons (2002-2021) ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีคุณภาพ มีการสนับสนุนทางด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพอย่างทั่งถึง	
รวม	8		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ณหทัย วงศ์ปการันย์. จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551, 53(ฉบับผนวก 1): 39s-46s.
2. จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ปัญหา ‘คนชรา’ ต้องเป็นวาระแห่งชาติ?’ หนังสือพิมพ์คมชัดลึก วันอาทิตย์ที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2552 หน้า 13
3. อำนวย กาจีนะ และ จินตนา ศรีวงษา. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย: ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับกลุ่มสูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม 2541,21(ฉบับที่ 4: ตค-ธค).
4. UNFPA Thailand. Population ageing in Thailand: prognosis and policy response (online). Available: 2006.
5. Zweifel P, Steinmann L, Eugster P: The Sisyphus syndrome in health revisited. International Journal of Health Care Finance and Economics 2005, 5: 127-145.

หัวข้อที่ 3

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาแนวทางลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

สถิติการตั้งครรภ์และการคลอดของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีจากข้อมูลการแจ้งเกิดของสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ.2547, 2548, 2549, 2550 และ 2551 คิดเป็นร้อยละ 18, 19, 20, 19 และ 20 ตามลำดับ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือหญิงที่อายุต่ำกว่า 20 ปีนี้ จะพบความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะซีด การติดเชื้อแบคทีเรีย การคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้หญิงมีครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี มีอัตราการคลอดตายสูงเป็น 2-5 เท่าของหญิงมีครรภ์ที่มีอายุ 20-29 ปี ในกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อาจนำไปสู่การทำแท้ง ซึ่งจากการสำรวจสถานการณ์การทำแท้งในประเทศไทยในปี 2542 พบว่ามีผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทั่วประเทศด้วยภาวะแท้งบุตรจำนวน 45,990 ราย เป็นการทำแท้งร้อยละ 29 และร้อยละ 30 ของการทำแท้งเป็นหญิงที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อุ้งเชิงกรานอักเสบ ภาวะตกเลือด มดลูกทะลุ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการทำแท้งแต่ละครั้งโดยเฉลี่ย 2,684 บาท และหากมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการทำแท้งและต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยครั้งละ 21,024 บาท และพบว่าค่าประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการทำแท้งและการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในปี 2542 คิดเป็นเงินมากกว่า 400 ล้านบาท และภายหลังคลอดอาจพบภาวะทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และเกิดปัญหาความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนั้นยังอาจก่อให้เกิดผลกระทบในด้านจิตใจของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยยังไม่ได้แต่งงาน เช่น ความเครียด หรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองในกรณีที่ตั้งครรภ์ในขณะที่กำลังศึกษาอาจถูกพักการเรียนหรือถูกให้ออกจากดรงเรียนทำให้สูญเสียโอกาสทางการศึกษา

ปัจจุบันการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในการรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว เช่น การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อเด็กและเยาวชน การให้บริการให้คำปรึกษาผ่านสื่ออินเทอร์เนต การผลักดันให้มีการจัดตั้งบริการสุขภาพวัยรุ่น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขที่ผ่านมายังขาดการประสานงานระหว่างองค์กรที่ทำงานด้านนี้อย่างจริงจัง ทำให้การทำงานเป็นไปในลักษณะทำงานแยกส่วนและไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. แม้จะมีการทำวิจัยมาก่อนแต่ยังไม่มีรูปแบบที่เป็นแนวทางร่วมกันที่ชัดเจนของหน่วยงานต่าง ๆ
2. ก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างมากทั้งต่อคุณภาพชีวิตของแม่และเด็กที่เกิดมา
3. ก่อให้เกิดผลกระทบด้านศีลธรรมจริยธรรมในสังคมอย่างกว้างขวาง

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	อาจนำไปสู่แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามประเด็นยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขในการลดปัจจัยเสี่ยงเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น	มีหลายหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	สถิติการตั้งครรภ์และการคลอดประมาณของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 18-20 ต่อปี	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ค่าประมาณการความสูญเสียจากการทำแท้งและการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในปี 2542 มากกว่า 400 ล้านบาท	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	กระทบต่อการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เช่น หากไม่สามารถศึกษาต่อได้กลุ่มนี้จะกลายเป็นแรงงานราคาถูกหรือไร้อาชีพ นอกจากนั้นอาจเกิดปัญหา การยอมรับจากสังคมทั้งในระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด การทอดทิ้งและทำร้ายเด็ก การขาดความพร้อมที่จะเลี้ยงเด็กที่นำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัว	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบการทำวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการลดปัญหาการตั้งครรภ์ที่เป็นระบบ	มีการทำวิจัยเรื่องปัจจัยแต่แนวทางการแก้ไขปัญหายังไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหา
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่พบความหลากหลายในทางปฏิบัติ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้หากเป็นนโยบายระดับกรม	มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	อยู่ในความสนใจของสาธารณชนในปัจจุบัน	
รวม	7		

3. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย. ข้อมูลการแจ้งเกิด.
2. สิริวรรณ ธัญญผล (2548). ค่านิยมทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงของสตรีวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลสตรี) .บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. กองอนามัยการเจริญพันธ์ (2542). สถานการณ์แท้งในประเทศไทย. นนทบุรี: กองอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

หัวข้อที่ 4

ชื่อหัวข้อวิจัย การพัฒนาเครือข่ายสารสนเทศต้นแบบเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย สมาคมประสาทวิทยา

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิง และเป็นอันดับสามในผู้ชาย นอกจากนี้ยังทำให้สูญเสียเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ป่วยและญาติรวมถึงค่ารักษาพยาบาลที่รัฐต้องสูญเสียหลายพันล้านบาทต่อปี ในปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันได้มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือดได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามหากดูจากสถิติจะพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันจำนวน 100 คนที่มาถึงโรงพยาบาลได้ทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ มีเพียง 5 รายเท่านั้นที่จะได้รับยาละลายลิ่มเลือด ส่วนอีก 95 รายที่ไม่ได้รับยานั้น เกิดขึ้นจากความล่าช้าในขบวนการตัดสินใจ เนื่องจากต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจคอมพิวเตอร์สมองและการตัดสินใจขั้นสุดท้ายของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ความล่าช้าเหล่านี้มีผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้การรักษาอย่างทันท่วงที

ในต่างประเทศได้พัฒนาเครือข่ายสารสนเทศ ที่จัดรูปแบบเป็นเครือข่ายโดยอาศัยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองเป็นศูนย์กลาง จะดูแลโรงพยาบาลลูกข่ายจำนวนหนึ่ง หากมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเข้ามาในโรงพยาบาลเหล่านี้ โรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นแม่ข่ายสามารถได้รับข้อมูลในเวลาอันรวดเร็วทั้งผลทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจคอมพิวเตอร์สมอง ร่วมกันวินิจฉัยและให้การรักษาได้อย่างทันท่วงทีและช่วยให้โรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถพัฒนาศักยภาพของตนซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย และเพิ่มโอกาสของการรักษาทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถฟื้นตัวได้ดี ไม่เป็นภาระต่อครอบครัว สามารถกลับไปทำงานได้ รัฐสามารถลดค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

ประเทศไทยมีการใช้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันในหลายโรงพยาบาล แต่ยังขาดเครือข่ายสารสนเทศที่จะช่วยเพิ่มศักยภาพไปยังโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง ดังนั้นวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อพัฒนาต้นแบบของเครือข่ายสารสนเทศเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน เพื่อให้กระจายไปทั่วประเทศต่อไป

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

หัวข้อวิจัยนี้จะมีประโยชน์กล่าวคือ

1. สร้างต้นแบบเครือข่ายสารสนเทศ ให้โรงพยาบาลตติยภูมิได้รับข้อมูลอย่างรวดเร็วและให้การรักษาอย่างทันท่วงที
2. เพิ่มโอกาสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันให้ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
3. นำผลงานต้นแบบไปปรับใช้และสร้างเครือข่ายให้เกิดขึ้นทั่วประเทศไทย
4. ลดค่าใช้จ่ายของรัฐในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	โรคหลอดเลือดสมองเป็นนโยบายสำคัญ ที่น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการรักษา การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เป็นภาระโรคลำดับแรกๆของประเทศ มีความสูญเสียทั้งการตายและความพิการ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	เป็นโรคที่ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูง ทั้งด้านผลิตภาพและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	การลดความพิการและช่วยชีวิต เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มความเป็นธรรมทางสังคม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	คิดว่ายังไม่มีการพัฒนาในลักษณะเครือข่าย	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	มีการปฏิบัติที่หลากหลาย และไม่เชื่อมโยง ขาดมาตรฐานทำให้การบริการขาดคุณภาพ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	เป็นไปได้ เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลขนาดเล็กมีระบบสารสนเทศพื้นฐานของโรงพยาบาลอยู่แล้ว	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เป็นโรคในบางกลุ่มอายุ สังคมทั่วไปไม่ค่อยตระหนัก	
รวม	7		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 5

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาอัตราการรอดชีวิต วิธีการรักษา ตลอดจนผลของการรักษาโรคมะเร็งตับที่พบจากการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตาม (screening และ surveillance) เปรียบเทียบกับโรคมะเร็งตับที่พบโดยที่ไม่มีการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตาม

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

เนื่องจากโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศไทย คือ มะเร็งตับ โดยสาเหตุสำคัญเกิดจาก การดื่มสุราเป็นประจำ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ ประเภทปลา เช่น ปลาร้า การติดตาม โดยการ Screening และ Surveillance ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการติดตามเฝ้าระวัง

จากการศึกษา Randomized controlled trial ของ Zhang BH และคณะ เมื่อปี 2004 ในอาสาสมัครจำนวน 18,816 ราย ที่มีการติดเชื้อ Hepatitis B หรือมีประวัติ Chronic hepatitis ในจังหวัด Shanghai ประเทศจีน โดยอาสาสมัครกลุ่ม Screening จะได้รับการตรวจ AFP และ Ultrasonography ทุก 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าอัตราการตายจากการเป็น Hepatocellular carcinoma ของกลุ่ม Screening ต่ำกว่ากลุ่ม Control อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mortality rate ratio 0.63 (95%CI 0.41-0.98)

ในขณะเดียวกันยังการศึกษาแบบ Randomised controlled trial ของ Chen JG และคณะ ปี 2003 ในอาสาสมัคร 5,581 ราย ที่มีการติดเชื้อ Hepatitis B ในจังหวัด Jiangsu ประเทศจีน โดยอาสาสมัครกลุ่ม Screening จะได้รับการคัดกรองโดยการตรวจ AFP ทุก 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าอัตราการตายของกลุ่ม Screening ไม่แตกต่างจากกลุ่ม Control (1138 และ 1114 per 100,000 person-years ตามลำดับ)

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. คนไทยที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับเป็นจำนวนหรือสัดส่วนเท่าไรที่ได้รับการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังและติดตามโรคมะเร็งตับ
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับที่พบจากการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตามมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งตับที่พบโดยที่ไม่ได้มีการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตามหรือไม่ อย่างไร
3. การตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตาม จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับระยะต้นนี้ได้รับการรักษาแบบ Curative treatment (เช่น การผ่าตัด, การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ และ local ablative therapy: radiofrequency ablation, percutaneous alcohol injection) มากน้อยเพียงใด และ ได้รับผลตอบสนองต่อการรักษาแตกต่างจากโรคมะเร็งตับที่ไม่ได้มีการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังหรือติดตามหรือไม่

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศไทย คือ มะเร็งตับ
2. หากการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตามมะเร็งตับในคนไทยที่ป่วยด้วยโรคตับมีประโยชน์ในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิต ก็ควรที่จะสนับสนุนให้มีการคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตามโรคมะเร็งตับในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงของการเป็นโรคมะเร็งตับ เพื่อลดค่าใช้จ่ายและภาระทางการคลังของรัฐบาลในการรักษาโรคมะเร็งตับ เนื่องจากค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคมะเร็งตับมีมูลค่าสูง

3. จะช่วยให้พบผู้ป่วยโรคมะเร็งตับระยะต้นได้เร็วและทำให้ ได้รับการรักษาแบบ Curative treatment อย่างทันท่วงที

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	เป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยในประเทศ และมีนโยบายไม่ชัดเจน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เป็นสาเหตุการตายในคนอายุน้อย	เหตุผลอ้างอิงของ BOD เป็นโรคมะเร็งที่เป็นเป็นอันดับต้นๆ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	เป็นสาเหตุการตายในคนอายุน้อย	การคัดกรอง AFP หรือ Ultrasound มีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพค่อนข้างมาก
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		ไม่มีผลด้านจริยธรรม และไม่ได้เป็นโรคสังคมรังเกียจหากมีการคัดกรอง
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบการวิจัยในประเทศไทยมาก่อน	ไม่พบการวิจัยเรื่อง survival ของการคัดกรอง แต่มีการศึกษา survival ของโรคมะเร็งตับ
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	การรักษาขึ้นอยู่กับรูปแบบการจ่ายค่าบริการ ระบุความหลากหลายใน CPG ที่มี	เนื่องจากไม่มีความชัดเจน จึงน่าจะมีความหลากหลาย
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1		ตัว test มีอยู่แล้วในสถานพยาบาล และการทำ ultrasound สามารถทำได้ในสถานพยาบาล
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1		มีผู้ป่วยมากทำให้เป็นที่รู้จักในสังคม
รวม	7		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. J Cancer Res Clin Oncol. 2004 Jul; 130(7): 417-22.
2. Chen JG, Parkin DM, Chen QG, Lu JH, Shen QJ, Zhang BC, Zhu YR. Screening for liver cancer: results of a randomised controlled trial in Qidong, China. J Med Screen. 2003;10(4): 204-9.

หัวข้อที่ 6

ชื่อหัวข้อวิจัย การพัฒนาระบบการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ กระทรวงกลาโหม

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

การคัดกรองสุขภาพ (screening) มี 2 ประเภทคือ

1. การคัดกรองโรค (disease screening) เป็นการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกและการวินิจฉัยโรคโดยเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดอัตราความพิการ และช่วยลดการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยโรคติดต่อไปสู่บุคคลอื่นได้ ในโรคเรื้อรังมักมีอาการป่วยแบบค่อยเป็นค่อยไป การค้นหาผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มจึงช่วยให้การรักษามีโอกาสหายมากขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด การผลิตและพัฒนาการทดสอบเพื่อค้นหาโรคและวินิจฉัยโรค โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการทดสอบอื่นๆ ทำให้สามารถแยกผู้ป่วยหรือผู้ที่มีสิ่งผิดปกติในร่างกายได้
2. การคัดกรองความเสี่ยง (risk screening) คือคัดกรองว่าใครมีโอกาสมีปัญหาสุขภาพบ้าง เป็นการตรวจเพื่อประเมินพฤติกรรมว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง เพื่อนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น

ปัจจุบันสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชนขึ้นอยู่กับสิทธิประกันสุขภาพของแต่ละบุคคลซึ่งจำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

- สิทธิข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และผู้ที่ได้รับเบี้ยหวัดบำนาญ ถือปฏิบัติตามระเบียบเบิกจ่ายของกรมบัญชีกลาง ซึ่งมีหลักเกณฑ์ดังนี้คือ ต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของทางราชการ การตรวจสุขภาพให้ตรวจตามปีงบประมาณปีละ 1 ครั้ง เห็นควรกำหนดให้พบแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาก่อนการตรวจสุขภาพประจำปีทุกครั้ง และค่าตรวจสุขภาพให้เบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนดโดยอาศัยตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549
- สิทธิประกันสังคม ไม่ครอบคลุมสิทธิในการตรวจสุขภาพประจำปี การคุ้มครองจะเป็นในลักษณะของประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย แต่พนักงานหรือลูกจ้างในบริษัทหรือหน่วยงานต่างๆ จะได้รับสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปีจากหน่วยงานนั้นๆ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ซึ่งมีบทบัญญัติในหมวด 8 (มาตรา 100-107) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมาตรา 107 ซึ่งระบุว่า “ให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง และส่งผลการตรวจดังกล่าวแก่พนักงานตรวจแรงงาน ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง"
- สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถใช้สิทธิการตรวจสุขภาพประจำปีได้ แต่การตรวจสุขภาพในที่นี้ หมายถึง การตรวจคัดกรองความเสี่ยง เพื่อตรวจสุขภาพทั่วไปตามความจำเป็น และค้นหาประวัติและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตามดุลยพินิจและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งได้แก่ การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก (จ่ายครั้งเดียว 50 บาท/ราย/ปี) ตรวจหามะเร็งปากมดลูก (ไม่เกินรายละ 250 บาท/ราย) การตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยฮอร์โมนในทารกแรกเกิด กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งงบไว้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 20 เฉลี่ย 271.79 บาท/คน ตามแนวทางในการปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ระบบการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนควรเป็นอย่างไร

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

- ระบบการคัดกรองทางสุขภาพ จะนำมาซึ่งการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชนอันจะส่งผลต่อการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาวะที่ดี
- นำมาซึ่งการกำหนดนโยบายในการคัดกรอง การตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับประชาชนในวัยต่างๆ
- รัฐสวัสดิการจะนำไปกำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพบุคลากรได้อย่างเหมาะสม

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	ผลการประเมินความคุ้มค่าของการคัดกรองสามารถนำไปใช้ในการกำหนดเกณฑ์ในการคัดกรองที่เหมาะสม เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถนำไปประมาณการได้ว่าประเทศชาติสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้เท่าไหร่	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เกี่ยวข้องกับประชาชนทุกคน ดังนั้นจึงอาจมีผลกระทบต่อคนในสังคมมาก	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	หากประมาณการค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชนทุกคนเป็น 430-1 ,050 บาท /คน (ใช้การประมาณจากข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของข้าราชการจากกรมบัญชีกลาง) [1] หากคิดว่าประชาชนทุกคนประมาณ 63 ล้านคน(100 %) ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี รัฐบาลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งหมด 27,090-66,150 ล้านบาท	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่น่าจะก่อให้เกิดผลกระทบด้านสังคม เนื่องจากประชาชนบางส่วนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่แล้วจากสวัสดิการในที่ทำงาน หรือถ้าเป็นข้าราชการก็มีบางส่วนที่เบิกได้อยู่แล้ว ถ้าจะเป็นปัญหาก็อาจเกิดในประชาชนที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของความไม่ครอบคลุม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่มีผู้ทำวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่าของการคัดกรองทางสุขภาพและไม่มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการหาเกณฑ์ที่เหมาะสมในการคัดกรองทางสุขภาพ มีเพียงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองเฉพาะโรคในกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น มีหัวข้อการคัดเลือกหัวข้อสำหรับประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ประจำปี 2552 คือ การตรวจสุขภาพประจำปี ตามระเบียบเบิกจ่ายกรมบัญชีกลาง (ข้าราชการ) เปรียบเทียบกับการตรวจ	

		สุขภาพตามความเสี่ยงของบุคคล	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	มีความหลากหลายในทางปฏิบัติเนื่องจากการคัดกรองทางสุขภาพของบุคคลยังไม่มีเกณฑ์หรือมาตรฐานที่ชัดเจนและเหมาะสม นอกจากนี้อาจไม่ครอบคลุมทุกโรคและยังมีความแตกต่างกันในแต่ละชุดสิทธิประโยชน์	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติ หากมีการกำหนดนโยบายเรื่องเกณฑ์หรือมาตรฐาน การคัดกรองให้เหมาะสม	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	อาจไม่เป็นที่สนใจของสาธารณะ เนื่องจากเป็นการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค ยังไม่เกิดโรคซึ่งเป็นปัญหาที่สังคมจะตระหนักมากกว่า	
รวม	6		

3. เอกสารอ้างอิง

1. อรพิณ กฤษณเกรียงไกร. การคัดกรองโรค.
2. อดุลย์ บัณฑุกุล. การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง. 2009.
3. กรมบัญชีกลาง.กระทรวงการคลัง. อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ. 2551.
4. กระทรวงแรงงาน. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานพ.ศ.2541. 2541.
5. สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ.สำนักงานประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้า. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายปีงบประมาณ2553. 2552.

หัวข้อที่ 7

ชื่อหัวข้อวิจัย ผลกระทบและมาตรการรองรับ กรณีการเปิดตลาดบริการ (ชุดที่ 7) ภายใต้อาเซียนในสาขาสุขภาพ

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

อาเซียนให้ความสำคัญในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางเศรษฐกิจร่วมกันอย่างต่อเนื่อง หลังจากการดำเนินการไปสู่การจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียนหรืออาฟตา (ASEAN Free Trade Area: AFTA) ได้บรรลุเป้าหมายในปี 2546 ที่ประชุมสุดยอดอาเซียน (ASEAN Summit) ครั้งที่ 8 เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2545 ได้เห็นชอบให้อาเซียนกำหนดทิศทางการดำเนินงานเพื่อมุ่งไปสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชาคมเศรษฐกิจยุโรป (European Economic Community: EEC) และให้อาเซียนปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานภายในของอาเซียนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในการประชุมสุดยอดอาเซียนในปี 2546 ผู้นำอาเซียนได้ออกแถลงการณ์ Bali Concord II เห็นชอบให้มีการรวมตัวไปสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนหรือ AEC ภายในปี 2563 และให้เร่งรัดการรวมกลุ่มเพื่อเปิดเสรีสินค้าและบริการสำคัญ 11 สาขา (priority sectors) ได้แก่ การท่องเที่ยว การบิน ยานยนต์ ผลิตภัณฑ์ไม้ ผลิตภัณฑ์ยาง สิ่งทอ อิเล็กทรอนิกส์ สินค้าเกษตร ประมง เทคโนโลยีสารสนเทศและสุขภาพ

AEC มีแนวคิดว่าอาเซียนจะกลายเป็นเขตการผลิตเดียว ตลาดเดียว (Single market and production base) นั่นหมายถึงจะต้องมีการเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตได้อย่างเสรี สามารถดำเนินกระบวนการผลิตที่ใดก็ได้ โดยสามารถใช้ทรัพยากรจากแต่ละประเทศ ทั้งวัตถุดิบและแรงงานมาร่วมในการผลิต มีมาตรฐานสินค้า กฎเกณฑ์กฎระเบียบเดียวกัน

ประเทศกลุ่มสมาชิกอาเซียนได้เจรจาการค้าบริการภายใต้กรอบความตกลง (ASEAN Framework Agreement on Services: AFAS) เพื่อเปิดตลาดการค้าบริการระหว่างกันภายในกลุ่มอาเซียนให้มากขึ้นกว่าในกรอบความตกลงจาก WTO โดยได้เริ่มดำเนินการเจรจาตั้งแต่ปี 2539 นับตั้งแต่ความตกลง AFAS มีผลใช้บังคับ อาเซียนเจรจาการค้าบริการมาแล้ว 4 รอบ ขณะนี้อยู่ระหว่างการเจรจารอบที่ 5 เพื่อจัดทำข้อผูกพันเปิดตลาดการค้าบริการชุดที่ 7 (7th Package) ซึ่งมีกำหนดต้องเสร็จภายในปี 2551 เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายในแต่ละช่วงที่กำหนดตามแผนดำเนินการเพื่อนำไปสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC Blueprint) โดยใน AEC Blueprint ได้ระบุให้สมาชิกต้องเปิดตลาดตามเป้าหมายที่กำหนดจนถึงปี พ.ศ. 2558 สาขาสุขภาพเป็นสาขาบริการที่เร่งรัดให้มีการเปิดตลาดและ กำหนดระดับเปิดตลาดโดยให้ต่างชาติซึ่งอยู่นอกอาณาเขตไทยเข้ามาใช้บริการข้ามพรมแดนเข้ามาในประเทศไทย ขณะเดียวกัน อนุญาตให้คนไทยเดินทางไปใช้บริการในต่างประเทศได้ ต้องอนุญาตให้นักลงทุนอาเซียนเข้ามาถือหุ้นได้ในนิติบุคคลที่ให้บริการไม่น้อยกว่า 51% ภายในปี พ.ศ. 2551 และเพิ่มเป็น 70% ภายในปี พ.ศ. 2553

AEC กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับมาตรการร่วมที่จะใช้กับการรวมกลุ่มสินค้าและบริการสำคัญทุกสาขาและมีสาระสำคัญได้แก่ การเปิดเสรีการค้าสินค้า การค้าบริการ การลงทุน การอำนวยความสะดวกด้านการค้าและการลงทุนและการส่งเสริมการค้าและการลงทุน และความร่วมมือในด้านอื่นๆ โดยสาขาสุขภาพเป็นหนึ่งในเรื่องที่ถูกกำหนดให้เป็นสาขานำร่องของการรวมกลุ่มดังกล่าว ดังนั้นควรต้องมีการศึกษาเพื่อกำหนดแนวทาง หรือมาตรการในการรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย และการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขในการจัดบริการของสถานพยาบาลภาครัฐเอกชนภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นพบว่า การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพภายใต้กรอบอาเซียน ได้คาดการผลกระทบไว้เบื้องต้นดังนี้

- การเปิดให้ต่างชาติเข้ามารับบริการในประเทศไทยทำให้มีรายได้เข้าประเทศเพิ่มขึ้น แต่อาจจะทำให้เกิดการแบ่งแยกตลาดระหว่างคนจนกับคนรวย อาจจะเกิดสมองไหลทั้งภายในประเทศ การเคลื่อนย้ายงานจากโรงพยาบาลรัฐไปยังภาคเอกชนมากขึ้น และความแตกต่างระหว่างเงินเดือนสูงขึ้น
- การไหลเข้าของการลงทุนจากต่างชาติในการสร้างสถานบริการในประเทศ มีข้อดีคือมีสถานให้บริการสุขภาพมากขึ้น และอาจก่อให้เกิดการใช้เทคโนโลยีอย่างคุ้มค่า และทันสมัยมากขึ้น แต่อาจจะทำให้เกิดการแบ่งชนชั้นในการให้บริการ และความไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการระหว่างโรงพยาบาลในเขตเมืองกับโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ห่างไกล
- การเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างประเทศ จะทำให้มีบุคลากรที่เพียงพอในประเทศแต่อาจจะมีแนวการปฏิบัติ และคุณภาพที่แตกต่างกัน หรือทำให้เกิดการไหลออกของบุคลากรทางการแพทย์ไปสู่ต่างประเทศ
- แม้ว่ากรณีเหล่านี้เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอยู่แล้วในประเทศไทยแต่การเปิดเสรีการบริการอาจจะทำให้ปัญหาเหล่านี้ลุกลามมากขึ้น ผู้วิจัยได้เสนอข้อเสนอแนะคือให้มีการสร้างระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็งมากขึ้นโดยการเร่งพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและสร้างระบบในการติดตามและตรวจสอบการเปิดเสรีการบริการสุขภาพนี้ [3] อย่างไรก็ดีพบปัญหาและข้อจำกัดต่าง ๆ ในการเจรจาการเจรจาครั้งนี้

การศึกษาประสบการณ์ในการเปิดตลาดการค้าบริการสุขภาพในกลุ่มประเทศอาเซียนได้ระบุผลได้และผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้น โดยได้แบ่งเป็น 4 ด้านได้แก่ (1) cross-border supply (2) consumption abroad (3) commercial presence (4) movement of individual service providers ซึ่งนอกจากนั้นได้กล่าวถึงประสบการณ์ในประเทศต่าง ๆ และเสนอแนะให้มีการส่งเสริม Health tourism, ควบคุมการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างประเทศโดยใช้ วีซ่าเป็นเครื่องมือ และพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์

ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่างานวิจัยในเชิงเศรษฐศาสตร์ของผลกระทบจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพยังมีน้อยมาก สำหรับงานวิจัยการคาดการณ์ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ทำอยู่ในสถานศึกษาในรูปแบบวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาคณะเศรษฐศาสตร์ ที่ได้ทำการศึกษาผลกระทบจากเขตการค้าเสรีต่อการลงทุนระหว่างประเทศและการส่งออก ซึ่งพบว่าการรวมกลุ่มเศรษฐกิจทำให้เกิดผลบวกต่อประเทศ นอกจากนั้นการศึกษาผลกระทบของ AEC ต่อเศรษฐกิจการค้าของไทยในอีก 6 ปีข้างหน้าของศูนย์ศึกษาการค้าระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย พบว่า AEC จะมีผลกระทบต่อ 12 รายการหลัก และหลังจากการรวมกลุ่ม AEC ซึ่งจะมีผลบังคับใช้อย่างเต็มรูปแบบในปี 2558 ไทยจะเกินดุลการค้าในกลุ่มอาเซียนเพิ่มขึ้นเป็นมูลค่า 8,396.9 ล้านเหรียญสหรัฐ เมื่อเทียบกับปี 2551 ที่มีการเกินดุล 1,400.8 ล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ ทั้งนี้การเกินดุลมาจากการส่งออกไทยไปอาเซียนในปี 2558 จะมีมูลค่า 40 ,126.7 ล้านเหรียญสหรัฐ และสินค้าที่ทำให้ไทยส่งออกเพิ่มขึ้นและเกินดุลมากที่สุดคือ กลุ่มยานยนต์ และชิ้นส่วน กับกลุ่มเกษตรแปรรูป ส่วนสินค้าที่ไทยจะนำเข้ามากขึ้นเป็นสินค้าประเภทวัตถุดิบ ทำให้ไทยอาจขาดดุลการค้ากับบางประเทศ เช่น สาธารณรัฐอินโดนีเซีย สาธารณรัฐประชาธิปไตรยประชาชนลาว สหภาพพม่า และมาเลเซีย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อทราบผลกระทบด้านบวกและลบต่อระบบสุขภาพ ทั้งด้านระบบทรัพยากร การเงินการคลัง รวมถึงค่านิยมของบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนผลกระทบต่อเศรษฐกิจ
2. เพื่อให้ได้ข้อเสนอต่อรัฐบาล และภาคเอกชน เพื่อรองรับและลดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

การที่ทรัพยากรด้านสาธารณสุขของประเทศมีอย่างจำกัด ขณะเดียวกันการรวมกลุ่มภายใต้กรอบ AEC ที่จะมีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุนและแรงงานฝีมืออย่างเสรี คาดว่าจะส่งผลต่อระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในเรื่องการจัดบริการและกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนั้นควรมีการวางยุทธศาสตร์ในการรองรับสถานการณ์ดังกล่าวเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบ

ต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนในประเทศ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	สามารถนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจในเชิงนโยบาย	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	การเปิดเสรีบริการอาจจะทำให้เกิดผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน (ทั้งบวกและลบ)	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	การเปิดเสรีทำให้การเคลื่อนไหวของการค้าเป็นไปอย่างเสรี หรือ ไม่มีอุปสรรคด้านภาษีหรือมิใช่ภาษี	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	อาจเกิดปัญหาของการเข้าถึงบริการของประชาชนที่มีฐานะยากจน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	พบรายงานวิจัยจำนวนหนึ่ง แต่ยังขาด Empirical evidence ทางด้านผลกระทบต่อสุขภาพ	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	อาจเกิดการเคลื่อนย้ายของบุคลากรทางการแพทย์ จากภาครัฐไปยังภาคเอกชน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	อาจมีข้อจำกัดทางด้านการสื่อสารหากมีการอนุญาตให้ชาวต่างชาติมาปฏิบัติงานในประเทศไทยได้ หรืออาจมีการต่อต้านจากสมาคมผู้ให้บริการทางการแพทย์เนื่องจากไม่ยอมรับมาตรฐานการฝึกอบรมที่แตกต่างกัน	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นหัวข้อที่มีการกล่าวถึงถึงทั้งในแวดวงวิชาการ (การจัดเสวนาทางวิชาการ) หนังสือพิมพ์	
รวม	6		

3. เอกสารอ้างอิง

1. กรมอาเซียน (มิถุนายน 2548) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community).
2. Department of trade negotiations. ASEAN Framework Agreement on Services. 21 December 2009]; Available from: http://www.dtn.go.th/dtn/tradeinfo/file/afas.htm.
3. Cha-aim Pachanee and Suwit Wibulpolprasert, Trade in Health Services in the ASEAN Context, in Trade and Health. 2007. p. 161-176.
4. Vo Tri Thanh and P. Bartlett, Ten Years of ASEAN Framework Agreement on Services (AFAS): An Assessment. July 2006.
5. Jutamas Arunanondchai and C. Fink, Trade in health services in the ASEAN region. Health Promotion

International, 2007. 21(S1): p. 59-66.

6. Rattanangamlak, A., ASEAN economic integration and its impact on foreign direct investment, in Economics. 2002, Chulalongkorn University.
7. Lertviriyanukul, P., The Impacts of the ASEAN Free Trade Area on Export and Welfare of the ASEAN Countries, in Economics. 2008, Thammasart University.
8. ศูนย์ศึกษาการค้าระหว่างประเทศ. ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ต่อเศรษฐกิจการค้าของไทย ใน 6 ปีข้างหน้า. 2009 24 December 2009]; Available from: http://citsonline.utcc.ac.th/Uploads/AEC_ar.pdf.

หัวข้อที่ 8

ชื่อหัวข้อวิจัย รูปแบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เหมาะสมกับประเทศไทย

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับต้นๆของประเทศ ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทันท่วงทีก็มักจะมีความพิการตามมาเสมอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญ หากมีระบบการดูแลรักษาที่ถูกต้องและหน่วยบริการที่มีความพร้อม จะสามารถดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้ทันท่วงที และส่งผลให้อัตราความพิการและการตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองลดลง

รูปแบบเพื่อการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะมี 3 รูปแบบหลัก คือ

- การรักษารูปแบบปกติ หมายถึง การรักษาแบบผู้ป่วยในบนตึกผู้ป่วยตามปกติ โดยไม่มีระบบบริหารจัดการใดๆ เป็นพิเศษ
- การรักษาในรูปแบบ Stroke corner หมายถึง การมีเตียงแยกในตึกผู้ป่วย ที่ใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ และมีระบบการจัดการดูแลเป็นพิเศษ
- การรักษาในรูปแบบ Stroke unit (หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) หมายถึง การจัดพื้นที่เป็นการเฉพาะสำหรับรักษาโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น รวมทั้งมีระบบบริหารจัดการพิเศษ โดยพื้นที่ดังกล่าวจะแยกออกจากตึกผู้ป่วยทั่วไป

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ผลการรักษา (ภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และอัตราตายของผู้ป่วย) ค่าใช้จ่าย และความคุ้มค่าของการจัดระบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 3 ชนิด ได้แก่ การรักษาแบบปกติ การรักษาโดย Stroke corner และการรักษาโดย Stroke unit แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศไทย และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ การรักษาผู้ป่วยใน Stroke unit สามารถลดอัตราการตายได้ ร้อยละ 17 และถือเป็นมาตรฐานในการรักษาโรคนี้ แต่จากการสำรวจ รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป ในประเทศไทยจำนวน 72 แห่ง พบว่ามีการจัดระบบ Stroke unit เพียงร้อยละ 13 ซึ่งปัญหาและอุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดของการจัดตั้ง Stroke unit คือ ขาดบุคลากร ไม่มีสถานที่จัดตั้งและขาดเครื่องมือที่จำเป็น จากข้อจำกัดนี้ หากผลการประเมินรูปแบบระบบการรักษาใหม่ ได้แก่ Stroke corner (ไม่จำเป็นต้องจัดแยกพื้นที่ออกไปเป็นการเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือราคาแพง ฯลฯ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ) ไม่ต่างไปจาก Stroke unit ในอนาคตอาจพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับประเทศไทยได้ สามารถพัฒนาให้เกิดระบบนี้ขึ้นใน รพ.ทั่วไป ได้อย่างกว้างขวาง อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายและภาระต่างๆ ของประเทศได้ นอกจากนี้ พบว่าในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศ เริ่มมีการใช้ระบบ Stroke corner บ้างแล้ว แต่ข้อมูลยังมีน้อย และยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ซึ่งในประเทศไทยยังไม่เคยมีการวิจัยในหัวข้อนี้มาก่อน

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	ผลการประเมินน่าจะทำให้ทราบถึงรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และน่าจะนำไปใช้ในเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมไทยต่อไป ประเด็นที่ผู้เสนอหัวข้อต้องการทราบจากการประเมิน คือ การพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับประเทศไทย แม้ว่า Stroke unit จะได้รับการพิสูจน์จากการประเมินในประเทศอื่นๆ แล้วว่ามีความคุ้มค่ามากที่สุดในขณะนี้	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาระโรคสูง	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูง ซึ่งส่งผลต่อภาระการเงินของครอบครัวผู้ป่วยและภาระทางการคลังของประเทศ และรูปแบบการรักษาตาม Guideline คือการดำเนินการให้มี Stroke unit ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่มีผลกระทบด้านสังคมที่สำคัญ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่มีผู้ทำวิจัยในประเด็นที่เสนอมาก่อนในประเทศไทย เคยมีการทำวิจัยในต่างประเทศอยู่หลายแห่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเปรียบเทียบรูปแบบการรักษาตามปกติ กับรูปแบบ stroke unit (จากการค้นด้วย Pubmed พบ abstract 106 เรื่อง) โดยพบว่า stroke unit มีความคุ้มค่ามากกว่า (และขณะนี้มีการประเมินผลเฉพาะของ Stroke unit ในประเทศไทย) แต่ข้อมูลเกี่ยวกับ Stroke corner ยังมีน้อย	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มี Stroke unit กับพื้นที่ที่ไม่มี Stroke unit	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนี้ที่เหมาะสมในประเทศไทย โดยที่ลดข้อจำกัดในเรื่องของทรัพยากรลง ซึ่งสามารถทำให้รูปแบบดังกล่าวเกิดขึ้นได้ใน รพ.ทั่วไปได้อย่างกว้างขวาง	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นโรคที่มีภาระโรคสูง แต่ไม่ได้เป็นเรื่องที่สังคมให้ความสนใจในขณะนี้	
รวม	6		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ศุภกิจ สงวนดีกุล. โรคหลอดเลือดสมอง (CVD:Neurosurgical aspect). www.neuro.or.th/journal/โรคหลอดเลือดสมอง.pdf.
2. Launois R, Giroud M, Megnigbeto AC, et al. Estimating the cost-effectiveness of stroke units in France compared with conventional care. Stroke 2004; 35: 770-5.
3. Van Exel J, Koopmanschap MA, van Wijngaarden JDH, and Scholte op Reimer WJM. Costs of stroke and stroke services: Determinants of patient costs and a comparison of costs of regular care and care organised in stroke services. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2003, 1:2.
4. Saka O, Serra V, Samyshkin Y, McGuire A, and Wolfe CC. Cost-effectiveness of stroke unit care followed by early supported discharge. Stroke 2009; 40(1): 24-9.

หัวข้อที่ 9

ชื่อหัวข้อวิจัย การเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่ม opioid เพื่อการจัดการความปวดและการรักษาแบบประคับประคอง

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง และมากกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (13,000 คนต่อปี) เสียชีวิตพร้อมกับความปวดโดยไม่ได้รับการรักษา ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นการระเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน (Pain Free is Human's Right) ทั้งๆ ที่การให้ยากลุ่ม opioid อย่างเพียงพอและเหมาะสมสามารถบรรเทาอาการปวดได้ ยากลุ่มนี้ได้แก่ fentanyl morphine pethidine methadone dextropropoxyphene เป็นต้น

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาความปวดไม่เพียงพอหรือไม่ได้รับการรักษาความปวดเลยพอสรุปได้ 4 สาเหตุ 1) แพทย์ขาดความรู้ที่ถูกต้องในการบริหารยา 2) แพทย์และ/หรือผู้ป่วยกังวลว่าจะทำให้เกิดการเสพติดยา 3) นโยบายของรัฐทำให้โรงพยาบาลจำกัดงบประมาณการจ่ายยา 4) ขาดแคลนยาเนื่องจากยากลุ่ม opioid มีการจำกัดการจัดหาและนำมาจำหน่ายต้องอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เท่านั้น

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อทราบปัญหา ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยากลุ่ม opioid เพื่อใช้เป็นแนวทางแก้ไข
2. ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอันจะเป็นประโยชน์ในการผลักดันให้มีการเข้าถึงยากลุ่ม opioid ได้อย่างเพียงพอและทั่วถึงในรูปแบบที่เหมาะสม
3. มีระบบบริหารจัดการและควบคุมการใช้ยา opioid อย่างสมดุล
4. มีการจัดการกับความปวดได้อย่างทั่วถึงและเพียงพอตามความจำเป็น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ส่งเสริมหลักความเสมอภาคและหลักสิทธิมนุษยชน

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

จากฐานข้อมูลของอย.พบว่ามีเพียง ร.พ. ขนาดใหญ่และกลางเช่น โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัดบางแห่งเท่านั้นที่ซื้อยาจากอย. โดยไม่พบใน ร.พ. ชุมชนหรือร.พ.ขนาดเล็ก ทั้งๆ ที่สามารถซื้อได้ อย.จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วย เช่น ปัจจัยทางกฎหมาย ระเบียบ เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายเข้าถึงยาได้และเป็นการส่งเสริมหลักสิทธิมนุษยชน

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	องค์การอนามัยโลก (WHO) ในอดีตเคยรณรงค์เรื่องลดการใช้ยากลุ่ม opioid เพื่อรักษาความเจ็บปวด เพราะกลัวเสพติดยา จนกระทั่งพบว่าคนไข้ที่จำเป็นต้องได้ยาแก้ปวดก็ไม่ได้ ฝืนใช้ยาแก้ปวดที่ฤทธิ์อ่อนกว่าแต่ก็ไม่หาย ปัจจุบัน WHO กลับมารณรงค์ให้มีการจัดการความปวดและเข้าถึงยา opioid มากขึ้นเพราะจริงๆ แล้วยากลุ่มนี้สามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี และถ้าใช้ในการดูแลของแพทย์ที่มีความรู้จะพบว่ามีประโยชน์มากมาย และป้องกันรักษาภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นนโยบายการควบคุมกำกับยาในประเทศไทยซึ่งมักสอดคล้องกับแนวทางของ WHO จึงควรมีการปรับเปลี่ยนให้ทันยุคสมัย และก่อประโยชน์สูงสุด การควบคุมกำกับการใช้ยากลุ่ม opioid ในปัจจุบันยังขาดมาตรฐานและแนวทางที่ชัดเจน เช่น ในกระบวนการสั่งซื้อยา อย.ซึ่งมีหน้าที่จัดซื้อจัดหาให้กับโรงพยาบาลต่างๆ โดยตรวจสอบหลักฐานการขอใช้ยา (ยส.5) ว่ามีครบถ้วนหรือไม่ ไม่มีกระบวนการพิจารณาข้อบ่งชี้ในการรักษา ปริมาณยา การบริหารยาว่าเหมาะสมหรือไม่	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	มีงานวิจัยหลายฉบับที่กล่าวถึงการรักษาประคับประคองความเจ็บปวดโดยใช้ยากลุ่ม opioid ว่าสามารถใช้ได้ดี และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ในกลุ่มโรคที่หลากหลายมากขึ้นกว่าในอดีต ทั้งโรคร้ายแรงอื่นนอกเหนือจากมะเร็ง โรคที่ทำให้เกิดการอักเสบที่ปลายประสาท ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้าข่ายว่าสามารถใช้ยาได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนการเข้าถึงยา จะมีผู้ป่วยได้ประโยชน์มากขึ้น	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างเหมาะสม มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองและผู้ใกล้ชิด ซึ่งกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของคนในครอบครัว ทำให้ต้องขาดงาน สูญเสียรายได้ ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในภาคครัวเรือน	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างเหมาะสมไม่ได้มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจเฉพาะตัวผู้ป่วยเองแต่ยังรวมถึงบุคคลรอบข้างด้วย ซึ่งการจะใช้ยาเพิ่มมากขึ้นจะต้องควบคู่ไปกับการควบคุมและเฝ้าระวัง (monitor) การใช้ที่ดีด้วย รวมถึงการรับรู้ผลข้างเคียงถ้าทำให้ยากลุ่มนี้เข้าถึงง่ายขึ้น ดังนั้นควรจะมีการทำประชาพิจารณ์หรือหารือกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้ป่วยและประชาชน	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน (1993) ได้ศึกษาสถานการณ์เข้าถึงยาลดปวดในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย สำหรับในต่างประเทศมีการศึกษาทั้งในแง่นโยบายภาครัฐ การเข้าถึงยา ข้อบ่งชี้และพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์จำนวนมาก	งานวิจัยดังกล่าวศึกษาไว้ค่อนข้างนานแล้ว
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	การใช้ยากลุ่ม opioid ในประเทศไทยขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ ทั้งนี้แพทย์บางส่วนมีความกลัวต่ออันตรายจากการใช้ยา ขาดความรู้ ขาดการอบรมในการควบคุมความปวด จึงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องทรมานจากภาวะโรค	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	ปัจจุบันการสั่งใช้ยา opioid เป็นดุลพินิจของแพทย์แต่ละท่าน และมาตรการควบคุมติดตามยา high alert drugs ของแต่ละโรงพยาบาลก็แตกต่างกัน หากมีนโยบายการควบคุมยาและแนวทางการสั่งใช้ยาระบุข้อบ่งชี้ (indication) ชัดเจนจากส่วนกลาง ย่อมทำให้ผู้ปฏิบัติดูแลรักษาผู้ป่วยได้มั่นใจมากยิ่งขึ้น กระบวนการเบิกจ่ายยาในโรงพยาบาลมีเพียงการตรวจสอบใบขอนุญาตใช้ยาเสพติด (ยส 5) การตัดสต๊อคและส่งรายงานให้อย. เพื่อขอซื้อเท่านั้น แต่ไม่มีการตรวจสอบว่าโรคที่วินิจฉัยนั้นมีความเหมาะสมต่อการใช้ยาเพียงใด	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	แต่เดิมแพทย์และประชาชนต่างมีความหวาดกลัวการใช้ยากลุ่มนี้ว่าจะทำให้เสพติด การรณรงค์ใช้ยาเพิ่มขึ้นอาจนำมาซึ่งกระแสต่อต้านของสังคม หรือกลุ่มคนที่ทำเรื่องเฝ้าระวังการใช้ยาในทางที่ผิด (drug abuse) หรือกลุ่มต่อต้านยาเสพติด	
รวม	6		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Chaudakshetrin, P., Thailand: status of cancer pain and palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 1993. 8(6): p. 434-436.
2. World Health Organization, Cancer Pain Relief: A Guide to Opioid Availability. 1993, Madison, Wisconsin: Pain Research Group, World Health Organization Collaborating Center for Symptom Evaluation in Cancer Care.
3. Scoping Document for WHO Treatment Guidelines on Chronic Non-Malignant Pain in Adults, in WHO Steering Group on Pain Guidelines. 14 October 2008.
4. Yin-Hsun Feng, Ying-Wai Wang, and Sai-Ching Jim Yeung, Current concepts of pain management for cancer patients. Oncology Reviews, 2008. 2(3): p. 154-163.
5. Wei Liu, Ailun Luoa, and Huili Liua, Overcoming the barriers in pain control: an update of pain management in China. European Journal of Pain Supplements, 2007. 1(1): p. 10-13.

6. Joranson DE, Gilson AM, and Krchnavek K, Opioid analgesics for cancer pain relief: A review of consumption trends and the literature relating to Asian countries. 1994, The University of Wisconsin Pain Research Group/WHO Collaborating Center for Symptom Evaluation: Madison, Wisconsin.
7. Hrachya Nersesyan and Konstantin V Slavin, Current aproach to cancer pain management: Availability and implications of different treatment options. Therapeutics and Clinical Risk Management, 2007. 3(3): p. 381-400.
8. Barnett M, Alternative opioids to morphine in palliative care: a review of current practice and evidence. Post Graduate Medical Journal, 2001. 77: p. 371-378.

หัวข้อที่ 10

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาต้นทุน ผลกระทบและความสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ของผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย

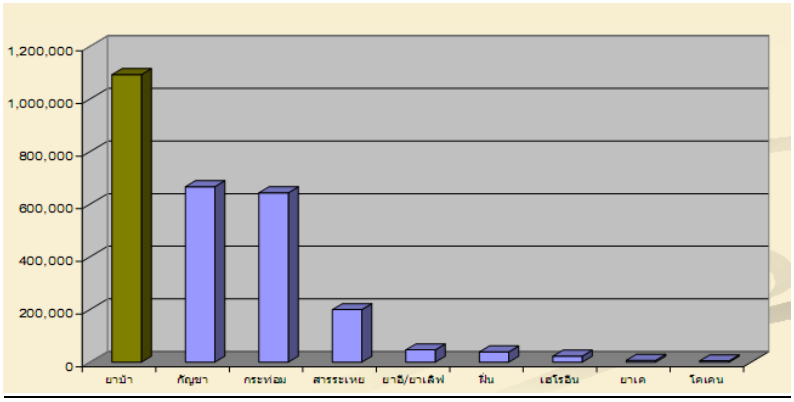
ผู้เสนอหัวข้อวิจัย สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อประเทศชาติ ทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ จากผลการสำรวจการใช้ยาเสพติดจำนวน 9 ชนิด (กัญชา กระท่อม ฝิ่น เฮโรอีน สารระเหย ยาบ้า ยาอี ยาเค และโคเคน) ของประชากรที่อายุ 12-65 ปี ระหว่างเดือนมีนาคม- สิงหาคม 2544 พบว่า

- 7,312,200 คนหรือร้อยละ 16.4 เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง
- 1,942,100 คนหรือร้อยละ 4.3 เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
- 998,700 คนหรือร้อยละ 2.2 เคยใช้ยาเสพติดในช่วง 30 วันก่อนการสำรวจนี้



รูปที่ 1 ประมาณการจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดในรอบ 1 ปีก่อนการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ ระหว่างเดือนมีนาคม – สิงหาคม 2544

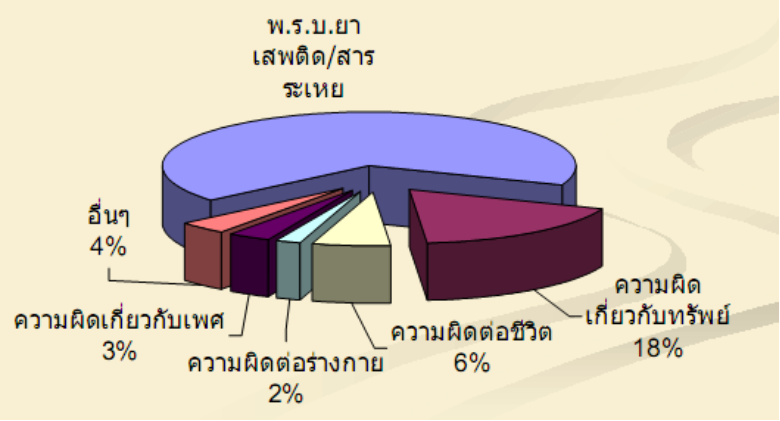
ผลกระทบด้านสุขภาพ

จากข้อมูลของสถาบันธัญญารักษ์ปีงบประมาณ 2545 พบว่าผู้ป่วยในร้อยละ 50 มีปัญหาทางด้านสุขภาพอันเนื่องมากยาเสพติด โดยเฉพาะปัญหาทางด้านระบบจิตเวชร้อยละ 20 รองลงมาคือระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร (ตารางที่ 1)

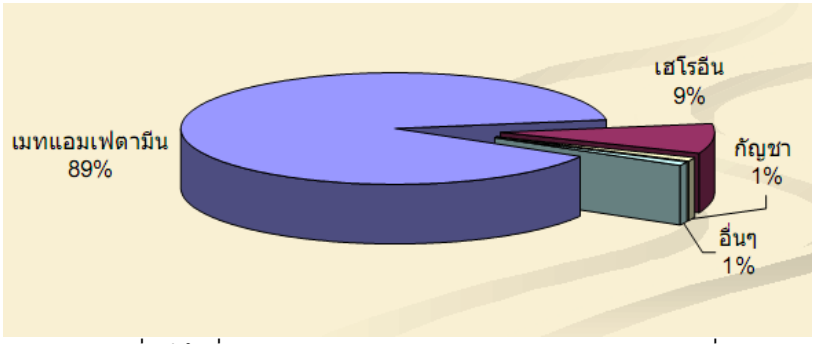
ตารางที่ 1 โรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันธัญญารักษ์

โรคแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระบบจิตเวช	1,173	20
ระบบทางเดินหายใจ	500	8.5
ระบบทางเดินอาหาร	340	5.8
ระบบผิวหนัง	305	5.2
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	291	4.9
ระบบประสาท	108	1.8
ระบบไหลเวียนโลหิต	103	1.8
ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	22	0.4
อื่นๆ	181	3.1
รวม (จำนวนผู้ป่วยในติดยาเสพติดทั้งหมด 5874 คน)	3,023	51.5

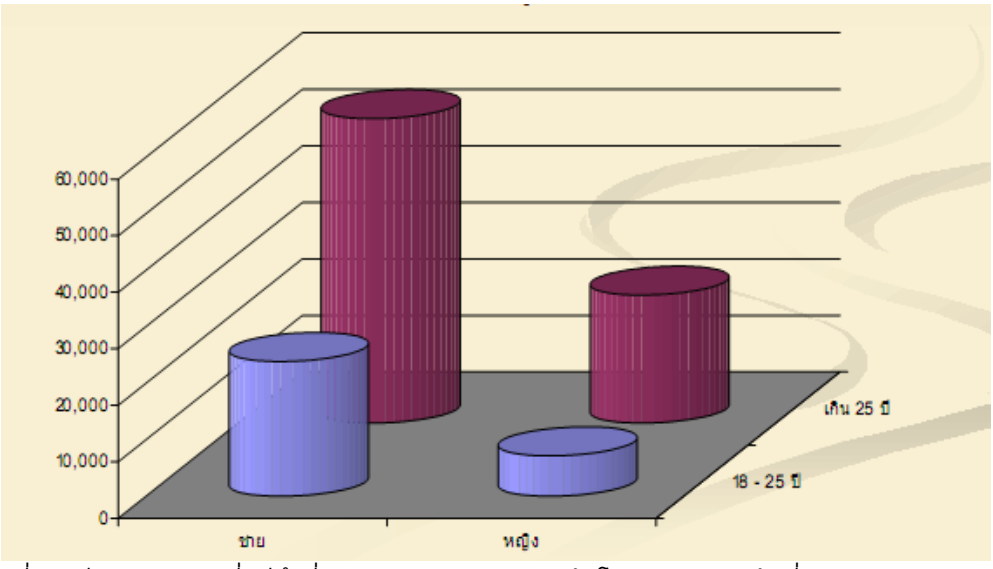
นอกจากทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพแล้ว ยังก่อให้เปิดปัญหาด้านสังคม เช่น อาชญากรรม ดังแสดงในรูปที่ 2-4



รูปที่ 2 คดีอาชญากรรมที่คดีถึงที่สุดแล้วจำแนกตามความผิด ข้อมูล ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2546



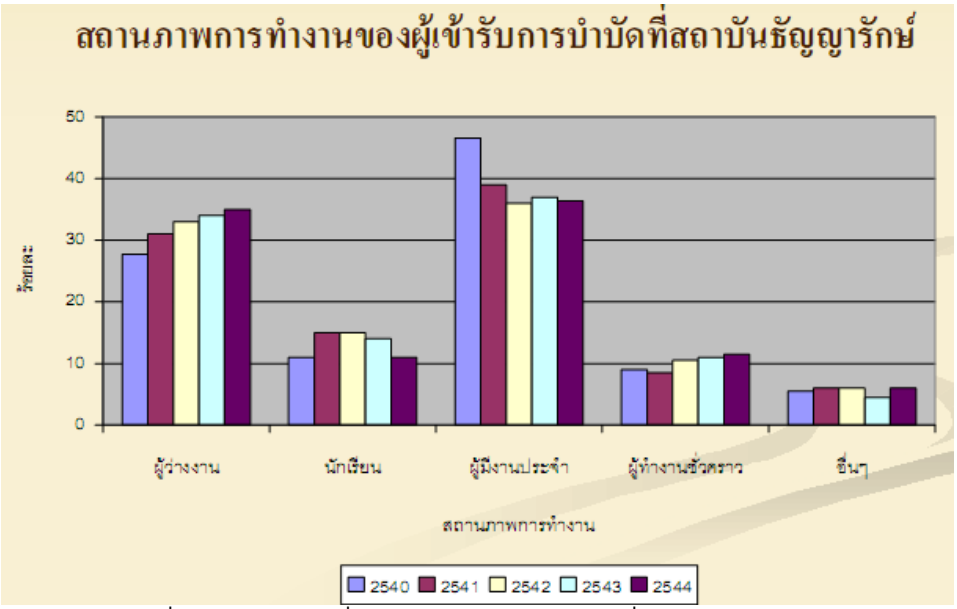
รูปที่ 3 คดีอาชญากรรมที่คดีถึงที่สุดแล้วจำแนกตามชนิดยาเสพติด ข้อมูล ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2546



รูปที่ 4 คดีอาชญากรรมที่คดีถึงที่สุดแล้วจำแนกตามอายุผู้รับโทษ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2546

ผลกระทบด้านสังคม

นอกจากปัญหาทางด้านสุขภาพ อาชญากรรมแล้ว ยาเสพติดยังก่อให้เกิดปัญหาต่อการทำงาน จากสถิติสถานการณ์ทำงานของผู้ที่ติดยาเสพติดปี 2540-2544 พบว่าในแต่ละปีที่ผ่านไป จะมีจำนวนผู้ว่างงานเพิ่มมากขึ้น (รูปที่ 5) และเป็นที่น่ากังวลว่าจำนวนผู้ที่ติดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีงานประจำ ก่อให้เกิดปัญหาทางครอบครัว สังคมตามมาได้



รูปที่ 5 สถานะของผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่สถาบันธัญญารักษ์

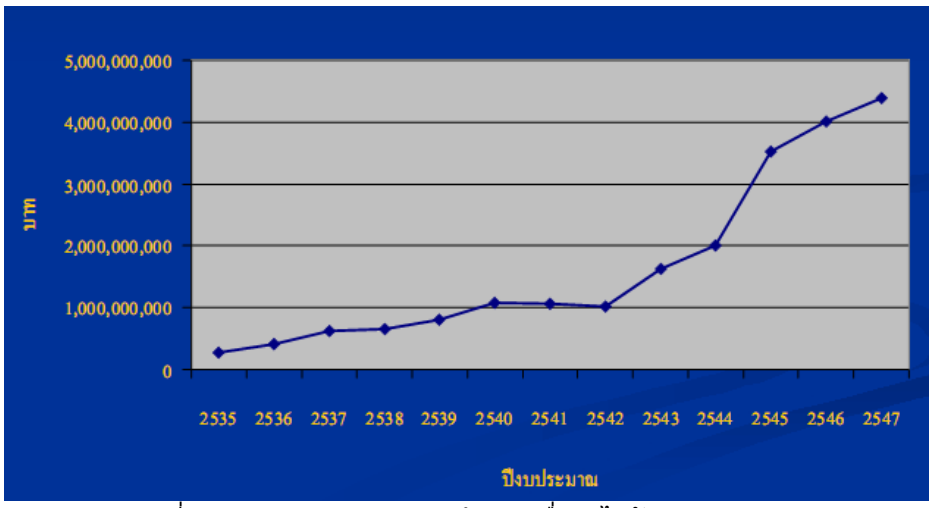
- ปี 2538 TDRI ศึกษาพบวา มีนักเรียนที่ติดยาเสพติด เป็นจำนวน 71,666 คน
- ปี 2545 กระทรวงศึกษาธิการได้เปิดเผยตัวเลขว่า มีนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเป็นจำนวน 63,908 คน อย่างไรก็ตามสำนกงาน ป.ป.ส. กลับชี้ว่ามีนักเรียนมากกวา 320,000 คนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด
- นักเรียนมีความเข้าใจผิดวาการเสพยาบ้าเป็นครั้งคราว คงไม่ถึงกับทำให้ติดยาได้
- เอแบคโพลล์สำรวจพบวาการติดยาเสพติดเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เยาวชนมีแนวโน้มไปสู่การขายตัว

ยาเสพติดกับครอบครัว
ผู้ที่ติดยาเสพติดมักทำให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมาเนื่องจาก

- ผู้ค้ายาเสพติดมักถูกรังเกียจจากคนในครอบครัว
- การติดยาบ้ามักจะนำไปสู่การลักเล็กขโมยน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวและอาจรวมการทำร้ายร่างกายบุคคลในครอบครัวด้วย
- ในกรณีที่พ่อแม่เป็นผู้ค้าพบว่าในบางกรณี นำบุตรหลานเข้าสู่ขบวนการค้าด้วย
- การเสพยาทำลายความสัมพันธ์ของคู่สมรส ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว ปัญหาการว่างงาน และฐานะทางการเงินที่ย่ำแย่ลง

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

จากรายงานงบประมาณที่ใช้ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด (รูปที่ 6) จากรูปที่ให้เห็นว่า การระบาดของยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นทุกปีและต้องใช้งบประมาณในการแก้ไขปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในปี 2547 รัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการปราบปรามยาเสพติดประมาณ 4,500 ล้านบาท [1] (อาจสัมพันธ์กับช่วงที่มีการกล่าวถึงฆ่าตัดตอน – ความเห็นผู้ทบทวนหัวข้อนี้)



รูปที่ 6 งบประมาณรายจ่ายของรัฐบาลเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด

จากการสืบค้นข้อมูลด้านต้นทุนการบำบัดผู้ติดยาเสพติด พบข้อมูลจาก 2 งานวิจัย คือ 1) ข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการสถาบันธัญญารักษ์ ปีงบประมาณ 2548 ศึกษาต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการ (ยกเว้นต้นทุนค่าเสื่อมราคา) เก็บข้อมูลย้อนหลังระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 มิถุนายน 2548 เป็นระยะเวลา 9 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนดำเนินการรวมของสถาบันธัญญารักษ์ ในปีงบประมาณ 2548 เท่ากับ 118,651,019 บาท (ประมาณ 119 ล้านบาท) โดยมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนค่าวัสดุเป็น 64 : 36 ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกยาเสพติดรับยาไปกินที่บ้านเท่ากับ 931 บาท/ครั้ง ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกยาเสพติดจิตสังคมบำบัดเท่ากับ 25 ,480 บาท/ราย ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยในบำบัดด้วยยาเท่ากับ 25 ,327 บาท/ราย ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยในบำบัดฟื้นฟูเท่ากับ 29 ,457 บาท/ราย และต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการงานติดตามผลการบำบัดรักษาเท่ากับ 10,463 บาท/ครั้ง [2] และ 2) การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดชนิดผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน พบว่า การบำบัดแบบผู้ป่วยในมีต้นทุนรวม (ต้นทุนผู้ให้บริการ + ต้นทุนผู้รับบริการ) สูงกว่าแบบผู้ป่วยนอก (38,324.53 บาท/คน และ 18,848.17 บาท/คน ตามลำดับ)

ข้อมูลดังกล่าวเป็นเพียงงบประมาณที่ต้องสูญเสียไปในการบำบัดผู้ติดยาของสถาบันธัญญารักษ์เท่านั้น ยังไม่รวมถึงสถานบำบัดอื่น ๆ ที่มีอยู่ทั่วประเทศซึ่งยังไม่มีการวิเคราะห์และรายงานออกมาเป็นตัวเลข

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เข้ารับการบำบัดรักษาในประเทศไทยเป็นเท่าไร
2. ศึกษาผลกระทบและความสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ของผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ยาเสพติดก่อให้เกิดผลเสียหลายด้าน ทั้งสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ การศึกษาต้นทุนที่ใช้ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ความสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพในรูปตัวเงิน น่าจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้รัฐบาลเล็งเห็นความสำคัญของปัญหายาเสพติดและช่วยให้การบริหารจัดการด้านการบำบัดผู้ติดยาเหมาะสมมากขึ้น

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เป็นปัญหาที่รัฐให้ความสนใจอยู่แล้ว ผู้ใช้นโยบายอาจจะทราบอยู่แล้วว่าปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญ ผลที่ได้จากการศึกษาต้นทุนอาจจะไม่มีผลเปลี่ยนแปลงนโยบายอะไรชัดเจน	ประเด็นเรื่องยาเสพติดมีกฎหมายที่มีบทลงโทษรุนแรงอยู่แล้ว
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เป็นปัญหาระดับชาติ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ชัดเจน	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	ชัดเจน คนขาดงาน ปัญหาครอบครัว	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	มีการทำวิจัยมาก่อนแต่เป็นเพียงการประเมินต้นทุนการบำบัด ไม่มีการประเมินต้นทุนทางสังคม อื่นๆ	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นที่สนใจของสังคม เพราะมีผลกระทบในวงกว้าง	
รวม	5		

3. เอกสารอ้างอิง

1. นวลน้อย ตรีรัตน์และนพฤทธิ์ อนันอภิบุตร . ยาเสพติดกับความมั่นคงของคนไทย Available from:; http://www.tdri.or.th/ye_03/group/group1/dr.nualnoi_ye03.pdf
2. http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=664&Itemid=53
3. พรณิตา จันทร์ต๊ะวงศ์ วิทยานิพนธ์. การเปรียบเทียบต้นทุน- ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในกับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ (ศ.ม.)--จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546

หัวข้อที่ 11

ชื่อหัวข้อวิจัย ผลของการให้หญ้าหนวดแมวสกัดในระยะยาวต่อการรักษาอาการอีสานรวมมิตร

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคนิ่วไตเป็นปัญหาที่สำคัญ การรักษานิ่วไตขนาดใหญ่ด้วยการผ่าตัดและการสลายนิ่วยังมีการกลับเป็นนิ่วซ้ำสูงมาก และหลังจากการเป็นนิ่วแล้วผู้ป่วยมักจะมีปัญหาสุขภาพอื่นๆตามมาเช่นการติดเชื้อและไตวาย ซึ่งนับว่าเป็นการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจทั้งของครอบครัวผู้ป่วยเองและประเทศชาติ จากการสำรวจลักษณะและขนาดของนิ่วไตพบว่าหากสิ่งที่เป็นก้อนขาวๆ ในไต (Hyperechoic foci, HYF) เกินกว่า 7.5 มม. จะมีโอกาสเป็นนิ่วเกือบ 100% นอกจากนี้ยังพบว่าการมี HFY มีความสัมพันธ์กับจำนวนอาการเรื้อรังที่เรียกว่าอีสานรวมมิตร เช่นปวดหลังปวดเอว จุกแน่นท้องและปวดข้อเป็นต้น จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของหญ้าหนวดแมวกับยา Na-K-Citrate (Uralyt-U) ในการลดขนาดนิ่วในไต พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับหญ้าหนวดแมวมีขนาดนิ่วลดลงได้ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Na-K-Citrate เล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามสามารถลดอาการเรื้อรัง หลังให้การรักษาอาการเรื้อรังจนเกือบจะหมดไปทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้นและทำงานได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังไม่พบผลข้างเคียงและราคาถูกกว่า อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยอีสานรวมมิตรระหว่างหญ้าหนวดแมวกับ placebo พบว่าผู้ป่วยมีการงดอาหารที่มีพิวรีนสูงจะทำให้อาการรุนแรงลดลงเกินกว่า 50% แต่การงดอาหารที่มีพิวรีนสูงร่วมด้วยการได้รับสารสกัดจากหญ้าหนวดแมวไม่มีผลแตกต่างกลับกลุ่มที่ได้รับ placebo

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ศึกษาผลต่ออาการเรื้อรัง urine parameter และชีวเคมีในเลือดเปรียบเทียบระหว่างการใช้หญ้าหนวดแมวเปรียบเทียบกับ placebo ในผู้ป่วยอีสานรวมมิตรโดยไม่ต้องควบคุมอาหารเป็นเวลา 10 สัปดาห์
2. ความเป็นไปได้ในการนำหญ้าหนวดแมวมาใช้เป็นทางเลือกสำหรับการรักษานิ่วในชุมชนซึ่งมีขนาดเล็กหรือในผู้ป่วยนิ่วไตทุกขนาดที่ไม่มีภาวะการอุดตันอย่างรุนแรง

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. การนำหญ้าหนวดแมวมาประยุกต์ใช้ในการลดจำนวนอาการรุนแรงในผู้ป่วยอีสานรวมมิตรโดยไม่ต้องอดอาหารที่มีพิวรีนสูงร่วมด้วย
2. ลดปัญหาสุขภาพที่ตามมาจากการเป็นนิ่ว
3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคของผู้ป่วยและประเทศชาติ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	เป็น new treatment เพื่อทุเลาอาการของผู้ป่วยโรคนิ่วในไตในชาวอิสาน ซึ่งพบได้บ่อย	ปัจจุบันเป็นการรอหลักฐานทางวิชาการเพื่อนำเสนอสู่บัญชียาหลักยาแห่งชาติ (สมุนไพร)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	นิ่วในไตเป็นโรคที่พบบ่อยในประชากรชาวอิสาน โดยพบความชุกประมาณ 0.38 – 16% ทั้งนี้ขึ้นกับวิธีการวินิจฉัย	อาการทั้งหมดพบประมาณร้อยละ 30 ในภาคตะวันออกเฉียง เหนือ แต่ไม่ได้อยู่ในลำดับแรก ๆ BOD เนื่องจากไม่มีการให้คำจำกัดความใน ICD 10
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	นิ่วในไตอาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการป่วยเรื้อรัง Multiple Chronic Health Complaints ซึ่งพบถึง 30% ของวัยแรงงานในประชากรอิสาน ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบจากการลดประสิทธิภาพของการทำงาน	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	นิ่วในไตอาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการป่วยเรื้อรัง Multiple Chronic Health Complaints ซึ่งพบถึง 30% ของวัยแรงงานในประชากรอิสาน ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบจากการลดประสิทธิภาพของการทำงาน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีการวิจัยมาอย่างต่อเนื่องจากกลุ่มนักวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมีการวิจัยแบบ Controlled Trial ของ Treatment นี้มาแล้วจากกลุ่มวิจัยดังกล่าว ในการลดอาการจากนิ่วในไตและการตรวจไม่พบความผิดปกติในปัสสาวะ แต่ไม่พบว่า New treatment ดังกล่าวมีประสิทธิผล เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก	มีงานวิจัยมาก่อนแต่ไม่ครอบคลุมอาการทั้งหมดของโรคอิสานรวมมิตร
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่สามารถประเมินได้	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	หญ้าหนวดแมวเป็นสมุนไพรที่เป็นที่ยอบรับในประสิทธิภาพของการขับปัสสาวะอยู่แล้ว มีผลงานวิจัยในเรื่องของความปลอดภัยรองรับ และราคาถูกหาได้ง่าย หากค้นพบ Indication หากค้นพบประสิทธิภาพเพิ่มเติมในการบรรเทาอาการจากนิ่วในไต ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง	มีการศึกษาเรื่องทัศนคติของแพทย์ในเรื่องสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ของยาสมุนไพรที่อาจจะไม่คงที่ในแต่ละการผลิต ทำให้มีการสั่งใช้น้อย แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีการศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ จึงอาจทำให้มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรมากขึ้น
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	การค้นหาประสิทธิภาพของสมุนไพรไทยเป็นนโยบายระดับชาติที่ควรให้ความสำคัญสูงมาก และโรคนิ่วในไตก็เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรชาวอิสาน	สังคมเริ่มสนใจในเรื่องของสมุนไพรมากขึ้น

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
รวม	5		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Sriboonlue P, et al. Prevalence of upper urinary tract stone disease in a rural community of north-eastern Thailand. Br. J Urol 1992; 69: 240-4.
2. Premgamone A, et al. Distribution of the kidney stone in a community survey. The Asean Journal of Radiology 2008; XIV(2): 135-42.
3. Premgamone A, et al. Ultrasonography compared to unenhanced helical computerized tomography in screening of small kidney stones in a community. The Asean Journal of Radiology 2008; XIV(2): 127-34.
4. Premgamone A, et al. A long-term study on the efficacy of a herbal plant, Orthosiphon grandiflorus, and sodium potassium citrate in treatment renal calculi. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2001; 32(3): 654-60.
5. Premgamone A, et al. Orthosiphon Versus Placebo in Nephrolithiasis with Multiple Chronic Complaints: A Randomized Control Trial. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine 2007; doi:10.1093/ecam/nem141

หัวข้อที่ 12

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาเปรียบเทียบค่าต้นทุนประสิทธิผลการกดจุดบำบัดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบกับการแพทย์แผนไทย

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคข้ออักเสบในประเทศไทยมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 80 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปี วิธีการรักษาในปัจจุบันได้แก่การให้ยาลดปวดกลุ่ม NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drug) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเป็นต้น มีการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคข้อเข่าอักเสบในมุมมองทางสังคมอยู่ที่ราว 2,682 ดอลลาร์ (ประมาณ 90,000 บาท) หรือคิดเป็นร้อยละ 41.40 ของรายได้ต่อปีของผู้ป่วย เป็นสัดส่วนค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมอยู่ที่ราว 2,135 และ 547 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี ตามลำดับ นอกจากนี้การใช้ยากลุ่ม NSAIDs ยังเกิดผลข้างเคียงที่อาจทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบหรือกระเพาะอาหารทะลุ วิธีการกดจุดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาข้อเข่าอักเสบ ซึ่งมีข้อดีคือไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ไม่เกิดผลข้างเคียง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ จึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะต้องประเมินต้นทุนประสิทธิผลเปรียบเทียบกับการรักษาแผนปัจจุบัน

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการกดจุดรักษาข้อเข่าอักเสบ
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผลของการรักษาข้อเข่าอักเสบด้วยการกดจุด กับการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ตามแนวทางแพทย์แผนปัจจุบัน

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

การรักษาข้อเข่าอักเสบน่าจะมีต้นทุนประสิทธิผลถูกกว่าการรักษาด้วยการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ตามแนวทางแพทย์แผนปัจจุบัน ผลจากการศึกษานี้จะได้นำไปจัดทำรวบรวมฐานข้อมูลการวางแผนการจัดบริการรักษาข้อเข่าอักเสบในระดับประเทศ และสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพของประเทศที่ว่าด้วยการลดการใช้ยารักษา ช่วยกันประหยัด และเน้นความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ประเทศไทยมีนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพ และลดการใช้ยา รวมทั้งส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกมากว่า 20 ปี แต่นโยบายดังกล่าวยังค่อนข้างจำกัดหรือมีการนำไปใช้ในวงแคบ อันเนื่องมาจากขาดหลักฐานทางการแพทย์ที่จะโน้มน้าวให้ผู้ปฏิบัติเห็นสอดคล้องกัน ดังนั้นผลจากการศึกษานี้จะช่วยเป็นหลักฐาน (evidence) ให้พิจารณา	อาจจะไม่สามารถเปลี่ยนวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน

		ถึงความเหมาะสมและคุ้มค่าของการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เนื่องจากโรคข้ออักเสบเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้มากในผู้สูงอายุ ดังจะพบว่าอุบัติการณ์ของโรคสูงถึงร้อยละ 80 และประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นในอนาคต การรักษาข้ออักเสบ จึงมีแนวโน้มเป็นปัญหาสุขภาพมากขึ้น	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	โรคนี้มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และคนรอบข้าง ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของโรคนี้จึงมีจำนวนมาก ดังนั้นหากพบวิธีการรักษาที่จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาข้ออักเสบก็จะช่วยประหยัดเงินให้ประเทศได้จำนวนมาก	การรักษาด้วยวิธีกดจุดที่ว่าไม่มีค่าใช้จ่ายนั้นไม่ถูกต้อง เนื่องจากจำเป็นต้องคำนึงถึงค่าแรงของผู้บำบัด (therapist) รวมทั้งค่าเสียเวลาของผู้ป่วยเองอีกด้วย
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	อาการปวดจากโรคนี้สามารถรักษาได้และมีแนวทางรักษาชัดเจน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบการศึกษาประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในประเทศไทย มีเพียงการศึกษาในต่างประเทศทางคลินิก (RCT) ถึงประสิทธิผลและความปลอดภัย ทางเลือกในการศึกษาไม่ควรมุ่งเปรียบเทียบการกดจุด เปรียบเทียบกับการใช้ยา NSAIDs มีความน่าสนใจที่จะศึกษาการรักษาแบบองค์รวมระหว่าง การกดจุดร่วมกับทางยา NSAIDs เปรียบเทียบกับ NSAIDs alone	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	การรักษาข้ออักเสบมีวิธีการรักษาที่หลากหลายมากทั้งการทานยา ผ่าตัด ฝังเข็ม กดจุด ขึ้นกับแพทย์ผู้ทำการรักษาและความเชื่อมั่นในวิธีรักษาของผู้ป่วย อีกทั้งนโยบายการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยการแพทย์ทางเลือก (รวมการกดจุด) เอื้อให้เฉพาะผู้ป่วยสิทธิข้าราชการเท่านั้น	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	หากมีหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันถึงความคุ้มค่าปลอดภัยของการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก จะช่วยเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในการให้การรักษา	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	ประชาชนโดยทั่วไปรู้จักศาสตร์การแพทย์ทางเลือกอยู่แล้ว แต่ส่วนมากเป็นไปเพื่อการผ่อนคลาย แต่มีกลุ่มคนจำนวนไม่น้อยพึ่งพิงเพื่อการรักษาโดยต้องออกค่าใช้จ่ายเอง ดังนั้นการศึกษาถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือกจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนมีความรู้และตัดสินใจเลือก	

		วิธีการรักษาได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น	
รวม	5		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Hanns-Peter Scharf, et al., Acupuncture and Knee Osteoarthritis: A Three-Armed Randomized Trial. Annals of Internal Medicine, 2006. 145: p. 12-20.
2. Madsen M V, Gotzsche P C, and Hrobjartsson A, Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. BMJ, 2009. 338.
3. Yamashita H, et al., Safety of acupuncture for osteoarthritis of the knee: a review of randomised controlled trials, focusing on specific reactions to acupuncture. Acupuncture in Medicine, 2006. 24(Supplement): p. S49-S52.

หัวข้อที่ 13

ชื่อหัวข้อวิจัย โครงการประเมินผลการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ถึงแม้ว่าการเรียนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตจะถูกบรรจุในหลักสูตรตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาจนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 โดยเป็นวิชาเรียนหรือวิชาสอดแทรก มีเนื้อหาครอบคลุมทั้งเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น โรคติดต่อและการป้องกัน การคุมกำเนิด ฯลฯ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นความรู้เชิงวิชาการ ในขณะเดียวกัน วัยรุ่นมีการเรียนรู้เรื่องเพศจากสื่อต่างๆ ซึ่งนำเสนอทั้งในเชิงสร้างสรรค์และไม่สร้างสรรค์ ส่งผลให้วัยรุ่นมีทัศนคติ ค่านิยม และแนวคิดในเรื่องเพศสัมพันธ์ในทางที่เสียหาย เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การเปลี่ยนคู่นอน การไม่ใช้ถุงยางอนามัย จึงนำไปสู่ปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาด้านการเรียน โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

มีงานวิจัยหลายชิ้นในประเทศไทยที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา แต่ส่วนใหญ่จะประเมินผลในรูปของคะแนนก่อน-หลังการอบรม หรือประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะสั้น อีกทั้งเป็นการประเมินผลการดำเนินงานของโปรแกรมเฉพาะในพื้นที่ที่ดำเนินการเล็กๆ ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ และไม่สะท้อนภาพรวมระดับประเทศ เช่น ความเหมาะสมและความครอบคลุมของหลักสูตร ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ ฯลฯ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. สถานการณ์ของหลักสูตรเพศศึกษาและทักษะชีวิตในปัจจุบันเป็นอย่างไร? (มีประสิทธิผล มีความเหมาะสม ครอบคลุม สอดคล้องกับปัญหาในปัจจุบันหรือไม่ ปัญหา อุปสรรคคืออะไร)
2. หลักสูตรเพศศึกษาและทักษะชีวิตในสถานศึกษาควรจะมีลักษณะเป็นอย่างไร?

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. มีแนวโน้มจะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการเรียนการสอนในหลักสูตรตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงชั้นมัธยมศึกษา แต่ยังพบปัญหาเรื่องเพศในเด็กวัยรุ่นอยู่เป็นจำนวนมาก
2. ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน หรือประสิทธิภาพของเทคโนโลยี/มาตรการที่ดีอื่นๆ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	อาจมีการปรับนโยบายและหลักสูตรเรื่องเพศศึกษา/ทักษะชีวิตในสถานศึกษา หากพบว่าหลักสูตรที่ใช้ในปัจจุบันไม่เหมาะสม	

2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจทางอ้อม คือมีการสูญเสียผลิตภาพของคนวัยทำงานจากปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในวัยรุ่น	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	หากวัยรุ่นขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา/ทักษะชีวิต จะก่อให้เกิดปัญหาสังคมมากมาย เช่น การเรียน การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำแท้ง ฆ่าตัวตาย ฯลฯ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่มีการประเมินนโยบายนี้ในระดับประเทศ	แม้จะมีงานวิจัยยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมนี้ในประเทศไทย โดยวัดผลลัพธ์ในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่เป็นการดำเนินงานในระดับพื้นที่เล็กๆ อาจไม่สะท้อนภาพรวมของนโยบายระดับประเทศ
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	กระทรวงศึกษาธิการ มีหลักสูตรเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตที่เป็นมาตรฐาน จึงอาจไม่มีความหลากหลาย หรือความไม่เสมอภาค	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้ในการ เปลี่ยนแปลงระดับผู้ปฏิบัติ หากมีการปรับหลักสูตรให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาปัจจุบัน มีการยืนยันถึงประสิทธิผลและความคุ้มค่าของโปรแกรมในประเทศไทย ผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นผู้เผชิญปัญหาวัยรุ่นน่าจะยินดีปฏิบัติตาม	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	แม้ปัญหาทางเพศในวัยรุ่นจะเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน แต่เนื่องจากเป็นปัญหาเรื้อรังมานาน สังคมจึงอาจไม่ให้ความสนใจเมื่อเทียบกับปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ ซึ่งในสังคมไทย ยังอาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันต่อการสอนเรื่องเพศศึกษา	
รวม	**5**		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Pattanaphesaj J, Teerawattananon Y, Leartpitakpong C, Sirisamutr T. Identifying information regarding effectiveness and cost-effectiveness of policy and strategies reorientation to mitigate the impact of HIV/AIDS in Thailand. Nonthaburi: The Graphico Systems; 2008.
2. Nilabut S. Achievement of integrated teaching using the applied protection motivation theory on AIDS prevention among informal education students in Saraburi [Master of Science]. Bangkok: Mahidol University;

1999.

3. Nobnorb S. The effectiveness of health education program on AIDS prevention among vocational male students in Krabi province [Master of Science]. Bangkok: Mahidol University; 2002.
4. Simtaraj P. Effects of skills development for prevention of sexual risk behavior on perceived self-efficacy and sexual risk behavior among male vocational students [Master degree of Nursing]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2001.
5. Sunsiri M. An application of life skills to AIDS prevention among grade 9 junior high school students in Burirum province [Master of Science (Public Health)]. Bangkok: Mahidol University; 2002.

หัวข้อที่ 14

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนย่าและเด็งกี่ในยุงลาย การตอบสนองของภูมิคุ้มกันในคน และพฤติกรรมป้องกันตนเองของประชาชน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ปัจจุบัน ภาคใต้เป็นแหล่งระบาดหลักของโรคชิคุนกุนย่า และเด็งกี่ และมีกลุ่มนักวิจัยที่มีความพร้อมและความสนใจอยู่ในพื้นที่ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนางานวิจัยที่มีประโยชน์ต่อพื้นที่โดยตรงนั้น โปรแกรมวิจัยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่-อุบัติซ้ำจึงได้มีการจัดหารือในเบื้องต้นระหว่างมหาวิทยาลัยในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค รวมทั้ง AFRIMS, สวรส. รวมทั้งศูนย์วิจัยและพัฒนาวัคซีน ม.มหิดล ไปเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2552 ที่ผ่านมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหารือแนวทางการควบคุมและการกำจัดพาหะนำโรคชิคุนกุนยา ซึ่งได้ข้อสรุปเกี่ยวกับแนวทางในการทำงานวิจัยจำนวนมาก และหนึ่งในข้อสรุปเหล่านั้นคือ ร่วมกันจัดทำโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการสำรวจยุงที่เป็นพาหะของโรคชิคุนกุนยาและโรคสำคัญอื่นๆ ที่มียุงเป็นพาหะในเขตพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค (ภาคใต้) โดยจะร่วมกับสำนักงานควบคุมและป้องกันโรค จ.สงขลา ซึ่งเป็นแหล่งพื้นที่หลักของการระบาดของโรคชิคุนกุนยา และโครงการพัฒนาองค์ความรู้และศึกษานโยบายการจัดการทรัพยากรชีวภาพในประเทศไทย (Biodiversity Research and Training Program หรือ BRT) ซึ่งก่อตั้งขึ้นโดยศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ (ไบโอเทค) สวทช. และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการงานวิจัยด้านความหลากหลายทางชีวภาพ โดยการสนับสนุนทุนวิจัยเพื่อศึกษาวิจัยทรัพยากรชีวภาพในภูมิภาคต่างๆ ในประเทศไทย โดยงบประมาณในส่วนนี้ BRT จะเป็นผู้สนับสนุนโครงการ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0		มีการระบาดมากเป็นครั้งแรกในปี 2552 อาจจะยังไม่มีนโยบายใด ๆ ที่ชัดเจน
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1		เป็นโรคอุบัติใหม่ และระบาดในภาคใต้ แต่อาจจะพบการระบาดไปที่ภาคอื่น ๆ ได้

3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1		โรคนี้ได้ถูกประกาศเป็นโรคระบาดซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่
4.ผลกระทบด้านสังคม	1		อาจมีการระบาดอย่างรุนแรงและเกิดการตื่นตระหนกแก่ประชาชนในวงกว้าง
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1		มีผู้กำลังทำวิจัยทางภาคใต้แต่ทางภาคเหนือยังไม่พบการศึกษาวิจัย การศึกษาในภาคเหนือน่าจะเป็นประโยชน์ในแง่ของการเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในภาควต้
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลรัฐได้
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1		หน่วยงานผู้ให้บริการมีศักยภาพในการดำเนินการ
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	5		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 15

ชื่อหัวข้อวิจัย การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครัวเรือนของประชากรไทย พ.ศ. 2552

ผู้เสนอหัวข้อวิจัย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. สถานะการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินในครัวเรือนของประชากรไทย เป็นอย่างไร
2. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติเกิดขึ้นในครัวเรือนของประชากรไทย เป็นอย่างไร

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีใครทำวิจัยมาก่อนในประเทศไทย หรือมีความจำเป็นต้องทำซ้ำ
2. ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ
3. มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ
4. ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานหรือประสิทธิภาพของเทคโนโลยี/มาตรฐานที่ดีอื่นๆ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบการทบทวนหัวข้อวิจัย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เป็นการวัดประสิทธิภาพการดำเนินงาน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	จากสถิติการตายที่สูงขึ้น	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	เป็นเพียงการวัดผลการดำเนินงาน	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	เป็นเพียงการวัดผลการดำเนินงาน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่มีใครเคยเก็บข้อมูลหรือศึกษาสถานการณ์นี้มาก่อน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	มี เนื่องจากมีการให้บริการจากหลายเครือข่าย	

7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	เป็นไปได้จากผลการประเมิน	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	จากการขยายการให้บริการและการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน	
รวม	5		

3. เอกสารอ้างอิง

1. กรมบัญชีกลาง.กระทรวงการคลัง. อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ. 2551.

หัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี 2553
ที่ไม่ผ่านการคัดเลือก

หัวข้อที่ 16

ชื่อหัวข้อวิจัย Inaccessibility of Thai patients with diffuse large B-cell lymphomas under universal coverage to Rituximab therapy

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

เป็นการรักษา diffuse large B-cell lymphomas ซึ่งเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย (~1,000 ราย/ปี) โดย STD Treatment ที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกคือ Rituximab รวมกับ CHSP Chemo Rp โดยการระบาดเพิ่มร้อยละการหายทดแทนของโรคร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 65 ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาด้วยยา Rituximab ในขณะนี้ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการรักษาด้วย Rituximab ได้ ซึ่งควรมีการศึกษาด้วยความคุ้มทุนของการรักษาดังกล่าวเปรียบเทียบกับผงเคมีบำบัดธรรมดา

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและความไม่เหลื่อมล้ำของการรักษาของผู้ป่วยด้วยโรค DLBCL

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	Rituximab เป็นยาชนิดใหม่ที่มีราคาแพง ซึ่งการรักษาโรคดังกล่าวมี regimen ที่ใช้ในการรักษาอยู่แล้ว จึงไม่น่าจะมีความเป็นไปได้ที่จะมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ไม่อยู่ในอันดับที่ 1-10 ของ BOD คิดเป็น 5 % ของโรคมะเร็งทั้งหมด	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	เนื่องจากเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อยและมีภาระโรคน้อย จึงมีผลกระทบต่อเศรษกิจน้อย	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	การรักษาด้วย Rituximab สามารถเพิ่มอัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยได้	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1		
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	Rituximab ไม่ไดอยู่ในบัญชียาหลัก ทำให้สิทธิ์ UC ไม่สามารถใช้ได้แต่สิทธิ์ขาราชการสามารถใช้ได้	

7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	บุคลากรสามารถใช้ CHOP** regimen ในการรักษาได้อยู่แล้ว การเพิ่ม Rituximab ใน regimen น่าจะสามารถกระทำได้	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ไม่เป็นที่สนใจของสาธารณะ	
รวม	4		

**CHOP regimen ใช้ในการรักษามะเร็งทางโลหิตวิทยาประกอบด้วย

- Cyclophosphamide บัญชี ค.
- Hydroxydaunorubicin บัญชี ค.
- Oncovin (vincristine) บัญชี ค.
- prednisolone บัญชี ก.

3. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ , ภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547, พศ. 2552
2. National Institute of clinical excellent,UK (NICE) Rituximab for aggressive non-Hodgkin's lymphoma :Understanding NICE guidance –information for people withnon-Hodgkin's lymphoma, and the public 2003
3. WHO Disease and injury country estimates". World Health Organization. 2009. Retrieved Nov. 11, 2009.
4. Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, Neyman N, et al. (eds).. "SEER Cancer Statistics Review, 1975–2006". Surveillance Epidemiology and End Results (SEER). Bethesda, MD: National Cancer Institute.
5. Sehn LH, Berry B, Chhanabhai M, et al. (March 2007). "The revised International Prognostic Index (R-IPI) is a better predictor of outcome than the standard IPI for patients with diffuse large B-cell lymphoma treated with R-CHOP". Blood 109 (5): 1857–61
6. Schulz H, Bohlius J, Skoetz N, Trelle S, Kober T, Reiser M, Dreyling M, Herold M, Schwarzer G, Hallek M, Engert A. Chemotherapy plus Rituximab versus chemotherapy alone for B-cell non-Hodgkin's lymphoma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 , Issue 4. Art. No.: CD003805. DOI: 10.1002/14651858.CD003805.pub2
7. องค์การอาหารและยา บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 http://www.thaifda.com

หัวข้อที่ 17

ชื่อหัวข้อวิจัย Inaccessibility of Thai patients with hematologic disease under universal coverage to Bone Marrow Transplantation

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

เนื่องจากผู้ป่วยด้วยโรคบางอย่าง เช่น Thalassemia หรือ Aplitic anemia ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่สามารถเข้าถึง Bone Marrow Transplantation ได้ เนื่องด้วยราคาของการรักษาทั้งที่ Bone Marrow Transplantation เป็น std Rx ในผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวบางราย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ควร และผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพอื่นๆ เช่น สิทธิข้าราชการสามารถเข้าสู่การรักษาได้ จึงควรมีการรักษาด้วยความคุ้มทุนของการรักษาดังกล่าวเปรียบเทียบกับการรักษาอื่นๆ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตเกิดความเหมาะสมและไม่เหลื่อมล้ำของการรักษาด้วย Bone Marrow Transplantation ในผู้ป่วยไทยที่เป็นข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม
2. มีการเข้าไม่ถึงการทำ Bone Marrow Transplantation มากน้อยแค่ไหน และเหตุผลใดที่เข้าไม่ถึง

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	การทำ Bone Marrow Transplantation อาจจะทำให้มีการใช้ยาขับเหล็กลดลงในกลุ่มโรคธาลัสซีเมีย และภาระงานของบุคลากรลง	การทำวิจัยอาจจะไม่มีผลเปลี่ยนแปลงนโยบาย เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง และอาจจะทำได้ไม่ทั่วถึง เพราะมีสถานพยาบาลบางแห่งเท่านั้นสามารถทำได้
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	Anemia เป็นภาวะที่มีภาระโรคเป็นอันดับ 8 ในกลุ่มอายุ 0-14 ปี (Focus ในกลุ่ม thalassemia และ 0-14 ปี)	โรคนี้ไม่ติด 1 ใน 10 จาก BOD ของทั้งประเทศ
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	Anemia โดยเฉพาะโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่มีความสำคัญในประเทศไทย และ BMT สามารถทำให้โรคธาลัสซีมเมียหายขาดได้ การลงทุนทางการแพทย์ค่อนข้างมากเรื่องเทคโนโลยี	การรักษาด้วย BMT มีภาระงบประมาณปีละประมาณ 100 ล้านบาท
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	เนื่องจากเป็นโรคที่มีความสำคัญในวัยเด็กและมีผลกระทบมากต่อผู้ปกครองและตัวเด็กเอง รวมถึงเด็กเป็น กลุ่ม minor ซึ่ง ไม่สามารถเรียกร้องสิทธิ์เพื่อตนเองได้ นอกจากนี้ โรคธาลัสซีเมียมีผลกระทบด้านจิตใจ ต่อเด็กและผู้ดูแล	

5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1		มีรายงานวิจัย CUA ของเด็กอายุ 0-10 ปี ซึ่งอยู่ในระหว่างการพิจารณาของ สปสช
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	สิทธิ์ข้าราชการสามารถทำ Bone Marrow Transplantation ได้แต่สิทธิ์ UC ไม่สามารถกระทำได้	ประกันสังคมสามารถทำ Bone Marrow Transplantation ได้ด้วย
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ประเทศไทยมีบุคลากรทางโลหิตวิทยาที่สามารถทำ Bone Marrow Transplantation ได้ในระดับโรคพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป	จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการทำ Bone Marrow Transplantation
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	อ. ประเวศ วะสี เป็นผู้ที่สนใจด้านโรคเลือดโดยเฉพาะโรคธาลัสซีเมีย และเป็นบุคคลที่เป็นที่นับถือของสังคม	สังคมอาจจะไม่รับทราบปัญหาเรื่องนี้มากนัก
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ , ภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547, พศ. 2552
2. Peter L. Greenberg, Victor Gordeuk, Surapol Issaragrisil, Noppadol Siritanaratkul, Suthat Fucharoen and Raul C. Ribeiro Major Hematologic Diseases in the Developing World— New Aspects of Diagnosis and Management of Thalassemia, Malarial Anemia, and Acute Leukemia Hematology 2001 The American Society of Hematology
3. Weatherall DJ, Wasi P. Anemia in tropical and geographical medicine. Kenneth S W Graw-Hill Book Company. New York 1984; p 61-9.
4. Fucharoen P, Fucharoen S. Molecular mechanisms of thalassemia in Thailand. J Sci Soc Thailand :1986; 12: 9-21.
5. Roberts D, Rees D, Howard J, Hyde C, Brunskill S. Desferrioxamine mesylate for managing transfusional iron overload in people with transfusion-dependent thalassaemia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD004450. DOI: 10.1002/14651858.CD004450.pub2.
6. Lucarelli G, Galimberti M, Polchi P Bone marrow transplantation in adult thalassemia. Blood. 1992 Sep 15;80(6):1603-7.
7. Claudio Giardini, M.D., Mariella Galimberti, M.D., and Guido Lucarelli, M.D. Bone marrow transplantation in thalassemia Annu Rev Med. 1995;46:319-30.
8. Anie KA, Massaglia P. Psychological therapies for thalassaemia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD002890. DOI: 10.1002/14651858.CD002890.
9. Nemet D. Autologous hematopoietic stem cell transplantation Acta Med Croatica. 2009 Jun;63(3):219-25.

หัวข้อที่ 18

ชื่อหัวข้อวิจัย ศักยภาพและแนวทางการพัฒนาศักยภาพองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในบทบาทการควบคุมการระบาดโรค

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

เนื่องจากในสภาพปัจจุบันมีการระบาดของโรคติดต่อหลายโรค และแต่ละโรคมีผลกระทบในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างมาก ทั้งทางชีวิต แลเศรษฐกิจ และที่ผ่านมาบุคคลหรือองค์กรที่มีหน้าที่ดูแลกลับเป็นเจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ทำให้การจัดการเรื่องการระบาดโรค ตลอดทั้งทรัพยากรต่าง ๆ ไม่เพียงพอกับการดำเนินการควบคุมโรค และจากการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ได้กระจายทรัพยากร งบประมาณไปยังหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลแล้วในบางส่วน ดังนั้นการศึกษาศักยภาพของหน่วยงานดังกล่าวในบทบาทการจัดการการระบาดของโรคจึงจำเป็น ซึ่งหากการศึกษาพบจุดอ่อนใดๆ จะได้ดำเนินการพัฒนาต่อไป

เนื่องจากในสภาวะปัจจุบันมีการระบาดของโรคติดต่อต่าง เป็นอย่างมาก ผลกระทบจากโรคติดต่อดังกล่าวส่งผลทั้งทางร่างกาย เศรษฐกิจ สังคม ในวงกว้าง แต่ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาภารกิจต่างๆ เกี่ยวกับการควบคุมโรคยังเป็นของบุคลากรทางกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ทำให้สถานการณ์โรคติดต่อบางอย่างไม่อาจควบคุมได้ในเวลาอันจำกัด จึงเป็นเงื่อนไขหรือข้อจำกัดในการดำเนินการควบคุมโรคที่มีอยู่ในปัจจุบัน

นโยบายการกระจายอำนาจในหน่วยงานองค์ของราชการจะถูกกระจายไปยังส่วนท้องถิ่น ได้มีการดำเนินการมาในระยะหนึ่งแล้ว แม้ว่าการสร้างรูปแบบการกระจายองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่สำเร็จ ณ ปัจจุบัน แต่งบประมาณ และภาระงานก็ถูกกระจายเป็นบางส่วนแล้ว ดังนั้นภาระงานที่ต้องเร่งสร้างความร่วมมือทำระหว่างกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพในด้านวิชาการทางการแพทย์ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คือ ภาระการควบคุมโรคระบาด ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันยังติดขัดเรื่องการกระจายองค์กรอย่างเบ็ดเสร็จ แต่ภารกิจด้านการควบคุมโรคระบาดที่สำคัญ มีความจำเป็นต้องประสานงานกันอย่างใกล้ชิด

การศึกษาเรื่องศักยภาพของหน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในประเด็นเรื่องกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย เช่น พ.ร.บ.สาธารณสุข และ พ.ร.บ.การควบคุมโรค ตลอดทั้งศักยภาพ ในการจัดการการระบาดของโรคในพื้นที่ ตลอดทั้งการบริหารเรื่องทรัพยากรในเรื่องการจัดการโรคระบาด การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อทราบจุอ่อนหรือจุแข็งขององค์กรในการจัดการโรคระบาดในท้องถิ่น

วัตถุประสงค์สำคัญของการวิจัยอีกประการหนึ่งคือ การพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานองค์กรในด้านการบริหารจัดการ หรือการดำเนินงานในการควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ และยังเป็นการสร้างศักยภาพขององค์กรเพื่อรองรับการกระจายหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในลำดับต่อไป

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเด็น

- ประเด็นที่ 1 จะทำให้ทราบศักยภาพของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันในเรื่องการควบคุมการระบาดของโรค ทั้งในเรื่องการบริหารจัดการ ทรัพยากร แผนการดำเนินงาน ตลอดทั้งศักยภาพของบุคลากรในองค์กรเกี่ยวกับการควบคุมโรค
- ประเด็นที่ 2 จะทำให้ทราบแนวทางการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานองค์กร บุคลากรในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่

- ประเด็นที่ 3 เพื่อเป็นการรองรับการกระจายภารกิจ หน่วยงาน ตามวัตถุประสงค์ของรัฐธรรมนูญต่อไป

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

- เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย
- ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ
- มีแนวโน้มจะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ
- ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานหรือประสิทธิภาพของเทคโนโลยี/มาตรการที่ดีอื่น ๆ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	สอดคล้องบทบาทของท้องถิ่นที่คาดหวังให้มาดูแลสุขภาพ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เป็นปัญหาที่เร่งด่วนโดยเฉพาะโรคร้ายแรงที่มีผลต่อการควบคุมโรคของประเทศ เช่น ไข้หวัดใหญ่	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	กระทบโดยตรงน้อย	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	กระทบโดยตรงน้อย	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีรายงานเรื่องบทบาทของ อปท.กับการดูแลสุขภาพ	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	การดำเนินการปัจจุบันเน้นการรวมศูนย์และออกแนวทางปฏิบัติจากส่วนกลาง	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	เป็นองค์ความรู้ระดับปฏิบัติ	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	สังคมมีความสนใจน้อย	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

2. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. การวิจัยพัฒนาโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก) รายงานวิจัย 2552
3. วีระศักดิ์ พุทธาศรีและคณะ. Role of Local Government Unit in financing and provision of health services in two selected provinces, Thailand สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (กำลังดำเนินการ)

หัวข้อที่ 19

ชื่อหัวข้อวิจัย เรื่องการประเมินระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. อัตราการเข้าถึงบริการในการรับบริการสุขภาพพื้นฐานของชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือเป็นอย่างไร
2. สถานะสุขภาพของกลุ่มประชากรชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือเป็นอย่างไร

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. ทราบอัตราการเข้าถึงบริการในการรับบริการสุขภาพพื้นฐาน
2. ทราบสถานะสุขภาพของกลุ่มประชากรชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือ
3. ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการบริการสาธารณสุขให้เหมาะสม

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	ผลการศึกษาอาจจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายของการให้บริการในกลุ่มประชากรนี้	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ประชากรชาวไทย ไทยภูเขา ชนกลุ่มน้อยอพยพรวม 700,000-1,000,000 คน	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	การที่ประชาชนในพื้นที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน อาจก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้	เป็นเรื่องที่ค่อนข้างเป็นจุลภาคไม่น่าจะส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศมากนัก
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	ประชากรในกลุ่มศึกษามีประเพณีและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป ซึ่งอาจมีผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0		
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	เนื่องจากเป็นพื้นที่ห่างไกล ทำให้ปริมาณสถานพยาบาลและบุคลากรมีจำกัด	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงใน	1	ทำให้ทราบปัญหาและรู้แนวทางแก้ปัญหาเฉพาะกลุ่มประชากร	

ระดับผู้ปฏิบัติ			
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ยังไม่เป็นที่น่าสนใจในวงสาธารณะทั่วไป	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 20

ชื่อหัวข้อวิจัย การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงเชิงรุก (Active Surveillance) ต่อการติดเชื้อเอดส์ ในภาคเหนือของประเทศไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

เนื่องด้วย 3 จังหวัดในภาคเหนือกล่าวคือ จังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา เป็นพื้นที่ที่มีอัตราความชุกและอัตราอุบัติการณ์โรคเอดส์เป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 ที่พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกเป็นต้นมา แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาในพื้นที่ดังกล่าว ดังนั้นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ ซึ่งอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบ หรือพฤติกรรมเสี่ยงไปแล้ว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มเพศที่ 3 ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และปัจจุบันมีการสื่อสารโดยทางอินเตอร์เนตต่างๆ จึงมีการศึกษาเชิงเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ อาทิเช่น นักศึกษา ผู้เสพยาเสพติด ผู้ขายบริการาทางเพศ ชนกลุ่มน้อย เป็นต้น ตารางสรุปการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์การติดเชื้อ HIV ในกลุ่มเฝ้าระวังต่างๆ (ตามรายงานที่ปรากฏในรอบที่ 10-12 (พ.ศ.2547-2549))

Surveillance group	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
1. Conscript	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Female Sex worker										✓	✓	✓
3. Male พนักงานชายในสถานประกอบกิจการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.พนักงานหญิงในสถานประกอบกิจการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. Grade 8 male student										✓	✓	✓
6. Grade 8 female student										✓	✓	✓
7. Grade 11 male student		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8. Grade 11 female student		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9. 2 nd years male vocational student										✓	✓	✓
10. 2 nd years male vocational student										✓	✓	✓

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มประชากรเสี่ยงกลุ่มต่างๆในภาคเหนือ

ประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย คือ

- สามารถรับทราบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มประชากรเสี่ยงต่างๆ
- ใช้ข้อมูลในการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันเอดส์ในกลุ่มต่างๆ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เนื่องจากปัจจุบันโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณาสุขในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราอุบัติการณ์ (Incident rate) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 3 จังหวัดภาคเหนือ ที่เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคเอดส์อย่างหนักในประวัติศาสตร์ไทย คือ จังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดพะเยา จากรายงานของกลุ่มงานเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย พะเยา และเชียงหม่ พบว่าปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 คือ จากเพศสัมพันธ์ ประมาณร้อยละ 98 ดังนั้น ผลการวิเคราะห์จุดนี้ยังไม่สามารถบอกรายละเอียดได้ว่าในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ มีพฤติกรรมทางเพศแบบเสี่ยงอย่างไร มีความรู้ทักษะ ในการป้องกันอย่างไร ดังนั้นจึงเป็นความสำคัญของงานวิจัยในเรื่องพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ในกลุ่มประชากรเสี่ยง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ต่อไป

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	มีประโยชน์มาก	อาจจะมีประโยชน์ในพื้นที่ของคณะกรรมการเอดส์จังหวัด
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	HIV/AIDS เป็นภาระโรคที่สำคัญของไทย	หากมีการติดเชื้อเอดส์ ในกลุ่มดังกล่าวอาจปรับเปลี่ยนประเด็นเป็นกลุ่ม sex worker
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	1		เป็นประเด็นทางจริยธรรมของคนกลุ่มน้อย
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	กรมควบคุมโรค มีการทำ การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์การติดเชื้อ HIV ในกลุ่มเฝ้าระวังต่างๆ ทั่วประเทศ (Behavioral Surveillance System) และการเฝ้าระวังในพื้นที่เฉพาะ (Sero-sentinel) แต่ข้อเสนอเรื่องนี้เป็น active surveillance ซึ่งไม่ทราบความแตกต่างระหว่าง BSS กับ active surveillance	เคยมีวิจัยมาแล้วในกลุ่มชาวเขา ผู้อพยพ หรือแรงงานข้ามชาติ
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	ภาคเหนือมีอัตราความชุกสูง แต่ภาคอื่นๆ ก็ไม่ควรถูกละเลย	ลดความหลากหลายในทางปฏิบัติ เพื่อให้เข้าถึงบริการ
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1		มีการบริการอยู่แล้วสามารถทำได้
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	3		

ความเห็นเพิ่มเติม จากผู้ทบทวน

การทำ HIV surveillance เป็นสิ่งจำเป็นมาก ต้องเป็นการทำที่ต่อเนื่อง เพื่อเห็นการเปลี่ยนแปลง ซึ่งกรมควบคุมโรคมีการทำ BSS เป็นการประจำอยู่แล้ว หากต้องการเน้นในบางพื้นที่เป็นการเฉพาะ เช่น 3 จังหวัด ภาคเหนือ ก็ต้องร่วมมือกับหน่วยงานของกรมควบคุมโรคในภาคเหนือ และไม่ควรเป็นการทำงานวิจัยเป็นครั้งๆเท่านั้น ซึ่งหากเป็นกลุ่มชาวเขา อาจมีต้นทุนสูง

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 21

ชื่อหัวข้อวิจัย โครงการพัฒนาการผลิตยาสูตรตำรับโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยและประสิทธิผลของการใช้ยาแก่ผู้บริโภค

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ปัจจุบัน ยาที่บริโภคมีทั้งที่ผลิตจากโรงงานยาและผลิตโดยโรงพยาบาล ยาบางชนิดไม่มีผู้ผลิตจำหน่าย เนื่องจากเป็นตำรับยาที่ต้องผลิตเป็นการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น morphine solution ยาหยอดตา amphotericin การผลิตยาในโรงพยาบาลจำเป็นต้องผลิตให้ได้คุณภาพมาตรฐานตามหลักเกณฑ์การผลิตที่ดี (Good Manufacturing Practice, GMP) อย่างไรก็ตามมีข้อจำกัดหลายประการในการผลิตยาในโรงพยาบาล เช่น บุคลากร สถานที่ คุณภาพน้ำที่ใช้ เครื่องมืออุปกรณ์การผลิต การทดสอบคุณภาพ ฯลฯ จากการศึกษาคุณภาพยาที่ผลิตในโรงพยาบาลในประเทศไทย [1-3] พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐานงานเภสัชกรรมทั้งในด้านสถานที่ กระบวนการผลิต และการตรวจสอบคุณภาพ การเยี่ยมสำรวจการผลิตยาในโรงพยาบาล จะทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมถึงเกิดการตรวจสอบ พัฒนาปรับปรุงการผลิตยาในโรงพยาบาล อันเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพและประสิทธิภาพของตำรับยาที่ผลิตในโรงพยาบาลแก่แพทย์ผู้สั่งใช้และผู้บริโภค และทำให้เกิดภาคีเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและมหาวิทยาลัยอันเป็นส่วนหนึ่งของกลไกการพัฒนาระบบยาของประเทศ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ศึกษาปัญหาของตำรับยาที่ผลิตในโรงพยาบาล
2. ศึกษาปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการผลิตยาในโรงพยาบาล
3. จัดทำฐานข้อมูลสูตรตำรับยาที่ผลิตในโรงพยาบาล และผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการผลิตยาในโรงพยาบาล
4. สร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือด้านการผลิตยาระหว่างโรงพยาบาลและมหาวิทยาลัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ผลการประเมินอาจไม่มีผลต่อนโยบายด้านยาระดับประเทศมากนัก ผลการประเมินอาจมีผลต่อนโยบายระดับโรงพยาบาลในด้านการลงทุนหรือปรับปรุงการผลิตยาให้ได้คุณภาพมากขึ้น	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ผลิตเฉพาะรายอาจมีจำนวนไม่มาก และเนื่องจากยาจะถูกใช้หมดอย่างรวดเร็วหลังจากผลิต ผลเสียที่เกิดจากยาไม่ได้คุณภาพจึงพบไม่มากนัก	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ปริมาณยาที่ผลิตในโรงพยาบาลมีไม่มากเมื่อเทียบกับปริมาณยาที่ใช้ทั้งประเทศ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจจึงมีน้อย	

4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ผลกระทบด้านสังคมอาจมีน้อย	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่เคยมีการสำรวจคุณภาพการผลิตยาในโรงพยาบาลระดับประเทศ มีการสำรวจการผลิตยาในโรงพยาบาล [1-3] แต่ยังไม่เพียงพอที่จะสะท้อนภาพรวมในระดับประเทศ และผลการศึกษาไม่เป็นปัจจุบัน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	ยาที่ผลิตในโรงพยาบาลมีคุณภาพแตกต่างกันตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานที่ กระบวนการผลิต บุคลากร คุณภาพน้ำที่ใช้ผลิต	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงระดับผู้ปฏิบัติ หากมีการเยี่ยมสำรวจ, แนวทางปฏิบัติ หรือเครือข่ายความร่วมมือการผลิตยาในโรงพยาบาล น่าจะส่งผลให้การผลิตยาในโรงพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ไม่เป็นที่สนใจของสังคม ยาที่ผลิตในโรงพยาบาลจะถูกใช้หมดอย่างรวดเร็ว ยาที่ไม่ได้มาตรฐานอาจไม่ถูกตรวจพบ ทำให้สังคมไม่รับทราบ จึงอาจไม่เป็นที่สนใจของสังคม	
รวม	**3**		

3. เอกสารอ้างอิง

1. จุไรรัตน์ รักวาทิน, นฤนารถ รัตนธนาวันต์, วุฒิศักดิ์ คณาวุฒิ, อุรุสา อินทรสุขศรี. การประเมินกระบวนการผลิตและคุณภาพยาฉีดเข้าหลอดเลือดปริมาตรมากที่ผลิตในประเทศ. สารศิริราช 2542;51(11):872-81.
2. จุไรรัตน์ รักวาทิน, โรจนา โกวิทวัฒนพงศ์, อรพิณ ทนันชัติ, เยาวลักษณ์ วรรธนะพิศิษฎ์, เดชาวุธ นิตยสุทธิ, ลำใย เปรมจิตต์. ปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิตในโรงพยาบาลในประเทศไทย. สารศิริราช 2542;51(10):766-8.
3. นฤนารถ รัตนธนาวันต์, สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล, วรวิมล ศรีตะลานุกด์. การศึกษาสถานภาพและต้นทุนการผลิตยาปราศจากเชื้อในโรงพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2540;6(2):305-13.

หัวข้อที่ 22

ชื่อหัวข้อวิจัย การประเมินประสิทธิผลของนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

น้ำอัดลมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคอ้วน และโรคฟันผุ ซึ่งทำให้เกิดโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญระดับประเทศ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานได้มีการดำเนินการผลักดันนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมนับตั้งแต่ พ.ศ. 2548 อย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน เนื่องจากมีข้อมูลชัดเจนว่าเด็กในโรงเรียนที่ไม่มีการจำหน่ายน้ำอัดลมจะดื่มน้ำอัดลมน้อยกว่าเด็กในโรงเรียนที่มีการจำหน่ายน้ำอัดลม 3-5 เท่า ในเดือนพฤษภาคม 2550 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ) ได้ประกาศนโยบายให้โรงเรียนสังกัดปลอดน้ำอัดลม แต่จากการสำรวจโรงเรียนใน 24 จังหวัดครั้งล่าสุด [1] พบว่าโรงเรียนส่วนใหญ่ (131 จาก 143 โรงเรียน) ยังคงมีการจำหน่ายน้ำอัดลมในโรงเรียน นับจนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษายืนยันถึงประสิทธิผลของนโยบายดังกล่าวในประเทศไทย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถใช้สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายสาธารณะในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ศึกษาประสิทธิผลของนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย หรือหากเคยมีงานวิจัยในหัวข้อที่เสนอมาก่อนแล้ว ต้องมีเหตุผลความจำเป็นที่ทำวิจัยซ้ำ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ปัจจุบันมีนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมแล้ว จึงต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ เพื่อสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	น้ำอัดลมอาจจะสาเหตุหนึ่งของปัญหาฟันผุ โรคอ้วนในเด็กและโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ แต่ก็ยังไม่มีหลักฐานยืนยันถึงความสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ที่แน่ชัด เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นอีกหลายประการส่งผลให้เกิดโรคดังกล่าว ดังนั้นโครงการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมอาจไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพดังกล่าวได้ทั้งหมด	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	โครงการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมอาจจะช่วยประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้บ้าง แต่ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นยังมีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่นอีกหลายประการ นอกเหนือจากน้ำอัดลม	

4.ผลกระทบด้านสังคม	0	โครงการดังกล่าวอาจมีผลดีในด้านสังคม คือเด็กจะถูกปลูกฝังเรื่องการไม่ดื่มน้ำอัดลมตั้งแต่เล็ก อาจช่วยลดการดื่มน้ำอัดลมในระยะยาว และช่วยลดปัญหาสุขภาพต่างๆ ได้บ้าง อย่างไรก็ตามยังไม่พบผลกระทบด้านสังคมที่ชัดเจนของน้ำอัดลมเมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่มีการประเมินนโยบายนี้ในระดับประเทศ มีการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการทันตกรรมป้องกันในโรงเรียนซึ่งประกอบด้วยการควบคุมขนม น้ำอัดลม การให้สุขศึกษา และทันตกรรมป้องกัน [2] จากการติดตามเป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลในการลดฟันผุและแผ่นคราบจุลินทรีย์ในนักเรียนกลุ่มทดลอง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ทำการศึกษาก่อนที่จะมีการผลักดันหรือประกาศนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมอย่างเป็นทางการ อีกทั้งเป็นการดำเนินงานในระดับพื้นที่ อาจไม่สะท้อนภาพรวมของนโยบายระดับประเทศ	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	แม้จะมีนโยบายนี้อยู่แล้ว แต่ยังมีความหลากหลายในทางปฏิบัติ คือยังมีหลายโรงเรียนที่มีการจำหน่ายน้ำอัดลมอยู่ [1]	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	หากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงข้อดีของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม จะช่วยสนับสนุนการดำเนินนโยบายนี้มากขึ้น	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เนื่องจากปัญหาสุขภาพดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยอื่นอีกหลายประการ ไม่ได้เกิดจากน้ำอัดลมแต่เพียงอย่างเดียว จึงอาจไม่เป็นที่สนใจของสังคม	
รวม	**3**		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Prasertsom P, Rityoue A, Chanbang P. Snack and Soft Drink Supply in Primary School of Thailand. In: 9th World Congress on Preventive Dentistry; September 8-10, 2009; Hilton Phuket Arcadia Resort & Spa, Thailand; September 8-10, 2009.
2. มยุรี ตติยกวี. ประสิทธิผลการดำเนินงานโปรแกรมทันตสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานครในเขตบางรัก กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2547;20(1):23-36.

หัวข้อที่ 23

ชื่อหัวข้อวิจัย บทบาทภาคเอกชนในการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในเด็ก 0-12 ปี ในเขตเมือง

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

- สัดส่วนทันตแพทย์ภาครัฐ: ภาคเอกชนของประเทศไทย มีทิศทางในลักษณะภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐมาอย่างต่อเนื่อง ความพยายามจะแก้ปัญหาการกระจาย โดยใช้ฐานรายรับ+ค่าตอบแทนต่างๆ รวมทั้งระบบทพ.ใช้ทุน ช่วยทำให้การกระจายดีขึ้น แต่สัดส่วนภาคเอกชนยังคงมากกว่า
- การจัดบริการในเขตเมือง ยังต้องพึ่งพิงภาครัฐ โดยผ่านทาง ร.พ.ศ./รพท. ที่แม้จะเป็น Specialist แต่ต้องทำงาน Basic ในพื้นที่รับผิดชอบ ทพ.ภาคเอกชนมีความหนาแน่นในเขตเมืองแต่มีส่วนร่วมรับผิดชอบเฉพาะงานรักษา
- การลงทุนของภาคเอกชนมีพร้อมอยู่แล้ว เคยมีงานศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาแนวคิดของภาคเอกชนต่อการมีส่วนร่วมในงาน PP พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วย หากเป็นการบริการในกลุ่มเด็กที่มี Spectrum ของงานค่อนข้างแคบและทำนายได้

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

- เกิดประสิทธิภาพในการลงทุน และการใช้ทรัพยากร ทั้งทรัพยากรบุคคล และเครื่องมือที่จำเป็น
- เกิดการกระจายการบริการที่เหมาะสมขึ้น ไปถึง Resource จากเขตชนบท

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	อาจเกิดข้อจำกัดในการดำเนินงานเนื่องจากสิทธิการรักษาที่แตกต่างกัน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	ตั้งแต่ปี 2549-2551เด็กอายุ 12 ปีที่มีฟันผุมีร้อยละ 57.4, 58 และ 56.7 ตามลำดับ จากข้อมูลในปี 2552 พบว่าเด็กป.1 ร้อยละ 61.39 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความคุ้มค่าในประเทศไทย	

6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ UC แต่สิทธิข้าราชการยังไม่สามารถเบิกได้ (เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์)	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	ปัจจุบันมีการนำภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการส่งเสรมสุขภาพช่องปากแล้ว เช่น โครงการยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี (vertical program)	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ขณะนี้ยังไม่เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ขนิษฐ์ รัตนรังสิมา และปิยะดา ประเสริฐสม. สถานการณ์สภาวะทันตสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพเด็กนักเรียนประถมศึกษา (อายุ 12 ปี) และสถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน (จากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับจังหวัด ปี 2548-2551). กองทันตสาธารณสุข. [Cited 22 ธันวาคม 2552]; Available from http://www.anamai.ecgates.com/public_content/files/001/0000141_1.pdf
2. สำนักตรวจและประเมินผล. รายงานผลการดำเนินงานเดือนกันยายน โครงการ 07การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขเชิงรุก ข้อมูลพื้นที่ภาพรวมทั้งประเทศ. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [Cited 23 ธันวาคม 2552]; Available from http://203.157.7.23/inspec2/kpi_report_all.php?select_zone=0&Month=09&pro_code=07

หัวข้อที่ 24

ชื่อหัวข้อวิจัย ระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังและติดตามการรักษาอุบัติเหตุที่เกี่ยวกับฟัน อวัยวะช่องปาก ขากรรไกร และใบหน้า

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ยังไม่มีนโยบายด้านนี้	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	เป็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง จำนวนผู้บาดเจ็บและความสูญเสียยังน้อยกว่าการบาดเจ็บประเภทอื่น เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ไม่มากนัก เนื่องจากขนาดปัญหาไม่มาก	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	มีผลต่อภาวะทางสังคมของผู้ป่วย แต่ยังไม่กระทบต่อสังคมโดยรวม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	คิดว่ายังไม่มีการพัฒนาระบบนี้	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	มีการปฏิบัติที่หลากหลาย	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	น่าจะมีความเป็นไปได้ แต่เป็นการทดลองในโรงพยาบาลขนาดใหญ่	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ยังไม่เป็นประเด็นที่สาธารณะให้ความสนใจ	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 25

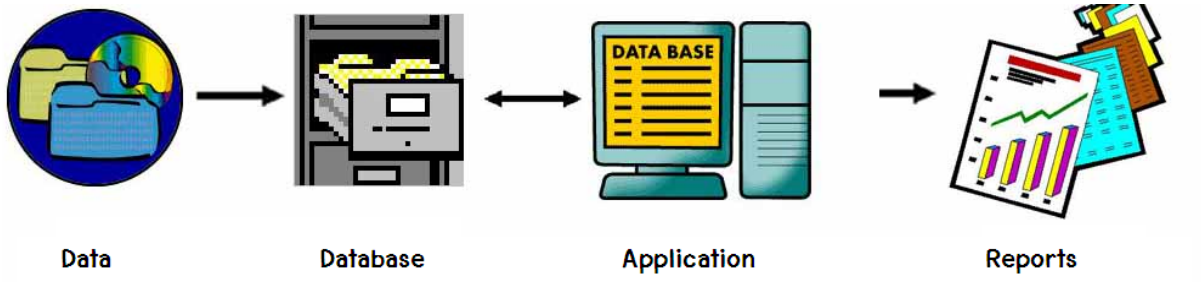
ชื่อหัวข้อวิจัย โครงการวิจัยและพัฒนาระบบ Dental Decision Supported health 09 (DDSH09) ที่ช่วยตัดสินใจในการวางแผนการรักษา ควบคุม และประเมินผลคุณภาพบริการทางทันตกรรม

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

สภาพบริบทการทำงานทั้งจากสภาพแวดล้อมและลักษณะการทำงานของทันตแพทย์ที่ต้องทำงานภายใต้นโยบายในการให้บริการของภาครัฐ จำนวนผู้มารอรับบริการจำนวนมาก ความตรงต่อเวลาในการนัดหมายของคนไข้ ความคาดหวังต่อการได้รับบริการของทันตแพทย์ที่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ระบบการบันทึกข้อมูลและการใช้ข้อมูลทางวิชาการเพื่อประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา รวมถึงการประเมินคุณภาพ ประสิทธิผล ประสิทธิภาพของการให้บริการทางทันตกรรมและสภาวะทางทันตสุขภาพตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงระดับชุมชน ที่มีอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของการใช้ข้อมูลได้อย่างเพียงพอ ส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านการให้บริการรักษาทางทันตกรรม การบริหารจัดการระบบในคลินิกและสถานบริการในด้านการรับผู้ป่วย การตรวจ คัดกรอง และการวางแผนการรักษาของผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนให้บริการรักษา การบริหารเวลาในการรักษา การลงบันทึกข้อมูลในการรักษาและการส่งต่อข้อมูลของผู้มารับบริการ เพื่อใช้ในการเบิกจ่ายงบประมาณด้านการรักษาจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ระบบนัดหมายผู้ป่วย รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรในด้านบุคคล งบประมาณ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษา

โครงสร้างของซอฟท์แวร์ (Software Requirement)



ข้อจำกัดของโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลทางทันตกรรมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ที่มีใช้กันอยู่ในปัจจุบัน

1. ไม่สามารถช่วยในการวางแผนการรักษา ส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้าน คุณภาพการให้บริการทางทันตกรรม
2. ไม่สามารถใช้ประเมินผลในการรักษาได้
3. ไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ เชื่อมโยงกับสภาวะทางทันตสุขภาพของชุมชนได้
4. ปัจจุบันระบบการ จัดเก็บข้อมูลทางทันตกรรมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในแต่ละโรงพยาบาล/สถานบริการ มีความหลากหลาย ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และใช้งานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ
5. รหัสการวินิจฉัย การรักษา ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต้องมีคู่มือเพื่อใช้ประกอบการลงรหัสและช่วยในการจำ โดยที่รหัสนั้นไม่มีตรรกะ (Logic) ในการวางระบบ ทำให้เกิดความยุ่งยาก ซับซ้อนในการใช้งาน และยากต่อการจำ

ดังนั้น จึงมีความน่าสนใจในการออกแบบ วิจัย และพัฒนาโปรแกรม Dental Decision Supported Health 09 (DDSH09) เพื่อการบันทึก จัดเก็บข้อมูลทางทันตกรรมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ที่เข้าถึง (Open sources) และใช้งานได้ง่าย ราคาไม่แพง โดยมีการใช้ระบบตัวเลขเป็นหลักในการทำงาน เป็นระบบที่มีความแม่นยำ (Precise) เรียนรู้และรับรู้ได้ง่ายและเร็ว (Comprehensive understanding and Clear perception) บันทึกข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อได้ง่าย (Facilitate data collection and processing by computer)

อีกทั้ง หากโปรแกรมได้รับการออกแบบให้สามารถเชื่อมโยงเข้ากับฐานข้อมูลทางวิชาการด้านทันตกรรม (Evidence-based Dentistry) และฐานข้อมูลที่ช่วยในการประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของวารสารและเอกสารทางวิชาการด้านทันตกรรม (Critical appraisal) จะเป็นประโยชน์เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการควบคุม ประเมิน และปรับปรุงคุณภาพของการบริการ (Use of information to measure and improve quality) และระบบบริหารจัดการทางทันตกรรม (Clinical Informatics for Outcomes Management) และสามารถ แปลผล วิเคราะห์ หาสภาวะทางทันตสุขภาพ ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ชุมชน จนถึงระดับประเทศ ส่งผลให้เกิดการนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการด้านทันตสาธารณสุขและทันตกรรมทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาขยายเป็นวงกว้างไปสู่วงการทางการแพทย์สืบต่อไป

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อออกแบบ วิจัย และพัฒนาโปรแกรม Dental Decision Supported Health 09 (DDSH09)
2. เพื่อการบันทึก จัดเก็บข้อมูลทางทันตกรรมด้วยระบบคอมพิวเตอร์

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ระบบ Dental Decision Supported Health 09 เป็นโปรแกรมต้นแบบที่มีการเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับฐานข้อมูลทางวิชาการด้านทันตกรรม (Evidence based-Dentistry) เพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องตามหลักการทางวิชาการ และสามารถใช้ในการแปลผล วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเป็นเครื่องชี้วัดสภาวะทางทันตสุขภาพ ตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชน จนถึงระดับประเทศได้

เป็นการออกแบบและพัฒนาการใช้ข้อมูลทางทันตกรรมด้วยระบบตัวเลข ซึ่งเป็นระบบที่ลงทุนน้อย ราคาถูก บุคคลทั่วไปและทันตบุคลากรสามารถนำไปใช้งานได้ง่าย

มีระบบการบริหารจัดการในด้านการรับผู้ป่วย ระบบบริหารเวลาในการรักษา ระบบ การนัดหมายผู้ป่วย ระบบการจัดสรรทรัพยากรในด้านบุคคล งบประมาณ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม ทำให้ลดเวลาและขั้นตอนในการทำงาน

แนวความคิดในการทำวิจัยเรื่องนี้ มีการพัฒนามาจากผลสำเร็จของการดำเนินงานโครงการวิจัยขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเรื่อง Community Care Model in Dentistry

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดเก็บข้อมูล หากพัฒนาสำเร็จและเป็น Software ที่มีศักยภาพสูง (Powerful) ตามที่ออกแบบไว้	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	เป็นปัญหาที่เกี่ยวกับระบบการจัดการ ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย การมี Software ที่เป็นมาตรฐาน(Standardized) และมีศักยภาพสูงถือเป็นข้อได้เปรียบในการวางแผนและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ราคา Commercial software ไม่สูงมากนัก ประมาณ 9,000-14,000 บาท ต่อเครื่องหรือ license เป็นราคาที่ใกล้เคียงกับ Windows 7	

4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่มี	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่เคยมี	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	แต่ละ รพ. ต่างก็จัดซื้อโปรแกรมและมีระบบเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน ทำให้ขาดการเชื่อมต่อข้อมูลโดยสิ้นเชิง	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	หากมีแนวโน้มในทางนโยบาย	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ยังเป็นความสนใจในบุคคลากรสาธารณสุขเท่านั้น	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1) โปรแกรมบริหารงานคลินิก Dentals. Available from: http://www.workdentals.com

2) โปรแกรมบริหารคลินิกทันตกรรม NeuralDent Licensing & Pricing. Available from: http://www.neural.co.th/products/neuraldent/price.html

หัวข้อที่ 26

ชื่อหัวข้อวิจัย การออกแบบและสร้างเครื่องประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้องเชิงกรานสำหรับใช้ในโรงพยาบาลปฐมภูมิ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เป็นเรื่องที่กระทบต่อ การดำรงชีพของมนุษย์ (ทั้งหญิงและชาย) อย่างมาก เมื่อเข้าใกล้วัยกลางคน ซึ่งสังคมของผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยในปัจจุบัน แต่ไม่สามารถให้คะแนนในการประเมินครั้งนี้ได้ เนื่องจากข้อมูลที่มีใน concept paper ไม่ครบถ้วน/เพียงพอต่อการให้คะแนน

ข้อมูลที่ขาดหายไปคือ

1. เครื่องที่จะสร้างนี้ อาศัยความรู้/เทคโนโลยีด้านใด แตกต่างจากความรู้/เทคโนโลยีที่ใช้อยู่ในปัจจุบันอย่างไร (ถึงแม้ว่าจะกล่าวว่าไม่มีใครทำมาก่อน แต่ก็ไม่มีข้อมูลให้ประเมินความเป็นไปได้ของโครงการ)
2. งบประมาณที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนาเท่าไร ราคาต้นทุนในผลิต prototype อยู่ที่เท่าไร
3. งานนี้คลอบคลุมถึงระดับใด ถึงการทำ clinical trial หรือไม่ ที่กล่าวว่า เครื่องสามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการตรวจวัดและแปลผลนั้น จะต้องมีการ verify data ที่เก็บได้ทาง clinic ค่อนข้างจำนวนมาก
4. เครื่องนี้นอกจากใช้ตรวจวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแล้ว สามารถใช้ฝึกเกร็งกล้ามเนื้อเชิงกรานได้อีกด้วยใช่หรือไม่ (ตามวัตถุประสงค์ที่เขียนไว้) ซึ่งไม่มีเครื่องลักษณะเช่นนี้ในปัจจุบันใช่หรือไม่
5. จากข้อ 4 หากเครื่องที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถใช้เป็นเครื่องตรวจวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้เท่านั้น ในปัจจุบันการแก้ไข (ฝึกหัดใช้กล้ามเนื้อฯ) จะทำโดยวิธีใด หากไม่มีวิธีการแก้ไขการ detect failure ของกล้ามเนื้อก็จะไม่มีประโยชน์

<u>เนื่องจากผู้ทำการทบทวนไม่ได้ให้เหตุผลของการให้คะแนนในแต่ละข้อมา จึงไม่สามารถทราบได้ถึงความสำคัญที่แท้จริงของหัวข้อนี้ หัวข้อนี้จึงไม่ผ่านการคัดเลือก</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0		
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1		
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	1		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	?		
6.มีความหลากหลายในทาง	1		

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติม ที่น่าสนใจ
ปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย			
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1		
รวม	5		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 27

ชื่อหัวข้อวิจัย การป้องกันและแก้ไขปัญหาการขาดธาตุไอโอดีนในคนไทย โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

สารไอโอดีน มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการเจริญเติบโตของร่างกาย สมองและพัฒนาการ การขาดสารไอโอดีนนอกจากจะทำให้เกิดอาการคอพอก(goiter) ไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาและความฉลาด อาการแสดงของโรคนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของปริมาณ ระยะเวลาและช่วงของชีวิต ผลร้ายแรงจะเห็นได้อย่างชัดเจนในทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเข้าสู่อายุ 2-3 ปี ถ้าเด็กขาดสารสารไอโอดีนในช่วงเวลานี้จะมีผลให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ นอกจากนั้นการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์อาจมีความรุนแรงทำให้ทารกตายตั้งแต่ในครรภ์ แท้ง พิการแต่กำเนิด หรือปัญญาอ่อน (cretinism) (1) มีรายงานวิจัยได้สรุปว่าเด็กนักเรียนในบริเวณที่ขาดสารไอโอดีนจะมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยต่ำกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีไอโอดีนเพียงพอถึง 13.5 จุด I.Q (2)

ประเทศไทยยังพบว่าการขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบได้ในประชากรทุกกลุ่มอายุ ถึงแม้ว่าภาวะที่เกิดจากการขาดสารไอโอดีนจะมีแนวโน้มลดลงก็ตาม แต่จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร การบริการขั้นพื้นฐานของภาครัฐเข้าไปไม่ทั่วถึง และกลุ่มเป้าหมายที่มีผลกระทบรุนแรง นั้นคือ หญิงตั้งครรภ์ จากการสำรวจการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2545 พบอัตราความชุกการขาดสารไอโอดีนคิดเป็นร้อยละ 47 และมีความรุนแรงระดับมาก ร้อยละ 9 รุนแรงปานกลาง ร้อยละ 16 นอกจากนั้นมีรายงานพบว่า แต่ละปีจะมีเด็กเกิดใหม่ที่ปัญญาอ่อน ถึงปีละประมาณ 500-800 คน (3)

การควบคุม และป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย มีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 โดยกรมอนามัยได้จัดตั้งระบบการเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีน และครอบคลุมทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2538 มีกลวิธีทั้งขจัดปัญหาและป้องกันไม่ให้โรคนี้กลับมามีปัญหาใหม่ ซึ่งกลยุทธ์หลักที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ การใช้เกลือไอโอดีน รณรงค์ส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน มีการออกกฎกระทรวงโดยกำหนดให้เกลือบริโภคต้องเสริมสารไอโอดีนไม่น้อยกว่า 30 มก./เกลือบริโภค 1 กก. การสนับสนุนสารโปแตสเซียมไอโอเดทแก่โรงงานผลิตเกลือไอโอดีน การเฝ้าระวังโรคในทุกกลุ่มอายุ และเสริมความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดความตระหนักมากขึ้น ซึ่งผลจากการดำเนินงานดังกล่าว ทำให้ภาวะคอพอกในเด็กนักเรียนลดลงอย่างมาก โดยในปี พ.ศ.2546 เหลือเพียงร้อยละ 1.3 (4)

ถึงแม้ว่าการดำเนินงานตามกลยุทธ์ข้างต้นจะค่อนข้างประสบความสำเร็จตามดัชนีที่ได้ตั้งเป้าไว้ แต่ยังพบว่ามีข้อบกพร่องของมาตรการดำเนินงาน เช่น การมุ่งเน้นให้ความสำคัญในกลุ่มเด็กวัยเรียน แต่ขาดมาตราการหรือเน้นเพียงบางพื้นที่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็กทารกและเด็กก่อนวัยเรียน เกลือเสริมไอโอดีนไม่เพียงพอ ไม่ได้มาตรฐานและไม่คลอบคลุมไปถึงเกลือที่สัตว์บริโภคหรือเกลือที่ใช้ในอุตสาหกรรมอาหาร ระบบการเฝ้าระวังที่ยังไม่มีความแม่นยำ ขาดการให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังหรือไม่มีดัชนีชี้วัดในทุกกลุ่มอายุ เป็นต้น (4,5) และข้อบกพร่องนี้เองที่ทำให้การขจัดปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนไม่สามารถทำให้หมดไปได้ในประเทศไทย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อทบทวนมาตรการต่าง ๆในการขจัดปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนและป้องกันไม่ให้ระบาดซ้ำในทุกกลุ่มอายุ ของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาแนวทางหรือมาตรการในการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ และทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันโรคไอโอดีนอย่างเป็นระบบ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ผู้ส่งหัวข้อเห็นว่า ถึงแม้จะมีหลายมาตรการหรือแนวทางในการแก้ไขโรคขาดสารไอโอดีนเกิดขึ้นในหลายปีที่ผ่านมาก็ตาม แต่กลับพบว่า ปัจจุบันปัญหาดังกล่าวยังคงมีอยู่ในประเทศไทย และที่สำคัญยังคงพบปัญหาการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่จะส่งผลกระทบทารกในครรภ์ เด็กแรกเกิด จนถึง 2-3 ปี จึงคิดว่าผู้ที่เกี่ยวข้องควรที่จะต้องทบทวนมาตรการหรือแนวทางการดำเนินงาน และหามาตรการเพื่อให้ปัญหานี้ลดน้อยหรือหมดไป

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	กองโภชนาการ กรมอนามัย สามารถนำข้อมูลการวิจัยไปใช้ได้	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	อาการคอพอกในเด็กนักเรียนเหลือเพียงร้อยละ 1.3 (ตัวชี้วัดของ ICCIDD/UNICEF/WHO < 5%) IDD ของหญิงตั้งครรภ์ยังขาดในบางพื้นที่ ความคลอบคลุมบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนต่ำกว่าเกณฑ์ (>90%) เกลือขาดคุณภาพโรงงานผลิตได้มาตรฐาน ชาวบ้านโดยรวมความรู้ดี (5-6)	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	เป็นปัญหาในบางพื้นที่ บางกลุ่ม แต่จะเป็นภาระในการเลี้ยงดูหากพบความผิดปกติหรือปัญญาอ่อนในเด็ก	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	การขาดสารไอโอดีนทำให้ปัญญาอ่อนหรือมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าพื้นที่อื่น อาจเกิดการเหลื่อมล้ำทางสังคม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีงานวิจัยสำรวจทั้งเรื่องความชุกของโรคในกลุ่มต่างๆ การประเมินผลโครงการรณรงค์ การสำรวจการใช้ไอโอดีนและคุณภาพของเกลือเสริมไอโอดีน แต่ส่วนใหญ่วิจัยในบางพื้นที่ที่มีปัญหา ไม่มีในระดับประเทศ มีงานตีพิมพ์เรื่อง แนวคิดในการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย ที่ได้อภิปรายและให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขรอบด้าน ค่อนข้างสมบูรณ์	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	ที่ผ่านมามีดัชนีวัดความสำเร็จเพียงกลุ่มนักเรียน ขาดกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ แนวทางหรือมาตรการจึงมุ่งไปที่นักเรียนในโรงเรียน ผู้ปฏิบัติที่รับนโยบายก็ให้ความสำคัญกับดัชนีของเด็กวัยเรียน ขาดการให้ความสำคัญกับหญิงตั้งครรภ์	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้มาก	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม	0	เป็นปัญหาเก่าที่มีการแก้ไขยาวนาน และเป็นปัญหาในบางพื้นที่ ทำให้สาธารณชนไม่ค่อยสนใจหรือคิดว่าปัญหาห่างไกลตนเอง	

รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Bleichrodt N, Born MP. A meta analysis of research on iodine and its relationship to cognitive developement. In: Stanbury J, ed. The damage brain of iodine deficiency. New York: Cognizant Communication 1994:195-200.
2. Kochupillai N, Pandav CS, Godbole MM, Metha M, Ahuja MMS. Iodine deficiency and neonatal hypothyroidism. Bull.WHO 1986;64:547-51
3. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการเฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงมีครรภ์ ประจำปี 2543-2547. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ; 2548
4. รัชตะ รัชตะนาวิน. แนวคิดในการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2539;4(2):104-19.
5. ภักดี สืบนุการณ์. การประเมินภาวะขาดสารไอโอดีนในประชากรอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;2(No.1 Jan.-Mar (Supplement 3)):631-43.
6. อมรรัตน์ มูลสาร, สัมมนา มูลสาร. สถานการณ์การใช้เกลือไอโอดีนในครัวเรือนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2550. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2550;17(Supplement 1):188-98.

หัวข้อที่ 28

ชื่อหัวข้อวิจัย การป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคพยาธิใบไม้ในตับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ มีการคาดการณ์จำนวนประชากรที่มีการติดเชื้อนี้ร้อยละ 10 หรือประมาณ 6 ล้านคนทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2551 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับจำนวน 353 ราย อัตราป่วย 0.56 ต่อประชากรแสนคน และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต จากแนวโน้มการเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ในตับในปี พ.ศ. 2544 จนถึง ปี พ.ศ. 2551 พบว่าอัตราป่วยในภาพรวมมีแนวโน้มลดลงโดยมีอัตราป่วยสูงสุดต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1.72 (พ.ศ. 2544) และต่ำสุดเท่ากับ 0.56 (พ.ศ. 2551) ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุดคือ 1.12 รองลงมาคือภาคเหนือ (0.90) ภาคใต้ (0.06) และภาคกลาง (1.00)1 ตามลำดับ พยาธิชนิดนี้มีความสำคัญทางสาธารณสุขมากกว่าพยาธิอื่นๆ ที่พบระบาดในประเทศไทย เนื่องจากเป็นพยาธิชนิดเดียวในประเทศไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับและจัดให้เป็นเชื้อก่อมะเร็งท่อน้ำดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยเฉพาะจังหวัดขอนแก่นเป็นแหล่งที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในประเทศไทยและในโลก คือ 88 ต่อแสนในชาย และ 36 ต่อแสนในหญิง2 จากข้อมูลของสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer หรือชื่อย่อว่า IARC) ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งตับระดับสูงมาก3 ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าการเกิดโรคมะเร็งตับสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ไม่ว่าจะเป็นชนิดบีหรือซี และในประเทศไทยยังสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับโดยเป็นสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีตับในคนอีกด้วย

<u>สาเหตุและการติดต่อ</u>

โรคพยาธิใบไม้ในตับมีสาเหตุมาจากพยาธิที่มีชื่อเรียกว่า Opisthorchis viverrini 4 ซึ่งมีรูปร่างแบนคล้ายใบไม้ พยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของตับทั้งของคนและสัตว์รังโรค (สุนัขและแมว) เมื่อพยาธิออกไข่ ไข่จะออกมาในลำไส้ และปนออกมากับอุจจาระลงแหล่งน้ำ หอยพาหะ เช่น หอยขม จะกินไข่นี้เข้าไปเจริญเป็นตัวอ่อนอยู่ในหอย ตัวอ่อนระยะต่อมาจะออกจากหอยไปเจริญต่อในปลาเป็นตัวอ่อนระยะติดต่อ เมื่อคนกินปลาที่ปรุงไม่สุก ตัวอ่อนนี้จะเจริญเป็นพยาธิตัวเต็มวัยในท่อน้ำดีของตับในคน

<u>อาการ</u>

ความผิดปกติของพยาธิใบไม้ตับ ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่จะพบอาการของโรคหลังจากพยาธิเข้าสู่ร่างกายแล้วประมาณ 3 เดือนขึ้นไป ดังนั้น หากมีจำนวนพยาธิน้อย คือประมาณ 100-200 ตัว ก็จะไม่พบอาการผิดปกติของร่างกายแต่อย่างใด แต่ผลเสียคือ คนคนนั้นจะเป็นผู้ที่ทำให้โรคแพร่กระจายต่อไป ในรายที่มีพยาธิมากกว่า 200 ตัว ขึ้นไป อาการที่จะพบได้มีตั้งแต่ท้องขึ้น ท้องอืด อาหารไม่ย่อย เจ็บๆ ร้อนๆ ที่ตับ ถ่ายอุจจาระบ่อย ตับโต ระคายเคืองท่อน้ำดี มีอาการอุดตันของทางเดินท่อน้ำดีจนเกิดการอักเสบ และในที่สุดก่อให้เกิดมะเร็งในท่อน้ำดี มะเร็งในตับ และเสียชีวิตในที่สุด5

<u>การวินิจฉัย</u>

การตรวจอุจจาระของผู้ป่วยเพื่อหาไข่ของปรสิตประกอบกับการซักประวัติผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มาจากภาคอีสาน ซึ่งมีลักษณะการรับประทานอาหารซึ่งมีบริโภคนิสัยการกินอาหารปลาที่ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ หรือกินปลาดิบ ในรายที่มีอาการซับซ้อน อาจจะต้องวินิจฉัยโดยการเจาะน้ำดีหรือตับเพื่อตรวจหาพยาธิ

<u>การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ</u>

สาเหตุโดยตรงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการกินอาหารในลักษณะดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา ปลาสด ปลา

ส้ม ปลาจ่อม หม่ำปลา ปลาหมกไฟ ปลาปิ้ง ลาบปลา ปลาร้า แจ่ว และพบว่า นิสัยการบริโภคอาหารปลาดิบนี้ มีความซับซ้อนและสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ มากมาย เช่น ปัจจัยด้านสังคม และวัฒนธรรม ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรุงอาหาร เช่น เข้าใจผิดคิดว่าอาหารก้อยปลาเป็นอาหารสุกแล้ว เพราะผ่านการปรุงด้วยน้ำมะนาวหรือน้ำมะขาม เนื่องจากอาการของโรคพยาธิใบไม้ตับจะไม่ปรากฏให้เห็นทันทีที่ร่างกายได้รับพยาธิเข้าไป แต่จะใช้เวลานานประมาณ 3-4 เดือน และกว่าจะตรวจพบร่างกายก็อยู่ในสภาพย่ำแย่หรือรุนแรง จนแทบจะแก้ไขไม่ทัน ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นมาตรการที่สำคัญยิ่ง

<u>แนวทางป้องกันการกระทำได้โดย</u>

1. การตรวจหาไข่ปรสิตในอุจจาระ และในผู้ป่วยที่พบไข่ปรสิตก็ให้การรักษาด้วยยา praziquantel
2. สร้างอุปนิสัยการกินอาหารที่ผ่านการปรุงให้สุกด้วยความร้อนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของประชาชนทุกรูปแบบ
3. รณรงค์ให้ประชาชนมีและใช้ส้วมครบ 100% ถ่ายอุจจาระในส้วม หลีกเลี่ยงการถ่ายลงในน้ำหรือที่ชื้นแฉะอย่างเด็ดขาด เพื่อเป็นการตัดวงจรของพยาธิ
4. กำจัดหอยที่เป็นแหล่งฟักตัวของพยาธิ
5. การให้สุขศึกษาเพื่อสร้างสุขนิสัยที่เหมาะสม ปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และสร้างความเข้าใจเรื่องราวของพยาธิใบไม้ตับแก่ประชาชน

<u>แนวทางปฏิบัติในปัจจุบัน</u>

โครงการละว้า เป็นโครงการต้นแบบในการที่จะศึกษาและหาทางป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ที่รอบแก่งละว้า อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น โดยได้รับความร่วมมือจากคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขอนแก่น ในการเสนอแนวทางการสร้างต้นแบบควบคุมป้องกันพยาธิใบไม้ตับ แบบบูรณาการ ร่วมกับนักวิชาการที่เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ โดยพัฒนาเป็นภาคีเครือข่ายต้านพยาธิใบไม้ตับให้แก่ชุมชน ภาครัฐ บ้านและโรงเรียน มีส่วนร่วมในการผสมผสานการศึกษา ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ชุมชนสัมพันธ์และพฤติกรรมประชาชน โดยจะเน้นการพัฒนาทั้งในเด็กนักเรียนและผู้ใหญ่ ซึ่งจะทำให้เกิดระบบควบคุมป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืนและนำไปสู่การการขยายผลต่อพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โครงการวิจัยดังกล่าวอยู่ในระหว่างการดำเนินงานวิจัยมีระยะเวลาศึกษา 5 ปี6 นอกจากนี้ยังมีโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2508 โดยรวมอยู่ในโครงการควบคุมโรคติดต่อ มีศูนย์ควบคุมโรคนี้อยู่ที่จังหวัดสกลนคร ให้การสุขศึกษาและแนะนำแก่ประชาชนมิให้รับประทานอาหารซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อโรค เช่น ปลาดิบ และร่วมกับสถานีอนามัยในการรักษาประชาชนผู้ป่วยด้วยโรคนี้ แนะนำและส่งเสริมให้มีการสุขาภิบาลดี มีส้วมถูกสุขลักษณะและใช้น้ำสะอาด และจะขยายขอบเขตการดำเนินงานออกไปในจังหวัดนครพนม กาฬสินธุ์ มหาสารคามและจังหวัดใกล้เคียงที่มีประชาชนเป็นโรคนี้มาก7

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ศึกษาปัญหาและหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ในตับ
2. ศึกษาความคุ้มค่าให้การให้ความรู้ในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ในตับและการเกิดมะเร็งในท่อน้ำดี
3. นำผลที่ได้จากการวิจัยเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบเป็นแนวทางในการพิจารณาให้ความสำคัญหรือกำหนดเป้าหมายเพิ่มเติมในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ ให้สอดคล้องกับปัญหา สถานการณ์ ทิศทาง และความต้องการในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

การป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับมีองค์ความรู้อยู่มากมายแต่ยังไม่มีการนำไปสู่ระบบปฏิบัติการในภาคประชาชน

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ได้มีหลายหน่วยงานที่ทำเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับ อยู่แล้วซึ่ง ณ ปัจจุบันก็ยังไม่มีความชัดเจนในแนวทางดังกล่าว	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ปัญหาพยาธิใบไม้ในตับที่มีปริมาณน้อยหรือยังไม่รุนแรงมีแนวทางในการรักษาอยู่แล้ว และยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนของอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งในท่อน้ำดีที่เกิดจากปัญหาพยาธิใบไม้ในตับ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	การรักษาโรคพยาธิใบไม้ในตับในระยะแรก และชนิดที่เป็นน้อย เป็นการรักษาที่มีราคาถูก ในขณะที่การเกิดโรคมะเร็งในท่อน้ำดีที่เกิดจากพยาธิใบไม้ในตับยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดเกี่ยวกับเรื่องนี้ จึงไม่สามารถประมาณการผลกระทบทางเศรษฐกิจที่อาจเกิดขึ้นได้	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	แม้จะมีแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาแต่ทั้งนี้ยังมีความซับซ้อนและยังสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ มากมาย เช่น ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิตของคนและสภาพแวดล้อมของคนในสังคม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการแก้ไขและป้องกันปัญหาโรคพยาธิใบไม้ในตับในประเทศไทย มีโครงการเรื่องนี้ ในปศุสัตว์ สำหรับในคนพบการศึกษาที่ม .ธรรมศาสตร์และขอนแก่นซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินงานวิจัย	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่พบความแตกต่างในทางปฏิบัติในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	การส่งเสริมให้มีการป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับอาจจะนำไปปฏิบัติได้ยากเพราะเป็นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารซึ่งมีความซับซ้อนในเรื่องวัฒนธรรม การใช้ชีวิต เป็นต้น	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ปัญหานี้อาจเป็นที่สนใจเฉพาะกลุ่มของสังคมที่ได้รับผลกระทบ เช่นประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ เป็นต้น	
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

1. หล่อปิยานนท์ ธ. โรคพยาธิใบไม้ในตับ. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2551:122 -3.
2. การติดพยาธิใบไม้ตับแบบซ้ำซากเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี. (Accessed 16, 2009, at http://www.livercare.kku.ac.th/2008/index.php)
3. Ferlay J, Bray, F., Pisani, P., Parkin, D.M. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. GLOBOCAN 2002 2004;version 2.0, Lyon, IARC Press No. 5.
4. โรคพยาธิใบไม้ในตับ.(Accessed16,2009,at http://www.tm.mahidol.ac.th/tmho/p_opisthorchis.htm)
5. พยาธิใบไม้ตับ หมอชาวบ้าน 1989 (Accessed 16, 2009, at http://www.doctor.or.th/node/6522.)
6. คณะแพทยศาสตร์เตรียมจัดโครงการต้นแบบชุมชนปลอดพยาธิใบไม้ตับเป็นวาระแห่งชาติ ข่าวมหาวิทยาลัยขอนแก่น ,2009(Accessed16,2552,at http://202.12.97.4/kkunews/index.php?option=content&task=view&id=2917.)
7. การสาธารณสุข. แผนพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่หนึ่ง (พศ. 2506-2509) (Accessed 16, 2009, at http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=84.)

หัวข้อที่ 29

ชื่อหัวข้อวิจัย การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จนถึงก่อนครบอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ อัตราการคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยยังไม่ชัดเจนเนื่องจากมีข้อจำกัดในการวินิจฉัยอายุครรภ์ มีเพียงสถิติของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยปี 2546 ร้อยละ 8.89 และสถิติของอัตราส่วนการตายปริกำเนิด (ต่อ 1 ,000 การเกิดทั้งหมด) ร้อยละ 8.39 ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุของการตายปริกำเนิดในทารก ร้อยละ 11 [3] การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานของสตรีมีครรภ์ นอกจากนี้การคลอดก่อนกำหนดยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยและการตายปริกำเนิดซึ่งเป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของประชาชนในด้านอนามัยแม่และเด็ก เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก การติดเชื้อ เป็นต้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่นๆ เช่น ภาวะเลือดออกสมอง จอตาเสีย ลำไส้เกิดเนื้อตาย เป็นต้น นำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการทางร่างกายหรือสมอง ทำให้ครอบครัวและสังคมต้องเพิ่มภาระความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูและจัดการศึกษาพิเศษอย่างต่อเนื่องในระยะยาว สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบแน่ชัดแต่มีการสันนิษฐานจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะประชากร เช่น เชื้อชาติ อายุ ฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ เป็นต้น กลุ่มปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับประวัติทางสูติกรรมและการเจริญพันธุ์ เช่น มีประวัติการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงทั้งสองกลุ่มเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ แต่สามารถคัดกรองและเฝ้าระวังได้ สำหรับกลุ่มปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับสภาพการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ปัญหาสุขภาพและการเจริญพันธุ์ เป็นต้น บางปัจจัยเสี่ยงสามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะโภชนาการ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น บางปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนได้ แต่สามารถให้การดูแลรักษาหรือส่งต่อ ตลอดจนใช้การดูแลทางสูติศาสตร์ควบคุมไม่ให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้นได้ เช่น ครรภ์แฝด รกเกาะต่ำ เป็นต้น การคัดกรองเฝ้าระวัง และปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะสามารถป้องกันและลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ดีกว่าเน้นที่การดูแลรักษาเพียงอย่างเดียวได้

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อหามาตรการการป้องกันและรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่า

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ในปัจจุบันมีมาตรการป้องกันและรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมานานกว่า 20 ปี แต่มาตรการดังกล่าวยังไม่ได้ผลและมีความสิ้นเปลืองในทรัพยากรที่ใช้ไปแล้วไม่ได้ผล ดังนั้น ความสำคัญของหัวข้องานวิจัยนี้ คือ อาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก และมีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติซึ่งส่งผลต่อการรักษา หรือต้นทุนของการรักษา

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ในปัจจุบันมีการดำเนินนโยบายนี้อยู่แล้ว เป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของประชาชน	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	ปัญหาทางสุขภาพเกิดทั้งมารดาและทารกที่คลอดก่อนกำหนด	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	เกิดผลกระทบเนื่องจากการดูแลและรักษามารดาและบุตรที่เกิดผลแทรกซ้อนในระยะสั้นและอาจส่งผลในระยะยาว	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	เกิดผลกระทบเนื่องจากการดูแลและรักษามารดาและโดยเฉพาะบุตรที่เกิดผลแทรกซ้อนในระยะสั้นและอาจส่งผลในระยะยาว	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	เคยมีผู้ทำการศึกษามาก่อนเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของมาตรการ การศึกษาปัจจัยเสี่ยง และการศึกษาเชิงทดลอง (แต่ยังขาดการศึกษาทางด้านความคุ้มค่า)	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจนและปฏิบัติมาเป็นระยะเวลานาน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	สิ่งที่ผู้ปฏิบัติทราบเป็นอย่างดีคือประสิทธิผลของมาตรการ แต่สิ่งที่อาจเพิ่มเติมให้ผู้ปฏิบัติได้คือ ความคุ้มค่าของมาตรการ ซึ่งอาจมีผลในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ยังไม่เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ถนิมนันท์ ปันล้อม ประสิทธิผลของการใช้แนวการปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ณ คลินิกฝากครรภ์ ในอำเภอแม่สะเรียง: Effectiveness of clinical practice guidelines implementation for preterm labor prevention among at risk pregnant women at anternatal care clinic in Mae Sariang District. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย 2551.
2. อมรเลิศ ไทยแหลมทอง การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด = Systematic review on nursing interventions to prevent preterm birth มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย; 2548
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2544-2546. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2547.

หัวข้อที่ 30

ชื่อหัวข้อวิจัย การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแพทย์ที่ผ่านการอบรมอาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน 2 เดือน ของกรมการแพทย์และแพทย์ที่จบอนุมัติบัตร และ วุฒิบัตร สาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์ ของแพทยสภา ซึ่งกันและกัน ในด้านการให้การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน การให้คำแนะนำด้านสุขภา

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

เนื่องจากแผนการพัฒนประเทศในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ที่มุ่งเน้นให้ประเทศมีศักยภาพด้านการผลิตในภาคอุตวสาหกรรมเพื่อการส่งออก ทำให้มีความต้องการแพทย์และบุคคลากรทางการแพทย์สำหรับการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่คนงาน การจัดการเพื่อป้องกันโรคจากการทำงาน รวมถึงเฝ้าระวังและลดโรคและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน

ด้วยตระหนักถึงความต้องการดังกล่าว ในปี พ.ศ.2335 กรมการแพทย์ โดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ที่จบจากการศึกษาในต่างประเทศ จากทุกหน่วยงานทั้งมหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมกันเปิดหลักสูตรอบรมอาชีวเวชศ่าสตร์พื้นฐาน 2 เดือน ให้แก่แพทย์ที่สนใจโดยมีจุดมุ่งหมายให้แพทย์เหล่านั้นสามารถไปปฏิบัติงานตามความต้องการของกฎหมายหลายฉบับในขณะนั้น จนถึงปัจจุบันมีแพทย์กว่า 532 คน จบการอบรมในหลักสูตรดังกล่าว

ในปี พ.ศ. 2541 แพทยสภาได้อนุมัติหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านในสาขาอาชีวเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นหลักสูตร 3 ปี มีการฝึกอบรมที่ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทยื เมื่อผ่านการฝึกหัดและสอบผ่านขั้นสุดท้ายแพทย์เหล่านี้จะได้รับวุฒิบัตรสาขาอาชีวเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์ อย่างไรก็ตามแพทย์ที่จบการฝึกอบรมในหลักสูตรระยะสั้นและปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเป็นระยะเวลาหนึ่งก็สามารถเข้ารับการสอบเพื่อขอรับ อนุมัติบัตรสาขาอาชีวเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์ เช่นกัน

เนื่องจากระยะเวลาในการอบรมแตกต่างกันทำให้แพทย์ส่วนใหญ่เลือกเข้ารับการฝึกอบรมระยะสั้นแทนที่จะอบรมในหลักสุตรแพทย์ประจำบ้าน ขณะเดียวกันผู้เกี่ยวข้องยังพบปัญหาการจัดการป้องกันและเฝ้าระวังโรคตจากการทำงานยที่ยังไม่เป็นระบบ สถิติการวินิจฉัยโรคจากการทำงานยังไม่เพิ่มขึ้น ทำให้มีความสงสัยคุณภาพของแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนี้

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแพทย์ที่ผ่านการอบรมอาชีวเวชศ่าสตร์พื้นฐาน 2 เดือน ของกรมการแพทย์ กับแพทย์ที่จบอนุมัติบัตรและวุฒิบัตร สาขาอาชีวเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์ ของแพทยสภา เพื่อนำขอ้มูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการผลิตแพทย์เพื่อทำงานด้านอาชีวเวชศาตร์ ให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของประเทศ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เนื่องจากแพทย์อาชีวเวชศาตร์ มีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการของสถานประกอบการ ที่ต้องการแพทย์ด้านนี้เพื่อปฏิบัติงานตามกฎหมาย ถึงแม้นว่าผลการวิจัยจะระบุว่าแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมระยะสั้นยังมีคุณสมบัติไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องก็คงยากที่จะหยุดผลิตแพทย์กลุ่มดังกล่าว นอกเหนือจากการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ปรับปรุงหลักสูตรเพื่อลดจุดอ่อน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	คาดว่าปัจจุบันและอนาคต โรคที่เกิดจากการทำงานนับจะมีความสำคัญมาขึ้นเรื่อยๆ การดำเนินงานด้านอาชีวเวชศาสตร์ได้อย่างดีย่อมลดภาระของระบบสุขภาพและสังคมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	แรงงานนับเป็นปัจจัยสำคัญในระบบการผลิต ในประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก โรคจากการทำงานนับเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงาน ทำให้ลดประสิทธิภาพในการผลิตในระบบเศรษฐกิจและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรทั้งวัยแรงงานและวัยสูงอายุหลังการทำงาน	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ยังไม่ชัดเจนว่าจะมีผลกระทบด้านความเสมอภาคและจริยธรรมในประเด็นใด	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	เท่าที่ทราบมาเรื่องดังกล่าวยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบอย่างเป็นระบบ มีเพียงการเปรียบเทียบในประเด็นย่อยๆ บางประเด็นเท่านั้น	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	งานด้านอาชีวิเวชศาสตร์ส่วนใหญ่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรค	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	เหตุผลเช่นเดียวกับข้อ 1	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	สังคมยังตระหนักและให้ความสำคัญในประเด็นนี้น้อย	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศสาตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี http://www.occmednop.org/ access 24 Decberber 2009

2. Prof. Pornchai Sihisarankul Personal communication 25 December 2009

หัวข้อที่ 31

ชื่อหัวข้อวิจัย เด็กไทยกับการส่งเสริมสุขภาพและชีวิตมีคุณค่าให้ผู้สูงอายุ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

จากการพัฒนาทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ทำให้สุขภาพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป และทำให้โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วด้วย โดยประชากรสูงอายุ (60 ปี หรือมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก 1.21 ล้านคนในปี 2503 เป็น 4.5-5.7 ล้านคน ในปี 2543 และคาดหมายว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 6.8-7.6 ล้านคน และ 11 ล้านคนในปี 2553 และ 2563 ตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงนี้จะนำประเทศไทยไปสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” ตามนิยามของสหประชาชาติที่ กำหนดสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้เพราะในปี 2503 สัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 4.6 และเพิ่มเป็นร้อยละ 9 ในปี 2543 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 11 และ 15 ในปี 2553 และ 2563 ตามลำดับ ปัจจุบันปี 2550 จากรายงานสารประชากรของมหาวิทยาลัยมหิดล คาดว่าจะมีผู้สูงอายุ 6,824,000 คน จากประชากร 62,829,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 จึงอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่ ภาวะประชากรสูงอายุ หรือสังคมผู้สูงอายุแล้ว สังคมจึงต้องมีการเตรียมการด้านเศรษฐกิจสังคม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อรับกับสถานการณ์ดังกล่าว

ประเทศไทยมีนโยบายระดับชาติที่ชัดเจนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ ปฏิญญาผู้สูงอายุ พ.ศ. 2542 โดยนำเจตนารมณ์เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ ที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หลักการของสหประชาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ ปฏิญญามาเก๊าของคณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิค และแผนงานนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้ง แผนงานผู้สูงอายุ พ.ศ. 2545-2564 ที่มีวัตถุประสงค์ 5 ประการ คือ 1) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด 2) เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิต และมีหลักประกัน 4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐ และภาคเอกชน มีส่วนร่วมในภารกิจสำคัญขององค์กร และ 5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่างๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน ชุมชน องค์กรภาครัฐ และเกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวผู้สูงอายุ จะได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

หัวข้อการวิจัย “เด็กไทยกับการส่งเสริมสุขภาพและชีวิตมีคุณค่าให้ผู้สูงอายุ” ที่เสนอนี้ เป็นการพิสูจน์ต่อเนื่องว่า “รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” ที่ผู้วิจัยได้ศึกษา “พัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนชนบทไทย” โดยกลไกนักเรียนในชุมชนสามารถสนทนากับผู้สูงอายุจนเกิดกิจกรรมต่อเนื่องร่วมกันในชุมชนได้รับความเคารพรัก เอื้ออาทร เห็นว่าเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม เด็กนักเรียนมีความอ่อนน้อม มีสัมมาคาราวะ ยอมรับคำตักเตือนของผู้สูงอายุ การเคลื่อนไหวตัวเองของผู้สูงอายุกระฉับกระเฉงขึ้น และมีสุขภาพดีขึ้น เป็นกานำเอาพลังงาน (energy) ของเด็กนักเรียนที่มีมากมาย สามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้รวดเร็ว กับภูมิความรู้และประสบการณ์ชีวิต และความสามารถในการช่วยเหลือ/เคลื่อนไหวตัวเองได้น้อยของผู้สูงอายุ ทำให้กลไกในสังคมชุมชนเคลื่อนไหว มีชีวิตชีวาขึ้น ลดภาระการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุข ทำให้งานบริการผู้สูงอายุมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น โดยรูปแบบงานวิจัยคาดว่าสามารถใช้ได้ในทุกโรงเรียนในชุมชนชนบทไทย ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นประเทศไทยหรือในวัฒนธรรมของเอเชียก็น่าจะนำรูปแบบนี้ไปใช้ได้

ความสำคัญของงานวิจัยนี้อีกประการหนึ่ง คือ ในแผนผู้สูงอายุ พ.ศ. 2545-2564 นี้มียุทธศาสตร์สำคัญที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานวิจัยนี้ คือ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ มาตรการที่ 2 มาตรการ

ให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต มาตรการที่ 3 การปลุกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ และ 2) ยุทศาสตร์ ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ มาตรการที่ 1 การส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและดูแลตนเองเบื้องต้น มาตรการที่ 4 การสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ระดับชุมชน

- ผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยมีสุขภาพกายและจิตดีขึ้น
- นักเรียนมัธยมต้นในพื้นที่วิจัยมีคุณธรรมศีลธรรมเพิ่มขึ้น
- กระบวนการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนวิชาสุขศึกษา/พลศึกษา/ประสบการณ์ชีวิต มีผลบวกต่อสุขภาผู้สูงอายุ ผลบวกต่อสภาพสังคมชุมชน
- เพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการให้บริการผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU)
- สร้างวัฒนธรรมที่ตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุในชุมชน และอาจค้นพบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่กำลังจะสูญหายไป
- ปัญหาการทอดทิ้งผู้สูงอายุ
-

ระดับประเทศ

- นำเสนอเป็นนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะถ้ากระจายไปได้มากสุขภาพผู้สูงอายุดีขึ้น จะลดค่าใช้จ่ายทั้งภาคครัวเรือน และการคลังของประเทศ คุณภาพเด็กโดยรวมด้านคุณธรรม ความมีศีลธรรม และความเอื้อเฟื้อในสังคมชนบทแบบเดิมจะทำให้ลดปัญหาสังคมด้านอื่นๆ ลงด้วย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

- เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย
- ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ
- ก่อหรืออาจก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล
- มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก
- มีแนวโน้มจะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ
- มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบด้านศีลธรรมจริยธรรมในสังคมอย่างกว้างขวาง (การวิจัยนี้ทำให้เด็กมีศีลธรรมขึ้น เพราะได้รับการอบรม ตักเตือน ได้รับความอบอุ่น มีส่วนร่วมทำสิ่งที่ดีในสังคม)

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	แนวโน้มไม่น่าจะมีผลทางนโยบายเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเสนอแนวทางให้ปฏิบัติเฉพาะในโรงเรียนระดับชุมชนชนบทไทยเท่านั้น ต้องมีแผนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม	มีข้อจำกัดในชุมชน และมียุทธศาสตร์ระดับชาติอยู่แล้ว
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	**ด้านกายภาพ** ร้อยละ 69.3 ประชากรในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรัง, ร้อยละ 83.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป , ร้อยละ 70.8 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อม	มีมากตามประชากร

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
		กัน และร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ อุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย พบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ **<u>ด้านจิตใจ</u>** เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัย “ผู้สูงอายุกับเด็ก” ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับคนรุ่นปัจจุบันมีความห่างเหินกันมากขึ้น	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจากประชากรวัยแรงงานเข้าสู่สังคมประชากรผู้สูงอายุ ส่งผลถึงการให้บริการสังคมต่าง ๆ รวมถึงบริการด้านเศรษฐกิจจากภาครัฐต้องรับภาระมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะขาดรายได้ และถ้าผู้สูงอายุมีภาวะป่วยด้วย ภาระด้านเศรษฐกิจก็จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ	จากหัวข้อวิจัยที่ให้มา ไม่น่าจะก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจมากนัก
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	การเปลี่ยนแปลงทางสังคมจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือมีส่วนทางสังคมลดลง และสังคมก็ยอมรับและให้โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุน้อยลงด้วย การมีกิจกรรมน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง ขาดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนจากสังคม จึงนำไปสู่การแยกห่างจากสังคมอย่างสิ้นเชิง ซึ่งปัญหาด้านสังคมและจิตใจมักมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันเสมอ	จากหัวข้อวิจัยที่ให้มา ไม่น่าจะก่อให้เกิดผลกระทบทางสังคมมากนัก
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบการวิจัยเรื่องนี้โดยตรง แต่มีการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การสร้างความสุขผ่านการเรียนรู้ระบบค่านิยมและความคาดหวังของคนต่างวัย โดย อ.วรรณลักษณ์ เมียนเกิด มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, การศึกษาบทบาทของผู้สูงอายุในการขัดเกลาด้านคุณธรรมแก่เยาวชนในครอบครัว โดย วิทยานิพนธ์ (สค.ม.๗ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540	มีงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ปัจจัยด้านระบบบริการที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นของผู้สูงอายุ เช่น การไม่มีบริการที่จำเป็น เช่น กายภาพบำบัดในชุมชน ความสามารถในการเข้าถึงบริการเชิงกายภาพ แม้ว่าจะมีบริการอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ แต่ในทางปฏิบัติบริการดังกล่าวมีอยู่ในเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของ	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
		ร่างกายหรืออยู่ในชนบทย่อมไม่สะดวกไปรับบริการ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในชุมชนท้องถิ่น เช่น อปท. สถานบริการภาครัฐท้องถิ่น ฯลฯ ในการผลักดัน รวมถึงสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา ฯลฯ	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม เนื่องจากประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมวัยสูงอายุ ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.7 ในปีพ.ศ. 2553	ยังไม่เป็นที่สนใจของสังคมมากนัก
รวม	1		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 32

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาบทบาทขององค์กรภาครัฐและองค์กรภาคประชาชนในการร่วมกันขับเคลื่อนงานอนามัยเจริญพันธุ์ในชุมชน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) ในความหมายขององค์การอนามัยโลก ระบุไว้ว่า สภาวะทางสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคม เรื่องของอนามัยการเจริญพันธุ์ยังเกี่ยวข้องกับ "สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์" (Reproductive Right) เป็นสิทธิของบุคคลทั้งหญิงและชาย และเป็นสิทธิที่อยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนในเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) ความเป็นอิสระ (Freedom) และความเท่าเทียมกัน (Equality) สิทธิที่จะได้รับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนสามารถที่เข้าถึงบริการด้านเจริญพันธุ์อย่างเหมาะสม และเพิ่มศักยภาพของผู้หญิงในการตั้งครรภ์และคลอดบุตรอย่างปลอดภัย และมีทารกที่มีสุขภาพดี

อนามัยการเจริญพันธุ์ ตามความหมายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง "ภาวะความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งชายและหญิงทุกช่วงอายุของชีวิต ซึ่งทำให้เขาเหล่านั้นมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข" ขอบเขตของการอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศ มีรายละเอียดดังนี้

1. การวางแผนครอบครัว เพื่อสนับสนุนให้คนไทยมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสมตามความต้องการหรือศักยภาพของแต่ละครอบครัว
2. การอนามัยแม่และเด็ก เพื่อดูแลสุขภาพของหญิงทั้งก่อน ระหว่างและหลังตั้งครรภ์ ให้มีการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย พร้อมทั้งมีลูกที่สมบูรณ์แข็งแรงและได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ
3. โรคเอดส์ ให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตลอดจนควบคุมป้องกันและให้การรักษาแก่ผู้เป็นโรค
4. มะเร็งระบบสืบพันธุ์ เฝ้าระวังผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ให้ความรู้และให้บริการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและถูกต้อง
5. โรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ควบคุม ป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคติดเชื้ออื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์
6. การแท้งและภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการแท้งให้มีอัตราลดลง และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการแท้งได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการแท้งที่ปลอดภัย
7. ภาวะการมีบุตรยาก ให้คำปรึกษา แนะนำ และให้บริการแก่ผู้ที่มีบุตรยาก
8. เพศศึกษา ให้คำปรึกษาและเผยแพร่ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่ประชากรทุกกลุ่มอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม
9. อนามัยวัยรุ่น ให้ความรู้และคำปรึกษาในเรื่องเพศศึกษา การมีเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบและปลอดภัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์และป้องกันการติดโรคทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
10. ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุซึ่งต้องมีการให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพดีและสร้างประโยชน์ต่อสังคมและครอบครัวและประเทศชาติต่อไป

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ศึกษาบทบาทการทำงานในปัจจุบันขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาชนที่ทำงานด้านอนามัยการเจริญพันธ์ในชุมชน
2. ข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน ระหว่างองค์กรภาครัฐ และองค์กรภาคประชาชน

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เนื่องจากงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในชุมชนนั้น มีองค์ประกอบหลากหลายมิติเริ่มตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ จนถึงเข้าสู่วัย

ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการดำเนินงานที่เกี่ยวกับวัยรุ่น ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งภาครัฐและภาคประชาชนในการร่วมกันขับเคลื่อนงานให้เห็นเป็นรูปธรรม และร่วมกันประสานการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	มีนโยบายของกรมอนามัย กระทรวงฯ ที่ชัดเจน	เป็นที่สนใจในระดับชาติ เนื่องจากมีหลายหน่วยงานรับผิดชอบ
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ยังไม่ชัดเจนถึงขนาดปัญหาด้านสุขภาพ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ยังไม่ชัดเจนถึงผลกระทบในด้านเศรษฐกิจ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ยังไม่ชัดเจนถึงผลกระทบในด้านสังคม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบงานวิจัยที่ทำประเด็นเดียวกันนี้ในประเทศไทย	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่เกี่ยวกับประเด็นด้านความหลากหลายในทางปฏิบัติ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีโครงการนำร่องแล้ว 4 จังหวัดในปัจจุบัน แต่ยังขาดทิศทาง	เป็นที่สนใจในระดับชาติ เนื่องจากมีหลายหน่วยงานรับผิดชอบ
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ไม่เป็นที่สนใจของสาธารณะมากนัก	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Research issues in productive health for low and middle income countries, World health organization, 2007

2. กระทรวงสาธารณสุข. ร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2552 – 2556)

หัวข้อที่ 33

ชื่อหัวข้อวิจัย บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการเงินการคลังและบุคลาการต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ (กรณีศึกษาในเขตเทศบาลจังหวัดตรัง)

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

จากภาระหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งต้องรับผิดชอบด้านสุขภาพและการบริหารการเงินการคลังของท้องถิ่นให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านระบบการบริหารและการจัดการด้านสาธารณสุข ได้แก่ การปรับปรุงระบบสาธารณสุขมูลฐานและการจัดการสาธารณสุขพื้นฐานให้มีคุณภาพ การเสริมสร้างและพัฒนาความรู้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารและอนามัยชุมชน ส่งเสริมและสร้างจิตสำนึกแก่ประชาชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน โรงเรียน ชุมชน มีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะตลอดจนจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลให้ครบวงจร ส่งเสริมความร่วมมือในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด โดยอาศัยกลุ่มพลังมวลชน องค์กรต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้มแข็งทางการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ซึ่งจากภาระหน้าที่นี้จะมีโครงการต่างๆ มารองรับ จนทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีงบประมาณการเงินการคลังที่เข้มแข็งจึงจะสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้ รวมทั้งต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและเพียงพอต่อการดำเนินงาน

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ทำให้ทราบบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทางด้านการเงินการคลังและบุคลากรต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ
2. ทำให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการเงินการคลังและบุคลากรต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ
3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) คณะผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้อง ได้ทราบและนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาให้เป็นไปอย่างเกิดประโยชน์ที่สุด

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	สอดคล้องกับนโยบายการกระจายอำนาจด้านการดูแลสุขภาพ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เป็นบทบาทของทุกท้องถิ่น	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	น้อย	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	น้อย	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีการศึกษารายจ่ายด้านสุขภาพจากท้องถิ่นหลายชิ้น เช่น การจัดทำบัญชีสุขภาพระดับจังหวัด การประเมินการเงินการคลังปฐมภูมิ การประเมิน Role of LGU on health provision เป็นต้น	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ยังไม่มีความเป็นรูปธรรมของการปฏิบัติ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	เป็นการศึกษาเฉพาะบริบทเดียว อาจไม่สามารถนำไปใช้ในบริบทอื่นๆได้	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เนื่องจากอยู่ในช่วงการ Decentralize health care reform	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. การประเมินสถานการณ์การคลังระบบบริการปฐมภูมิและพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการติดตามประเมิน. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก) รายงานวิจัย 2552
2. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. การวิจัยพัฒนาโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก) รายงานวิจัย 2552

หัวข้อที่ 34

ชื่อหัวข้อวิจัย การพัฒนานโยบายของรัฐเพื่อให้มีเภสัชกรปฏิบัติการในร้านยาตามกฎหมาย : บทบาทของภาครัฐ องค์กรวิชาชีพ สถาบันวิชาการ และองค์กรผู้บริโภค

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการร้านยา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิของประเทศ ที่ไม่มีระบบนี้เป็นเสาหลักสำคัญของระบบบริการสุขภาพระหว่างประเทศ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ปัจจุบันกฎหมายยังไม่ได้กำหนดให้เภสัชกรปฏิบัติการตลอดเวลา แต่ให้ระบุเวลาปฏิบัติการ สภาเภสัชกรรมพบการเรียกร้องและการละเมิด ในการประชุมสถาเภสัชกรรมมาก และการไม่บรรลุเป้าหมายดังกล่าว เกี่ยวพันกับองค์กรหลายส่วน เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนานโยบายของรัฐ เพื่อให้มีการปฏิบัติการเหมาะสมตามกฎหมาย

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	เป็นการต่อยอดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ถือว่าร้านยาเป็นส่วนหนึ่งของผู้จัดบริการ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ไม่ทราบ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ไม่มีผลกระทบตรง	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่มีผลกระทบตรง	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	กรณีนี้ไม่น่าใช้การวิจัยหาองค์ความรู้ น่าจะเป็นการบริหารจัดการร่วมกัน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ปัจจุบันร้านยาไม่ได้อยู่ในระบบบริการหลัก	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้สูงโดยเฉพาะเขตเมื่องที่มีร้านยาจำนวนมาก	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	น้อย	
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 35

ชื่อหัวข้อวิจัย โปรแกรมสำหรับป้องกันและแก้ไขภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยในชุมชน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลสำคัญมาจากข้อมูลที่ต่อเนื่องของการลดลงของจำนวนประชากรในภาวะเจริญพันธุ์และการเสียชีวิต ทำให้ทั้งจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางกายด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูกและข้อ เป็นอันดับแรก และมีความบกพร่องด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือดเป็นอันดับสองและสามตามลำดับ(สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2547) ซึ่งเท่ากับเป็นการเพิ่มจำนวนของประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความบกพร่องทางกายในผู้สูงอายุยิ่งเพิ่มมากขึ้น (อุทัยทิพย์; 2543)

ในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆที่บ้าน เพราะลูกหลานต้องออกไปหารายได้เพื่อดูแลครอบครัว ทั้งที่เป็นที่ทราบดีแล้วว่าสุขภาพกายเป็นปัจจัยหลักที่กำหนดความต้องการการดูแลด้านสุขภาพและภาวะความบกพร่องทางกายมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับภาวะการพึ่งพาตนเองได้ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตัวเองได้น้อยหรือต้องการการดูแลระยะยาว จะเพิ่มภาระการดูแลทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม มีรายงานมากมายที่แสดงว่าความบกพร่องทางกายมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต ภาวะการพึ่งพาตนเอง ความต้องการการดูแลระยะยาว และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางกายจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน 2 ชนิดขึ้นไป จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องมากกว่า 3 เท่า (Trupin, 1995)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แม้จะมีรายงานการวิจัยที่ให้ข้อมูลจำนวนหรือสัดส่วนผู้สูงอายุไทยที่มีความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไว้บ้าง ในแง่ความชุกของความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และภาวะสุขภาพโดยรวม แต่ยังไม่มีข้อมูลเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะใช้สำหรับการออกแบบโปรแกรมการจัดการปัญหาภาวะบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยในชุมชนด้วยโปรแกรม ซึ่งต้องได้จากการตรวจร่างกายและซักประวัติสุขภาพ และประเมินสภาพแวดล้อมและปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆที่จำเป็นในชีวิตประจำวันได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า (Shafer DW; 1996, Duncan; 1998) การที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยภาพเคลื่อนไหวและใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย จะเกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถทบทวนสิ่งที่ไม่เข้าใจได้บ่อยครั้งเท่าที่ต้องการ อีกทั้งผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้านทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความภูมิใจในตนเอง สิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยลง

ในการประยุกต์ใช้ศาสตร์ทางกายภาพบำบัดเพื่อออกแบบโปรแกรมเพื่อใช้ที่บ้านในการจัดการภาวะบกพร่อง ทั้งการฟื้นฟูสภาพเมื่อความบกพร่องนั้นเกิดขึ้นแล้ว หรือในการป้องกันความบกพร่องและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ชะลอความเสื่อมของร่างกายให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันและงานได้ตามบทบาทที่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องทราบข้อมูล และแบบแผนความบกพร่องทางกายที่เฉพาะเจาะจงและละเอียดพอ นอกจากนั้น รายงานวิจัยหลายฉบับบ่งชี้ว่าลักษณะและแบบแผนของการเกิดภาวะความบกพร่องของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ชุมชนต่างๆมีความแตกต่างกันมาก โดยปัจจัยสำคัญคือ ภาวะสุขภาพพื้นฐานและลักษณะสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม ข้อมูลความแตกต่างเหล่านี้จะทำให้การสร้างโปรแกรมการจัดการภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุชัดเจนและประยุกต์ใช้ได้กว้างขวางและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อสำรวจข้อมูลความชุก และแบบแผนความบกพร่องทางกายรวมทั้งปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จากนั้นนำข้อมูลมาออกแบบและทดลองใช้โปรแกรม เพื่อจัดการภาวะบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จากนั้นจะนำโปรแกรมในรูปของ VCD และสื่อสิ่งพิมพ์ มาศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลที่ได้รับว่าจะสามารถนำไปใช้ป้องกันและแก้ไขภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมือง ชานเมือง ชนบท ได้คุ้มทุนหรือไม่

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

(1) ยังไม่พบการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย (มีแต่งานวิจัยจัดทำโปรแกรมร่วมกับการเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง) (2) ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ

(3) ก่อหรืออาจก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล

(4) มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก และ

(5) มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติซึ่งส่งผลต่อผลการรักษา หรือต้นทุนของการรักษา

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	ปัจจุบันผู้บริหารเริ่มสนใจเรื่องผู้สูงอายุมากขึ้น	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	เพิ่มขึ้นตามโครงสร้างประชากร	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ส่งผลในระยะยาว	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่ทราบ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	-	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มีเพราะเป็นการคิดมาตรการขึ้นมาใหม่	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ขึ้นอยู่กับมาตรการที่พัฒนาออกมาว่าเหมาะสมกับบริบทมากน้อยเพียงไร	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	-	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 36

ชื่อหัวข้อวิจัย ผลของสื่อกิจกรรมบำบัดต่อเวลาการตอบสนอง การใช้เวลาว่าง และคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ปัญหาโรคเรื้อรังนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งของประเทศไทยและโลก องค์การอนามัยโรครายงานผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 59 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย ในขณะที่อัตราตาย ปี พ.ศ. 2551 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งเป็น 12.22, 20.78 และ 87.64 ต่อประชากรแสนคน โรคเหล่านี้ถูกรวมเรียกว่ากลุ่มโรควิถีชีวิตคือเป็นโรคที่เกิดจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าสามารถป้องกันได้ การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะเป็นการดูแลและให้ยาเพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายรุนแรนได้ อาการของโรคเรื้อรังมักจะเกิดจากความผิดปกติของร่างกาย ความเสื่อมของอวัยวะและเนื้อเยื่อ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหลายโรคเกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจและกระบวนการสันดาปของร่างกาย (metabolism) เช่นผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็ง และเบาหวาน ซึ่งการบำบัดผู้ป่วยด้วกิจกรรมบำบัดจะเป็นหนทางหนึ่งในการช่วยฝึกการทำงานของร่างกาย การรับรู้ และเพิ่มความสามารถของการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ระบบคลินิกกิจกรรมบำบัดมหิดล (Occupational Therapy – Mahidol Clinic System; OT-MCS) ได้บรูณาการระบบจากกรอบแนวคิดสากล ได้แก่ องค์การอนามัยโลก การดูแลสุขภาพด้วยการจัดการตนเอง ความสัมพันธ์ของกิจกรรมกับการรักษา การใช้เวลาว่างทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และการเรียนรู้ผ่านระบบเซลล์กระจกเงา ซึ่งผลข้อหนึ่งจากการวิจัยประสิทธิผลของระบบฯ ในผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมองพบว่าสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและความเชื่อมันในสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อย่างไรก็ตามระบบฯ ยังมีข้อจำกัดและยังมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนา

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

หัวข้อวิจัยนี้มุ่งศึกษาผลของสื่อกิจกรรมบำบัดต่อเวลาการตอบสนองทางประสาทจิตสรีรวิทยา ความถี่ของการใช้เวลาว่างที่มีคุณค่า และคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน) โดยผ่านสื่อกิจกรรมบำบัดที่มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย (เช่น วีดิทัศน์ที่บันทึกการสาธิตทำกิจกรรมจากผู้บำบัด วีดิทัศน์ที่บันทึกการทำกิจกรรมจากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสื่อกิจกรรมบำบัดอื่นๆ ที่ผู้ป่วยและญาติเลือกปรับใช้เองในสถานการณ์จริง)

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

หัวข้อวิจัยนี้นับเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ก้าวหน้าในเชิงระบบสุขภาพในประเทศไทย ที่มุ่งพัฒนาแนวทางหนึ่งของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตหลังเจ็บป่วยเรื้อรัง และการลดภาระค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขเมื่อสามารถจัดการสุขภาพด้วยตนเองในอนาคต

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจงและมีความเป็นจุลภาคมากกว่าที่จะส่งผลในเชิงนโยบาย	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเป็นจำนวนมากในประเทศไทย ทั้งอัตราป่วยและอัตราตาย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	การรักษาด้วยกิจกรรมบำบัดไม่น่าจะก่อให้เกิดผลต่ออุบัติการณ์ของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือค่าใช้จ่ายหลักของการรักษา ที่ส่งผลต่อผลกระทบทางเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศมากนัก	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	อาการของโรคเรื้อรังอื่นๆ (ยกเว้นโรคเส้นเลือดในสมอง) ไม่ได้ส่งผลต่อการเข้าสังคมของผู้ป่วย	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1		
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	นักกิจกรรมบำบัดยังมีจำนวนจำกัดในประเทศไทย ซึ่งโดยมากมักอยู่ตามโรงพยาบาลใหญ่ๆ หรือตามโรงเรียนแพทย์ จึงอาจทำให้การเข้าถึงการบริการค่อนข้างจำกัด	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	นักกิจกรรมบำบัดในประเทศไทยมีจำนวนน้อย จึงไม่น่าจะมีความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลงรักษาในระดับผู้ปฏิบัติ ซึ่งการบูรณาการการดูแลแบบสหวิชาชีพน่าจะก่อให้เกิดผลดีต่อการรักษามากยิ่งขึ้น	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	โรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญของโลกและสังคมไทยมาเป็นเวลานาน แต่ประเด็นที่เป็นที่สนใจของสาธารณชนมักเป็นในเรื่องของการป้องกันมากกว่าการรักษา	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Facing the fact – the impact of chronic disease in Thailand. [Cited 25 ธันวาคม 2552]; Available from http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en
2. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. [Cited 25 ธันวาคม 2552]; Available from http://www.thaincd.com/data_disease.php
3. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2552.แนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.
4. มารู้จักกิจกรรมบำบัด. [Cited 25 ธันวาคม 2552]; Available from http://www.otat.org/index.php?lay=show&ac=article&Id=302040
5. อนุชาติ เขื่อนนิล, ศุภลักษณ์ เข็มทอง. ระบบการบริการกิจกรรมบำบัดมหิดลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551; 2(1). หน้า 136-45

หัวข้อที่ 37

ชื่อหัวข้อวิจัย การวิจัยภูมิปัญญาไทยเพื่อประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ (ตำรับยาไทย นวดไทย และหัตถการ อุปกรณ์ด้านการแพทย์แผนไทย)

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ในสองทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทยถูกนำเสนอและเป็นที่ตอบรับอย่างกว้างขวาง จากความคิดทวนกระแสปัจจุบันการสืบสานภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทยกลายเป็นภารกิจของรัฐ และพัฒนาจากแนวคิดนามธรรมจนกลายเป็นสมุนไพรไทย ยาไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดไทยที่เฟื่องฟูขยายตัวไปทั่ว จนมีบริการการนวดไทยทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน ในโรงแรมและสปาต่าง ๆ รวมทั้งตามปั๊มน้ำมัน และศูนย์การค้าแทบทุกแห่ง แม้ว่าภูมิปัญญาสุขภาพไทยส่วนหนึ่งจะถูกทำให้กลายเป็นสินค้า แต่ภาวะดังกล่าวก็สะท้อนความรู้สึกนึกคิดและทัศนคติของสังคมไทยที่ความเป็นท้องถิ่นและความเป็นไทยเปลี่ยนแปลงไป วิถีชุมชนและภูมิปัญญาสุขภาพท้องถิ่นไม่ใช่สิ่งงมงาย ไร้สาระหรือน่ารังเกียจ แต่เป็นสิ่งที่มีคุณค่าเป็นภูมิปัญญาที่สังคมไทยต้องช่วยกันสืบสานศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยเป็นที่ยอมรับของประชาชนในประเทศและต่างประเทศ [1]

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยด้านภูมิปัญญาไทยในการประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เนื่องจากภูมิปัญญาไทยถึงแม้มีการวิจัยค่อนข้างมาก แต่ยังขาดกระบวนการวิจัยที่มีมาตรฐานสากลเพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยในการประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ ซึ่งทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับในการนำภูมิปัญญาไทย ซึ่งได้แก่ ตำรับยาไทย สมุนไพร การนวดไทย การอบประคบสมุนไพร มาใช้ในการรักษา ดูแล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพมากนัก

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	มีความต้องการที่จะผลักดันนโยบายแต่ยังไม่หลักฐานที่น่าเชื่อถือที่จะนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งผลการวิจัยจะสนับสนุนให้เกิดนโยบายขึ้นมาได้	คำถามงานวิจัยกว้างเกินไป
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนโดยรวม	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	อาจนำไปสู่การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่มีผลกระทบต่อสังคมที่ชัดเจน	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	มีผู้ศึกษาประสิทธิผลของภูมิปัญญาไทยบางประเภท เช่น สมุนไพร แต่ยังไม่การทำวิจัยในภาพรวม	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มีแนวทางในการใช้ที่ชัดเจนการใช้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของประชาชนแต่ละคน และยาบางชนิดผู้ป่วยไม่สามารถใช้สิทธิเบิกได้ทุกคน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	มีความเป็นไปได้หากนำมาใช้เป็นนโยบาย	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	การพึ่งพิงตนเองด้านสุขภาพยังคงอยู่ในความสนใจของสาธารณชน	
รวม	1		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง:ทิศทางในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 บทนำเสนอในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549

หัวข้อที่ 38

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาภูมิปัญญาไทยในการรักษาโรคเรื้อรัง

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคเรื้องรัง ตามนิยามที่กระทรวงสาธารณสุขมี 2 นิยาม คือ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่ติดต่อหรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง มีระยะเวลาฟักตัวของโรครวมถึงระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนาน ไม่ติดต่อโดยทางสัมผัส สามารถทำให้เกิดความพิการหรือการทำงานที่ผิดปกติของร่างกาย และรักษาไม่หาย หรือภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกาย เป็นภาวะที่เป็นอย่างถาวร ทำให้เกิดความพิการ เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้ต้องการการกายภาพบำบัดหรือการปรับตัวสำหรับภาวะนี้ นอกจากนั้นยังต้องการรักษาติดตามดูแลในระยะยาว รวมทั้งโรคประจำตัวที่สามารถรักษาหายได้ แต่ถ้ารักษาติดต่อกันนานเกิน 3 เดือนแล้วยังไม่หาย ยังต้องรักษาต่อไป ให้ถือว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคเรื้อรัง ซึ่งตัวอย่างของโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคปวดข้อเรื้อรัง เป็นต้น

สำหรับการนำสมุนไพรไทยมาใช้รักษาโรคเรื้อรังนั้น ประชาชนโดยส่วนใหญ่จะใช้สมุนไพรภายหลังจากที่รักษายาแพทย์ปัจจุบันแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือไม่ทุเลาลง หรือหลีกเลี่ยงการกินยาแพทย์ปัจจุบัน หรือต้องการแสวงหาแนวทางการรักษาใหม่ๆ แต่ประชาชนยังขาดองค์ความรู้ที่ถูกต้องในการใช้ยาสมุนไพร เพราะได้องค์ความรู้จากสรรพคุณตามโฆษณาชวนเชื่อต่างๆ ซึ่งยังขาดความน่าเชื่อถือจากหลักฐานทางวิชาการ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ได้องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสู่การประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ
2. มีงานวิจัยประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยาไทยในการรักษาโรคเรื้องรัง
3. มีงานวิจัย ภูมิปัญญาไทยการแพทย์แผนไทย การนวดไทย การใช้หัตถการด้านการแพทย์แผนไทย ในการรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมในปัจจุบัน และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม จากปัจจัยนี้ทำให้กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญในการใช้สมุนไพรมารักษาโรคเรื้อรัง จึงต้องการผลักดันให้มีการวิจัยยาสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติม ที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	กระทรวงสาธารสุขได้มีนโยบายผลักดันให้มีการใช้สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายจากค่ารักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ฉะนั้น หากมีการศึกษาวิจัยในการนำสมุนไพรมาใช้ในการรักษาโรคเรื้อรัง การนำไปใช้ในเชิง	แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายผลักดันให้มีการใช้สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายจากค่ารักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตามการรักษาโรคเรื้อรังยังต้องพึ่งพาการรักษาแผนปัจจุบันเป็นหลัก ส่วนแพทย์แผน

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติม ที่น่าสนใจ
		นโยบายค่อนก็มีความเป็นไปได้ค่อนข้างมาก	ไทยเป็นเพียงการรักษาทางเลือก หรือใช้ควบคู่ไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	คนไทยป่วยเป็นโรคเรื้อรังค่อนข้างมาก โดยจากผลการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังที่สำคัญของคนไทย 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานว่าตลอดปี 2550 มีผู้ป่วยโรคดังกล่าวเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศ 2 ล้านกว่าคน	คนไทยป่วยเป็นโรคเรื้อรังค่อนข้างมาก โดยจากผลการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังที่สำคัญของคนไทย 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานว่าตลอดปี 2550 มีผู้ป่วยโรคดังกล่าวเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศ 2 ล้านกว่าคน
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	หากมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรไทยทดแทนยาแผนปัจจุบันในโรคเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่ต้องใช้ยาไปตลอดชีวิต ก็จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการบริโภคยานำเข้าจากต่างประเทศได้อย่างมหาศาล	ไม่มีความชัดเจนว่าการใช้แพทย์แผนไทยจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเทียบกับการรักษาแผนปัจจุบัน
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	การใช้สมุนไพรไทย เป็นการนำภูมิปัญญาไทยที่มีมาตั้งแต่โบราณมาใช้ หากมีการศึกษานำสมุนไพรมาใช้รักษาอย่างจริงจัง สังคมไทยก็จะสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเข้มแข็ง	การใช้สมุนไพรไทย เป็นการนำภูมิปัญญาไทยที่มีมาตั้งแต่โบราณมาใช้ หากมีการศึกษานำสมุนไพรมาใช้รักษาอย่างจริงจัง สังคมไทยก็จะสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเข้มแข็ง
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีงานวิจัยที่นำสมุนไพรมาใช้รักษาโรคเรื้อรังค่อนข้างมาก เช่น โรคเอดส์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หากมีการร่วมมือจากสถาบันต่างๆ และมีการต่อยอดงานวิจัย น่าจะทำให้ผลที่ได้จากการศึกษานำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ	มีงานวิจัยที่นำสมุนไพรมาใช้รักษาโรคเรื้อรังค่อนข้างมาก เช่น โรคเอดส์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หากมีการร่วมมือจากสถาบันต่างๆ และมีการต่อยอดงานวิจัย น่าจะทำให้ผลที่ได้จากการศึกษานำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	ผู้ป่วยมีทั้งส่วนที่เชื่อถือถึงสรรพคุณของยาสมุนไพรและไม่เชื่อถือสรรพคุณยาสมุนไพร อีกทั้งผู้ที่เชื่อถือนั้นอาจยังมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ยังไม่ดีมากนัก สิ่งเหล่านี้ทำให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่แตกต่างกัน	ปัจจุบัน นโยบายการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยแพทย์แผนไทย เอื้อให้เฉพาะผู้ป่วยสิทธิ์ข้าราชการเท่านั้น
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	แพทย์แผนปัจจุบันอาจจะไม่ยอมรับในการรักษาด้วยยาสมุนไพรมากนัก ถึงแม้ว่ามีหลักฐานทางวิชาการมายืนยัน ซึ่งคงต้องใช้ระยะเวลาในการที่จะนำสมุนไพรมาใช้รักษาโรคเรื้อรังอย่างจริงจัง	แพทย์แผนปัจจุบันอาจจะไม่ยอมรับในการรักษาด้วยยาสมุนไพรมากนัก ถึงแม้ว่ามีหลักฐานทางวิชาการมายืนยัน ซึ่งคงต้องใช้ระยะเวลาในการที่จะนำสมุนไพรมาใช้รักษาโรคเรื้อรังอย่างจริงจัง

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติม ที่น่าสนใจ
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม	1	มีความสนใจไม่มากนัก เพราะเป็นเรื่องทางวิชาการ หรือสนใจเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการหาทางเลือกใหม่ๆในการรักษา	การศึกษาถึงประสิทธิผล และความปลอดภัยของแพทย์แผนไทยในการรักษาโรคเรื้อรังช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนมีความรู้และตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

[1] ภาษิต ประชาเวช. โรคปัจจุบัน : โรคเรื้อรัง. [cited 25 ธันวาคม 2552]; Available from: http://www.doctor.or.th/node/5275

[2] วารสารวิชาการออนไลน์. สถานการณ์โรคเรื้อรัง. [cited 25 ธันวาคม 2552]; Available from: http://www.suksara.net/?module=article&action=view&id=16

[3] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546

[4] นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ , วิชิต เปานิล, สมภพ ประธานธุรารักษ์, วารุณี สุนทรเจริญนนท์. การสร้างและจัดการความรู้ : อนาคตของการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2549.

หัวข้อที่ 39

ชื่อหัวข้อวิจัย การวิจัยตำรับยาไทยเพื่อผลักดันเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

การจัดทำบัญชียาจากสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เริ่มต้นเป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2542 โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2549 เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 (ฉบับที่ 4) มีบัญชียาจากสมุนไพร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) บัญชียาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้เดิม จำนวน 11 รายการ ได้แก่ ยาหอมเทพจิตร ยาหอม นวโกฐ เป็นยารักษากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาธาตุบรรจบ ยาเหลืองปิดสมุทร ยาประสะกานพลู เป็นยารักษากลุ่มอาการทางระบบทางเดินอาหาร ยาประสะไพล เป็นยารักษากลุ่มอาการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ยาแก้ไข้ห้าราก ยาเขียวหอม ยาจันทลีลา เป็นยาแก้ไข้ และยาประสะมะแว้งรักษาอาหารไอและขับเสมหะ 2) บัญชียาพัฒนาจากสมุนไพร จำนวน 8 รายการ ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน ขิง ชาชง ชุมเห็ดเทศ พญายอ ไพล เจลพริก และครีมบัวบก รวมทั้งสิ้น 19 รายการ (1,2)

ในปี 2552 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จะทำการเสนอสมุนไพร 5 ตัว เข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ เพชรสังฆาต แก้ริดสีดวงทวาร สหัสธารา แก้ปวดเมื่อย บัวบก (ยาเม็ด) แก้รักษาแผล ช่วยความจำในผู้สูงอายุ เถาวัลย์เปรียง แก้ปวดเมื่อย และ มะระขี้นก ลดน้ำตาลในเลือด (3) อย่างไรก็ตามการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยสมุนไพรยาเดี่ยว ยังขาดการวิจัยในส่วนของยาตำรับ ซึ่งจากการศึกษาคัมภีร์หรือตำราการแพทย์แผนไทยกว่าร้อยละ 90 เป็นการใช้ตำรับยาในการรักษาโรคและอาการ ทำให้ตำรับยาแผนไทยที่มีการวิจัยและนำเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติยังมีจำนวนน้อย ประชาชนจึงไม่สามารถเข้าถึงการใช้ตำรับยาแผนไทยในระบบสุขภาพเท่าที่ควร

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ได้ตำรายาไทยที่เคยใช้ในการรักษาผู้ป่วยจริงอย่างน้อย 40 ตำรับ เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการ วิจัยและพัฒนาตำรับยาแผนไทยต่อไป
2. ได้รายละเอียดวิชาการของตำรับแต่ละขนานเพื่อประเมินความต้องการในการวิจัยองค์ความรู้ที่ยังขาดความสมบูรณ์สำหรับการวัยและพัฒนาตำรับที่ใช้ในคนต่อไป
3. มีข้อมูลวิจัยเพื่อประกอบการพิจารณาผลักดันตำรับยาไทยเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เนื่องด้วยวัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ระบุประเภทหรือชนิดของตำรับยาที่ต้องการศึกษา ดังนั้นผู้ทบทวนจึงพิจารณาเหตุผลสำหรับที่คัดเลือกในครั้งนี้บนพื้นฐานที่ว่า การวิจัยจะเริ่มต้นด้วยการทบทวนตำรับยาไทยที่เคยใช้ในการรักษาผู้ป่วย จากนั้นจะคัดเลือกตำรับยาที่มีความเหมาะสมสำหรับการศึกษาในเชิงลึก เช่น ประสิทธิผลทางคลินิก เฉพาะบางตำรับยาเท่านั้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการผลักดันให้ตำรับยานั้นบรรจุรวมอยู่ในบัญชียาสมุนไพร

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	มีแนวโน้มในการผลักดันนโยบาย หากแต่ละตำรับมีรายละเอียดข้อมูลวิชาการรับรอง รวมทั้งมีหลักประกันด้านคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัย	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับยาสมุนไพรจำนวนผู้ป่วยอาจไม่น้อย แต่ส่วนใหญ่เป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่รุนแรง ไม่ก่อให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพหรือถึงแก่ชีวิต	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ไม่มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจโดยรวม เพราะต้นทุนการใช้ยาสมุนไพรอาจไม่แตกต่างมากจากยาแผนปัจจุบัน แต่อาจกล่าวได้ว่าเป็นการส่งเสริมการเกษตรเพราะวัตถุดิบจะมาจากการเพาะปลูกในชุมชน	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่มีผลกระทบด้านสังคม เพราะเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาเท่านั้น	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ปัจจุบันแพทย์ส่วนใหญ่ใช้ยาแผนปัจจุบัน จึงมีความหลายหลายในเวชปฏิบัติน้อย	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาของแพทย์ เช่น ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ ความต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	มีแนวโน้มที่จะมีการใช้ยาสมุนไพรในการป้องกันและรักษาโรคมากขึ้นหากพิสูจน์ได้ว่ามีประสิทธิผลและปลอดภัย อย่างไรก็ตามหากพิสูจน์ได้ว่าไม่มีประสิทธิผลหรือไม่ปลอดภัย ยังคงเป็นที่สนใจของสาธารณชนเช่นกัน	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 ตามประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2549 เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 (ฉบับที่ 4). กทม; 2549.

2. มูลนิธิสุขภาพไทย. ดันสมุนไพรเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ. 2552. [Update 2552; cited]; Available from: http://www.thaihof.org/frontnews/ดันสมุนไพรเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ.

3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ. ดัน 5 สมุนไพรเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ. 2552. [Update 2552; cited]; Available from: http://www.thaihealth.or.th/node/8317.

4. ผู้จัดการออนไลน์. เตรียมดันเพชรสังฆาต-สหัสธารา เข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ. 2551. Available from: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000011501.

หัวข้อที่ 40

ชื่อหัวข้อวิจัย ความคุ้มค่าและผลกระทบของการมียาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ในประเทศไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคปวดข้อ ซึ่งเป็นผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของคนอ้วน ด้วยเหตุดังกล่าวสถานพยาบาลรักษาโรคอ้วนมีมากมาย ซึ่งใช้ยาชนิดต่างๆ ในการรักษา โดยไม่มีมาตรฐานการรักษาที่ชัดเจน ในปัจจุบัน กองควบคุมวัตถุเสพติด เป็นผู้ขายยาลดความอยากอาหารในกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ให้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพสำหรับใช้กับผู้ป่วยของตน ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รับการร้องเรียนหรือคำถามจากผู้บริโภคที่ใช้บริการคลินิกลดความอ้วนว่าเกิดอาการข้างเคียงต่างๆ เช่น ความจำลดลง ความคิดสับสน ประสาทหลอน บางรายเสียชีวิต

จากการศึกษาภาคตัดขวางในประชากรหญิงจำนวน 250 รายที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ซึ่งเข้ารับบริการรักษาลดน้ำหนักในสถานพยาบาลเอกชนที่ใช้ยากลุ่มลดความอยากอาหาร ซึ่งจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท 2 โดยกลุ่มตัวอย่างหญิงในการศึกษานี้ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงและสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2545 ผลการศึกษาพบว่า หญิงร้อยละ 84.0 รับการรักษาลดน้ำหนักเพื่อความสวยงามเป็นหลัก นอกจากนี้ ร้อยละ 82.8 ของหญิงที่มีค่าดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ภาวะอ้วน ผลการศึกษานี้บ่งชี้ถึงปัญหาการลดน้ำหนัก โดยเฉพาะการจ่ายยากลุ่มลดความอยากอาหารอย่างไม่เหมาะสมซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนปัญหาและต้องการกระตุ้นให้หน่วยงานราชการ โดยเฉพาะสำนักงานอาหารและยา เพื่อใช้พิจารณาปรับมาตรการควบคุมการจ่ายยากลุ่มลดความอยากอาหารซึ่งเป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2 ให้เข้มงวดและเหมาะสมมากขึ้น

ในปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้กำหนดมาตรการควบคุม โดยจำหน่ายยาลดความอ้วนให้สถานพยาบาลแห่งละไม่เกิน 5000 เม็ดต่อเดือน หากสถานพยาบาลแห่งใดต้องการซื้อมากกว่า 5000 เม็ดในเดือนใด จะต้องมีหนังสือหนังสือรับรองจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนั้นๆ ถึงความเหมาะสมในการใช้ แต่ในหลายปีที่ที่ผ่านมา ยังไม่มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดใดให้ส่งเอกสารมาให้เลย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ความคุ้มค่าและผลกระทบของการมียาลดความอ้วนกลุ่มออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ในฐานะที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นผู้ที่นำเข้ายากลุ่มนี้มาจำหน่ายให้แพทย์และสถานพยาบาลในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะต้องศึกษาเพื่อประเมินประโยชน์ และความเสี่ยง รวมถึงความคุ้มค่า และผลกระทบของการมียาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ในประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการตัดสินใจว่า อย. ควรจัดให้มียานี้ต่อไปในประเทศไทยหรือไม่ หรือหากควรมี ควรมีมาตรการควบคุมอย่างไร เพื่อให้เกิดความสมดุลและผู้บริโภคมีความปลอดภัยและมีการใช้ยาอย่างเหมาะสมต่อไป

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในฐานะผู้กำหนดนโยบายควบคุมการใช้ยากลุ่มนี้ต้องการให้มีการประเมินเพื่อนำผลวิจัยมาใช้จริง	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ขนาดของปัญหาสุขภาพไม่ใหญ่มากนัก ปัจจุบันชายไทยที่มีช่วงอายุระหว่าง 20-60 ปี มีความชุกของโรคอ้วนทั้งตัวร้อยละ 18.2 ขณะที่ผู้หญิงไทยช่วงอายุระหว่าง 20-60 ปี เป็นโรคอ้วนทั้งตัวร้อยละ 27	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ราคายากลุ่มนี้ไม่แพงมากนัก Diethylpropion HCl 75 mg./tab จำนวน 100 เม็ด/กล่อง ราคา 1 ,000 บาท และ Phentermine HCl หรือ Phentermine 30 mg./cap จำนวน 200 capsul/ขวด ราคา 2,000 บาท	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ยังไม่ชัดเจนถึงผลกระทบในด้านสังคม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบงานวิจัยประเด็นนี้ในประเทศไทย	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	ยังไม่มีมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยด้วยยาลดความอ้วนอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการใช้วิจารณญาณของแพทย์ผู้รักษา	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	การยกเลิกการนำเข้ายากลุ่มนี้มาในประเทศไทย อาจเกิดการต่อต้านในระดับผู้ปฏิบัติจากแพทย์ผู้สั่งใช้ยา	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	จากพาดหัวข่าวเกี่ยวกับการเสียชีวิตจากการใช้ยาลดความอ้วนในสื่อสาธารณต่างๆ	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ไพศาล ปวงนิยม. การศึกษา “การวินิจฉัยและการจ่ายยาลดน้ำหนักในคลินิกลดความอ้วน”. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2551
2. มานิตย์ อรุณากูร. การศึกษาระบบควบคุมของกระทรวงสาธารณสุขต่อการใช้ยาลดความอ้วนกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในสถานพยาบาลเอกชน. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2540
3. Paskorn Sritipsukho. Inappropriate Weight Management among Thai women Consuming Anorectics Prescribed by Private Clinics in Bangkok. Journal of medical association of Thailand. 87(12). 2004. 1481-1477

หัวข้อที่ 41

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบของการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผู้ปฏิบัติงานพ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรค

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

สารเคมีที่ใช้ฉีดพ่นควบคุมยุงส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มสารเคมีประเภทไพรีทรอยด์ (Pyrethroid) ซึ่งเป็นสารสังเคราะห์ ที่มีคุณภาพสูงในการกำจัดแมลง และเป็นพิษอย่างมากต่อสัตว์น้ำ ในขณะที่จะมีความปลอดภัยสูงกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม อย่างไรก็ดีพบว่าสารเคมีกลุ่มนี้เป็นพิษต่อระบบประสาท หากคนสัมผัสโดนผิวหนังอาจทำให้เกิดอาการคัน บวมแดง แสบร้อน ชา หรืออาการเหมือนโดนเข็มแทง ถ้าสารเคมีเข้าตาหรือปากจะมีอาการชาตามใบหน้า ยังไมมีสารต้านพิษของสารเคมีกลุ่มนี้ การรักษาเมื่อเกิดพิษคือ รักษาตามอาการ สารเคมีจะถูกขับออกจากรางกายเองในที่สุด1 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความเป็นพิษของสารเคมีกลุ่มนี้ในกระต่ายตัวผู้ พบว่ากระตายน้ำหนักลดลง ความต้องการทางเพศและสมรรถภาพในการขับน้ำเชื้อลดลง จำนวนสเปร์มและน้ำเชื้อลดลง2 การศึกษาในหนูแรกเกิด พบว่าหนูมีปัญหาการหายใจโดยเกิดจากการทำงานทีผิดปกติของสารเคมีในสมองส่วนที่ควบคุมการหายใจ3 การใช้สารเคมีจึงต้องมีการควบคุมให้ถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ลดผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตและสภาพแวดล้อมใกล้เคียง

สารเคมีกลุ่มไพรีทรอยด์ จัดอยู่ในวัตถุอันตรายชนิดที่ 3 ตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ.2535 มาตรา 4 ประกอบกับมาตรา 18 คือวัตถุอันตรายที่การผลิต การนำเข้า การส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครองต้องรับใบอนุญาต4 อาศัยความตาม พรบ.ฉบับนี้ บังคับใช้เพื่อควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปอย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยกรมควบคุมโรคจะออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดให้หน่วยงานที่ดำเนินการฉีดพ่นสารเคมีปฏิบัติให้ถูกต้อง ซึ่งในขณะนี้ยังเป็นเพียงแค่ร่างประกาศเท่านั้น

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. การออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยอาศัยอำนาจตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ.2535 จะสามารถบังคับใช้ได้มากน้อยเพียงใด
2. ศึกษาผลกระทบ ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยความสำเร็จในการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เนื่องจากการปฏิบัติงานในการฉีดพ่นสารเคมีในปัจจุบันปฏิบัติการโดยหน่วยงานของรัฐระดับ อบต.หน่วยงานของรัฐด้วยกันเอง (กรมควบคุมโรค และกลุ่มควบคุมวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) ยังไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้ เพราะหน่วยงานของรัฐได้รับการยกเว้นในกรณีที่มีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุอันตรายชนิดที่ 3 ไม่ต้องขออนุญาตเหมือนกับหน่วยงานเอกชน ตามมาตรา 23 พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ.2535 หากปฏิบัติไม่ถูกต้องก็ไม่สามารถบังคับหรือลงโทษได้ตามกฎหมาย จึงต้องออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้บังคับควบคุมการปฏิบัติงานให้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ แต่ก็ไม่แนใจว่าการบังคับใช้กฎหมายนี้จะมีความเป็นไปได้ หรือมีผลกระทบด้านใดบ้าง

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เนื่องจากการปฏิบัติตามหลักการที่ถูกต้องในการใช้สารเคมีเป็นเรื่องที่จำเป็นอยู่แล้ว เป็นเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการนำกฎหมายมาบังคับใช้กับผู้ปฏิบัติจึงคิดว่าไม่น่าจะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนโยบาย	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ยังไม่มีข้อมูลจำนวนและความรุนแรงของคนหรือสัตว์อื่นที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพหากไม่บังคับใช้กฎหมาย	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	เนื่องจากการปฏิบัติงานที่ไม่ถูกต้องตามหลักการจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการควบคุมโรคลดลง หรือหากมีผลกระทบต่อคนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้งหมดส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	เหตุผลเช่นเดียวกับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	หากไม่ได้ออกประกาศกระทรวงมาบังคับตามกฎหมายก็ยังคงมีวิธีการอื่น เช่น การจัดการอบรม และคอยติดตามการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการให้รางวัลแก่บุคคลที่ปฏิบัติงานดีเป็นตัวอย่าง	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	มีความเป็นไปได้ในสองทางคือการบังคับใช้กฎหมายอาจมีการต่อต้านในระดับผู้ปฏิบัติที่คิดว่ารัฐออกกฎมาบังคับรัฐด้วยกันเอง แต่หากออกกฎกระทรวงมาแล้วผู้ปฏิบัติก็ต้องทำตามอย่างเคร่งครัดเพราะกลัวความผิด ยกเว้นถ้าผู้ปฏิบัติที่ทำถูกต้องอยู่แล้วก็จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ยังไม่มีข้อมูลว่าการปฏิบัติหน้าที่ในปัจจุบันไม่ถูกต้องตามหลักการหรือไม่ อย่างไรเป็นจำนวนเท่าใด
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ขณะนี้ยังไม่เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม	
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

1. http://en.wikipedia.org/wiki/Deltamethrin
2. Salem MH, Abo-Elezz Z, Abd-Allah GA, Hassan GA, Shaker N. Effect of organophosphorus (dimethoate) and pyrethroid (deltamethrin) pesticides on semen characteristics in rabbits. J Environ Sci Health B. 1988 Jun;23(3):279-90.
3. J. C. Rekling , G. Theophilidis. Effects of the pyrethroid insecticide, deltamethrin, on respiratory modulated hypoglossal motoneurons in a brain stem slice from newborn mice. Neuroscience Letters. Volume 198, Issue 3, 6 October 1995, Pages 189-192
4. สมชาย ปรีชาทวีกิจ. วัตถุอันตรายกับการจัดการพาหะนำโรคในสถานการณ์ปัจจุบัน. การนำเสนอ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพ ของกลุ่มควบคุมวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 24 กันยายน 2552

หัวข้อที่ 42

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาสถานการณ์ ระบบการขึ้นทะเบียนและการจัดบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในพื้นที่ตรวจราชการที่ 10 และ 12

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

วัณโรคดื้อยามีสาเหตุมาจากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หรือรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลไม่ถูกต้อง หรือเกิดการแพ้ยา รวมทั้งเกิดวัณโรคซ้ำแล้วซ้ำอีก มีการได้รับเชื้อวัณโรคดื้อยาจากการแพร่กระจายในพื้นที่ที่มีวัณโรคดื้อยาสูง อีกทั้งเนื่องจากผู้ป่วยโรคเอดส์มีมากขึ้น และมีการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดความเข้าใจและไม่ร่วมมือการรักษา รักษาไม่สม่ำเสมอ รับประทานยาไม่ครบทำให้เกิดวัณโรคดื้อต่อยาที่ใช้รักษา ทำให้เกิดปัญหาต่อครอบครัวและตัวเอง วัณโรคดื้อยามีด้วยกันสองชนิดคือ Multidrug-Resistant TB (MDR) หมายถึงเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยาที่ดีที่สุด (ซึ่งเป็นยาชนิดแรกที่เลือกในการรักษา) อย่างน้อยสองชนิด (ได้แก่ INH, Rifampicin) ผู้ที่ติดเชื้อชนิดนี้จะรักษายากกว่าและต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่า และ Extensively drug resistant TB (XDR TB) หมาย ถึงเชื้อวัณโรคที่ต่อยา isoniazid , rifampin และยังดื้อต่อยาที่ใช้เป็นทางเลือกที่สอง เช่น fluoroquinolone , amikacin, kanamycin, capreomycin มักจะพบในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค [1] หากผู้ที่เป็นวัณโรคต้องรักษาตามแพทย์สั่งโดยเคร่งครัด หากเกิดผลข้างเคียงจากยาควรปรึกษาแพทย์ไม่ควรหยุดยาด้วยตัวเอง [1] ยาวัณโรคในปัจจุบันหลักๆจะมีอยู่ 4 ชนิดคือIsoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide และEthambut ในการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานถ้ามีผลของการทดสอบความไวของยาให้เลือกใช้ยาอย่างน้อย 3-4 ขนานที่มีความไวต่อเชื้อวัณโรค โดยให้ระยะเวลาของการรักษายาวนาน 2 ปี ถึง 2 ปีครึ่ง หรือตรวจเสมหะไม่พบเชื้อต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และการผ่าตัด (surgical resection) เป็นวิธีที่อาจจะนำมาใช้ร่วมกับการรักษาทางยาในกรณีที่มี localized disease และสภาพร่างกายทนการผ่าตัดได้ โดยเฉพาะในรายที่สามารถให้การรักษาวัณโรคด้วยยาเพียงอย่างเดียวได้ [2] ดังนั้นควรมีการจัดระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา และรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เพื่อเป็นแนวทางในการป้องการปัญหาและลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีต้นทุนในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคอีกด้วย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และจัดระบบการขึ้นทะเบียน การจัดการบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในพื้นที่ 10 และ 12 เนื่องมาจากในพื้นที่ยังไม่มีการจัดระบบข้อมูลที่ดีพอและป้องการการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคดื้อยา

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานส่งผลกระทบต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรคมากขึ้น มีสาเหตุจากการกินยาไม่ครบทำให้เกิดปัญหาการดื้อยา ทำให้การรักษายากขึ้น และลงทุนสูงพบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่จากที่เป็นวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้นในเริ่มจากปี 2540-2541 ครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 2.02 ครั้งที่ 2 ในปี 2544-2545 คิดเป็นร้อยละ 0.93 และครั้งที่ 3 ในปี 2549-2550 คิดเป็นร้อยละ 1.7 และเมื่อศึกษาในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ โรงพยาบาลในเขตเมืองใหญ่ แนวชายแดน และพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของเอดส์สูง ซึ่งพบอัตราการดื้อยาปฐมภูมิร้อยละ 5.00-7.00 และพบอัตราการดื้อยาในผู้ป่วยที่ได้รับยามาก่อนหลายเท่า อีกทั้งในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และทำการรักษาได้ยาก ดังนั้นในเขตพื้นที่ 10 และ 12 เป็นพื้นที่ยังไม่มีการศึกษา หรือรวบรวมข้อมูล สถานการณ์การเกิดวัณโรคดื้อยา ระบบการขึ้นทะเบียน และการจัดการบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเกิดวัณโรคสูง และเริ่มมีการขยายตัวของวัณโรคดื้อยา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกันควบคุมวัณโรคในพื้นที่

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

วัณโรคดื้อยาเป็นโรคที่มีการรักษาโดยใช้เวลาในการรักษานาน รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เมื่อเทียบกับการรักษาวัณโรคทั่วไป อีกทั้งเป็นโรคที่มีการแพร่กระจายได้ง่าย ซึ่งในพื้นที่เขตราชการที่ 10 (เลย, หนองคาย, หนองบัวลำภู, อุดรธานี) และเขตตรวจราชการที่ 12 (กาฬสินธุ์, ขอนแก่น, มหาสารคาม, ร้อยเอ็ด) พบว่า การเกิดวัณโรคตั้งแต่ปี 2550-2551 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคอัตราที่สูงโดยเฉพาะในจังหวักขอนแก่น และอุดรธานี ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยวัณโรคอาจมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารวมอยู่ด้วยแต่ยังไม่มีการจำแนกที่ชัดเจน จากรายงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ดังแสดงในตารางนี้

ลำดับที่	จังหวัด	2550		2551	
		อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน	จำนวนผู้ป่วย
1	หนองบัวลำภู	40.26	198	51.24	252
2	ขอนแก่น	65.36	1,133	137.06	2,376
3	อุดรธานี	51.37	772	49.51	744
4	เลย	32.91	199	9.76	59
5	หนองคาย	70.03	622	36.93	328
6	มหาสารคาม	34.9	323	22.26	206
7	ร้อยเอ็ด	27.48	356	28.25	366
8	กาฬสินธุ์	102.92	790	79.6	611

และจากรายงานสถานการณ์ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ยังไม่มีการรายงานของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ซึ่งอาจเกิดขึ้นในจังหวัดที่มีอัตราการป่วยวัณโรคสูง และในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคที่มีอัตราการดื้อยาชนิด MDR สูง เช่น ในปี 2539 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น พบเชื้อดื้อยาชนิด MDR ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนทั้งที่ติดเชื้อเอดส์และไม่ได้ติดเชื้อเอดส์สูงถึงร้อยละ 5.7 [3] ซึ่งการเกิดวัณโรคดื้อยาเป็นสาเหตุมาจากการรักษาและควบคุมล้มเหลว อีกทั้งยังเป็นปัญหาที่สำคัญในการรักษา ซึ่งแผนงานวัณโรคแห่งชาติ ได้กำหนดตัวชี้วัดสำหรับการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย มีอัตราการเกิดวัณโรคดื้อยาไม่ให้เกินร้อยละ 2 [4] ในพื้นที่เขตนี้ยังไม่มีการศึกษา หรือรวบรวมเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ระบบการขึ้นทะเบียนและการจัดบริการการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในพื้นที่ หากมีการแพร่ระบาดของวัณโรคดื้อยาเกิดขึ้นในจังหวัดที่มีอัตราการเกิดวัณโรคสูงจะทำให้ไม่สามารถควบคุมหรือป้องกันปัญหาได้ทัน ดังนั้นควรมีการจัดระบบให้กับเขตพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดวัณโรคสูง เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันล่วงหน้า อีกทั้งยังลดความรุนแรงที่เกิดขึ้นในอนาคต และต้นทุนในการรักษาที่มีโอกาสสูงขึ้นจากการรักษาวัณโรคดื้อยา รวมทั้งการแพร่ระบาดของโรค และการเกิดวัณโรคดื้อยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการออกมาตรการป้องกันการควบคุมวัณโรคดื้อยาอย่างมีแบบแผน ในแต่ละพื้นที่ลดการแพร่กระจายของการเกิดวัณโรคดื้อยา เมื่อมีระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนและการรักษาที่มีมาตรฐาน

<u>หัวข้อวิจัยนี้ มีลักษณะที่เป็นงานที่ต้องทำอยู่แล้วของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค จึงไม่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญ</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	หากมีการแพร่ระบาดของวัณโรคดื้อยาเกิดขึ้นในจังหวัดที่มีอัตราการเกิดวัณโรคสูงจะทำให้ไม่สามารถควบคุมหรือป้องกันปัญหาได้ทัน	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	วัณโรคดื้อยาเป็นโรคที่มีการใช้เวลาในการรักษานาน อีกทั้งเป็นโรคที่มีการแพร่กระจายได้ง่าย	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เมื่อเทียบกับการรักษาวัณโรคทั่วไป	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	สามารถแพร่กระจายได้ หากไม่ทราบวิธีป้องกัน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ในพื้นที่เขตนี้ยังไม่มีการศึกษา หรือรวบรวมเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ระบบการขึ้นทะเบียน และการจัดบริการการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในพื้นที่	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	เป็นพื้นที่ที่ไม่มีการสร้างฐานข้อมูล และศึกษาสถานการณ์วัณโรคดื้อยา	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ไม่ทราบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหรือข้อมูลของพื้นที่นี้ในเบื้องต้น	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นฐานข้อมูลการศึกษาวิจัยเรื่องวัณโรคดื้อยาต่อไป	
รวม	6		

3. เอกสารอ้างอิง

1. http://www.siamhealth.net/public_html/Disease/infectious/Tuberculosis/mdr.htm
2. http://med_sakolhospital.tripod.com/tb.html
3. Reechaipichitkul W. Multidrug-resistant tuberculosis at Srinagarind Hospital, Khon Kaen, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2002 Sep ;33 (3) : 570-4.
4. แนวทางแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน พิมพ์ครั้งที่ 2 กันยายน 2548 กลุ่มวัณโรค: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

หัวข้อที่ 43

ชื่อหัวข้อวิจัย บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับความเชื่อมโยงของหน่วยบริการสาธารณสุขต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

- การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรค (stop TB strategy ระดับนานาชาติ) ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคจะตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างเหมาะสม
- ประเทศไทยได้มีทิศทางการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นอย่างชัดเจนตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ดังนั้นการบริหารจัดการทั้งด้านการเงิน การคลังสาธารณสุขนั้นท้องถิ่นจึงมีบทบาทสำคัญ
- การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมวัณโรคจะช่วยลดปัญหาวัณโรคลงได้ และเป็นการสร้างความยั่งยืนให้กับการควบคุมวัณโรคในแต่ละพื้นที่ของชุมชนส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถแก้ไขปัญหาของความล่าช้าในการค้นหา และการวินิจฉัยและการรักษา ส่งผลให้ลดอัตราตายโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ชุมชนที่เข้มแข็งจะมีศักยภาพในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกินยาได้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จึงแก้ปัญหาของการขาดยาและกินยาไม่ต่อเนื่องได้อย่างประสิทธิภาพ
- ความเชื่อมโยงชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพที่ได้พัฒนาในทิศทางที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและสอดคล้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศโดยผ่านกลไกการปกครองส่วนท้องถิ่นจะทำให้ท้องถิ่นมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้มีความรับผิดชอบในระบบสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

<u>ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ</u>

- องค์ความรู้ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ จะทำให้ทราบถึงรูปแบบ กลไก และวิธีการควบคุมวัณโรคในชุมชนที่เชื่อมโยงกับหน่วยบริการสาธารณสุข ที่จะทำให้สามารถเตรียมความพร้อมสำหรับการควบคุมวัณโรค

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

- ปัจจุบันบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยงานให้บริการสุขภาพในท้องถิ่นมีความเชื่อมโยงกันอย่างไร
- ความเชื่อมโยงนี้ มีแนวโน้มที่จะพัฒนาให้เกิดศักยภาพต่อการควบคุมวัณโรคอย่างไร
- ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยคุกคาม (อุปสรรค) ต่อการดำเนินงานให้เกิดความเชื่อมโยงมีอะไรบ้าง

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

- ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ
- ก่อหรืออาจก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล
- มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก
- ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานหรือประสิทธิภาพของเทคโนโลยี/มาตรการที่ดีอื่น ๆ
- มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติซึ่งผลการรักษา หรือต้นทุนของการรักษา

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	ความสอดคล้องของนโยบายท้องถิ่นกับบทบาทการดูแลสุขภาพ และการดูแลรักษาต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	ประเทศไทยมีอุบัติการณ์สูงติดอยู่ใน 22 ประเทศ โดยมีประมาณ 90,000 คนต่อปี	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	แม้กระทบต่อเศรษฐกิจบ้าง แต่ไม่มาก	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	น้อย	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีหลายการศึกษา เช่น กรณีแม่แตง การดำเนินงานของ Global Fund และกรมควบคุมโรค	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	สปสช.ตั้งกองทุนการค้นหาผู้ป่วยในระดับชุมชน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	เนื่องจากเป็นการศึกษาหาองค์ความรู้ระดับปฏิบัติและชุมชน	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	มี social concerned น้อย	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. การวิจัยพัฒนาโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก) รายงานวิจัย 2552
2. วีระศักดิ์ พุทธาศรีและคณะ. Role of Local Government Unit in financing and provision of health services in two selected provinces, Thailand สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (กำลังดำเนินการ)
3. Sukhapesna S, Nateniyom S and Rientrairat P. Prevalence of Tuberculosis among the Household Contracts of TB Patients. Thai J Tuberc Chest Dis 2001;21:9 – 18

หัวข้อที่ 44

ชื่อหัวข้อวิจัย โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นหนึ่งในบุคคลซึ่งเป็นตัวแทนของภาคประชาชนในแต่ละพื้นที่ในการช่วยเหลือทางราชการและสมาชิกชุมชนในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสมาชิกในชุมชน นอกจากนี้ยังมีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังเรื่องผลิตภัณฑ์ของสินค้าและบริการทางสุขภาพให้มีความปลอดภัย ซึ่งเป็นงานในส่วนของการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ปัจจุบันได้มีการให้ความรู้ทั้งในเรื่องของผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการตรวจสอบความปลอดภัยด้านสุขภาพโดยการใช้ชุดตรวจอย่างง่าย โดยการให้ความรู้ดังกล่าวถือว่าเป็นภารกิจประจำของหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดขอบ อีกทั้งยังมีหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข และสามารถขอรับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อดำเนินการตามกิจกรรมดังกล่าวตามปีประมาณ

หัวข้องานวิจัยนี้เป็นหัวข้อที่มีความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมในการดูแลตนเองของชุมชน และมีหน่วยงานประเมินและรับผิดชอบที่ชัดเจน ดังนั้นหัวข้อนี้อาจจะไม่เข้าเกณฑ์ในการพิจารณาการจัดระดับความสำคัญของหัวข้อวิจัยที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพที่กำลังดำเนินการอยู่

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเทคนิคการใช้ชุดทดสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ: อาหาร ยา เครื่องสำอาง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายความปลอดภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นโครงการนำร่องในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 และจะขยายให้ครอบคลุมทั่วประเทศต่อไป

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ภาระทางการคลัง ผลกระทบต่อสุขภาพ ศีลธรรมจริยธรรม การดำเนินงานหรือประสิทธิภาพของเทคโนโลยี มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติซึ่งส่งผลต่อการรักษาหรือต้นทุนการรักษา

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

1. มีผู้เคยทำงานวิจัยในหัวข้อนี้เป็นจำนวนมาก
2. เป็นงานประจำที่ดำเนินงานในทุกปีงบประมาณ

หัวข้อที่ 45

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาเชิงระบาดวิทยาระดับโมเลกุลของเชื้อเอกกรีเกติแบคเตอร์ แอคทิโนมัยซีเต็มโคมิแทนส์ที่ก่อโรคปริทันต์อักเสบชนิดรุกรานในวัยรุ่นจังหวัดเชียงใหม่

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจทางระบาดวิทยาที่มีการประยุกต์ความรู้ทางอณูชีววิทยามาใช้ตรวจหาความชุกของเชื้อก่อโรคปริทันต์อักเสบชนิดรุนแรงที่มักเกิดกับประชากรที่มีอายุระหว่าง 13-20 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งประชากรกลุ่มนี้เป็นประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต เป็นวัยที่อยู่ในการศึกษาเล่าเรียนและจบออกไปประกอบอาชีพ ดังนั้นหากเกิดปัญหาสุขภาพทางทันตกรรมที่รุนแรงพอที่จะทำให้เกิดการสูญเสียฟันได้ก็จะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ของร่างกายทั้งองค์รวมต่อไป เนื่องจากการสูญเสียฟันกรามแท้และฟันหน้า (ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้) จะทำให้ระบบการบดเคี้ยวผิดปกติ ส่งผลต่อการย่อยอาหารและการดูดซึมสารอาหารที่จะไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะสมองของนักเรียน อีกทั้งยังเป็นปัญหาด้านความสวยงามเนื่องจากมีการสูญเสียฟันหน้าด้วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจและเสียบุคลิกภาพ นอกจากนี้หากต้องมีการใส่ฟันเทียมเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไปซึ่งมีอยู่หลายวิธี โดยหากเป็นฟันปลอมฐานพลาสติกแบบถอดได้ ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิประกันสังคมหรือบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท ได้ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณของชาติทั้งๆ ที่เป็นโรคที่สามารถป้องกันรักษาได้หากทราบแต่เนิ่นๆ หากผู้ป่วยต้องการใส่ฟันแบบติดแน่นไม่ว่าจะเป็นสะพานฟันหรือรากฟันเทียม ผู้ป่วยจะต้องชำระค่าใช้จ่ายในราคาสูง (หลักหมื่นเป็นต้นไป เนื่องจากต้นทุนในการทำฟันปลอมยังมีราคาสูงอยู่) ซึ่งจะเป็นภาระของผู้ปกครองที่อยู่นอกเหนือไปจากค่าใช้จ่ายประจำวัน นอกจากนั้นสันกระดูกที่ยุบไปจากการทำลายอวัยวะปริทันต์ของโรคนี้ยังทำให้ทันตแพทย์ประสบความยากลำบากในการใส่ฟันเนื่องจากการทำลายกระดูกอาจลุกลามไปยังฟันซี่ข้างเคียง เนื่องจากโรคนี้มีการดำเนินโรคเร็วตรวจพบได้ไม่ง่ายหากตรวจด้วยตาเปล่า กว่าผู้ป่วยจะรู้ตัวว่าเป็นโรคปริทันต์ฟันก็มักจะโยกมากจนเกินเยียวยาและเมื่อมาพบทันตแพทย์มักจะต้องถูกถอนฟันทั้งๆ ที่ตัวฟันยังอยู่ในสภาพดี ไม่ผุ ไม่แตก ไม่ร้าว แต่ไม่มีอวัยวะปริทันต์หรือกระดูกหุ้มรอบรากฟันเหลืออยู่ แม้ว่าโรคนี้จะมีอุบัติการณ์ต่ำกว่าโรคอื่นๆ ในช่องปากแต่โรคนี้นับว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียได้มากกว่าโรคอื่น ดังนั้นหากทราบความชุกของโรคนี้จะทำให้สามารถดำเนินการวางแนวทางการป้องกันทางด้านทันตสาธารณสุขเพื่อลดโอกาสการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควรได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยนี้

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของเชื้อ Aa และการกระจายของซีโรไทป์ต่างๆ รวมทั้งการแสดงออกของลิวโคท็อกซินยีนของเชื้อ Aa ที่บ่งบอกถึงความเป็นพิษสูงของเชื้อนี้จากกลุ่มประชากรวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบชนิกรุกรานในผู้ป่วยอายุน้อยได้ อันจะเป็นข้อมูลที่ช่วยในการเฝ้าระวังทางสาธารณสุขและหาแนวทางการป้องกันโรคที่เกิดการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควรได้ รวมทั้งลดความสิ้นเปลืองที่จะต้องใส่ฟันปลอมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป
2. เป็นการศึกษาในองค์รวมระหว่างความรู้ทางอณูชีววิทยากับความรู้ทางทันตกรรม
3. ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำคัญในการศึกษาต่อยอดในการป้องกันหรือรักษาต่อไป
4. เพื่อผลิตนักศึกษาระดับปริญญาโทของภาควิชาทันตกรรมบูรณธและปริทันต์วิทยาจำนวน 1 คน
5. นำไปสู่การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการโดยการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการหรือตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานในวารสารทางวิชาการของสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของเชื้อ Aa สายพันธุ์ต่างๆ รวมทั้งการกระจายของซีโรไทป์ของเชื้อที่แยกจากประชากรวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่ด้วยวิธีการทางอณูชีววิทยา

โรคปริทันต์อักเสบเป็นโรคติดเชื้อในช่องปากที่มีการอักเสบและทำลายอวัยวะปริทันต์ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียฟันได้ สาเหตุที่สำคัญคือจุลชีพที่อยู่ในคราบจุลินทรีย์ เช่น เชื้อแอกกรีเกติแบคเตอร์ แอคทิโนมัยซี เต็มโคมิแทนส์ (Aa) มีรายงานว่าพบเชื้อ Aa ได้ในโรคปริทันต์หลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคปริทันต์อักเสบชนิดรุกรานที่มีการทำลายอวัยวะปริทันต์อย่างรุนแรงและมักพบในผู้ป่วยอายุน้อย จึงทำให้เกิดการสูญเสียฟันก่อนเวลาอันควร ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาความชุกของการพบเชื้อนี้ในประชากรกลุ่มใหญ่ที่มีอายุน้อยที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคนี้ด้วยวิธีการทางอณูชีววิทยาในประเทศไทยมาก่อน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของการพบเชื้อ Aa ทั้งสายพันธุ์ที่มีความเป็นพิษมากและน้อย รวมทั้งจำแนกกลุ่มทางซีโรไทป์ ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการศึกษาทางระบาดวิทยาของสายพันธุ์ก่อโรคของเชื้อ Aa ที่เป็นสาเหตุสำคัญในการก่อโรคปริทันต์ชนิดรุกรานในประชากรที่มีอายุน้อยในประเทศไทย อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ในวงการสาธารณสุขสำหรับการป้องกันหรือเฝ้าระวังโรคปริทันต์ชนิดรุกรานต่อไปในอนาคต อันจะลดปัญหาการสูญเสียฟันก่อนเวลาอันควรที่ส่งผลต่อการบดเคี้ยวและสุขภาพโดยรวมและลดความจำเป็นในการใส่ฟันปลอมซึ่งเป็นการรักษาทางทันตกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไป

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

- เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย
- ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ
- ก่อหรืออาจก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล
- มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก
- มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติซึ่งส่งผลต่อการรักษาหรือต้นทุนของการรักษา

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มและใช้เทคโนโลยีเฉพาะในการศึกษา	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ความชุกของโรคปริทันต์ไม่มากนัก นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร นำไปสู่ปัญหาการบดเคี้ยวได้	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	การรักษาที่สำคัญ 3 วิธีคือ การขูดหินน้ำลาย เกลารากฟันและศัลยกรรมปริทันต์ ซึ่งเป็นการรักษาที่ครอบคลุมในทุกสิทธิการรักษา	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีงานวิจัยที่ใกล้เคียง เช่น การตรวจหา Aggregatibacter actinomycetemcomitans ซีโรไทป์ต่าง ๆ ในร่องลึกปริทันต์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชนิดเรื้อรัง และชนิดรุกราน ด้วยวิธี Multiplex PCR โดย อ.ทพญ.พรรณวดี พันธัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2007)	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มและใช้เทคโนโลยีเฉพาะในการศึกษา	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ขณะนี้ยังไม่เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม	
รวม	0		

3. เอกสารอ้างอิง

1. คณะทันตแพทยศาสตร์. Annual report 2007. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. [Cited 23 ธันวาคม 2552]; Available from http://www.dent.cmu.ac.th/thai/annual2007/research.html
2. สาครรัตน์ คงขุนเทียน. เอกสารประกอบการสอนวิชาปริทันตวิทยา 3 (41583) ประจำปีการศึกษา 2549-2550. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. [Cited 23 ธันวาคม 2552]; Available from http://www.dent.cmu.ac.th/mis/dis/files/Aggressive.pdf

หัวข้อที่ 46

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาความคุ้มค่ากรณีการรักษาโรคประสาทหูเทียมด้วยวิธีการผ่าตัด

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความคุ้มค่าของการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม โดยภญ.ปฤษฐพร กิ่งแก้ว และคณะ พบว่าการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมเป็นการศึกษาในบริบทประเทศไทย ในมุมมองของผู้ให้บริการและมุมมองทางสังคม โดยแบ่งการรักษาตามกลุ่มอายุ และประเภทของการสูญเสียการได้ยิน เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ กรอบเวลาการศึกษาตลอดชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (Life time) โดยต้นทุนจะครอบคลุมทั้งต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม ผลลัพธ์วัดเป็นอรรถประโยชน์ มีการคิดอัตราปรับลด (Discount rate) ต้นทุนและผลลัพธ์ที่ร้อยละ 3 มีการวิเคราะห์ความไวของผลลัพธ์และภาวะงบประมาณของการให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำ การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ ในคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย

บทคัดย่อ

การประเมินเทคโนโลยีการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม: มุมมองด้านเศรษฐศาสตร์และสังคม

ความบกพร่องทางการได้ยินนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการสื่อสารและการใช้ชีวิตทางสังคมของบุคคลในลักษณะของการเสียโอกาสที่จะเรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมกับคนอื่น ๆ ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตหรือการดำรงอยู่อย่างมีความหมายต่อผู้อื่นของบุคคลนั้นลดลงได้ ในสถานการณ์เช่นนี้ย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความห่วงใยของผู้ปกครองและครอบครัวของคนหูหนวก ต่อการใช้ชีวิตที่พึ่งพาตัวเองได้ในวันข้างหน้า ดังนั้นการแสวงหาทางเลือกเพื่อที่จะลดหรือแก้ไขปัญหาจึงเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในหลายๆ กรณีครอบครัวถึงกับยอมแลกปัจจัยหรือทรัพย์สินที่มีอยู่กับการได้การได้ยินและความสามารถในการสื่อสารของสมาชิกครอบครัวที่หูหนวก การผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมเป็นทางเลือกหนึ่งที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถแก้ไขความบกพร่องทางการได้ยิน อันจะนำไปสู่การพัฒนาภาษาและความสามารถในการสื่อสารได้ แต่เนื่องจากเทคโนโลยีนี้มีราคาแพงและไม่ครอบคลุมอยู่ในทุกสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพหลักต่าง ๆ ในประเทศไทย จึงทำให้การเข้าถึงเทคโนโลยีนี้มีความไม่เสมอภาค ดังนั้นจึงควรมีการประเมินความคุ้มค่าของการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายว่า เทคโนโลยีนี้ควรถูกจัดการอย่างไร เพื่อให้ประชาชนที่มีความจำเป็นและมีเงื่อนไขเหมาะสมสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมเทียบกับการไม่ผ่าตัด ภายใต้บริบทด้านความรับรู้ ความคาดหวัง การยอมรับเทคโนโลยีนี้ของผู้ปกครองและของคนหูหนวก ตลอดจนสถานการณ์ระบบบริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินและกรใช้ภาษาพูดหลังการผ่าตัดที่เป็นอยู่ของประเทศไทย โดยวิเคราะห์ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมและการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ต่อ 1 ปีสุขภาวะ (Quality-Adjusted Life Year หรือ QALY) โดยศึกษาในกลุ่ม 1) เด็กหูหนวกสนิททั้งสองข้างที่ไม่เคยมีภาษาพูดมาก่อน 2) ผู้ใหญ่หูหนวกสนิททั้งสองข้างที่ไม่เคยมีภาษาพูดมาก่อนและ 3) ผู้ใหญ่หูหนวกสนิททั้งสองข้างที่เคยได้ยินและมีภาษาพูดมาก่อน ด้วยแบบจำลอง decision tree ตัวแปรส่วนใหญ่ได้จากฐานข้อมูลในประเทศไทยและข้อมูลที่เก็บโดยนักวิจัย ยกเว้นข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตที่ทำการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศอย่างเป็นระบบ ในการศึกษานี้ใช้ต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการและมุมมองสังคม และมีการวิเคราะห์ความไวของตัวแปรทุกตัวในแบบจำลองด้วยวิธี Probabilistic Sensitivity Analysis (PSA) การประเมินการกระจายและความยอมรับของเทคโนโลยีได้จากการสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องและการจัดสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัด (หรือผู้ปกครอง) และกลุ่มผู้พิการทางการได้ยิน

ผลการศึกษาพบว่า การผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในเด็กหูหนวกสนิททั้งสองข้างมีความคุ้มค่า หากคิดในมุมมองของผู้ให้บริการ

ที่นับเฉพาะค่าเครื่องประสาทหูเทียม ค่าผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินและการใช้ภาษาพูด แต่หากพิจารณารวมค่าใช้จ่ายในการดูแลเครื่องและอุปกรณ์เสริมในระยะยาวที่ประชาชนเป็นผู้รับภาระพบว่า การผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมไม่มีความคุ้มค่าในทุกกลุ่ม

สำหรับประเด็นทางสังคมพบว่า การสูญเสียการได้ยินส่งผลต่อการเข้าสังคมและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ใหญ่ที่สูญเสียการได้ยินอย่างฉับพลัน สำหรับในเด็กการสูญเสียการได้ยินจะนำมาซึ่งความทุกข์และกังวลใจแก่พ่อแม่ผู้ปกครอง นอกจากนี้พบว่าข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเทคโนโลยีประสาทหูเทียมทั้งด้านข้อจำกัด เช่นระดับความสามารถของผู้รับการผ่าตัดในการได้ยินและพูดในภายหลัง หรือค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาเครื่องและอุปกรณ์เสริมระยะยาว รวมถึงความจำเป็นและค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินและการใช้ภาษาพูดกลับไม่มีอย่างถูกต้องและครบถ้วน ผู้ปกครองและผู้เข้ารับการผ่าตัดมักทราบในภายหลังการผ่าตัดทำให้เกิดการเข้าใจผิด โดยเล็งผลเลิศเกินความเป็นจริงจากเทคโนโลยีนี้

3. เอกสารอ้างอิง

1. ปฤษฐพร กิ่งแก้วและคณะ.รางานการวิจัยเรื่อง การประเมินเทคโนโลยีการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม: มุมมองด้านเศรษฐศาสตร์และสังคม.นนทบุรี.โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.2552.
2. อุษา ฉายเกล็ดแก้ว,ยศ ตีระวัฒนานนท์,สิริพร คงพิทยาชัย และ เนติ สุขสมบูรณ์. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย.นนทบุรี.2552

หัวข้อที่ 47

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาความคุ้มค่ากรณีการรักษาโรคพาร์กินสันด้วยวิธีการผ่าตัดใส่เครื่องกระตุกไฟฟ้าในสมอง

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคพาร์กินสันเป็นที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาท (Neurologenerative disorders) ที่พบได้บ่อยรองลงมาจากโรคหลงลืมหรือโรคอัลไซเมอร์ สาเหตุเกิดจากการเสื่อมตายของเซลล์ประสาทในสมอง ส่งผลต่อการทำงานอย่างต่อเนื่องของสมอง โรคนี้เกิดได้ทั้งในผู้ชายและผู้หญิงและพบในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน มักจะพบในคนที่มีอายุประมาณ 55-60 ปี แต่อย่างไรก็ตามอาจจะพบกับคนน้อยกว่าอายุ 40 ปีได้ (young onset Parkinson's diseases (YOPD)) ซึ่งพยาธิสภาพของโรคในผู้มีอายุมากหรือผู้มีอายุน้อยจะไม่แตกต่างกัน แต่การดำเนินของโรคในสองกลุ่มนี้จะแตกต่างกัน โดยคนที่มีอายุที่มากขึ้นหรือมีประวัติครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ หากพบว่าญาติใกล้ชิดเป็นโรคพาร์กินสันจะทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงเพิ่ม พบอุบัติการณ์ในแถบทวีปเอเชียประมาณร้อยละ 6.7-8.7 ในขณะที่ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานอุบัติการณ์คาดว่าพบร้อยละ 1-5

การวินิจฉัย

การตรวจพยาธิสภาพของสมองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะพบว่า เนื้อสมองบางส่วนเปลี่ยนจากปกติที่มีสีค่อนข้างดำหรือสีเข้มมีสีจางลงไป แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถใช้การเปลี่ยนแปลงนี้ในการวินิจฉัยการเป็นโรคได้เนื่องจากอาจจะพบผู้ที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันแต่มีสีของเนื้อสมองเปลี่ยนไป ในการวินิจฉัยโรคมักจะใช้อาการหรืออาการแสดงทางคลินิกในการวินิจฉัยโรค

อาการและอาการแสดง

โรคนี้เกิดจากการเสื่อมตายหรือพยาธิสภาพของสมองที่เปลี่ยนไป ดังนั้นอาการที่เกิดขึ้นจึงส่งผลต่อการทำงานในสมอง ซึ่งจะมีอาการดังนี้

1. อาการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesis) และน้อย (Hypokinesis)
2. อาการเกร็ง (Rigidity)
3. อาการสั่น (Tremor)
4. อาการทรงตัวไม่สม่ำเสมอ (Postural instability)

อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้สามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค หากเกิดอาการ 3 ใน 4 จะสรุปว่าเป็น Definite Parkinson's disease หรือ เกิดอาการ 2 ใน 4 และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งที่ข้างใดข้างหนึ่งของร่างกายจะเป็น Probable Parkinson's disease หากมีอาการ 2 ใน 4 หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งที่ข้างใดข้างหนึ่งของร่างกายจะเป็น Possible Parkinson's disease โดยลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือ อาการที่เกิดขึ้นมักจะเริ่มที่ข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย โดยเฉพาะอาการสั่นที่พบได้บ่อยที่สุด และพบที่มือบริเวณปลายนิ้วจะเรียกว่า Pill rolling tremor จากนั้นจะพัฒนามีอาการทั้งสองข้าง การเกิดอาการเกร็งหรือแข็งส่วนมากจะเกิดที่แขนหรือขาและเกิดข้างที่มีอาการสั่น ซึ่งผู้ป่วยมักไม่ให้ความสนใจ แต่อาการเกร็งที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความยากลำบากมากที่สุด จะทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า อาการเคลื่อนไหวช้า และน้อย ส่วนอาการเคลื่อนไหวช้า และน้อย มักจะเริ่มที่มือ ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลของการเกิดอาการเกร็ง จากนั้นอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถขยับแขนขาข้างนั้นหรือทั้งตัวได้เลย อาการทรงตัวไม่สม่ำเสมอนั้นมีอยู่หลายลักษณะแต่ลักษณะเฉพาะอย่างหนึ่งคือเดินซอยเท้าถี่ และสั้น รวมถึงโน้มตัวไปข้างหน้า นอกจากอาการที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวแล้วยังส่งผลต่อระบบอื่นๆ ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น อาการท้องผูก อาการเสื่อมสมรรถนะทางเพศ อาการซึมเศร้า อาการหลงลืม อาการวิตกกังวล อาการเห็นภาพหลอน และส่งผลต่อ ความดันโลหิตที่ต่ำลงเมื่อเปลี่ยนที่ทาง การขับปัสสาวะ การนอน ปวดท้อง ใบหน้า หรือลำตัว

การรักษา

1. การรักษาด้วยยา แบ่งออกตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา
    - Levodopa
    - Dopamine agonist

- Catechol-O-Methyl transferase inhibitor (COMT inhibitor)
- Momoamineoxidase type B inhibitor (MAO-B inhibitor)
- Ergot dopamine agonist
- Nonergot dopamine agonist
- Anticholinergic agent

การรักษาด้วยยาอาจจะต้องใช้ยามากกว่า 2 กลุ่มในการรักษาเพื่อให้สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นให้เป็นปกติ

2. การรักษาด้วยการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (Deep brain stimulation) ได้รับการอนุมัติจาก US FDA สำหรับการรักษาโรคพาร์กินสัน โดยการรักษาด้วยการกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อยาไม่ดีเท่าที่ควร ตำแหน่งที่ผ่าตัดและกระตุ้นด้วยไฟฟ้าทำได้ 3 ตำแหน่งคือ Subthalamioc nuclsus (STN), Globus pallidus interna (GPi) และ VIM nucleus ที่ Thalamus โดยการฝัง electrode ในตำแหน่งที่จะกระตุ้น คล้ายกับ pacemaker ในผู้ป่วยหัวใจ แผลหลังผ่าตัดมีขนาดเล็ก มีความปลอดภัย และใช้เวลานอนพักในโรงพยาบาลประมาณ 4-5 วัน จากนั้นผู้ป่วยจะกลับมาที่สถานพยาบาลปรับค่าการกระตุ้นได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ หลังการผ่าตัดอาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวจะดีขึ้นได้ชัดเจนและต่อเนื่อง ในบางรายต้องกินยาในขนาดและปริมาณเท่าเดิม หรืออาจจะลดลงได้ร้อยละ 25 ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดมีมูลค่าสูง โดยการผ่าตัดครั้งแรกเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1 ล้านบาทต่อคน จากนั้นเป็นค่าบำรุงรักษา และค่าแบตเตอรี่ที่ต้องเปลี่ยนทุก ๆ 3-5 ปี ที่สำคัญการรักษาด้วยการกระตุ้นไฟฟ้าทำได้ในผู้ป่วยบางราย ต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง ส่วนอาการร่วมบางอย่างจะยังพบได้หรือไม่ดีขึ้น เช่น อาการซึมเศร้า หลงลืม และการผ่าตัดฝังหรือการดูแลทำได้เฉพาะศูนย์การแพทย์เฉพาะทางรวมถึงบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ

การประเมินต้นทุนประสิทธิผลของการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (Deep brain stimulation)

จากการศึกษาของ Tomaszewski KJ และ Holloway RG. เพื่อเปรียบเทียบการระหว่างการรักษาในปัจจุบัน (Standard medical treatment) กับการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า ผู้ป่วยในแบบจำลองมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ในการศึกษานี้ไม่ระบุมุมมองว่าเป็นของผู้ให้บริการหรือมุมมองทางสังคม ส่วนต้นทุนคิดต้นทุนทางตรงทางการแพทย์คือ ต้นทุนของการผ่าตัด ค่าเครื่องหรืออุปกรณ์ และต้นทุนในการเปลี่ยนแบตเตอรี่ทุก ๆ 3 ปีมีมูลค่าประมาณ $41,000 ผลลัพธ์วัดเป็นค่าอรรถประโยชน์ พบว่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มมีค่า $20,900ต่อปีสุขภาวะ พบว่ามีความคุ้มค่าหากค่าความเต็มใจจ่ายของสหรัฐอเมริการมีค่า $50,000 แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ยังไม่ครอบคลุมต้นทุนการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ต้นทุนการบำรุงรักษาเครื่องมือตลอดชีวิต และต้นทุนการเกิดผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของการผ่าตัดกระตุ้นด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา
2. ความพร้อมและการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นโรคพาร์กินสัน
3. ผลกระทบเชิงนโยบายของการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยพาร์กินสัน
4. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในการปรับปรุงสิทธิประโยชน์บริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคม

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. มีผู้ประกันตนเรียกร้องการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว
2. เป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง และอาจจะมีผลกระทบต่อกองทุนประกันสังคมระยะยาว

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	แนวโน้มน่าจะใกล้เคียงกับการผ่าตัดประสาทหูเทียมคืออาจจะไม่บรรจุเข้าชุดสิทธิประโยชน์เนื่องจากใช้งบประมาณจำนวนมาก	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 1-5	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	สำหรับผู้ป่วยโดยมากโรคนี้มักพบในมีอายุ 50 ขึ้นไป และการผ่าตัดฯ มักจะใช้เมื่อกินยาแล้วไม่ได้ผล ดังนั้นผลกระทบด้านเศรษฐกิจหรือการทำงานไม่น่าจะมาก	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	อาการของโรคส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคมของผู้ป่วย	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความคุ้มค่าในประเทศไทย	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	การเข้าถึงบริการจำกัดเฉพาะในโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรอาจจะมีจำนวนไม่เพียงพอในการให้บริการ	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ขณะนี้ยังไม่เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ. โรคพาร์กินสัน. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. [Cited 11 ธันวาคม 2552]; Avialable from http://www.chula-parkinsons.org/parkinson1.html.
2. Bhidayasiri R and Ling H. The literature and practical recommendations.J Med Assoc Thai.2009;92(1):142-54.
3. The Medical Services Advisory Committee.Deep brain stimulation for the symptoms of Parkinson's disease.Department of Health and Aging;2006.
4. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Parkinson's disease: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians,2006.
5. Muangpaisan W,Hori H. and Brayne C. Systmatic review of the prevalence and incidence of Parkinson's Disease in Asia.J Epidemiol.2009;19(6):281-293.
6. Tomaszewski KJ และ Holloway RG. Deep brain stimulation in the treatment of Parkinson's disease: a cost-effectiveness analysis.22 nd annual meeting of the society for medical decision making. September 24-27,2000 Cincinnati,Ohio

หัวข้อที่ 48

ชื่อหัวข้อวิจัย โครงการวิจัยปฏิบัติการเสริมสร้างพลังชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมชาวไทยภูเขาเผ่ามูเซอและลีซอ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนตามแนวทางพระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ (หมู่บ้านพมพ.)

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนตามแนวพระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ (หมู่บ้านพมพ.) เป็นพื้นที่ในโครงการพัฒนาราษฎรชาวไทยภูเขาอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (เป็นหนึ่งใน 43 หมู่บ้านในจังหวัดแม่ฮ่องสอนและเชียงใหม่) มุ่งหวังให้ประชาชนมีชีวิตขั้นพื้นฐานที่ดีและพึ่งพาตนเองได้ ที่ผ่านมาพบว่าการดำเนินการแก้ไขปัญหาชุมชนเกิดจากการร่วมมือจากภายนอกมิใช่คนในชุมชน จึงต้องการทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริงจากคนในชุมชน โดยการทำวิจัยนำร่องในกลุ่มชาวไทยภูเขาเผ่ามูเซอและลีซอซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

กระบวนการสร้างพลังชุมชนอย่างมีส่วนร่วมทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชนพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนตามแนวทางพระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ (หมู่บ้านพมพ.) ได้หรือไม่ อย่างไร

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ชุมชนในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนตามแนวพระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ (หมู่บ้านพมพ.) ยังขาดศักยภาพในการแก้ไขปัญหาชุมชนและความสามารถในการเสริมสร้างพลังชุมชนและสร้างความมั่นคงให้กับชุมชนได้ด้วยตัวเอง

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เป็นเรื่องเฉพาะกลุ่ม	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ไม่ทราบ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	เคยมีงานศึกษาที่ใกล้เคียงกันตามเอกสารอ้างอิง	

6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ไม่ทราบบริบท	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เป็นเรื่องเฉพาะกลุ่ม	
รวม	0		

3. เอกสารอ้างอิง

[1] ศรีวรรณ ทาวงศ์มา , น้ำเพชร ศิริมังมศรี. การประเมินผลโครงการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนชาวเขาเผ่ามูเซอ ตำบลป่าไหน่ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. ลำปาง: ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง กรมอนามัย; 2552.

หัวข้อที่ 49

ชื่อหัวข้อวิจัย การประเมินความเชื่อมั่นคุณภาพของชุดน้ำยาตรวจวินิจฉัยน้ำยาสำเร็จรูป Viral markers ในเลือดที่จำหน่ายในประเทศไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0		
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	ทั่วโลกมีการทำ lot release แต่ประเทศไทยไม่ได้ทำตามที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	เคยเป็นคดีฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	มีแต่ไม่ครบ	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	1		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 50

ชื่อหัวข้อวิจัย การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ของการปฏิบัติตามร่างพิธีสารว่าด้วยการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายที่มีต่อรายได้ของรัฐ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) มีผลบังคับเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 ที่ผ่านมา โดย Article 15 ว่าด้วยการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ได้มีการประชุม Intergovernmental Negotiating Body on a Protocol on illicit Trade in Tobacco Products (INB) โดยองค์การอนามัยโลก มาแล้ว 3 ครั้ง และครั้งที่ 4 จะจัดขึ้นในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 ซึ่งพิธีสารว่าด้วยการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ประกอบด้วย 8 หมวด ได้แก่ การควบคุมแหล่งจัดหา การบังคับใช้ ความร่วมมือระหว่างประเทศ การรายงาน การจัดการภายในองค์กรและแหล่งที่มาทางการเงิน ข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาท การแก้ไขพิธีสาร และบทบัญญัติสุดท้าย

ปัญหาการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายโดยเฉพาะบุหรี่ปลอมที่มีราคาถูก และบุหรี่เถื่อนทำให้การบริโภคเพิ่มขึ้น รวมทั้งเด็กและเยาวชนจะติดบุหรี่เพิ่มขึ้น ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทำให้รัฐต้องเสียรายได้อย่างมหาศาล นโยบายของรัฐจึงพยายามที่จะปราบปรามการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบทที่ผิดกฎหมายซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของพิธีสารนี้ โดยประโยชน์ที่ประเทศไทยจะได้รับจากการเข้าร่วมเจรจาพีธีสาร นี้คือ เพื่อนำมาพัฒนาระบบการควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้รัฐบาลสามารถเก็บภาษีได้เพิ่มขึ้น นำนโยบายการขึ้นภาษียาสูบมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลง ลดจำนวนเด็กและเยาวชนที่จะติดบุหรี่ และลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อันจะเป็นผลดีต่อการสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ของการปฏิบัติตามร่างพิธีสารว่าด้วยการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายที่มีต่อรายได้ของรัฐ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้

- ช่วยให้เข้าใจขนาดของปัญหาและความจำเป็นในการควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่ทุกหน่วยงานต้องร่วมมือกันในการป้องกันและปราบปรามการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
- ทราบรายได้ที่รัฐสูญเสียจากปัญหาการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
- ได้แนวทางสำหรับการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ของการปฏิบัติตามร่างพิธีสารว่าด้วยการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายที่มีต่อรายได้ของรัฐ
- เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้รับจากผลการศึกษาวิจัยไปสนับสนุนนโยบายของรัฐบาล ที่จะปราบปรามการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	มีประโยชน์มาก	ผลการวิจัยจากหัวข้อนี้มีความเป็นไปได้ยากในการเปลี่ยนแปลงบทบาทของประเทศไทยในเวทีนานาชาติ
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	อันตรายจากบุหรี่เป็นภาระโรคที่สำคัญของไทย	หัวข้อวิจัยเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับรายได้ของรัฐ ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1		
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ศยจ มีการประเมินประเมินการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามพันธกรณีของอนุสัญญา FCTC ในมาตราต่างๆ โดย Chapter 7 เป็นเรื่อง Illicit Trade of Tobacco Products ในหนังสือ “Civil Society Monitoring of the Framework Convention on Tobacco Control : 2007 Status Report” เป็นเอกสารเผยแพร่ในการประชุมใหญ่ภาคีสมาชิกอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบฯ ครั้งที่ 2 แต่ผลการประเมินไม่ได้ตอบปัญหาของโจทย์ตามที่ผู้เสนองานวิจัยนี้	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	การศึกษารายได้รัฐที่สูญเสียจากบุหรี่ผิดกฎหมาย เป็นเรื่องด้านเศรษฐศาตร์มากกว่าด้านสุขภาพ	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		ไม่เป็นที่สนใจของสาธารณะชน
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Jategaonkar, N. (Ed.) Civil Society Monitoring of the Framework Convention on Tobacco Control: 2007 Status Report of the Framework Convention Alliance. Geneva: Framework Convention Alliance, 2007.
2. มณฑา เก่งการพานิช ลักขณา เติมศิริกุลชัย และ สาโรจน์ นาคจู. การทบทวนวิเคราะห์ทิศทางการวิจัยเพื่อการควบคุมยาสูบในประเทศไทย พ.ศ.2519 – 2549. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2549.

หัวข้อที่ 51

ชื่อหัวข้อวิจัย ความต้องการของบุคลากรด้านสาธารณสุข : ปัจจุบันและอนาคต

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

การทราบความต้องการบัณฑิตด้านสาธารณสุขศาสตร์ มีความสำคัญต่อการเปิด สอนหลักสูตรต่าง ๆ ด้านสาธารณสุข (ด้านสุขภาพ) ซึ่งจะช่วยการผลิตบัณฑิตมีคุณภาพและเพียงพอกับความต้องการของสังคม

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ผลวิจัยในหัวข้อนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณากำหนดทิศทางและจำนวนการผลิตบัณฑิตในระดับปริญญาตรี และสูงกว่าระดับปริญญาตรีให้เพียงพอต่อความต้องการของประเทศอย่างมีคุณภาพ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

- เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย
- มีแนวโน้มจะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ปัจจุบันนี้มีการผลิตบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าความต้องการของระบบสุขภาพ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ไม่พบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข อาจจะมีความจำเป็นในการประชุมปรึกษาเพื่อพัฒนาการผลิตและลดการผลิต แต่ไม่มีความจำเป็นต้องทำวิจัย	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ไม่พบว่ามีผลกระทบด้านเศรษฐกิจโดยตรง	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	การมีบุคลากรเพียงพอส่งผลกระทบด้านสังคม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	มีการคาดการความต้องการด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มีกรอบการวิจัยที่ชัดเจน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงใน	1	อาจเป็นไปได้เพราะผู้วิจัยมาจากสถาบันการผลิต จึงมีโอกาสนำไปสู่การปฏิบัติได้	

ระดับผู้ปฏิบัติ			
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ไม่มีความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข ประเด็นจึงยังไม่เป็นที่สนใจของสาธารณ	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 52

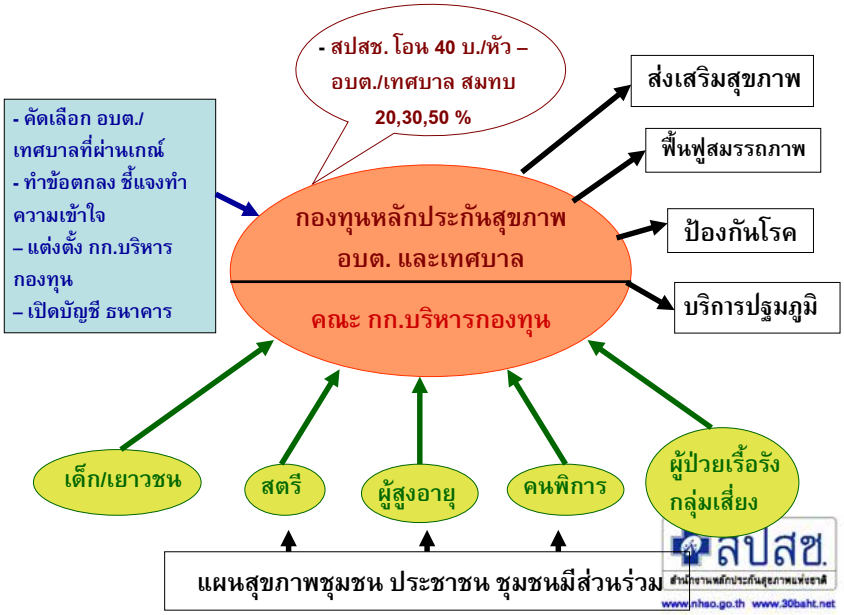
ชื่อหัวข้อวิจัย จัดการความรู้ (KM): พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาวะชุมชน

1 บทนำ

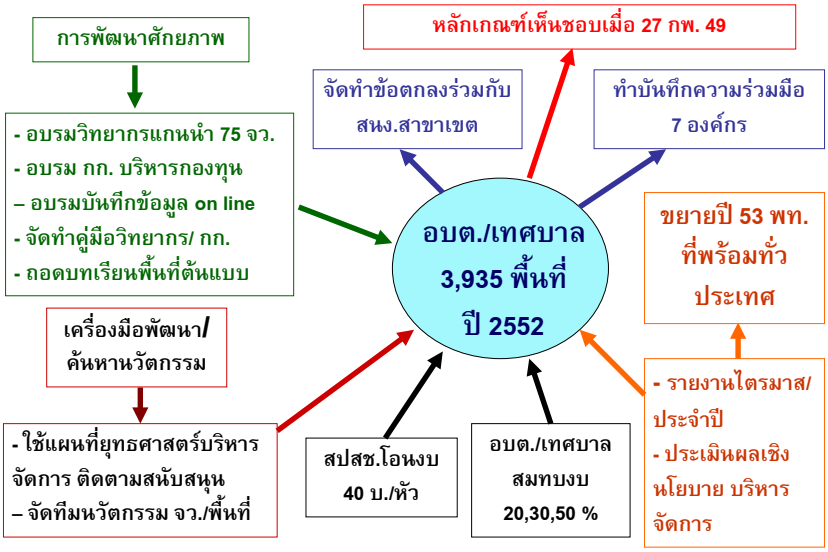
1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

กองทุนสุขภาพตำบลหรือกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเป็นกลไกหนึ่งในการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านการบริหารจัดการสุขภาพแบบบูรณาการในระดับตำบลซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนาชุมชน สังคมและประเทศชาติบนพื้นฐานปรัชญาการพึ่งตนเองด้วยกลยุทธ์และกระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายในระดับท้องถิ่น เข้าไปมีบทบาทในการบริหารและจัดระบบบริการสุขภาพในแนวทางสร้างนำซ่อม เพื่อให้ชุมชนแสดงศักยภาพพึ่งตนเองได้ในการขับเคลื่อนระบบบริการด้วยกลไกด้านกำลังคน ด้านกรรมการ และด้านกองทุน ที่ได้สานความร่วมมือของชุมชนและภาคส่วนในระดับตำบลอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นเป้าหมายความสำเร็จในเบื้องต้น โดยอาศัยหลักการสาธารณสุข 4 ประการ ที่นำไปสู่แนวทางการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม 3) การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน 4) การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่นๆ

กองทุนสุขภาพตำบลถูกบริหารด้วยคณะกรรมการบริหารกองทุน(1)ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ (ที่ปรึกษา) นายก อบต.หรือนายกเทศมนตรี เป็นประธาน ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ จำนวน 2 คนเป็นรองประธาน กรรมการประกอบด้วยสมาชิกสภา อบต.หรือสภาเทศบาลที่สภาฯคัดเลือก จำนวน 2 คน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และผู้แทน อสม. ในพื้นที่คัดเลือกกันเอง 2 คน ผู้แทนหมู่บ้าน/ชุมชนที่ประชาชนหมู่บ้าน/ชุมชน เลือกกันเอง ไม่เกิน 5 คน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอิสระในพื้นที่ หน่วยละ 1 คน (ถ้ามี) ปลัด อบต. หรือปลัดเทศบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่นายก อบต. หรือนายกเทศบาลมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการอยู่ในตำแหน่งคราวละ 2 ปี หน้าที่คณะกรรมการ ได้แก่ 1) บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ 2) รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เป็นไปตามที่กำหนด 3) ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ 4) จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายและหน่วยบริการต่างๆที่เกี่ยว



ภาพรวมการดำเนินงาน



บทบาทของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่กับการสนับสนุนระบบสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ 1)จัดทำข้อมูลชุมชน แผนที่ยุทธศาสตร์ แผนสุขภาพชุมชน 2)การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังและคนพิการในชุมชน 3)การป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอดส์ วัณโรค 4)การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุน เช่น ผลการศึกษานวัตกรรมด้านสุขภาพชุมชนของกองทุน โดย เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ(2)และทีมวิจัย วพบ./วสส. 41 สถาบัน พบว่า อปท. มีความตื่นตัวและภูมิใจที่ได้ให้บริการประชาชนในพื้นที่เป็นรูปธรรมและได้ประโยชน์มากขึ้น กองทุนฯมีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ สร้างสุขภาวะของชุมชน และพึงพอใจในการดำเนินงานของท้องถิ่นมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีผลการประเมินผลกองทุนฯภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี โดย สุริยะ วงศ์คงคาเทพและภูษิต ประคองสาย(3) พบว่า มีกองทุนจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะกองทุนเล็กและมีบุคลากรจำกัด ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ หลังจากการจัดตั้งกองทุนแล้ว ทัศนคติของผู้บริหารกองทุนส่วนใหญ่ เห็นว่าเป็นนโยบายที่ดี ทำให้ท้องถิ่นได้รับงบประมาณเพิ่มในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่การตัดสินใจในการดำเนินงานของกองทุน ขึ้นกับกรรมการกองทุนฝ่ายข้าราชการประจำ โดยผู้บริหารท้องถิ่นมีอิทธิพลบ้างแต่ไม่มากนัก กิจกรรมด้านสาธารณสุขที่ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสนใจมักเป็นกิจกรรมสร้างภาพลักษณ์และสามารถจับต้องได้ เช่น การบริการเยี่ยมชุมชน การจัดฝึกอบรมชาวบ้านผู้สูงอายุอาสาสมัคร การพ่นยากำจัดยุง การจัดของเยี่ยมเด็กแรกเกิดและมารดาหลังคลอด อปท. ขนาดใหญ่ที่มีบุคลากรเพียงพอพบว่าโครงการที่ของบประมาณจากกองทุนจะมาจากการเสนอของหน่วยงานใน อปท. เป็นหลัก ในขณะที่กองทุนที่มีขนาดเล็ก จะมาจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ชุมชน และประชาชนมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่า มีองค์กรชุมชนมีส่วนร่วมในการเสนอโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณยังไม่มากนัก กิจกรรมที่บุคลากรของ สธ.ให้ความสำคัญจะแตกต่างจากฝ่ายท้องถิ่นอยู่บ้าง เนื่องจากมีแรงกดดันจากนโยบายของ สธ. ดังนั้น โครงการส่วนใหญ่ จะเชื่อมโยงหรือตอบสนองนโยบายจากส่วนกลาง หรือ เกณฑ์ตัวชี้วัดต่างๆ เป็นหลัก

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	น้อย เนื่องจากเป็นเรื่องหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องจัดการความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคลที่ถูกเลือกเข้าไปเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุน ในด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ งานจัดการความรู้เป็นงานที่หน่วยงานต้อง implement และสังเคราะห์บทเรียนเพื่อเผยแพร่ให้กับที่อื่นได้เรียนรู้ต่อไป	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	น้อย	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	น้อย	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่เป็นที่สนใจมากนัก	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	น้อย	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	เคยมีรายงานวิจัย และมีการถอดบทเรียนการจัดการความรู้ที่จัดทำโดยสปสช.	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความหลากหลายของแต่ละคณะกรรมการกองทุนสุขภาพในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาวะชุมชน	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาวะชุมชน	
ผลกระทบด้านสุขภาพ	0	น้อย	
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552. คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่.
2. เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ และรัชนี สรรเสริญ. 2551. รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินโครงการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในพื้นที่ต้นแบบทุกจังหวัด. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
3. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ และภูษิต ประคองสาย. 2552. รายงานวิจัยเรื่องการประเมินผลกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
4. วณี ปิ่นประทีป. 2552. โครงการศึกษาการลงทุนด้านสุขภาพของ อบต. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552. ถอดบทเรียนการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในพื้นที่ต้นแบบทั่วประเทศ กรณีศึกษา ภาคเหนือ ภาคกลาง.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552. ร้อยเรียงเรื่องเล่า จากงานมหกรรมระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น. ในการประชุมเสริมศักยภาพท้องถิ่น สร้างสุขภาพชุมชนให้ยั่งยืน วันที่ 14-15 พฤษภาคม 2552 ณ อิมแพค คอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ เมืองทองธานี.

หัวข้อที่ 53

ชื่อหัวข้อวิจัย อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงวัยจากครัวเรือนถึงกลุ่มในชุมชน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

สัดส่วนประชากรสูงอายุไทยเพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2 เท่าตัว ในปี 2568 เป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.9 ล้านคน ซึ่งในปี 2573 คนไทยเกือบ 1 ใน 4 จะเป็นผู้สูงอายุ ทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพดีช่วยเหลือตนเองได้ แต่มากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรังประจำตัวและต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ แม้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับบริการทางการแพทย์ แต่อาจมีภาวะพึ่งพาที่ต้องการการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นอยู่ จากงานวิจัยพบว่าร้อยละ 11.7 และ 17.5 ที่ต้องการการช่วยเหลือในงานบ้านในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ จากการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าพบว่าปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ในปี2562 หรือประมาณ 10ปีข้างหน้า ในด้านของการบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพลภาพหรือพิการทั้งจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะที่มีลักษณะเรื้อรังและไม่เหมาะสำหรับการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไปแล้วนั้น บริการของรัฐที่มีอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในลักษณะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง นอกจากนี้การสำรวจปี 2550 พบว่า เกือบร้อยละ 70 ของผู้ดูแลตอบว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ครอบครัวต้องรับภาระการดูแลแต่โดยลำพัง ในขณะที่ศักยภาพของครอบครัวเริ่มลดลงตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงซึ่งมีความจำเป็นต้องพักอาศัยในสถานบริบาลพบว่ามีความหลากหลายของการขึ้นทะเบียนกับหลายหน่วยราชการ บางแห่งไม่ได้ขึ้นทะเบียน โดยที่ยังไม่มีมาตรการกำกับดูแลคุณภาพของสถานดูแลประเภทนี้ให้มีมาตรฐานแต่อย่างใดส่วนผู้สูงอายุที่เข้าพักในสถานดูแลระยะยาวบริการที่หน่วยงานภาครัฐดำเนินการ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา เมื่ออยู่ไประยะหนึ่งมักมีปัญหาสุขภาพตามมาซึ่งต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมากซึ่งพบว่าร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด แต่การดูแลระยะยาวแฝงอยู่ในการบริการที่พักอาศัยภาครัฐซึ่งไม่มีจุดประสงค์เพื่อรองรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยตรงและยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการรองรับบริการดังกล่าว อาจต้องใช้อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครัวเรือนและในชุมชน

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

วิธีการและกระบวนการของผู้สูงวัยทั้งที่ดูแลตัวเองได้และภาวะพึ่งพิง

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

สมัชชาแห่งชาติได้มีมติให้กระทรวงสาธารณสุข สภาการพยาบาล กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย ร่วมกันจัดทำมาตรฐานและกลไกการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงระดับชาติ

<u>หัวข้อนี้ไม่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญเบื้องต้น เนื่องจากมีผู้ทำวิจัยอยู่แล้ว</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	สวรส. โดยแผนงานผู้สูงอายุได้ดำเนินการศึกษาเรื่องนี้และได้นำเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ดังเอกสารเพิ่มเติมแนบท้าย	(ประเด็น long term care ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรเข้ามาช่วยเหลือแต่ยังมิได้เป็นรูปแบบของการดำเนินงาน)
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	ปัญหาค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุจะมากขึ้นในอนาคต	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1		
4.ผลกระทบด้านสังคม	1		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน (ในประเทศไทย)	0		มีผู้ทำวิจัยแล้วโดยทีมนักวิจัย สวรส.
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1		
รวม	8		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 54

ชื่อหัวข้อวิจัย การพัฒนาคุณภาพชีวิตระยยาวแก่เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด ซึ่งแก้ไขได้โดยการผ่าตัด

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ความพิการแต่กำเนิดหรือรูปพิการแต่กำเนิด (congenital malformations) มีสาเหตุหลายอย่างเช่น พันธุกรรม โรคติดเชื้อและยาบางชนิด เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะไปรบกวนการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ทำให้เกิดความพิการที่แตกต่างกันหลายชนิด International Classification of Disease (ICD) – 10 ได้จำแนกรูปพิการแต่กำเนิด การเปลี่ยนรูปและความผิดปกติของโครโมโซม (congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities) ดังนั้น

1. รูปพิการแต่กำเนิดของระบบประสาท (congenital malformations of the nervous system)
2. รูพิการแต่กำเนิดของตา หู หน้าและคอ (congenital malformations of eye, ear, face and neck)
3. รูปพิการแต่กำเนิดของระบบไหลเวียนโลหิต (congenital malformations of the circulatory system)
4. รูปพิการแต่กำเนิดของระบบหายใจ (congenital malformations of the respiratory system)
5. ปากแหว่งและเพดานโหว่ (cleft lip and cleft palate)
6. รูปพิการแต่กำเนิดของระบบย่อยอาหารอื่นๆ (other congenital malformations of the digestive system)
7. รูปพิการแต่กำเนิดของอวัยวะสืบพันธุ์ (congenital malformations of genital organs)
8. รูปพิการแต่กำเนิดของระบบปัสสาวะ (congenital malformations of the urinary system)
9. รูปพิการและการเปลี่ยนรูปแต่กำเนิดของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง (congenital malformations and deformations of the musculoskeletal system)
10. รูปพิการแต่กำเนิดอื่นๆ (other congenital malformations)
11. ความผิดปกติของโครโมโซม มิได้จำแนกไว้ที่ใด (chromosomal abnormalities, not elsewhere classified)

ความพิการบางอย่างสามารถแก้ไขได้โดยการผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการใส่อวัยวะเทียม ซึ่งความพิการที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขแล้วบางชนิด จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ยกตัวอย่างเช่น เด็กที่มีความพิการชนิดปากแหว่งเพดานโหว่ต้องได้รับการฝึกพูด เด็กที่มีความพิการทางการได้ยินต้องได้รับการฝึกพูดและฝึกฟัง หรือเด็กที่เป็นโรคเท้าปุกต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดเพื่อฝึกการเดิน อย่างไรก็ตาม การฟื้นฟูสมรรถภาพเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัวเพื่อให้เกิดการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องและสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระยะยาวแก่เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด ซึ่งแก้ไขได้โดยการผ่าตัด

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ให้การดูแลผ่าตัดแก้ไขความพิการแต่กำเนิด แก่ผู้ป่วยทารกแรกเกิดประมาณ 400-500 รายต่อปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมาจากครอบครัวที่มีเศรษฐานะต่ำ การศึกษาต่ำ การดูแลและฟื้นฟูระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็น แต่ยังเป็นไปด้วยความยากลำบากในสถานการณ์ปัจจุบัน
2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระยะยาวแก่เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดซึ่งแก้ไขได้โดยการผ่าตัด ควรบูรณาการความร่วมมือความตระหนักของครอบครัว ชุมชน สาธารณสุขหมู่บ้าน ตำบล การฝึกอบรมการดูแล ระยะยาว ทั้งด้านศัลยกรรม การพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพในลักษณะเครือข่าย ระดับท้องถิ่น

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

(ควรพิจารณาเปลี่ยนชื่อหัวข้อวิจัยเพื่อให้สอดคล้องกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับที่ระบุโดยผู้ส่งหัวข้อ เพราะจากหัวข้อนี้จะเข้าใจว่าเทคโนโลยีคือการผ่าตัดไม่ใช่การฟื้นฟูสมรรถภาพ)

* ผู้รับผิดชอบเสนอหัวข้อชื่อ ความเป็นไปได้ (feasibility analysis) ในการสร้างเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความพิการ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดผลักดันนโยบายได้ขอความร่วมมือกับศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์	เนื่องจากการสร้างเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องเชื่อมโยงกับหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ จึงอาจมีความเป็นไปได้ยากในการผลักดันนโยบาย
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	จำนวนผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิดมีจำนวนน้อย (ร้อยละ 0.9 - 2.4)[1]	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	งบประมาณสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจไม่มากเท่าเทคโนโลยีอื่นๆ เช่น การผ่าตัด	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	หากเด็กได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัด อาจทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้าง	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	คำถามการวิจัยที่เสนอค่อนข้างกว้าง เนื่องจากมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหลายรูปแบบ ในหลายความพิการ ควรระบุขอบเขตให้ชัดเจน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	การบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัดแก้ไขความพิการเป็นบริการที่รัฐจัดให้แก่ประชาชน อย่างไรก็ตามความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วยยังคงพบได้ เนื่องจากเศรษฐสถานะของครอบครัวเป็นหนึ่งในการกำหนดการเข้าถึงบริการเหล่านี้ ยกตัวอย่างเช่น ครอบครัวที่มีสถานะดี มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและมีผู้ปกครองพาผู้พิการไปรับการบริการ ก็จะทำให้สามารถเข้ารับบริการได้บ่อยขึ้น	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	การสร้างเครือข่าย ให้เข้าถึงระดับชุมชน สามารถทำให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น	การสร้างเครือข่ายฟื้นฟูสมรรถภาพให้เข้าถึงระดับชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ในขณะที่มีจำนวนผู้พิการไม่มากและกระจัดกระจาย จึงอาจเป็นไปได้ยากในการเปลี่ยนแปลงระดับผู้ปฏิบัติในชุมชน
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ประชาชนมักให้ความสนใจเป็นพิเศษกับเด็กที่มีความพิการโดยเฉพาะเมื่อได้รับการออกสื่อทางโทรทัศน์แต่ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การรักษา ไม่ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัด การสร้างการรับรู้ทางสังคม (Public awareness) เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจจะเป็นประโยชน์ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลการรับบริการต่างๆ ได้	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

ถวัลย์วงค์ รัตนสิริ และ ประมินทร์ อนุกูลประเสริฐ. ความชุกของความพิการแต่กำเนิดที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทรเวชสาร 2547. 19(4).

หัวข้อที่ 55

ชื่อหัวข้อวิจัย การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองท้องถิ่น

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1. การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร
2. ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร
3. คุณภาพมาตรฐานของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีใครทำวิจัยมาก่อนในประเทศไทย หรือมีความจำเป็นต้องทำซ้ำ
2. มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ
3. ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานหรือประสิทธิภาพของเทคโนโลยี/มาตรฐานที่ดีอื่นๆ
4. มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อการรักษาหรือต้นทุนของการรักษา

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เนื่องจากการขยายงานเพื่อรองรับพรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 การประเมินคุณภาพของงานจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อนำไปปรับปรุงคุณภาพของงานบริการ โดยเฉพาะในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้ให้บริการใหญ่ในส่วนภูมิภาค

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เป็นการประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	มีผลกระทบต่อประชากรจำนวนมากในทุกภูมิภาค	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	เป็นการประเมินผลการดำเนินการ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	เป็นการประเมินผลการดำเนินการ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการประเมินในส่วนนี้มาก่อน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	เป็นระบบใหม่ จึงยังไม่น่ามีปัญหานี้เกิดขึ้น	

7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	ผลการประเมินอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติได้	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	สาธารณะยังไม่ค่อยรู้บทบาทของอปท. ในด้านการแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากปัจจุบันมี สถานีอนามัยประจำตำบลและมี รพ.แต่ละอำเภอซึ่งผู้ป่วยไปใช้สิทธิอยู่แล้ว การตั้งระบบนี้จึงอาจไม่มีส่งผลกระทบมากนัก	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 56

ชื่อหัวข้อวิจัย ระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ผลกระทบของการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบัน ต่อวิถีความเป็นอยู่ของประชาชน เป็นอย่างไร
2. ในพื้นที่ที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
    a. มีการช่วยเหลือดูแลประชาชนอย่างไร หน่วยงานใดที่มีบทบาท
    b. การตายและการเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่เป็นอย่างไร
3. ความเชื่อมั่นและความคาดหวังของประชาชนต่อชุดปฏิบัติการในท้องที่เป็นอย่างไร

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีใครทำวิจัยมาก่อนในประเทศไทย หรือมีความจำเป็นต้องทำซ้ำ
2. มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ
3. ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานหรือประสิทธิภาพของเทคโนโลยี/มาตรฐานที่ดีอื่นๆ
4. มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อการรักษาหรือต้นทุนของการรักษา

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เป็นหัวข้อที่น่าสนใจ เนื่องจากเป็นระยะแรกของการขยายบทบาทของหน่วยงาน และเป็นช่วงที่ยังมีประชาชนที่ไม่ทราบวิธีการเข้าถึงบริการอยู่มาก ผลการศึกษาน่าจะเป็นตัวสะท้อนถึงความครอบคลุมของบริการ ในมุมมองของประชาชนในท้องที่ได้

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	ผลการศึกษาอาจจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายของการแพทย์ฉุกเฉินได้	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	-ไม่มีข้อมูล -	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	ทำให้ทราบบทบาทของการแพทย์ฉุกเฉิน ในด้านของประชาชน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการประเมินในส่วนนี้มาก่อน	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	มี จากการให้บริการจากหลายหน่วยงาน หลายระดับ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ขึ้นกับนโยบาย	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ยังไม่เป็นที่น่าสนใจในวงสาธารณะทั่วไป	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 57

ชื่อหัวข้อวิจัย การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังแบบไร้รอยต่อในเขตกรุงเทพมหานคร

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ไตเรื้อรัง มะเร็งเม็ดเลือดขาว หอบหืด เป็นต้น เป็นโรคที่พบมากขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย แต่ละปีจะมีประชากรไทยเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30 โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตสูงกว่า 1 แสนคน หรือ ร้อยละ 25 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด การเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคดังกล่าวมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มโรคเหล่านี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแล ติดตามไปจนชั่วชีวิตหนึ่งนั้นหมายถึงภาระค่าใช้จ่าย ที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องแบกรับทั้งผลจากการที่ไม่ได้ทำงานหรือการรักษาพยาบาล และส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทรัพยากรบุคคลและยังเป็นภาระในด้านการดูแลรักษา (1)

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้องเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพอย่างยิ่งเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาระต่างๆที่เกิดขึ้นเพราะจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นและมีจำนวนไม่น้อยที่ได้รับการดูแล รักษาไม่ถูกต้อง (2) ประเทศไทยตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และดำเนินการมาถึงปัจจุบัน แนวทางการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้รูปแบบที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชนและเน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน (3,4) เชื่อมโยงระบบการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างครอบครัว ชุมชนและโรงพยาบาล ตลอดจนมีพัฒนาระบบการคัดกรอง และครอบคลุมเพื่อติดตามภาวะเสี่ยงของโรค อีกทั้งจะต้องส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง (5) ที่ผ่านมา ประเทศไทย ถือว่าการจัดการในเรื่องเหล่านี้ยังไม่มีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากนัก อีกทั้งแนวคิดการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่และปรับตัวต่อการเจ็บป่วยหรือความพิการมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งแนวคิดนี้ยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยอย่างจริงจัง ฉะนั้นหัวข้อวิจัยนี้จึงมีความสนใจเป็นพิเศษเพื่อจะพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยไปด้วยอีกทางหนึ่ง

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติ ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต่อเนื่องหรือแบบไร้รอยต่อ
3. ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต่อเนื่องหรือแบบไร้รอยต่อ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ปัญหาโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น มีแนวโน้มจะเกิดผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหาดังกล่าวถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในครอบครัวของผู้ป่วย ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดภาระทางการคลังของประเทศ ถ้าผลการวิจัยที่ได้รับการตอบสนองและสามารถพัฒนารูปแบบได้ดังที่คาดหวังไว้มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติซึ่งผลต่อการรักษาหรือต้นทุนการรักษา นอกจากนั้นการพัฒนาโปรแกรมและรูปแบบการจัดบริการจะเป็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	ผู้เสนองานวิจัยเป็นประธานการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศการจัดการผู้ป่วยเรื้อรังและชะลอความเสื่อม คาดว่ามีแนวโน้มนำไปใช้	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เป็นกลุ่มโรคที่พบอัตราความชุกและอัตราการตายเพิ่มมากขึ้น รุนแรงขึ้น (1)	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	การดูแลรักษาที่ต่อเนื่องกระทบต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัว การสูญเสียทรัพยากรบุคคล กระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ (ผู้ป่วยโรคหัวใจมีค่าใช้จ่ายต่อปีเฉลี่ย คนละ 7000-19000 บาท โรคหลอดเลือด 10000-200000 บาท)	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	การดูแลแบบไร้รอยต่อ มีการศึกษาแล้วแต่ไม่แน่ใจในการประเมินผลลัพธ์หรือความสำเร็จ สำหรับรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่มีการศึกษา	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	การดำเนินงานไม่ครอบคลุมหรือไม่ทั่วถึงอาจจะมีความไม่เสมอภาคของผู้ป่วย	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	การทำงานมุ่งหลายภาคส่วนทั้งระดับโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งตัวผู้ป่วยเอง การปฏิบัติงานอาจจะยากลำบากในเขตเมืองหรือ กทม.	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ดดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (National Health Examination Survey IV) 2550
2. ชูชัย ศรชำนิ, สรกิจ ภาคีชีพ. การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง โรคค่าใช้จ่ายสูง อย่างองค์รวมด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ส.พิจิตรการพิมมพ์ 2550.
3. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health. 2001;20:64-78.
4. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? . Manage Care Q. 1999;7(56-66).
5. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. Chronic Care Model and Strategies. In: ชูชัย ศรชำนิ, สรกิจ ภาคีชีพ, eds. การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง โรคค่าใช้จ่ายสูง อย่างองค์รวมด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ส.พิจิตรการพิมพ์ 2550.

หัวข้อที่ 58

ชื่อหัวข้อวิจัย การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพเด็กเร่ร่อน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

เด็กเร่ร่อนตามคำจำกัดความของ WHO ระบุว่าหมายถึงกลุ่มเด็กที่ไม่มีบิดามารดา ผู้ปกครอง หรือมีแต่ไม่สามารถเลี้ยงดูได้ ซึ่งรวมถึงเด็กถูกทอดทิ้ง เด็กลูกกรรมกรก่อสร้าง แรงงานเด็ก เด็กขอทาน เด็กติดยา เด็กถูกทารุณกรรมและเด็กพิการที่ออกมาเร่ร่อนตามที่ต่างๆ จากรายงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาเด็กยากจนและเด็กด้อยโอกาสในปี 2549 ถึง 2551 พบว่าในประเทศไทยมีจำนวนเด็กด้อยโอกาสไม่ต่ำกว่า 20,000 คน [1] ส่วนจำนวนเด็กเร่ร่อนในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการรายงานที่ชัดเจนเนื่องจากยังไม่มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ประกอบกับลักษณะการใช้ชีวิตของเด็กเร่ร่อนที่มีที่อยู่อาศัยและแหล่งประกอบอาชีพไม่มั่นคงแน่นอนทำให้ยากต่อการติดตาม [2]

ปัญหาสุขภาพทางกายของเด็กเร่ร่อนที่สำคัญและพบได้บ่อย ได้แก่ การเจริญเติบโตไม่สมวัย มีภาวะซีด เป็นโรคขาดสารอาหาร ปัญหาสุขภาพช่องปาก [3] และจากการตรวจร่างกายมักพบความผิดปกติมากกว่าหนึ่งปัญหา เช่น มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน เช่น เป็นหวัด มีไข้ ไอ เป็นโรคผิวหนัง กลาก เกลื้อน หิด มีความผิดปกติทางสายตา การดูแลความสะอาดของร่างกายไม่ถูกต้อง [4] นอกจากนั้นพบปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมการดำรงชีวิต เช่น มึนเมาจากการใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ การติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการขายบริการทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น [5] ซึ่งปัญหาสำคัญอีกประการคือการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่รัฐจัดหาให้ เนื่องจากการขาดเอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ในการแสดงตน [6] ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดระบบการช่วยเหลือดูแลที่ชัดเจนและระบบบริการสุขภาพที่ให้เด็กเร่ร่อนสามารถเข้าถึงบริการได้ [1]

ปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหานี้ ได้แก่ สำนักสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ โครงการครูตำรวจรถไฟข้างถนนและสำนักป้องกันและแก้ไขปัญหาการค้าหญิงและเด็ก กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถานสงเคราะห์บ้านปากเกร็ด [6] อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาให้ครอบคลุมแล้ว การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงางสุขภาพต่างๆยังไม่ชัดเจนมากนัก การดูแลด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นเน้นที่การแก้ไขที่ปลายเหตุ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็ช่วยเหลือส่งต่อเพื่อการรักษา แต่การทำให้เกิดระบบการดูแลอย่างครบวงจรและเป็นองค์รวมยังไม่มีระบบการบริการสุขภาพที่ชัดเจนและยังเป็นเรื่องที่ไม่ได้รับความสนใจมากนัก [7]

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในกลุ่มเด็กเร่ร่อน

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการศึกษารูปแบบระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพเด็กเร่ร่อนอย่างเป็นระบบ หากระบบการดูแลสุขภาพเกิดขึ้นได้และเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรมจะสามารถลดค่าใช้จ่ายของประเทศในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของประชาชนกลุ่มนี้ รวมทั้งสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพในกลุ่มเด็กผู้ด้อยโอกาสในสังคมอื่นๆต่อไป

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ปัจจุบันยังไม่มีระบบการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มเด็กเร่ร่อนอย่างเป็นรูปธรรม จึงอาจนำไปสู่นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพของกลุ่มนี้ในอนาคต	มีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบและโอกาสที่จะทำงานร่วมกันเป็นไปได้ยาก
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ประมาณจำนวนเด็กเร่ร่อนตามที่รายงานได้มีไม่ต่ำกว่า 20,000 คนซึ่งส่วนใหญ่มักพบปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 ปัญหา	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	กระทบต่อเศรษฐกิจเนื่องจากเป็นกลุ่มเด็กที่อยู่ในวัยแรงงานที่สำคัญ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	จำนวนเด็กเร่ร่อนแสดงถึงปัญหาสังคม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่มีผู้เคยทำวิจัยมาก่อน	มีเพียงแผนยุทธศาสตร์
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของกลุ่มเด็กเร่ร่อนยังไม่ครอบคลุม ปัจจุบันเด็กกลุ่มนี้เข้าถึงบริการขององค์กรรัฐและองค์กรเอกชนได้เพียง 5,000 คน ซึ่งยังมีเด็กเร่ร่อนนอกระบบอยู่เป็นจำนวนมาก	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	อาจไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติเนื่องจากอาจการขาดบุคลากรที่ทำงานด้านนี้อย่างจริงจัง	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นปัญหาที่อยู่ในความสนใจของประชาชน	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. สมพงษ์ จิตระดับและคณะ.(2551). รายงานสถานการณ์เด็กเร่ร่อนจากโครงการการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาเด็กยากจนและเด็กด้อยโอกาส 3 ปี (2549-2551) จากรายได้ส่วนเกินของการออกสลากเลขท้าย 3 ตัว และ 2 ตัว. คณะคุรุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
2. วัลลภ ตั้งคณานุรักษ์. (2535). เด็กที่ถูกลืมในสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. สุดา ศาสนัส.(2535). ความคาดหวังในชีวิตเด็กเร่ร่อน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัรฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. ภาวนา บุญมุสิก. (2551). พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. ไตรรัตน์ ฟ้าปกาสิต. (2543). วิถีชีวิตและโลกทัศน์ของเด็กเร่ร่อนในกรุงเทพมหานครศึกษากรณีบริเวณสถานีรถไฟกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรมานุษยวิทยามหาบัณฑิต สาขาวิชามานุษยวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. อัญมณี บูรณกานนท์.(2551).รายงานสถานการณ์ผู้ด้อยโอกาสและข้อเสนอในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ด้อยโอกาส. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้ด้อยโอกาส สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และ

ผู้สูงอายุ (สท.)กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

7. รพีพรรณ คำหอม. (2548). รายงานการศึกษาการสร้างและพัฒนามาตรฐาน เกณฑ์และตัวชี้วัดการพัฒนา เด็กและเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

หัวข้อที่ 59

ชื่อหัวข้อวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยเฉพาะมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกได้มากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ทารกขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ การตายในระยะปริกำเนิด เป็นต้น [1] นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากโดยส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ ซึ่งพบความไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 53.3 [2] ผลกระทบที่สำคัญอีกด้านหนึ่งคือปัญหาสังคมทั้งมารดาและทารก [3] เช่น หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีความรู้สึกเสียใจ วิตกกังวล สับสน อับอายต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อการเลี้ยงดูทารกด้วยความไม่พร้อมหรืออาจทอดทิ้งทารกที่เกิดมาได้ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้อาจเป็นปัญหาสังคมเมื่อเติบโตขึ้น จากสถานการณ์ในประเทศไทยร้อยละของมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ระหว่างปี 2547-2551 พบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.33 เป็น ร้อยละ 19.24 , 19.66 และ 20.33 ตามลำดับ [4] หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมและแตกต่างจากการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ทั่วไป [1 , 5] ควรเน้นระวังปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และต้องดูแลด้านจิตใจให้มากขึ้น ดังนั้นการจัดระบบการดูแลที่เฉพาะต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อแม่และลูก รวมถึงป้องกันปัญหาสังคมที่จะเกิดตามมาได้

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อหาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของมารดาและทารกทั้งขณะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบทางด้านสังคมที่ส่งผลตามมา เช่น การศึกษาต่อของมารดา ความไม่พร้อมในการอบรมเลี้ยงดูบุตร ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำแท้งที่ยังถือเป็นประเด็นทางจริยธรรมที่สำคัญของสังคมไทย ดังนั้นประเทศไทยจึงควรมีระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในวัยรุ่นซึ่งอาจเป็นการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์เพื่อช่วยให้วัยรุ่นกลุ่มนี้สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด มีการคลอดอย่างปลอดภัยทั้งแม่และลูก และรวมไปถึงสามารถเลี้ยงดูบุตรได้

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	มีนโยบายที่กำหนดออกมาอย่างชัดเจนแล้ว	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	สถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นค่อนข้างสูงและมีมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	รัฐบาลและครัวเรือนผู้ป่วยเองต้องเป็นผู้รับภาระค่ารักษาพยาบาลและการดูแลผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งต่อมารดา	

		และทารก	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	เป็นผลกระทบที่เห็นได้อย่างชัดเจน และเกิดผลกระทบทางสังคมหลายๆปัญหาต่อเนื่องกัน หากไม่มีการพัฒนาระบบการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและจิตใจของแม่และเด็กทารกที่เกิดมา	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	เคยมีผู้ทำการวิจัยในประเทศไทยหลายการศึกษา ในเชิงสังเกต เชิงทดลอง และเชิงคุณภาพ และมีแนวโน้มที่จะได้รับความสนใจทำการศึกษามากขึ้นเรื่อยๆ	ไม่เคยมีการวิจัยเชิงระบบหรือการนำไปปฏิบัติ
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ในทางปฏิบัติมีระบบการดูแลที่ยังไม่เหมาะสมเนื่องจากดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเหมือนกับหญิงตั้งครรภ์โดยทั่วไป	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงให้มีระบบการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้โดยเฉพาะ	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เป็นปัญหาทางสังคมและจริยธรรมที่เป็นที่สนใจของสาธารณะ	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ลักขณา สุวะจันทร์: ความต้องการการดูแล การรับรู้พฤติกรรมการดูแล และความพึงพอใจในพฤติกรรมการดูแลที่ได้รับจากการพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. มหาวิทยาลัยมหิดล, บัณฑิตวิทยาลัย; 2551.
2. วิไล รัตนพงษ์: ความรู้ การปฏิบัติตนด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. มหาวิทยาลัยมหิดล , บัณฑิตวิทยาลัย; 2544.
3. ภัทรวดี ทองชมพู: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ซ การวิจัยเชิงคุณภาพ. มหาวิทยาลัยมหิดล, บัณฑิตวิทยาลัย; 2542.
4. งานอนามัยเจริญพันธุ์: ข้อมูลการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในแม่อายุต่ำกว่า 20 ปีของประเทศไทยระหว่างปี 2547-2551. In การประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 1 “เกิดน้อย ไม่ด้อยคุณภาพ ” เนื่องในวันประชากรโลก. โรงแรมรามาการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ; 2552.
5. ธีระ ภิรมย์สวัสดิ์: ปัญหาของการตั้งครรภ์ และการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี. In การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ประจำปี 2547: "รวมพลังสร้างสุขภาพ สู่ Healthy Thailand"(Health Promotion Alliance for Healthy Thailand); 17-19 สิงหาคม 2547 ; ณ ห้องประชุมมิราเคิล แกรนด์ โรงแรมมิราเคิล กรุงเทพมหานคร. 2547

หัวข้อที่ 60

ชื่อหัวข้อวิจัย ความเสี่ยงทางกฎหมายในการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในทุกระดับของบริการสุขภาพ ในประเทศไทยมีพยาบาลจำนวนทั้งหมด ประมาณ 140,000 คน ในจำนวนนี้ มากกว่าร้อยละ 80 ปฏิบัติงานในบริการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาล ประเภทต่างๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล ชุมชน จำนวนเกือบ 800 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนสูงสุดในโรงพยาบาลทั้งหมด เป็นโรงพยาบาลที่มีขอบเขตหน้าที่ ในการให้บริการสุขภาพทั้ง ด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ พยาบาลใน โรงพยาบาลชุมชน จึงต้องปฏิบัติงานทั้ง 4 มิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และหน้าที่อื่นด้วยความ จำเป็นในการให้บริการ ซึ่งอาจเกินขอบเขตของวิชาชีพ จากผลการสำรวจของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล , 2542) พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 71.19 ให้บริการในการตรวจและรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้น ซึ่งเป็นหน้าที่ที่ ปฏิบัติมากที่สุด ใน 6 ด้าน ในการทำหน้าที่ดังกล่าว ร้อยละ 64.91 เป็นการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 65.48 เป็นการรักษาเบื้องต้น และจากวิจัยเรื่องเดียวกัน พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติหน้าที่ ในด้านการรักษาที่นอกเหนือจากระเบียบ กระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 44.15 ซึ่งสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน สถานีอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุข และพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และต้องให้คำปรึกษาในปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ถึงร้อยละ 56.26ตัวอย่าง การปฏิบัติที่ นอกเหนือจากกฎกระทรวงสาธารณสุข เช่น การทำคลอดท่ากัน การให้ยาหดรัดตัวของมดลูก การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยา อดรีนาลีน การให้ยาเสพติดเพื่อการรักษา การให้ยาคลายกังวล การให้แวเลี่ยมทางเส้นเลือดดำเพื่อแก้อาการชักเป็นต้น โดยมี จำนวนรพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวนี้อยู่ระหว่างร้อยละ 5.3- 63.7 ส่วนในการให้คำปรึกษาในปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน นั้น พยาบาล ต้องทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาในกรณีที่มีโรคทางพันธุกรรม การตรวจหาความผิดปกติของมะเร็ง เป็นต้น

การที่พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่ง กระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วน ท้องถิ่นอื่นหรือสภากาชาดไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของ เจ้าหน้าที่ที่ประกอบวิชาชีพเวช กรรม พ.ศ. 2539 , 2539) หรือต้องทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาที่ยากซึ่งบางเรื่องอาจต้องเป็นการดำเนินการของแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญนั้น สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งคือการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าทีเพื่อแก้ไข ปัญหาเฉพาะหน้าที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ใช้บริการ อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวก็อาจก่อให้เกิดโทษได้ ทั้งผู้ใช้บริการ และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ในกรณีที่เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานอันเนื่องมากจากความรู้ความสามารถไม่ เพียงพอ เพราะไม่ได้รับการฝึกอย่างเป็นระบบ อันเนื่องมาจากเป็นการปฏิบัติที่นอกเหนือขอบเขตของวิชาชีพ และใน ขณะเดียวกัน ผู้ปฏิบัติก็มีความเสี่ยงจาการปฏิบัติผิดกฎหมาย ทั้งข้อบังคับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (สภาการ พยาบาล ,2550) ที่อาจมีโทษถึงการยกเลิกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การถูกฟ้องร้องทั้งทางแพ่ง และทางอาญา ซึ่ง หน่วยงานต้นสังกัดก็มีความเสี่ยงเช่นเดียวกัน ถึงแม้ในปัจจุบัน จะมีการผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อปฏิบัติหน้าที่ใน โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติจะต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างต่ำ 4 เดือนหลังการศึกษารับ ปริญญาโท ในสาขาการพยาบาล หรือการศึกษาในระดับปริญญาโทในสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งยังมีผู้สำเร็จการศึกษา จำนวนน้อย และถึงแม้พยาบาลเวชปฏิบัติจะมีความรู้ความชำนาญมากขึ้นในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งการให้ คำปรึกษาในระดับที่ซับซ้อนบางเรื่องได้ ซึ่งทำให้แบ่งเบาภาระการปฏิบัติงานของแพทย์ลงได้ส่วนหนึ่ง รวมทั้งทำให้ความเสี่ยง ของผู้ใช้บริการลดลง ความเสี่ยงของผู้ปฏิบัติก็ยังมีอยู่มากจากการที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ที่นอกเหนือจากกฎหมายกำหนด การศึกษาความเสี่ยงด้านกฎหมายของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จะเป็นประโยชน์ในการที่จะได้ข้อมูลที่จะ นำไปสู่การกำหนดนโยบาย การปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาล ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง

รวมทั้งวางแผนการผลิตและการพัฒนาพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ และการบริหารจัดการที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในการให้บริการ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดนโยบายการผลิตและพัฒนากำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และการกำหนดนโยบาย ระเบียบ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเสี่ยงทางกฎหมายลดลง

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

- ขอบเขตการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร
- การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนในประเด็นใดบ้างที่มีความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อบังคับของวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์
- การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนในประเด็นใดบ้างที่มีความเสี่ยงต่อการก้าวล่วงต่อการข้อบังคับของวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น
- โรงพยาบาลชุมชนมี ดำเนินการอย่างไรในการป้องกันความเสี่ยงทางกฎหมายของพยาบาลในหน่วยงาน

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	อาจสามารถผลักดันเชิงนโยบายสำหรับสภาวิชาชีพ และกระทรวงสาธารณสุขได้	สามารถทำให้พยาบาลทำงานได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบททำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานทดแทนแพทย์มากขึ้น โดยเฉพาะการปฏิบัติงานระดับสถานีอนามัย จำเป็นต้องได้รับการปกป้อง	แต่ปัญหาความเสี่ยงทางกฎหมายถูกมองว่าไม่ใช่ปัญหาสำคัญทางสุขภาพ
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	การที่พยาบาลให้บริการบางอย่างทดแทนแพทย์ จะสามารถลดต้นทุนในการให้บริการได้	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	การมีพยาบาลให้บริการในด้านการรักษาพยาบาลในชนบทห่างไกลสามารถเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนได้	ไม่น่าจะก่อให้เกิดผลกระทบด้านสังคม
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	มีการศึกษาคล้าย ๆ กัน เรื่องของสถานการณ์ แต่ไม่ได้มี policy implication	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มีกรอบการวิจัยที่ชัดเจน	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	หากเพิ่มการทบทวนวรรรณกรรมอื่น ๆ และจัดเวทีเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะ น่าจะมีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงนโยบาย	มีความเป็นไปได้ยากในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ แต่อาจต้องดูถึงการเปลี่ยนแปลงกฎหมายให้เข้ากับการปฏิบัติงาน
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เป็นความสนใจในหน้าหนังสือพิมพ์ เรื่องความขาดแคลนพยาบาลในอนาคต ขณะนี้หน้าที่ของพยาบาลมีมากและทำงานเต็มกำลังอยู่แล้ว	
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภากาชาดไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของ เจ้าหน้าที่ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2539(2539). ราชกิจานุเบกษา เล่มที่ 113 ตอนพิเศษ 35 ง.
2. สภาการพยาบาล (2542). ทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. ทัศนา บุญทอง. (บรรณาธิการ).กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.
3. สภาการพยาบาล (2550) ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พศ. 2550(2550). ราชกิจานุเบกษา. เล่มที่ 124 ตอน83 ง.

หัวข้อที่ 61

ชื่อหัวข้อวิจัย ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

การผ่าตัดลิ้นหัวใจนั้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพ การฟื้นฟูสภาพ เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกกลัว และมีความวิตกกังวลสูงมาก เนื่องจากความไม่มั่นใจถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (Rosborough, 2006) เพราะอยู่ในช่วงปรับตัว ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ค่อนข้างจำกัด ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความเข้มแข็งและความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เช่น รอยนูน เสียงการทำงานของลิ้นเทียม ทำให้รู้สึกอยู่ในภาวะต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Samranbua, 2001)

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องมีการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีม เพื่อลดจำนวนครั้งในการเลื่อนหรืองดผ่าตัด ลดจำนวนวันการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย (พัชรี คงปลอด, 2549) นอกจากนี้ยังช่วยให้การไหลเวียนเลือดและการทำงานของหัวใจเป็นไปตามปกติ สามารถประกอบอาชีพตามสมรรถภาพของร่างกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้จะทำให้มีการดูแลที่เป็นระบบ ไม่ซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Rosborough, 2006)

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ซึ่งเป็นการจัดการดูแลที่มีความต่อเนื่อง (Continuity of care) โดยมุ่งปฏิบัติร่วมกันในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ เพื่อการดูแลแบบองค์รวม และต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ของพยาบาล โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองตามศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะดูแลตนเองที่บ้าน และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล (More, 1997)

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และจัดระบบบริการการพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต
2. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจให้มีความต่อเนื่อง ได้มาตรฐาน มีความคุ้มค่า คุ้มทุน ใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยทั้งด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย
3. ส่งเสริมให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาล เป็นแนวทางในการดูแลแบบทีมเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล โดยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานที่ดีเพื่อการดูแลรักษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการพิจารณาใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ
2. เป็นการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ ทั้งด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย
3. เป็นการเพิ่มความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ในระดับโรงพยาบาล ไม่น่าจะเป็นระดับประเทศ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	พบเป็นประเด็นประจำในการรักษาระดับโรงพยาบาล	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1		
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบการวิจัยในประเทศไทยมาก่อน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ประเด็นเรื่อง Self care and supportive care at home ยังเป็นประเด็นปัญหาอยู่	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 62

ชื่อหัวข้อวิจัย ผลของการทำสมาธิในการลดความเครียด และความเจ็บปวดแผลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart Surgery) เพื่อผ่าตัดรักษาโรคหัวใจ โดยเฉพาะโรคหัวใจโคโรนารี่ โรคลิ้นหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและพยาธิภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ (อัจฉรา เตชฤทิพิทักษ์ , 2543:149) ซึ่งสามารถยืดชีวิตของผู้ป่วยได้นานขึ้น(ศรัญญา ครึ่งมีและคณะ,2544)จากข้อมูลรายงานสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจทั่วประเทศปี พศ.2549-2551จำนวน 9,109 9,692 และ 9,826คน (สมาคมสัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย) และข้อมูลจากสถาบันโรคทรวงอก (Excellent Center) สถิติ 936,928และ1,061 คน (กลุ่มงานศัลยศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก,2551)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดใหญ่ แผลผ่าตัดจะอยู่ในแนวกลางผ่านกระดูกหน้าอกในแนว midline (อนุสรา มั่นศิลป์และวลัยนิภา หาพุทธา ,2548:50) นอกจากนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหัวใจแบบเปิดยังจะต้องเรียนรู้การลดความเครียดและลดความเจ็บปวดแผลซึ่งจัดเป็นปัญหาอันดับแรกที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญในระยะหลังผ่าตัด ร้อยละ 80 (Ashburn&Ready,2001;Good,1999)โดยเฉพาะความเจ็บปวดในช่วง 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจะค่อยๆบรรเทาลง (นวลสกุล แก้วลาย2545 ;หน้า1) เป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย คือการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดการตอบสนองต่างๆเช่นความดันความกลัว และภาวะซึมเศร้าดังนั้นวิธีการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลาย (Wallancce & Beenson 1972:85-90) จะสามารถช่วยให้การทำงานของหัวใจลดลง และคลื่นสมองตื่นตัวในระยะพัก ส่งผลให้ช่วยลดความกังวลและบรรเทาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวหลังผ่าตัดได้โดยเร็ว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการช่วยผู้ป่วยให้ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด(Allocock,1996) อีกทั้งเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่าย และระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Cousins&Power,1999;Kitcatt,2000)

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อลดความเครียด ลดความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดหัวใจและผู้ป่วยโรคอื่นๆ
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจให้มีความต่อเนื่อง ได้มาตรฐาน มีความคุ้มค่า คุ้มทุน ใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยทั้งด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการพิจารณาการนำสมาธิมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ
2. เป็นการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ ทั้งด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ยากในการ Confirm ผลและการนำไปปฏิบัติ	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	พบบ่อยในการรักษา	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม			
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบการวิจัยในประเทศไทยมาก่อน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 63

ชื่อหัวข้อวิจัย การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินอายุรกรรมหัวใจ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ยา Warfarin เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ใช้ป้องกันและควบคุมการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด เนื่องจากลักษณะพิเศษของ Warfarin ทีมีดัชนีการักษาแคบ มีเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลนศาสตร์ที่ซับซ้อน จับกับโปรตีนในเลือดได้สูง การ metabolism ของยาผ่านตับโดยอาศัย Cytochrome P450 สามารถทำปฏิกิริยากับยาและอาหารบางชนิดได้ ดังนั้นการติดตามผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมายจึงเป็นเรื่องที่ยาก แต่สามารถทำได้โดยการติดตามค่า INR โดยทั่วไปจะอยู่ที่ 2.0-3.0 (ฏิรญา เทพสนองสุข และพิชญา ดิลกพัฒนมงคล, 2550)

จากการปฏิบัติงานของ Warfarin Clinic ณ โรงพยาบาลทรวงอก ได้พบปัญหาในเรื่องของการไม่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมาคนเดียวซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ลืมรับประทานยา สับสนกับการปรับขนาดยา ทานยาไม่ตรงเวลา ระดับ INR ยังไม่เข้าเป้า ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากยา และกังวัลกับการทานยาและอาหารของตนเอง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของศุกลดี ช้อยชาญชัยกุล และคณะ ปี 2551

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการพัฒนาความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในคลินิก Warfarin อายุรกรรมหัวใจ โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura ในเรื่องประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลของการศึกษาจะเป็นประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา Warfarin ทั้งนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในคลินิก Warfarin อายุรกรรมหัวใจ และโรคหัวใจชนิดอื่นๆ
2. เพื่อให้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในคลินิก Warfarin อายุรกรรมหัวใจ ให้มีความต่อเนื่องได้มาตรฐานและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ตลอดจนให้เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุนต่อผู้ป่วยในด้านค่าใช้จ่าย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในคลินิก Warfarin อายุรกรรมหัวใจ และโรคหัวใจชนิดอื่นๆ
2. เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในคลินิก Warfarin อายุรกรรมหัวใจ ให้มีความต่อเนื่องได้มาตรฐานและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ตลอดจนให้เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุนต่อผู้ป่วยในด้านค่าใช้จ่าย
3. ผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับประทานยา และอัตราการ Re admit ลดลง

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ในระดับโรงพยาบาล ไม่น่าจะเป็นระดับประเทศ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	พบเป็นประเด็นประจำในการรักษาระดับโรงพยาบาล	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1		
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีทำวิจัยในต่างประเทศ สำหรับในประเทศมีการปรับปรุงผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	ประเด็นเรื่อง Self care and supportive care at home ยังเป็นประเด็นปัญหาอยู่	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 64

ชื่อหัวข้อวิจัย การประเมินความคุ้มค่าของการตรวจลักษณะทางพันธุกรรมของยีน HLA-B*1502 เพื่อป้องกันการเกิด Stevens-Johnson Syndrome (SJS) หรือ Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) จากยากันชัก

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

<u>หัวข้อนี้ไม่ผ่านการคัดเลือกเนื่องจากมีงานวิจัยทำอยู่แล้ว</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	อาจผลักดันให้เกิดการเบิกจ่ายจาก สปสช. กรณีการตรวจคนไข้ก่อนการให้ยาได้ หรือ อย. ผลักดันให้บริษัทยา label ที่ฉลากยาให้มีการตรวจยีน HLA-B*1502 ก่อนการจ่ายยา	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	ไม่สูงมาก แต่มีอาการรุนแรงในบางรายถึงพิการ ตาบอด หรือเสียชีวิตได้ และมีภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องรักษา และค่าชดใช้ให้กับผู้ป่วยสูง	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ภาระการรักษาและค่าชดเชยสูง	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	สูง เนื่องจากมีความรุนแรงถึงขั้นพิการและเสียชีวิต แต่สามารถป้องกันได้	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	สวทช. ได้ให้การสนับสนุนการวิจัยเพื่อศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจยีนนี้อยู่กับทีมมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีหัวหน้าโครงการ คือ ดร.วิจิตรา ทัศนียกุล ปัจจุบันโครงการฯ ดำเนินไปได้ประมาณ 6 เดือน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	การตรวจยีนนี้ สามารถป้องกันการเกิด ADR ได้ในผู้ป่วย แต่ยังไม่มีการตรวจกันอย่างกว้างขวาง เนื่องจากแพทย์บางท่านยังไม่ทราบและไม่แนะนำผู้ป่วย นอกจากนั้นการตรวจยังไม่สามารถเบิกจ่ายได้ในระบบประกันสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยยังไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายในการตรวจ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้ เนื่องจากในเชิงเทคนิค ยีนนี้มีความสัมพันธ์กับอาการ ADR ชนิดนี้ในผู้ป่วยชาวไทยสูง จึงมีความแม่นยำ การให้บริการสามารถทำได้โดย	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
		ห้องปฏิบัติการทางโมเลกุล โดยทั่วไป และค่าใช้จ่ายไม่สูงมากเกินไป เมื่อเทียบกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เคยมีกรณีฟ้องร้องกระทรวงสาธารณสุข กรณีคุณดอกรักที่ได้รับความสนใจจากสาธารณะสูง	
รวม	7		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 65

ชื่อหัวข้อวิจัย ความต่อเนื่องของบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตั้งแต่หญิงมีครรภ์ เด็กที่มาในคลินิกเด็กดี เด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก นักเรียนประถมศึกษา นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และผู้สูงอายุในชมรม ทั้งหมดอยู่ในลักษณะของสถาบัน ส่วนขาด คือ เด็ก 0-3 ปี ที่อยู่ในการดูแลของครอบครัว กลุ่มวัยทำงานอายุตั้งแต่ 15-60 ปี ซึ่งไม่ได้อยู่รวมกันเป็นสถาบัน

แนวคิดการดูแลสุขภาพคือ เจ้าของสุขภาพควรตระหนักและมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นเพื่อที่จะให้มีการดูแลสุขภาพช่องปากให้ต่อเนื่อง ครอบคลุมส่วนขาด ควรมีการศึกษาหารูปแบบวิธีการเพื่อตอบปัญหาในส่วนนี้
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยหัวข้อนี้

ได้คำตอบถึงวิธีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มคนส่วนใหญ่ของสังคมไทย ซึ่งหากเข้าถึงได้และสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในประชากรกลุ่มนี้ได้แล้ว จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาทางทันตกรรมจำนวนมาก นอกจากนี้ยังเป็นการรักษาฟัน เพื่อใช้ในการบดเคี้ยวตลอดชีวิตต่อไปได้

เกิดการมีส่วนร่วมของภาคชุมชน ในการะบวนการคิดค้นวิธีการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ซึ่งน่าจะเกิดประสิทธิผลจริง และเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

- เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย
- มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของคนไทยกลุ่มใหญ่

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ยังไม่สามารถจับประเด็นปัญหาของผู้เสนอได้ ปัจจุบันกลุ่ม 0-3 ปีมักจะได้รับบริการในคลินิกเด็กดี รวมถึงเด็กบางส่วนจะเริ่มเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กซึ่งมีโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพแล้ว	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	ข้อมูลในปี 2551 พบว่าเด็ก 3 ปีที่ปราศจากฟันผุมีเพียงร้อยละ 36.2 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือร้อยละ 40 ส่วนข้อมูลสุขภาพช่องปากของวัยทำงานกองทันตสาธารณสุขยังไม่มีการจัดเก็บ	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1		
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

สุรางค์ เชษฐพฤนท์.ผลการสำรวจเพื่อประเมินสถานการณ์ทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี พ.ศ.2551. กองทันตสาธารณสุข. [Cited 22 ธันวาคม 2552]; Available from http://www.anamai.ecgates.com/news/download.php?type=6

หัวข้อที่ 66

ชื่อหัวข้อวิจัย การทำงานอย่างมีความสุขของบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ผู้ที่ทำงานด้านทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีทั้งเป็นทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข ถ้าบุคลากรทั้ง 2 ประเภททำงานอย่างมีความสุข จะต้องมีการพัฒนาแนวคิด วิธีการทำงานและมีระบบสนับสนุนการทำงานอย่างไร ซึ่งถ้าผู้ให้บริการมีความสุข จะทำให้งานที่ทำมีคุณภาพและยั่งยืนต่อไป

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ได้กระบวนการพัฒนาและระบบสนับสนุนการทำงานของบุคลากรที่ทำงานด้านทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะช่วยให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและผู้ให้บริการมีความสุขด้วย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

- เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย
- มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	น่าจะสามารถทำให้เกิดการปรับปรุงระบบบริหารงานบุคลากรในprimary care ได้	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0		
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	การมีทันตาภิบาลให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งผลให้ประชาชนมีโอกาสได้รับบริการและการส่งเสริมสุขภาพทางด้านทันตกรรมได้มากขึ้น	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	แต่มีการศึกษาเรื่องการจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งกล่าวถึงอุปสรรคในการจัดบริการ รวมถึงภาระงานของเจ้าหน้าที่	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		

7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

สุณี วงศ์คงคาเทพ, ปริญญา คงทวีเลิศ, สาลิกา เมธนาวิน และ อลิสา ศิริเวชสุนทร. การจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชน ปี 2549. ออนพริ้นชอพ. กรุงเทพมหานคร. 2550.

หัวข้อที่ 67

ชื่อหัวข้อวิจัย การพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืนด้วยการถ่ายทอดเทคโนโลยีสุขภาพสู่ชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ระบบการจัดการด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ชุมชนมีกระบวนการร่วมกัน วิเคราะห์ถึงสภาพความเป็นอยู่และร่วมกันสร้างกิจกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพ การทำให้ประชาชนมีจิตสำนึกและแสดงบทบาทในการดูแลตนเองและพัฒนาสุขภาพของคนในครอบครัวและชุมชนได้นั้น สามารถทำได้ด้วยการถ่ายทอดเทคโนโลยีสุขภาพสู่ชุมชน เพื่อสร้างกระบวนการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคม ภายใต้การตัดสินใจและความต้องการของประชาชนและชุมชนตามศักยภาพของท้องถิ่น โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือองค์กรเชื่อมประสานและกระตุ้น เพื่อสื่อสารให้ประชาชนผู้สนใจหันมาเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ เมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) เป็นเป้าหมายหลัก(พ.ศ.2548-2550) โดยการพัฒนาระบบและกระบวนการในการทำงานด้านสุขภาพให้เข้าสู่การบริหารจัดการที่ดี และการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและจัดการสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ซึ่งองค์กรท้องถิ่นควรมีบทบาทในการร่วมสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของท้องถิ่นในทุกพื้นที่ หลักสำคัญของการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลอย่างยั่งยืน คือ การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการจัดบริการ ตั้งแต่ประเมินปัญหา วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล โดยทั่วไปประชาชนมีส่วนร่วมในการบริการค่อนข้างน้อย และมีบทบาทเฉพาะเป็นผู้รับบริการที่ภาครัฐจัดให้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบปัจเจกบุคคล ซึ่งเกิดประสิทธิผลในระยะสั้น ดังนั้น การบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเฉพาะการป้องกันโรคเรื้อรัง ควรเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการจัดบริการโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อจัดตั้งและหรือการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืนด้วยการถ่ายทอดเทคโนโลยีสุขภาพสู่ชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

การสร้างองค์ความรู้ที่มีคุณภาพเพียงพออย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเอื้อให้เกิดการใช้ประโยชน์ในวงกว้าง หากแต่ผู้ใช้ข้อมูลได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารและบุคลากรด้านสุขภาพต้องมีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลที่เป็นผลจากการวิจัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การสร้างขีดความสามารถในการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ จึงไม่ควรเน้นเฉพาะการพัฒนาศักยภาพของนักวิจัยและองค์กรเพียงอย่างเดียว หากควรพัฒนาศักยภาพของผู้ใช้ข้อมูลวิจัย ทั้งทางตรงและทางอ้อม อันได้แก่ กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ผู้นำองค์กร กลุ่มพรรคการเมืองและประชาสังคมให้มีศักยภาพในการเข้าใจ นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การทำให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักและใส่ใจกับสุขภาพของตนเองอย่างเป็นธรรมชาติ ควบคู่กับการดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่รู้สึกเป็นภาระ เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้คนในชุมชนใส่ใจในการสร้างสุขภาพอย่างแท้จริง การจัดทำโครงการการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืนด้วยการถ่ายทอดเทคโนโลยีสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเสริมสร้างให้แกนนำมีทักษะการจัดการระบบสุขภาพในหมู่บ้านเป็นกลวิธีที่จะทำให้ชุมชนได้เรียนรู้สุขภาพของคนในชุมชนเริ่มต้นจากการสร้างผู้นำชุมชนการเปลี่ยนแปลง โดยการปรับทัศนคติและบทบาท สร้างจิตสำนึก เสริมสร้างและพัฒนาผู้นำให้มีศักยภาพในการส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนสามารถ

จัดการระบบสุขภาพด้วยตนเอง

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	แนวทางที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุม หากมีระบบการจัดการที่ดีจะทำให้แบ่งเบาภาระของจนท.	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจในการมีส่วนร่วมของชุมชน	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ต้องใช้งบประมาณในการจัดตั้งสูง รวมลักษณะทั่วไปของแต่ละชุมชน	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนทำให้ชุมชนเข้มแข็ง และดูแลในชุมชน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน (ในประเทศไทย)	0	เคยมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	สภาพของแต่ละชุมชนเป็นปัญหาที่อาจส่งผลให้การดำเนินการเป็นไปได้ยาก	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	เนื่องจากต้องใช้งบประมาณสูง และต้องร่วมกับหลายหน่วย	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม	1	น่าจะเป็นที่สนใจของสังคมเนื่องจากส่งผลต่อสังคมโดยรวม	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ. เมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) เริ่มจากปี 2547. Available from: http://advisor.anamai.moph.go.th/272/27201.html
2. อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ. การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เม.ย. – มิ.ย. (ฉบับเสริม 5) 2551.
3. จรูญ อภิวัฒนพงศ์. เยาวชนจิตอาสา: กับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. การนำเสนอผลการศึกษาการชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย: R2R เพิ่มคุณค่า พัฒนาคน พัฒนาบริการ ครั้งที่ 2 วันที่ 16 กรกฎาคม 2552.

หัวข้อที่ 68

ชื่อหัวข้อวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคะแนน Patient activation measures-13 (PAM-13) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแบบสอบถามชื่อ Patient Activation Measure (PAM-13) ขึ้นมาโดยพัฒนามาจากแบบสอบถามฉบับเดิมซึ่งมีความยาว 22 ข้อ เป็นการวัดความรู้ ทักษาะและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพหรือการจัดการกับสภาวะโรคเรื้อรังของผู้ป่วยทั้งนี้บบสอบามดังกล่าวได้ทำการทบสอบว่ามีความถูกต้องและแม่นยำตลอดจนลักษณะทาง psychometric property ว่ามีความน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการแปลแบบสอบถามนี้เป็นภาษาไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คะแนนที่ได้จากการวัดนี้มีความสัมพันธ์กับ ผลลัพธ์ การใช้ทรัพยากรทางสุขภาพและ adherence ของผู้ป่วย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ในเอกสารจากผู้ส่งหัวข้อระบุว่าเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อระดับคะแนน Patient Activation Measure (ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่การแปลแบบสอบถามและหาปัจจัย)

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เนื่องจากมีการนำแบบสอบถามนี้มาใช้อย่างแพร่หลายในประเทศตะวันตก แต่ยังไม่มีการศึกษาเหล่านี้ในเมืองไทยซึ่งคาดว่าน่าจะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยในประเทศตะวันตก โดยหากทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ ทักษะและ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยนี้แล้วจะทำให้แพทย์นำไปปรับแก้ไข วิธีการดูแลผู้ป่วยของตนเองให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด นำไปสู่การดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนด้วยตนเองและลดการฟ้องร้องแพทย์

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากหน่วยงานระดับชาติว่าจะมีการนำเครื่องมือการประเมินลักษณะนี้ไปใช้อย่างไร	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	การวัดปัจจัยที่มีผลต่อระดับคะแนนนี้ไม่มีความเกี่ยวข้องอย่างชัดเจนกับ “ขนาดของปัญหาสุขภาพ ”แม้ว่าจะเป็นเครื่องมือที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีจำนวนมากก็ตาม	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ไม่มีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยตรง แม้ว่าจะเป็นการวัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีจำนวนมากก็ตาม เช่นเดียวกันกับประเด็นเพิ่มเติมในส่วนของขนาดของปัญหาสุขภาพ	

4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่มีความเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ระดับคะแนนที่ได้จากการวัดอาจเป็นตัวชี้วัดขนาดของปัญหาสุขภาพทางอ้อมได้เพราะมีงานวิจัยพบว่าระดับคะแนนดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ . การใช้ทรัพยากรทางสุขภาพและ adherence ของผู้ป่วย ดังนั้นหากคะแนนที่วัดออกมามีค่าต่ำเป็นส่วนมากอาจเป็นการชี้ทางอ้อมว่ามีขนาดของปัญหาสุขภาพในทางอ้อม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	เท่าที่สืบค้นยังไม่มีการแปลเครื่องมือหรือแบบสอบถามนี้เป็นภาษาไทยและหากมีแล้วก็ยังไม่มีการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อระดับคะแนน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มีความเกี่ยวข้อง	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	NA	ไม่แน่ใจว่าเมื่อวัดคะแนนแล้วหาปัจจัยที่มีผลต่อระดับคะแนนแล้ว ไม่มีความชัดเจนว่าจะมีการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติอะไรและได้อย่างไร แม้ว่าเมื่อทราบปัจจัยนี้แล้วจะทำให้แพทย์นำไปปรับแก้ไขวิธีการดูแลของผู้ป่วยได้ก็ตามแต่ก็อาจทำไม่ได้ในทางปฏิบัติอย่างเต็มที่เพราะหลายปัจจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในขณะที่ปัจจัยหลายประเภทอาศัยทักษะและเวลาในการเปลี่ยนแปลงอย่างมากเช่น ทัศนคติ ฯลฯ	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ไม่มีเอกสารหรือข้อมูลยืนยัน	
รวม	1		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Remmers C, Hibbard J, Mosen DM, wagensifled M, Hove RE, Jones C, Is patient activation associated with future health outcomes and health care utilization among patients with diabetes? J Ambul Care Manage 2009;32(4)320-7.
2. Skolasky RL, Mackenzie EJ, Wegener ST, Riley LH. Patient activation and adherence to physical therapy in persons undergoing spine surgery. Spin 2008; 33;21;784-91.
1. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and measurig activation in patients and consumers. Health Services Resarech 2004; 39:4:1005-1026.
2. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. Health research and educational trust. 2005;40:6:1918-30.

หัวข้อที่ 69

ชื่อหัวข้อวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนชีวิตของเยาวชน และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนประตูชัย อ.พระนครศรีอยุธยา จ. พระนครศรีอยุธยา

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ทุนชีวิต [1] เด็กและเยาวชนหมายถึงปัจจัยสร้างหรือคุณลักษณะที่ดีประกอบด้วยด้านจิตใจ สังคมและวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อกระบวนการคิด การตัดสินใจและแสดงออกในรูปแบบพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการเสริมสร้างตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งการเสริมสร้างปัจจัยดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลทั้งภายในตัวเด็กและภายนอก ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน เพื่อนและชุมชน ซึ่งหากควบคุมให้ดีจะส่งผลต่อการพัฒนาทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนได้ ปัจจุบันแผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน สสส. พัฒนาเครื่องมือวัดทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนซึ่งใช้สำรวจทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมือดังกล่าววัดลักษณะ 5 ด้าน ได้แก่ ตัวตน ครอบครัว การสร้างเสริมปัญญาเพื่อนและกิจกรรม และชุมชน ผู้เสนอหัวข้อมองว่าปัจจุบันผู้ปกครองและสังคมมักให้ความสำคัญกับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและใช้เป็นเกณฑ์สำหรับความสำเร็จเป็นหลักโดยมองข้ามทุนชีวิตด้านอื่นๆซึ่งมีความจำเป็นและสัมพันธ์กัน

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้ในประเทศไทย แต่มีงานศึกษาในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับ developmental assets ของเด็กอยู่จำนวนหนึ่ง Scales และคณะ (2006) ศึกษาบทบาทของ developmental assets ในการทำนายผลการศึกษาและพบว่าการเพิ่มทุนชีวิตของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในประเทศสหรัฐอเมริกามีผลในการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นการศึกษาในต่างประเทศอีกกลุ่มยังศึกษาเรื่องเครื่องมือในการวัดทุนชีวิตดังกล่าวว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความน่าเชื่อถือและความแม่นยำในการวัด โดยปัจจัยที่การศึกษาเหล่านั้นนำมาวิเคราะห์ได้แก่ เรื่องการสื่อสารในครอบครัว การทำตามเพื่อน ความคาดหวังต่ออนาคต ความสามารถในการเลือกและรับผิดชอบต่อทางที่เลือก ความสัมพันธ์กับชุมชน ความเคารพในวัฒนธรรม การมีแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพที่ดี การใช้เวลา และการทำตามแบบอย่างผู้ใหญ่ที่มิใช่ผู้ปกครอง นอกจากเรื่องทุนชีวิตจะมีความสำคัญและส่งผลในเชิงบวกต่อการศึกษาแล้วยังส่งผลต่อเรื่องสุขภาพในประเด็นพฤติกรรมเสี่ยงและการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมากอีกด้วย[1]

ผู้ส่งหัวข้อใช้คำว่าต้นทุนซึ่งจากการทบทวนเอกสารพบว่าเป็นการแปลความหมายที่คลาดเคลื่อนผู้ทบทวนจึงใช้คำว่าทุน (asset) แทนคำว่าต้นทุน (cost)

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

(1) ต้องการทราบสภาวะทุนชีวิตของเยาวชน,
(2) ความสัมพันธ์ระหว่างทุนชีวิตและผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา
(3) กำหนดกลยุทธ์ในการสร้างเสริมทุนชีวิตแก่เด็ก เยาวชน ครอบครัว ชุมชน และสังคมในทุกระดับ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย, ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานหรือประสิทธิภาพของเทคโนโลยี/มาตรการที่ดีอื่นๆ และ มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงนโยบายและแผนงานเพื่อพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาชน

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ไม่มีผู้รับสนองนโยบายที่ชัดเจน อาจเกิดผลต่อนโยบายในระดับองค์กรมากกว่า	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ไม่มีหลักฐานที่ชัดเจน รวมถึงความเชื่อมโยงของทุนชีวิตกับปัญหาสุขภาพ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ไม่ชัดเจน	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	เกิดผลในระยะยาว	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบการศึกษาในประเด็นความสัมพันธ์ของทุนชีวิตกับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา มีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดแล้ว	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่พบข้อมูล	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ไม่มีผู้รับสนองนโยบายที่ชัดเจน	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นเรื่องที่เกี่ยวเนื่องกับวาระด้านการศึกษาซึ่งเป็นประเด็นที่กำลังเป็นที่สนใจของสังคม	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. Oxford: Pergamon 2001:1690-7.
2. Filbert KM, Flynn RJ. Developmental and cultural assets and resilient outcomes in first nations young people in care: An initial test of an explanatory model. Children and Youth Services Review.In Press, Accepted Manuscript.
3. Klein JD, Sabaratnam P, Matos Auerbach M, Smith SM, Kodjo C, Lewis K, et al. Development and Factor Structure of a Brief Instrument to Assess the Impact of Community Programs on Positive Youth Development: The Rochester Evaluation of Asset Development for Youth (READY) Tool. Journal of Adolescent Health. 2006;39(2):252-60.
4. Murphey DA, Lamonda KH, Carney JK, Duncan P. Relationships of a brief measure of youth assets to health-promoting and risk behaviors. Journal of Adolescent Health. 2004;34(3):184-91.
5. Oman RF, Vesely SK, McLeroy KR, Harris-Wyatt V, Aspy CB, Rodine S, et al. Reliability and validity of the youth asset survey (YAS). Journal of Adolescent Health. 2002;31(3):247-55.
6. Scales PC, Benson PL, Roehlkepartain EC, Sesma Jr A, van Dulmen M. The role of developmental assets in predicting academic achievement: A longitudinal study. Journal of Adolescence. 2006;29(5):691-708.
7. สุริยเดว ทรีปาตี. พลังสร้างภูมิคุ้มกัน...ต้นทุนชีวิตเด็กไทย. 2551 [cited; Available from: http://www.thaihealth.or.th/node/5751

หัวข้อที่ 70

ชื่อหัวข้อวิจัย ภาวะพึ่งพิงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์เมืองไทยแข็งแรงของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลไผ่ลิง อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอันเนื่องมาจากการลดลงของอัตราตายและอัตราเกิดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการเพิ่มของอัตราตายในวัยแรงงานจากการระบาดของโรค HIV/AIDS ในช่วงต้นทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้สัดส่วนประชากรสูงอายุไทยเพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2 เท่าตัวในปี 2568 เป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.9 ล้านคน ซึ่งในปี 2573 คนไทยเกือบ 1 ใน 4 จะเป็นผู้สูงอายุ[1] ทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว[2]

ผู้สูงอายุเหล่านั้นจะประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน[3] คือ

1. ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living; ADL) ทั้งการอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุก-นั่ง การเคลื่อนที่ การใช้ส้วม และอาจรวมการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ โดย ADL จะเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกความต้องการการดูแลและการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น โดยภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น
2. ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ ที่จะเกี่ยวข้องกับปัญหาหลักประกันด้านรายได้ เพราะเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุจะไม่สามารถทำงานได้ หากมีเงินออมที่ดี มีเงินบำนาญรองรับก็จะมีปัญหาน้อย แต่ทว่าส่วนใหญ่จะมีปัญหามากเพราะเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย
3. ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ เมื่ออายุมากสมรรถภาพความแข็งแรงของร่างกายเสื่อมถอยลง ด้านจิตใจก็จะวิตกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า รวมถึงยังเสี่ยงป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ กระทั่งมีโอกาสเกิดอัมพาตค่อนข้างสูง
4. ภาวะพึ่งพิงด้านสังคมและจิตใจ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงอาศัยลูกหลานมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวเดี่ยว ครองตนเป็นโสดมากขึ้น และย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยเพื่อประกอบอาชีพ กอปรกับอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น หรือได้รับการรักษาที่ยืดชีวิตให้อยู่ยาวนานขึ้น แต่กลับพ่วงความพิการมาด้วย จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูกทอดทิ้งง่ายขึ้น

ซึ่งภาวะพึ่งพิงดังกล่าวมาแล้วนั้น มีด้วยกัน 3 ระดับ ระดับแรก คือ ภาวะปกติ (เขียว) ระดับที่สอง คือ ภาวะที่ช่วยตัวเองได้น้อยลง (เหลือง) และระดับสุดท้าย คือ ภาวะที่ช่วยตนเองไม่ได้จนถึงต้องนอนติดเตียง (แดง) โดยค่าใช้จ่ายในภาวะสุดท้ายของชีวิต (นอนติดเตียง) จะมีต้นทุนสูงสุด

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าร้อยละ 46.8 ของผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีสุขภาพเกณฑ์ดีถึงดีมาก และร้อยละ 21.5 และ 2.8 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีมาก ส่วนโรคเรื้อรังพบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุรู้ตัวว่าเป็น 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ร้อยละ 32,13 และ 7 ตามลำดับ โดยที่สาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2547[4] อันดับ1 คือโรคหลอดเลือดสมอง สูงถึงร้อยละ12.5 และ 13.5 ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ อันดับรองลงไปได้แก่ โรคปอดอุดกัน้ เรื้อรัง มะเร็งตับ หัวใจขาดเลือด เบาหวาน สำหรับผู้ชาย ส่วนผู้หญิง ได้แก่ เบาหวาน หัวใจขาดเลือด สมองเสื่อม และมะเร็งตับ

ด้านอัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันสำหรับการรักษาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและดูแลโรคเรื้อรังอยู่ที่ 4.4 ครัง้ต่อคนต่อปีและการใช้บริการผู้ป่วยใน 0.1 ครัง้ต่อคนต่อปี โดยมีวันนอนเฉลี่ย 7 วัน[5]

แม้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับบริการทางการแพทย์ แต่อาจมีภาวะพึ่งพาที่ต้องการการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นอยู่ จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546-7 พบว่าร้อยละ 95.6 และ 93.7 ของผู้สูงอายุชายและหญิง ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และร้อยละ 11.7 และ 17.5 ที่ต้องการการช่วยเหลือในงานบ้านในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ จากการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน จากฐานความชุกในการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546-7 โดยใช้แบบจำลองพหุสถานะ โดยสมมติให้การเพิ่มของความจำกัดระดับสูงไม่มากกว่าร้อยละ 0.1 จากปีฐานพบว่าปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ในปี2562 หรือประมาณ 20ปีข้างหน้า[6] ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงซึ่งมีความจำเป็นต้องพักอาศัยในสถานบริบาล ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการค่อนข้างสูงอยู่ระหว่าง 15,000 - 52,500 บาท[7]

คำประกาศนโยบายและเป้าหมาย “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand)[8]

ในปี พ.ศ.2548 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมิติในการดูแลสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่

1 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางกาย (Physical Health)

- คนไทยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพในทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล ทุกชุมชน ทุกหน่วยงานและสถานประกอบการ
- คนไทยได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างราย จากแหล่งผลิตอาหารที่ปลอดสารพิษปนเปื้อน ตลาดสด ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารทุกแห่งได้มาตรฐานสุขอนามัย สถานที่ผลิตอาหารทุกแห่งผ่านเกณฑ์ (Good Manufacturing Practice) GMP
- คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวพร้อมสุขภาพที่แข็งแรง อัตราการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดันต้น ๆ ของคนไทยลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไข้เลือดออก และโรคเบาหวาน
- คนไทยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ
- คนไทยมีอัตราการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุลดน้อยลง
- คนไทยทุกคนมีหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน

2 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางจิตใจ (Mental health)

- คนไทยมีครอบครัวที่อบอุ่น เด็กและผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว
- คนไทยมีอัตราการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการป่วยด้วยโรคทางจิต ประสาท ลดน้อยลง
- คนไทยมีความฉลาดทางสติปัญญา (I.Q.) และความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q.) เพิ่มมากขึ้นในระดับที่ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล

3 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางสังคม (Social health) และเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy)

- คนไทยมีความปลดภัยจากอาชญากรรมและความรุนแรง ที่ก่อให้เกิดการประทุษร้ายต่อชีวิต ร่างกายและจิตใจ การประทุษร้ายทางเพศและการประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน
- คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนไม่น้อยกว่า 12 ปี และมีโอกาสเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิตเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะทางสุขภาพ (Health Skill) และทักษะการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม (Life Skill)
- คนไทยมีสัมมาอาชีพและรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข
- คนไทยมีที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำสะอาดเพื่ออุปโภคบริโภคเพียงพอ และดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

4 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางปัญญา/จิตวิญญาณ (Spiritual Health)

- คนไทยลด ละ เลิกอบายมุขและสิ่งเสพติด
- คนไทยมีความรู้ รัก สามัคคี มีความอาทรเกื้อกูลกัน

- คนไทยมีสติและปัญญาแก้ไขปัญหาความขัดแย้งรุนแรงต่าง ๆ ด้วยเหตุผลและด้วยสันติวิธี
- คนไทยยึดมั่นในหลักศาสนธรรมและวัฒนธรรมที่ดีงาม

ระยะเวลาการดำเนินงาน

เพื่อให้ดำเนินงานบรรลุผล ได้กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน คือ

- ระยะที่ 1 (สิงหาคม 2547 – สิงหาคม 2548) เพื่อให้สอดคล้องกับการประชุมนานาชาติการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ซึ่งประเทศไทยเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม
- ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2548 – พ.ศ. 2552) เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบระยะเวลานโยบายต่อสู้เอาชนะความยากจนของรัฐบาล
- ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2552 – พ.ศ. 2558) เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals:MDGs) ขององค์การสหประชาชาติ

ยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง”

1. ใช้พื้นที่เป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สู่วิถีชุมชน โดยดึงเอาพลังทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาชนในพื้นที่ทุกระดับจากชุมชนสู่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการภายใต้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และทำงานอย่างเป็นเอกภาพ
2. เน้นการทำงานที่สถานที่ตั้ง (Setting) และกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดึงพลังศักยภาพของเยาวชน พลังสตรี ผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ชุมชนต่างวัฒนธรรม ผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และเจ้าของสถานประกอบการร่วมกันสร้าง “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand)
3. ใช้กลยุทธ์ 7 ประการในการดำเนินงาน คือ
   3.1. กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation Strategy)
   3.2. กลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะ (Communication Strategy)
   3.3. กลยุทธ์การเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีสำนึกสาธารณะ (Strengthening and Creating Public Mind Strategy)
   3.4. กลยุทธ์การจัดบริการ (Service Stategy)
   3.5. กลยุทธ์การใช้มาตรการทางสังคม (Social Measure Strategy)
   3.6. กลยุทธ์การพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้ (Knowledge and Learning Strategy)
   3.7. กลยุทธ์การบริหารจัดการมุ่งผลสำเร็จ (Result Based Management Strategy)

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ศึกษาถึงภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลไผ่ลิง อ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา โดยยึดหลักตามนโยบายยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

- ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
- ก่อหรืออาจก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังของประเทศ
- มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก
- มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติซึ่งส่งผลต่อการรักษา หรือต้นทุนของการรักษา

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	สามารถนำมาใช้ช่วยในการวางแผนและตัดสินใจเชิงนโยบาย	ผลลัพธ์ต้องใช้ช่วงระยะเวลานานจึงไม่สามารถประเมินได้ขณะนี้ทำให้ไม่มีผลทางนโยบาย
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ในอนาคตน่าจะเป็นปัญหาขนาดใหญ่ เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุขัยนานขึ้น	โครงการยังไม่ชัดเจนว่าจะมีผลต่อสุขภาพ
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	น่าจะส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจในอนาคต ทั้งภาระงบประมาณของรัฐและสังคมที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	น่าจะส่งผลกระทบทางด้านสังคมอย่างมากเนื่องจากผู้สุงอายุจะต้องได้รับการดูแลโดยรัฐมากขึ้น เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุของคนในครอบครัวมีแนวโน้มต่ำลง	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	แม้จะยังไม่มีผู้ทำวิจัยมาก่อน แต่มีข้อมูลจากสำนักสถิติแห่งชาติ รวมทั้งข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เพียงพอ และขณะนี้มีโครงการที่จะพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในปี 2553-2554 หากทีมวิจัยพัฒนาต่อในส่วนของการวิจัยหาต้นทุนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จะช่วยให้สามารถประมาณการเรื่องงบประมาณในการดูและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์มากขึ้น	ยังไม่มีการประเมินผลกระทบ
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ในการดูแลตนเองของผู้สุงอายุมักจะมีส่วนที่ใกล้เคียงกันและโดยมากขึ้นอยู่กับผู้ให้การดูแลที่อาจจะทำให้เกิดความหลากหลายในทางปฏิบัติ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	มีความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติหากมีการกำหนดนโยบายเรื่องระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	ยังไม่ทราบว่าใครจะเป็นผู้รับผิดชอบ
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม เนื่องจากเป็นการวิจัยและให้ประโยชน์แก่คนกลุ่มใหญ่ในอนาคต	
รวม	1		

3. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. การคาดประมาณประชากรประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. รายงานวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ. กันยายน

3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. มติชนรายวัน. วันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ปีที่ 31 ฉบับที่ 11204
4. คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. 2552. รายงานการศึกษาภาระโรคและปจั จัยเสี่ยงของประเทศไทย พศ.2547. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
5. นงลักษณ์ พะไกยะ. 2552. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
6. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ภัทรพรรณ อดทน. 2552. การคาดประมาณความต้องการการดูแลระยะยาวในประชากรสูงอายุ. ใน Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al. 2009. Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai-European Cooperation For Health.
7. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. 2552. ข้อเสนอแผนพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ต่อคณะกรรมการบริหารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. เอกสารวิชาการประกอบระเบียบวาระการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2. 18 กันยายน 2552.
8. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กรอบแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานยุทธศาสตร์แห่งชาติ“รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” [cited 23 ธันวาคม 2552]. Available from: http://www.thaihed.com/html/show.php?SID=111

หัวข้อที่ 71

ชื่อหัวข้อวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

พยาบาลเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการให้การดูแลด้านสุขภาพของประชาชน ลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่ต้องการความเสียสละ อดทน มีความรับผิดชอบอย่างมากต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องคำนึงถึงอย่างมาก เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการคงอยู่ในงาน ในขณะที่มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร ความผูกพันในองค์กร และความพึงพอใจในงาน

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุและประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล (จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง , 2543) นอกจากนี้ วัฒนธรรมและการเมือง ความเสมอภาค สถานภาพสมรส สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว ระยะเวลาปฏิบัติงาน สุขภาพกายและสุขภาพจิต ชีวิตการทำงานและรายได้ (เงินเดือน) และสวัสดิการ ก็มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน (พัทนัย แก้วแพง , ธัญลักษณ์ ขวัญสุข , ณัฐณิชา ไชยเอียด, 2549) ในส่วนของ ปัจจัยด้านลักษณะงาน พบว่า ลักษณะงานประจำของพยาบาล พยาบาลที่ทำงานในเวรเช้ามีการรับรู้ด้านคุณภาพชีวิตการทำงานและความพึงพอใจในงานสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานในเวรบ่ายและดึก (ผาณิต สกุลวัฒนะ, 2537; จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง, 2543) ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยด้านความผูกพันในองค์กร พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลด้วยเช่นกัน (พัทนัย แก้วแพง , ธัญลักษณ์ ขวัญสุข และ ณัฐณิชา ไชยเอียด, 2549; นิยดา ผุยเจริญ, 2545; วรมน เดชเมธาวีพงศ์, 2544) ขนาดของโรงพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดเล็กมีการรับรู้ด้านคุณภาพชีวิตการทำงานสูงกว่าพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดใหญ่ (วรมน เดชเมธาวีพงศ์ , 2544) ในขณะที่ปัจจัยด้านความพึงพอใจในงาน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (ละออ อริยกุลนิมิต , 2546; วัลลภา บุญรอด , 2548; อัญชลี ฤกษ์งาม, 2544) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ยังพบว่าส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ (วรมน เดชเมธาวีพงศ์ , 2544; พนัญญา บวรนันทกุล 2545 ; Larrabee, Janney, Ostrow, Withrow, et al., 2003) นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความตั้งในในการออกจากงาน (สุธิดาโตพันธานนท์ , 2549; Gifford, Zammuto, Gooman, & Hill, 2002) จากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นและคุณภาพชีวิตการทำงานที่ไม่ดีของพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพลาออกหรือเปลี่ยนอาชีพจำนวนมาก เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพตามมา

ปัญหาพยาบาลขาดแคลนเป็นปัญหาเรื้อรังที่ได้สั่งสมมาเป็นระยะเวลานานแล้ว โดยเริ่มต้นขึ้นจากพยาบาลที่เป็นข้าราชการซึ่งทำงานประจำโรงพยาบาลของรัฐลาออกไปทำงานกับโรงพยาบาลเอกชน หรือไปทำงานในต่างประเทศ เพราะรายได้และสวัสดิการสูงกว่า ต่อมาในปี พ.ศ. 2540 เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทำให้ลดกำลังการผลิตพยาบาลลง อีกทั้งตำแหน่งพยาบาลประจำโรงพยาบาลของรัฐที่ว่าง แต่ก็ไม่ได้รับอนุมัติจากสำนักงานข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ให้รับพยาบาลเข้ามาทดแทนจากการลดการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ลงกว่าร้อยละ 40 ตั้งแต่ปี 2542 และมีการสูญเสียพยาบาลออกจากวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากอัตราร้อยละ 2.4 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 4.2 ในปี 2548 (กฤษฎา แสวงดี , 2550) และภาระงานเพิ่มมากขึ้นทั้งจากปริมาณผู้ป่วยและความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย พยาบาลที่เหลืออยู่จำนวนน้อยซึ่งต้องทำงานหนักขึ้น ในขณะที่ค่าตอบแทนต่ำและสวัสดิการน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานและไม่เท่าเทียมกับวิชาชีพอื่น และสภาพการทำงานที่ผิดไปจากชีวิตปกติ ต้องขึ้นเวรยามตลอด 24 ชั่วโมง ขาดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และการขาดแรงบันดาลใจที่จะทำหน้าที่พยาบาล เมื่อความผิดพลาดเกิดขึ้นก็ถูกฟ้องร้อง ทำให้พยาบาลไม่อยากอยู่ในวิชาชีพพยาบาลต่อไป (วิจิตร ศรีสุพรรณ , พีรยา พงษ์สังกาจ , ประคิน สุข

ฉายา และอรพรรณ พุ่มอาภรณ์, 2544)

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า จากภาวะ วิกฤตเศรษฐกิจ ปี 2540 รัฐบาลมีนโยบายระงับการขยายหน่วยงาน และลดกำลังคนของภาค รัฐบาลให้เล็กลง ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ไม่สามารถเพิ่มจำนวนพยาบาลวิชาชีพได้ ในขณะเดียวกันวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ต้องลดการผลิตพยาบาลวิชาชีพลง ทำให้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาลดจำนวนลง นอกจากนี้นโยบายไม่มีการชดเชยตำแหน่งที่ว่างลง ประกอบกับนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพ (30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค) ทำให้มีความต้องการพยาบาลสูงขึ้น ส่งผลให้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครมีมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2552 นี้ มีการขยายขนาดโรงพยาบาลขนาดเล็กของโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร เช่น โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศม์ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ฯ และโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลสิรินธร ให้เพิ่มจำนวนเตียงจาก 100 เตียง เป็นโรงพยาบาลขนาด 200 เตียง รวมทั้งมีการสร้างอาคารผู้ป่วยเพิ่มขึ้นของหลาย ๆ โรงพยาบาลใหญ่ในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อรองรับผู้ใช้บริการที่มีจำนวนมากขึ้น ทำให้จำนวนพยาบาลวิชาชีพไม่สมดุลกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ได้รับอนุมัติให้รับนักศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 แต่ผู้สำเร็จการศึกษาก็ยังไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลได้ จากการสำรวจ อัตรากำลังว่างของหน่วยงานในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร หลังจากบรรจุรับบรรจุพยาบาลสำเร็จใหม่จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์จำนวน 140 คนเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 แล้วยังพบว่ามีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพว่างอยู่ 151 ตำแหน่ง จากกรอบอัตรากำลังในปัจจุบัน ที่ระบุให้มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 3,182 คน (เอกสารแนบท้ายการประชุมสำนักการแพทย์ เดือนพฤษภาคม 2552) ซึ่งจากกรอบอัตรากำลังนี้เมื่อเทียบกับสัดส่วนกับประชาชนผู้มารับบริการจำนวน 2,743,277 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักการแพทย์ , 2552) ทำให้สัดส่วนของพยาบาลกับผู้รับบริการเท่ากับ 1:862 ในขณะที่สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อจำนวนผู้รับบริการตามกำหนดขององค์กรอนามัยโลก ควรเป็น 1:500 (วิจิตร ศรีสุพรรณ , พีรยา พงษ์สังกาจ , ประคิน สุขฉายา และอรพรรณ พุ่มอาภรณ์ , 2544) จากความไม่สมดุลของสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานกับจำนวนผู้รับบริการ ทำให้ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นมาก ดังนั้นนอกจากปัจจัยที่กล่าวข้างต้นแล้วจากภาระงานที่มากขึ้นนี้ จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเหนื่อยหน่ายเมื่อยล้า จึงเปลี่ยนอาชีพหรือลาออกจากงาน เป็นสาเหตุที่ทำให้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยหลากหลายที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงานและการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ แต่จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางสังคมเศรษฐกิจ การเมืองทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ รวมทั้งปัญหาสุขภาพ และการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นนอกจากปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ที่ถูกกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม แล้วลักษณะงานที่เปลี่ยนแปลง บรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และความพึงพอใจในงาน จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน และการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

<u>ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยหัวข้อนี้</u>

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยงานสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปประกอบการพิจารณาในการจัดกิจกรรม พัฒนานวตกรรม และการบริหารจัดการที่ช่วยรักษาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ ซึ่งนอกจากจะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ลาออกจากงานแล้ว ผลประโยชน์ที่ได้มากที่สุดคือผู้รับบริการได้รับการปฏิบัติพยาบาลมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากพยาบาลวิชาชีพผู้มีทั้งความรู้และประสบการณ์

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ถึงแม้ว่าสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครจะมีวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ซึ่งเป็นสถานศึกษาที่ทำหน้าที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพให้กับโรงพยาบาลของกรุงเทพมหานครในแต่ละปี จำนวน 140-180 คน แต่ปัญหาขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครก็ไม่ลดลง ซึ่งเกิดจากการลาออกโอนย้ายที่มีทุกปี ทั้งนี้งบประมาณเฉพาะที่กรุงเทพมหานคร (ไม่รวมรายจ่ายที่ผู้ปกครองรับผิดชอบ) ใช้จ่ายในการผลิตพยาบาลวิชาชีพ 1 คนตลอดหลักสูตร 4 ปี มีถึง 577,622.84 บาท ดังนั้นการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพออกไปไม่เพียงแต่สูญเสียงบประมาณของชาติแต่ยังเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่สำคัญ จึงควรที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดึงดูดพยาบาลวิชาชีพไม่ให้ลาออกโอนย้ายดังกล่าว เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน การบริการจัดการขององค์กร คุณภาพชีวิตการทำงาน ว่ามีผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างไร เป็นต้น

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

- เป็นหัวข้องานที่ไม่เคยมีการทำวิจัยมาก่อนในประเทศไทย
- มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก
- มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ (ทรัพยากรด้านบุคคล)

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	อาจสามารถผลักดันเชิงนโยบายสำหรับสภาวิชาชีพ และกรุงเทพมหานคร	อาจจะไม่สามารถผลักดันเชิงนโยบายทางวิชาชีพได้
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลมีปัญหาในทุกระดับบริการ การเคลื่อนย้ายของกำลังคนด้านพยาบาลในเขตเมืองนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญ	เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	การขาดแคลนพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น	ผลกระทบทางเศรษฐกิจเกิดขึ้นเฉพาะพื้นที่
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	การขาดพยาบาลทำให้ลดลดโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจุบันที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุมากขึ้น ต้องการการดูแลจากพยาบาล	ในกรุงเทพฯ ขาดแคลนอาจจะส่งผลต่อคุณภาพบริการที่ลดลงในขณะที่ผู้รับบริการมากขึ้นเรื่อย ๆ
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีการศึกษาเรื่องใกล้เคียงนี้	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มีกรอบการวิจัยที่ชัดเจน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงใน	1	หากเพิ่มการทบทวนวรรรณกรรมอื่น ๆ และจัดเวทีเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะ น่าจะมีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลง	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
ระดับผู้ปฏิบัติ		นโยบาย	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม	0	ความขาดแคลนพยาบาลเป็นที่สนใจของสาธารณ	ยังไม่เป็นที่สนใจของสาธารณชนเท่าใดนัก
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 72

ชื่อหัวข้อวิจัย โรคหลอดเลือดสมองในภาคเหนือของประเทศไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย ในสถานพยาบาลและเวชปฏิบัติ ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิงและเป็นอันดับสองในเพศชายรองจาก HIV/AIDS(1) และเป็นสาเหตุของความพิการที่สำคัญในผู้สูงอายุ ปี 2547 พบว่ามี อุบัติการณ์ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยเป็น 690 คนต่อประชากรแสนคน โดยจัดเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 70% ที่เหลือเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก อัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกประมาณ 30-50% ใน 30 วัน ซึ่งอัตราการตายจะสูงมากในช่วงสองวันแรก และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดภาวะทุพพลภาพ เช่น อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก เดินเซ และภาวะความรอบรู้บกพร่องอาจจรุนแรงถึงขั้นสมองเสื่อมได้ ซึ่งภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยพบว่า 16% เป็นผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความพิการและภาวะพึ่งพิงในระยะยาวตามมาต้องมีผู้ดูแลอยู่ตลอดเวลา ก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรทั้งทางด้านบุคคลและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก

จากการศึกษาต้นทุนในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่สถาบันประสาทวิทยา พบว่าในช่วง1เดือนแรก จะมีต้นทุนในการรักษาสูงถึง 48,275 บาทต่อเดือน และหลังจาก 1 เดือนแรกค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 11,925 บาทต่อเดือน (2) ซึ่งนับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากและจากการศึกษาต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการของผู้ป่วยพิการจากโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานครและจ.บุรีรัมย์ พบว่า มีต้นทุนในการดูแลผู้พิการโดยญาติหรือบุคคลในครอบครัว เป็นเงิน 4,643 บาทต่อเดือน (3)

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ทราบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของภาคเหนือ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย
2. เพื่อให้มีกระบวนการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และมีการประเมินติดตาม เช่น อัตราการเกิดโรคซ้ำ ภาวะปวด อาการซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อมหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
3. นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและวางแผนแนวทางปฏิบัติ (clinical practice guideline) ที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. เป็นโรคที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ
2. ก่อหรืออาจก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล
3. มีแนวโน้มทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก
4. มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติซึ่งส่งผลต่อการรักษา หรือต้นทุนของการรักษา

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	โรคนี้มีแนวทางปฏิบัติและรักษาอยู่แล้ว อาจทำการศึกษาเป็นเชิงระบาดวิทยาแบบ Multiple center เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยและหาแนวทางป้องกัน รวมถึงหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	มีอุบัติการณ์การเกิดสูงและก่อให้เกิดการเสียชีวิตและความพิการซึ่งเป็นภาวะพึ่งพิงระยะยาว	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ค่ารักษามีมูลค่าสูงในระยะ 1เดือนแรก จากนั้นผู้ป่วยอาจเกิดภาวะทุพพลภาพและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลาทำให้เกิด productivity loss ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลในระยะยาวซึ่งภาระค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกิดกับครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องแบกรับ	
4.ผลกระทบด้านสังคม		เกิด productivity loss ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีงานวิจัยหลายงานทั้งทางด้านการรักษาและต้นทุนของโรคและ CUA	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	แนวทางปฏิบัติในการให้การรักษาที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเช่น สูบบุหรี่ ความดันสูง	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Burden of disease 2007.
2. Youngkong S. Cost of cerebral infraction from societal perspective : A case study at Prasat Neurological Institute[M.S. thesis in Pharmacy]. Bangkok: Mahidol University; 2001.
3. กันยารัตน์ ปนสูงเนิน, อาทร ริ้วไพบูลย์, วัชราา ริ้วไพบูลย์. ต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานครและจังหวัดบุรีรัมย์; 2550.

หัวข้อที่ 73

ชื่อหัวข้อวิจัย ปริมาณสารฆ่าแมลงในเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ ในเขต 7 ฝั่งอันดามัน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย			
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ			
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
4.ผลกระทบด้านสังคม			
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)			
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย			
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ			
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม			
รวม			

ไม่สามารถให้การประเมินได้เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอและไม่มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญที่สามารถประเมินโครงการลักษณะนี้ จึงขอเสนอแนะให้ส่งไปยังกรมอนามัย เพื่อให้การประเมินต่อไป น่าจะเหมาะสมกว่า

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 74

ชื่อหัวข้อวิจัย การพัฒนามาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพแบบพอเพียงด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับระบบการแพทย์แผนไทยในชุมชน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

การสร้างเสริมสุขภาพแบบพอเพียง เป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่น้อมนำเอาปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางปฏิบัติในการสร้างเสริมและพัฒนาสุขภาพ โดยมีพันธกิจหลักในการสร้างเอกภาพทางความคิด สร้างจิตสำนึกและความตระหนักในเรื่องสุขภาพและสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ (1) เป้าหมายสูงสุดของการสร้างเสริมสุขภาพแบบพอเพียงคือ ประชาชนมีส่วนร่วมและแสดงบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง จนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้อย่างพอเพียงและยั่งยืน (2)

การบูรณาการเอาระบบความรู้ภูมิปัญญาชาวบ้านและการแพทย์แผนไทย รวมถึงการพัฒนาวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนเป็นอีกวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพภายใต้หลักการสร้างเสริมสุขภาพแบบพอเพียง

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. การแพทย์แผนไทยใดบ้างที่เหมาะสมสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพแบบพอเพียง
2. วิธีการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีใดบ้างสามารถนำมาปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียง

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการทำวิจัยมาก่อนในประเทศไทย

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	หัวข้อวิจัยกว้างเกินไป ขาดความชัดเจน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0		
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่เคยมีการทำวิจัยมาก่อน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		

7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เรื่องการส่งเสริมสุขภาพยังได้รับความสนใจจากสังคมน้อยเมื่อเทียบกับเรื่องการรักษา	
รวม	1		

3. เอกสารอ้างอิง

1. นายแพทย์ชาตรี บานชื่น. การประชุมวิชาการเรื่อง ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่พึงประสงค์ 29 มีนาคม 2550.
2. กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์, สุภัสสร วัฒนกิจ และ เรวัตร์ ทองเหลือง. ความคิดเห็นของทีมสุขภาพและประชาชนต่อการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนแบบเศรษฐกิจพอเพียง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1361-1367.

หัวข้อที่ 75

ชื่อหัวข้อวิจัย บทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานีอามัยที่มีผลต่อการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพของกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

กองทุนสุขหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นความร่วมมือระหว่าง สปสช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และการสนับสนุนเพิ่มเติมของประชาชนในพื้นที่ โดยมีหน้าที่หลัก ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 13(3) มาตรา 18(8) มาตรา 47 และมาตรา 48(4) ในการบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของชุมชน โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ (1)

วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนนี้คือ 1.เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นรวมทั้งสถานบริการทางเลือก โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต 2.เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพอย่างน้อยตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนด และ 3.เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในท้องถิ่นหรือพื้นที่ (2,4)

ในปีงบประมาณ 2552 ทางกองทุนได้ใช้เงินงบประมาณโดยรวมไปทั้งสิ้น 986 ล้านบาท โดยจำแนกตามประเภทกิจกรรมได้ดังนี้ จำนวน 245 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 24.86 เพื่อจัดซื้อบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน 253 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 25.68 เพื่อสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน 409.7 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 41.55 เพื่องานการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น และ จำนวน 77.9 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 7.90 เพื่อการบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ (4)

อย่างไรก็ตามจากผลการประเมินเบื้องต้นพบว่า บางหน่วยงานยังไม่ได้ดำเนินกิจกรรมตามโครงการและแผนงานที่กำหนดไว้ งบประมาณที่สูญไปจึงไม่ได้ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามวัตถุประสงค์ โดยความสำเร็จของกองทุนนั้นต้องเกิดจากความร่วมมือของหน่วยงานส่วนท้องถิ่นหลายฝ่าย อันได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล สถานีอนามัยและเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่ (3)

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. บทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยตำบลมีผลต่อการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือไม่
2. บทบาทและความสัมพันธ์ในรูปแบบใดบ้างเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำไปสู่ความร่วมมือของการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพของกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการทำวิจัยมาก่อนในประเทศไทย

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ยังไม่ชัดเจน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0		
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่มีงานวิจัยศึกษาบทบาทของสถานีอนามัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาก่อน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	การส่งเสริมสุขภาพยังไม่เป็นที่สนใจของสังคมเท่าการรักษา	
รวม	1		

3. เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่. Available at: http://tobt.nhso.go.th/admin/gabout.php#
2. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2552 เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. Available at: http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewItemAction.do?folder_id=000000000002512&item_id=000000000029671
3. วิไลลักษณ์ หมดมลทิน และ พรชัย สิทธิศรันย์กุล. การสำรวจการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 226-232
4. http://tobt.nhso.go.th/report/admin_report/admin_report2.php

หัวข้อที่ 76

ชื่อหัวข้อวิจัย การวิจัยและพัฒนาระบบมาตรฐานงานป้องกันควบคุมโรคของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. ๒๕๕๑

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

พ.ร.บ.ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2551 มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2551 สาเหตุเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้วิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีพัฒนาและขยายสาขาเพิ่มขึ้นจำนวนมาก แต่กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มีใช้บังคับอยู่ยังไม่ครอบคลุมถึงวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่ จึงจัดตั้งสภาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมและควบคุมการประกอบวิชาชีพ และเพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินของประชาชน และเกิดประโยชน์แก่สังคม สาระสำคัญของ พ.ร.บ. โดยสังเขป มีดังนี้

1. กำหนดกลุ่มวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ออกเป็น 4 กลุ่มวิชา เพื่อให้ได้รับการส่งเสริม ตาม มาตรา 5 ได้แก่

- กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ
- กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์เกษตร
- กลุ่มวิชาสหวิทยาการด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

2. กำหนดสาขาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีควบคุม ซึ่งสาขาวิชาชีพนี้ หากปล่อยให้ผู้ที่ไม่มีความรู้ดำเนินการ จะมีความเสี่ยงสูงในการทำให้เกิดความเสียหาย หรือ อุบัติภัยร้ายแรง ได้กำหนดสาขาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีควบคุม ในมาตรา 3 ดังนี้

(1) สาขานิวเคลียร์

(2) สาขาการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมด้านวิทยาศาสตร์และการควบคุมมลพิษ

(3) สาขาการผลิต การควบคุม และการจัดการสารเคมีอันตราย

(4) สาขาการเพาะเลี้ยงจุลินทรีย์และการใช้จุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดโรค

ในกลุ่มสาขาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีควบคุมนี้ใน พ.ร.บ.ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2551 มีการควบคุม กำกับดูแลและกำหนดโทษ

3. ไม่ใช้บังคับแก่ผู้ประกอบวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มีกฎหมายวิชาชีพอื่นอยู่แล้ว เช่น วิศวกร แพทย์ เภสัชกร ฯลฯ ซึ่งยกเว้นการบังคับใช้ในมาตรา 4

ผู้ที่ทำงานด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่จะมีกฎหมายวิชาชีพรองรับอยู่แล้ว ได้แก่ แพทย์ (พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525) พยาบาลและผดุงครรภ์ (พ.ร.บ.วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ทันตแพทย์ (พ.ร.บ.วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537) และเภสัชกร (พ.ร.บ.วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537) และมีกลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะอีก 4 กลุ่มคือ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ กายภาพบำบัด และเทคนิคการแพทย์ ซึ่งอยู่ใน พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 วิชาชีพที่เกียวข้องทางด้านสาธารณสุขทั้งหมดดังกล่าวข้างต้นจึงไม่อยู่ในบังคับของ พ.ร.บ.ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2551 ตามมาตรา 4 ในขณะนี้ผู้ที่ทำงานด้านป้องกัน ควบคุม รักษาโรค และอยู่ในกลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพตามมาตรา 5 ของ พ.ร.บ.นี้คือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

(เนื่องจากในปัจจุบันร่าง พ.ร.บ.วิชาชีพการสาธารณสุขกำลังเข้าสู่วาระการประชุมของรัฐสภา) โดยกลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพตามมาตรา 5 ของ พ.ร.บ.ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2551 กฎหมายไม่ได้ควบคุม มีแต่ส่งเสริมและกำกับดูแล จึงไม่ต้องขอใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ดังนั้นสมาชิกในประเภทส่งเสริมนี้ จึงได้สิทธิประโยชน์ ได้แก่ การศึกษาอบรม รับทุนการศึกษา การค้นคว้า ทดลอง การวิเคราะห์ วิจัย รวมถึงการส่งเสริมให้เข้าร่วมประชุม

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อศึกษาและพัฒนามาตรฐานงานของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขให้เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่ง พ.ร.บ.ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2551

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เนื่องจาก พ.ร.บ.ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2551 ที่มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2551 นั้น รวมครอบคลุมถึงกลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพร่วมด้วย โดยมีสภาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นผู้ทำหน้าที่ควบคุมจรรยาบรรณ และความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งรวมถึงบุคลากรสาธารณสุขด้วย จึงต้องการพัฒนามาตรฐานงานป้องกันและควบคุมโรคของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2551

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เนื่องจากหัวข้อของงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พัฒนามาตรฐานงานของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขให้เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่ง พ.ร.บ.ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2551 โดยสาระสำคัญของ พ.ร.บ. ฉบับนี้ได้กล่าวไว้ในบทนำแล้ว คือ ผู้ที่ทำงานด้านป้องกัน ควบคุม รักษาโรค และอยู่ในกลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพตามมาตรา 5 ของ พ.ร.บ. นี้คือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ส่วนวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่นที่มีกฎหมายของตนอยู่แล้วจึงไม่อยู่ในความควบคุมของ พ.ร.บ. ฉบับนี้ตามมาตรา 4 นอกจากนี้กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพตามมาตรา 5 กฎหมายไม่ได้ควบคุม มีแต่ส่งเสริมและกำกับดูแล จึงไม่สามารถจัดทำและควบคุมมาตรฐานวิชาชีพสาธารณสุขทั้งหมดจาก พ.ร.บ.ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2551 นี้ได้ แต่สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการศึกษาอบรม รับทุนการศึกษา การค้นคว้า ทดลอง การวิเคราะห์ วิจัย เข้าร่วมประชุม ให้กับกลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของสภาวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ในกรณีนี้กฎหมายที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้มากกว่าคือ พ.ร.บ.วิชาชีพการสาธารณสุข โดยขณะนี้ร่าง พ.ร.บ. วิชาชีพการสาธารณสุขกำลังเข้าสู่วาระการประชุมของรัฐสภา ซึ่งจะเป็นกฎหมายสำคัญในการควบคุมมาตราฐานวิชาชีพด้านการสาธารณสุขที่ยังไม่มีกฎหมายของตนในอนาคต

3. เอกสารอ้างอิง

1. พ.ร.บ. ส่งเสริมวิชาชีพวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2551 (ตอน 1-2) อนุสิทธิ์ สุขม่วง นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการพิเศษ สำนักพัฒนาศักยภาพนักวิทยาศาสตร์ห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์บริการ http://blpd.dss.go.th/images/stories/km/anusit/scientist1.pdf
2. http://www.panyathai.or.th/wiki/index. บทความเรื่องวิชาชีพ

หัวข้อที่ 77

ชื่อหัวข้อวิจัย การวิจัยพัฒนาชุมชนต้นแบบพึ่งพาตนเองด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างยั่งยืนตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 มีเป้าหมายสำคัญในทางยุทธศาสตร์เพื่อสร้างระบบสุขภาพพอเพียงให้เป็นจริง ดังนี้

- สุขภาพดีเป็นวิถีชีวิต ในทุกช่วงวัยตั้งแต่ครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน
- ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพ เป็นมิตร ใส่ใจในความทุกข์ และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์
- หลักประกันด้านสุขภาพให้ความอุ่นใจและมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย และยามวิกฤต
- สังคมไทยอยู่เย็นเป็นสุข เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ อุดมด้วยภูมิปัญญามีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ สันติภาพ และการพัฒนาศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ ซึ่งจุดเน้นประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญ เพื่อให้ทิศทางการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่10 มีจุดเน้นอันเป็นประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ดังนี้

- สร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
- สร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่พอเพียงเพื่อสังคมแห่งสุขภาวะ
- สร้างภูมิคุ้มกันและความพร้อมเพื่อลดผลกระทบจากภัยคุกคามสุขภาพต่างๆ
- สร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทัน
- สร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้
- สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ

โดยสาระหลัก ปรัชญานำทาง “เศรษฐกิจพอเพียง” มีหลักการสำคัญ ๗ ประการที่จะเป็นแนวทางของแผนพัฒนาฯฉบับที่ ๑๐

- ยึดทางสายกลาง
- มีความสมดุลพอดี
- รู้จักพอประมาณ
- การมีเหตุมีผล
- มีระบบภูมิคุ้มกัน
- รู้เท่าทันโลก
- มีคุณธรรมและจริยธรรม

หลักการสำคัญทั้ง ๗ ประการนี้ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาให้รอบคอบเกี่ยวกับทิศทาง การพัฒนาสุขภาพในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบสุขภาพจะต้องเน้นกลยุทธ์ในการสร้างความพอเพียงทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่แต่ละระดับโดยเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพมีความมั่นคงและสามารถสร้างความเจริญในระดับสูงขึ้น
2. การตัดสินใจด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกข์ระดับจะต้องคิดอย่างรอบคอบและให้เหมาะสมกับ อัตตภาพ
3. ระบบสุขภาพต้องเน้นการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ไม่ก้าวกระโดดไปใช้เทคโนโลยีที่สูงเกินไป และควรพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ที่มีพื้นฐานจากภูมิปัญญาไทยเพื่อสร้างความยั่งยืน และให้สามารถพึ่งตนเองได้
4. หลัก"ทางสายกลาง" และ "ความสมดุลพอดี" ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงนั้นอาจประยุกต์เข้ากับการพัฒนาสุขภาพ ที่จะต้องมีบูรณาการอย่างสมดุลระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านสุขภาพ

5. ระบบสุขภาพจะต้องเป็นระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกัน และช่วยคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากผลกระทบ ทั้งจากภายนอกอันได้แก่ กระแสโลกาภิวัตน์ ทุนนิยมโลกและการค้าเสรี และจากผลกระทบภายในได้แก่ นโยบายและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม ความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภาวะความเจ็บป่วย โดยมีการนำวิชาการ ต่าง ๆ มาใช้อย่างรอบรู้และรอบคอบ
6. ระบบสุขภาพตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจะต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญ เพราะ “ความพอเพียง หมายถึง การที่มีความพอ คือมีความโลภน้อย เมื่อโลภน้อยก็เบียดเบียนคนอื่นน้อย ถ้าประเทศได้มีความคิดนี้ มีความคิดว่าทำอะไรต้องพอเพียง หมายความว่า พอประมาณ ซื่อตรง ไม่โลภอย่างมากคนเราก็อาจจะเป็นสุข ” คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพพอเพียง ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่มองการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ระบบสุขภาพภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจึงเป็น “ระบบสุขภาพพอเพียง” ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้
   - มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน
   - มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ เช่น การรู้จักระมัดระวังเรื่องการใช้จ่ายซื้อหาอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์
   - มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
   - มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
   - มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ
   - มีคุณธรรม จริยธรรมคือซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

จุดเน้นประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญ เพื่อให้ทิศทางการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่สิบมีจุดเน้นอันเป็นประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ดังนี้

- สร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
- สร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่พอเพียงเพื่อสังคมแห่งสุขภาวะ
- สร้างภูมิคุ้มกันและความพร้อมเพื่อลดผลกระทบจากภัยคุกคามสุขภาพต่างๆ
- สร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทัน
- สร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้

จะเห็นได้ว่า จากแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง สู่สุขภาพพอเพียงจะนำไปสู่เป้าหมายสุดท้ายคือ สุขภาวะของประชาชนได้ เพราะพัฒนาจากรากฐานความคิดจากภายใน (กระบวนทัศน์) ของบุคคล ให้มีภูมิคุ้มกัน(ความเข้มแข็ง) สู่แนวทางการพัฒนาชุมชน/องค์กรรวมทั้งระบบบริการต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ภายใต้เหตุผล ความพอประมาณและมีการพึ่งพาตนเองและใช้ทุนทางสังคมให้มากที่สุด และจุดเน้นของยุทธศาสตร์หนึ่งคือ การสร้างระบบสุขภาพให้เกิดเป็นรูปธรรมได้ต้องมีการจัดการความรู้เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมได้ รวมถึงการนำความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในชุมชนด้วย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

สนใจที่จะศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อให้เกิดชุมชนตนแบบพึ่งพาตนเองด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างยั่งยืนตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง สามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายให้เกิดพื้นที่ชุมชนต้นแบบด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างยั่งยืนได้ในอนาคต

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย หรือหากเคยมีงานวิจัยในหัวข้อที่เสนอมาก่อนแล้ว ต้องมีเหตุผลความจำเป็นที่ทำวิจัยซ้ำ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	สามารถนำมาใช้ช่วยในการวางแผนเพื่อพัฒนาและตัดสินใจเชิงนโยบายได้บ้างหากมีงานวิจัยที่ให้ผลลัพธ์ที่เห็นชัดเจน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ยังไม่พบปัญหาสุขภาพที่ชัดเจน ที่สัมพันธ์กับการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปแก้ไข	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	อาจจะส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจบ้าง แต่ยังไม่พบข้อมูลที่สนับสนุนเพียงพอ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	อาจจะไม่ส่งผลกระทบด้านสังคมมากนัก	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	แม้จะยังไม่มีรายงานการวิจัยมาก่อน แต่มีข้อมูลการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพมากมาย เช่น โครงการครอบครัวต้นแบบสร้างสุขภาพ สุขภาวะตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งได้รับทุนจากโครงการพัฒนานวัตกรรมการบริการสุขภาพปฐมภูมิ[1], โครงการสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการและชุมชนต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียงตำบลไร่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ได้รับทุนจากสสส.[2], นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานถึง 18โครงการชุมชนต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียง ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นในปี 2551ที่ผ่านมาอีกด้วย[3]	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่พบความหลากหลายในทางปฏิบัติ หรือ มีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติหากมีการกำหนดนโยบายเรื่องชุมชนต้นแบบพึ่งพาตนเองตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นที่สนใจของสาธารณะ/สังคม เนื่องจากเป็นการวิจัยที่นำหลักเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชพระราชดำริของพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งกำลังเป็นที่สนใจของคนในสังคม	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. โครงการพัฒนานวัตกรรมการบริการสุขภาพปฐม. โครงการครอบครัวต้นแบบสร้างสุขภาพ สุขภาวะตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง. [cited 23 ธันวาคม 2552]. Available from: http://www.pcuinnovation.com/pcu/894
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). โครงการสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการและชุมชนต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียงตำบลไร่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. [cited 23 ธันวาคม 2552]. Available from:

http://www.thaihealth.or.th/node/9676
3. ส่วนนโยบายและแผน ศูนย์บริการวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คู่มือการบริการวิชากรา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2551.
4. โครงการบริการวิชาการแก่สังคม ปีงบประมาณ 2551: โครงการชุมชนต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียง ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นในปี 2551. [cited 23 ธันวาคม 2552]. Available from: http://uac.kku.ac.th/project2551/uniserv_proj.htm

หัวข้อที่ 78

ชื่อหัวข้อวิจัย การจัดการความรู้ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและโรงเรียนต่อการลดปัญหาโภชนาการเกินในวัยเด็ก

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ในปี ค.ศ. 1997 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าโรคอ้วนได้ระบาดในหลายประเทศทั่วโลก ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา หลายประเทศเผชิญกับปัญหาเด็กอ้วนเพิ่มมากขึ้น 2 ถึง 3 เท่า ความชุกของโรคอ้วนในเด็กไทยก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเช่นกัน ผลสำรวจเด็กไทยระดับประเทศ 2 ครั้งห่างกัน 5 ปี พบว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี อ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 หากไม่แก้ไขและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ยังคงเดิม อีก 10 ปีข้างหน้า ร้อยละ 20 หรือหนึ่งในห้าของเด็กปฐมวัยไทยจะเป็นโรคอ้วน และร้อยละ 11.5 หรือหนึ่งในสิบของเด็กวัยเรียนไทยจะเป็นโรคอ้วน ในปัจจุบันจึงพบว่า ประมาณร้อยละ 12 ของเด็กในกรุงเทพฯ อ้วนแล้วที่อายุ 2 ปี และผลสำรวจโรงเรียนชั้นประถมศึกษา 268 โรง โดยเครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า เด็กนักเรียนอ้วนร้อยละ 12 และท้วมร้อยละ 5 โดยเฉพาะเด็กนักเรียนในกรุงเทพฯ อ้วนถึง ร้อยละ 15.5 และท้วมร้อยละ 7

ผลกระทบของโรคอ้วน

โรคอ้วนเป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพของหลายระบบในวัยเด็ก เช่น โรคทางเดินหายใจอุดกั้นและหยุดหายใจขณะหลับ โรคกระดูกและข้อเสื่อม โรคเบาหวานประเภทที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคอื่นๆ รวมทั้งปัญหาด้านจิตใจและสังคม การทบทวนผลการศึกษาวิจัยที่ติดตามเด็กอ้วนไประยะยาว พบว่า หนึ่งในสามของเด็กที่อ้วนในวัยก่อนเรียน และครึ่งหนึ่งของเด็กที่อ้วนในวัยเรียนจะยังคงอ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่ หากยังอ้วนเมื่อเป็นวัยรุ่น โอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนยิ่งสูงมาก นั่นหมายความว่าหากไม่แก้ไข ในอนาคตอันใกล้นี้ ประเทศไทยจะเผชิญกับปัญหาประชากรที่ไม่ได้คุณภาพ เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคเสื่อมเรื้อรังอื่นๆ ที่บั่นทอนคุณภาพชีวิต และเป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างยิ่งต่อสังคมโดยรวม

<u>สาเหตุที่โรคอ้วนระบาด</u>

โรคอ้วนเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างพันธุกรรมกับสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ร่างกายได้รับกับการใช้พลังงาน การที่โรคอ้วนในเด็กอุบัติสูงขึ้นมากในเวลาอันสั้น น่าจะเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของวิถีชีวิตของผู้คนในสังคม กระตุ้นให้พันธุกรรมที่ผิดปกติอยู่แล้วกลายเป็นโรคชัดเจนมากขึ้นและในเด็กอายุน้อยลงด้วย สะท้อนถึงความสำคัญของปัจจัยแวดล้อมในปัจจุบันที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ทำลายสุขภาพ และขัดขวางการมีกิจกรรมทางกายของเด็ก

ในประเทศไทย การบริโภคไขมันและน้ำตาลสูงขึ้น การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538 บ่งชี้ว่าเด็กก่อนวัยเรียนบริโภคไขมันเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับการบริโภคไขมันเมื่อ 20-30 ปีก่อน การบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นจาก 12 กก.ในปี 2526 เป็น 29 กก.ในปี 2544 ในขณะที่ผลการสำรวจเด็กไทยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 แสดงให้เห็นว่าเด็กไทยใช้เวลาถึงหนึ่งในห้าของเวลาว่างในการดูโทรทัศน์ นอกเหนือจากการนอน การเรียน และการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากเป็นดัชนีทางอ้อมของการไม่เคลื่อนไหวออกกำลังกายแล้ว การดูโทรทัศน์ยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของขบเคี้ยวที่อุดมด้วยแป้งและไขมันและส่งผลให้เด็กอ้วนในที่สุด

<u>งานวิจัยที่เคยศึกษาในประเทศไทย</u>

1. **การศึกษานโยบายและมาตรการโรงเรียนเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนของต่างประเทศ**
   ผลการศึกษาสามารถแบ่งการจัดการนโยบายออกเป็น 3 ด้านด้วยกัน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังและการใช้

พลังงาน และด้านความร่วมมือจากหน่วยงาน บุคลากรต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยการดำเนินงานนั้นจะต้องมีความชัดเจนในเชิงนโยบาย การออกมาตรการต่างๆ ทั้งในระดับโรงเรียนเอง ไปจนถึงระดับรัฐบาล จะต้องมีความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาเพื่อให้การดำเนินสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ นอกจากนั้นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคือ บุคคลรอบข้างตัวเด็กเองที่จะต้องมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือกับการดำเนินงานของโรงเรียน ได้แก่ พ่อแม่ผู้ปกครอง เพราะในเวลาหลังเลิกเรียนเด็กก็จะใช้เวลาที่เหลืออยู่ที่บ้าน

2. การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการเด็กอ้วนในโรงเรียน

ผลการศึกษาพบว่าในเชิงนโยบายได้นำเสนอมาตรการเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินเด็กในโรงเรียนเช่น

1. การจำหน่ายน้ำอัดลม น้ำหวานในโรงเรียน และการจัดหาน้ำเปล่าที่สะอาดให้เด็กดื่มในโรงเรียน
2. การจำหน่ายขนมกรุบกรอบในโรงเรียน
3. การจัดอาหารและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในโรงเรียน
4. การจัดให้มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในโรงเรียน

และแนวทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนได้ผลอย่างแท้จริงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่สำคัญคือ ผู้บริหารโรงเรียน, ครูอาจารย์, ผู้ปกครองและตัวเด็กเอง

3. การศึกษาภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินได้แก่ เพศ ระยะเวลาทำกิจกรรมที่ใช้แรงน้อยและปานกลาง รายได้ของครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง แบบอย่างที่ดีในการดูแลโภชนาการและสุขภาพของผู้ปกครอง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่โรงเรียน การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา จำนวนพี่น้อง ลำดับที่การเป็นบุตร โดยเด็กในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 49.3 เด็กที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโภชนาการเกินได้แก่ เด็กผู้ชาย เด็กที่เป็นลูกคนเดียวหรือคนสุดท้อง เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีพี่น้องหลายคน เด็กที่ใช้แรงงานน้อยถึงปานกลาง เด็กที่ดื่มนมมารดาไม่นาน เด็กในครอบครัวที่มีฐานะดีและเด็กที่อยู่ในโรงเรียนที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย และผู้ทำการวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการควบคุมและแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น มาตราการทางวิศวกรรม ได้แก่การปรับระบบโครงสร้างพื้นฐานที่จะอำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น พัฒนาเครื่องออกกำลังกายครบวงจรสำหรับเด็กวัยเรียน เป็นต้น มาตราการทางเศรษศาสตร์ ได้แก่การใช้ภาษีหรือค่าธรรมเนียมมาปรับราคาอาหารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เพื่อให้เกิดแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการผลิตอาหารที่มีประโยชน์ต่อเด็ก และมาตราการทางบังคับกฎ เช่น การออกข้อบังคับให้ผู้ประกอบการค้า เครื่องดื่มหรือขนมเด็กต้องปรับปรุงอาหารให้มีคุณค่าทางโภชนาการตามสัดส่วนที่เด็กควรจะได้รับ เป็นต้น นอกเหนือจากการให้มาตราการด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว และในระดับครอบครัว ผู้ปกครองควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมให้แก่เด็ก นอกจากนี้ยังส่งเสริมมารดาที่ตั้งครรภ์ให้เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองอย่างน้อย 6 เดือนและรณรงค์ให้พ่อแม่เปลี่ยนค่านิยมและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร จากการตามใจให้อิสระมากเกินไปหรือไม่เอาใจใส่มาเป็นการเลี้ยงดูด้วยความเข้าใจในหลักโภชนาการ รวมทั้งดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น จำกัดการดูโทรทัศน์และการเล่นเกมของเด็กไม่ให้เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน ชักชวนให้เด็กออกกำลังกายพร้อมพ่อแม่ เป็นต้น

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อศึกษานโยบายของภาครัฐที่ช่วยส่งเสริมการลดจำนวนเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน
2. เพื่อให้ทราบแนวทางปฏิบัติและวิธีการป้องกัน ในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในครอบครัว
3. เพื่อศึกษาการจัดการความรู้ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและโรงเรียนต่อการลดปัญหาโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. ต้องการทราบแนวทางปฏิบัติในการลดปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและโรงเรียน

2. สร้างทัศนคติที่ดีของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพเด็กไทย ตั้งแต่ระดับปฐมวัย
3. เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายการรักษาของครอบครัวและประเทศ ในเด็กที่เกิดภาวะโภชนาการเกิน

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

<u>หัวข้อวิจัยนี้ไม่ผ่านการคัดเลือกเนื่องจากเคยมีผู้ทำวิจัยมาแล้ว</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารในแต่ละสถานศึกษา ส่วนใหญ่ในปัจจุบันเน้นการรณรงค์ด้านส่งเสริมสุขภาพ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า เด็กนักเรียนอ้วนร้อยละ 12 และท้วมร้อยละ 5 โดยเฉพาะเด็กนักเรียนในกรุงเทพฯ อ้วนถึงร้อยละ 15.5 และท้วมร้อยละ 7	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	สูญเสียโอกาสในการใช้ทรัพยากรมนุษย์อย่างคุ้มค่าและเกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเกิดขึ้น	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	ส่งผลต่อคุณภาพของประชากร ประเด็นทางจิตใจ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีผู้เคยทำการวิจัยแล้ว	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	สถานศึกษาแต่ละที่ มีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้ หากมีการกำหนดเป็นนโยบายระดับกระทรวงที่ชัดเจน	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นที่สนใจของสังคม	
รวม	6		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ปรลมภรณ์ ตันติวงษ์. นโยบายและมาตรการโรงเรียนเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนของต่างประเทศ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); 2005
2. เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการเด็กอ้วนในโรงเรียน; [Cited 16 ธันวาคม 2552];Avialable from http://hrn.thainhf.org/index.php?module=edoc&page=detail&id=12
3. นริสรา พึ่งโพธิ์สภ. ภาวะโภชนการเกินหรือภาวะอ้วน: [Cited 16 ธันวาคม 2552];Avialable from http://www.chula.ac.th/csr/thai/csr/520525_18.pdf

หัวข้อที่ 79

ชื่อหัวข้อวิจัย Measurement of oxidative stress parameters using liquid chromatography tandem mass spectroscopy (LC-MS/MS)

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0		
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0		
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)			
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย			
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1		

โครงการวิจัยที่เสนอเป็นขอเสนอที่กว้างเกินไป และดูเหมือนว่าไม่สามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้ ดังที่ผู้เสนอโครงการกล่าวไว้ในบทนำว่าสภาวะ oxidative stress สามารถเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้มากมาย จึงมีไม่มีความจำเพาะต่อโรคมากนัก ในประเทศไทยมีผู้ทำวิจัยอยู่บ้าง เช่น การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย thalassemia

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 80

ชื่อหัวข้อวิจัย กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

กฎหมายเป็นเครื่องมือพื้นฐานที่สำคัญอันหนึ่งในการก่อตั้งและดำเนินงานนโยบายด้านสุขภาพและสังคม กฎหมายมีบทบาทอย่างมากในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยกฎหมายจะมีการกำหนดหลักการ ทิศทาง มาตรการ เครื่องมือและเงื่อนไขสำคัญๆ ของระบบสุขภาพที่สามารถสร้างสุขภาพและจัดการกับปัญหาสุขภาพต่างๆ ให้ประชาชนไทยมีหลักประกันเกี่ยวกับสุขภาพอย่างทั่วถึงและครอบคลุม ซึ่งรูปแบบของกฎหมายมีทั้งพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) และพระราชกำหนด (พ.ร.ก.) ซึ่งเป็นกฎหมายที่ออกโดยรัฐสภา นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่ออกโดยฝ่ายบริหารเพื่อให้ฝ่ายปกครองสามารถนำหลักการทางกฎหมายไปสู่การปฏิบัติได้ ได้แก่ พระราชกฤษฎีกา (พ.ร.ก.) กฎกระทรวง ประกาศกระทรวง ระเบียบข้อบังคับ ข้อกำหนด และคำสั่งของหน่วยงานที่ใช้อำนาจทางปกครอง [1]

กฎหมายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพของไทยปัจจุบันมีทั้งหมด 39 ฉบับดังนี้คือ [2]

1. พ.ร.บ.องค์การเภสัชกรรม พ.ศ.2509
2. พ.ร.บ.ยา พ.ศ.2510
3. พ.ร.บ.วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518
4. พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
5. พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ.2522
6. พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.2523
7. พ.ร.บ.เชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ.2525
8. พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525
9. พ.ร.บ.วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2528
10. พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์ พ.ศ.2531
11. พ.ร.ก.ป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ.2533
12. พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534
13. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2535
14. พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ.2535
15. พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535
16. พ.ร.บ.เครื่องสำอาง พ.ศ.2535
17. พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535
18. พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535
19. พ.ร.บ.วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537
20. พ.ร.บ.วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2537
21. พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541
22. พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542
23. พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542
24. พ.ร.บ.แก้ไขเพิ่มเติมพ.ร.ก.ป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ.2533 (ฉบับที่2) พ.ศ.2543
25. พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่4) พ.ศ.2543
26. พ.ร.บ.วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท (ฉบับที่4) พ.ศ.2543

27. พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544
28. พ.ร.บ.วัตถุอันตราย (ฉบับที่2) พ.ศ.2544
29. พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่5) พ.ศ. 2545
30. พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
31. พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่2) พ.ศ.2547
32. พ.ร.บ.วิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ.2547
33. พ.ร.บ.สถานพยาบาล (ฉบับที่2) พ.ศ.2547
34. พ.ร.บ.วิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ.2547
35. พ.ร.บ.ว่าด้วยการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ไปร่วมชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 148(3) (4) (5) แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ.2550
36. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550
37. พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551
38. พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
39. พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551

นอกจากนี้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2552 [3] เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางร่วมในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเพื่อเป้าหมายปฏิรูประบบสุขภาพให้ตอบสนองสุขภาวะองค์รวมทั่วทั้งสังคมไทย เพื่อทำให้ประชาชนมีสุขภาวะหรือสุขภาพอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม เจตนารมณ์อันยิ่งใหญ่ดังกล่าวทำให้ธรรมนูญได้รับการออกแบบเพื่อให้นำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง คือ ใช้เป็นทั้งกรอบ (Framework) แนวทาง (Guideline) หรือเป็นนโยบาย (Policy) ยุทธศาสตร์ (Strategy) หรือเป็นฐานอ้างอิง (Reference) หรือ การนำเอาไปใช้ (Implementation) และสามารถนำสาระแต่ละประเด็นไปใช้หรือใช้เป็นแม่แบบจัดทำธรรมนูญพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อหน่วยงานราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคซึ่งได้แก่ จังหวัด อำเภอ ตำบลหรือชุมชน รวมทั้งพื้นที่องค์การบริหารการปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ชุมชน แม้แต่หน่วยงานองค์กรภาคเอกชนก็สามารถนำไปใช้เป็นกรอบกำหนดทิศทางระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไม่ถือเป็นกฎหมายตามแบบพิธีและไม่มีสภาพบังคับทางกฎหมาย [4]

จากการศึกษาของไพศาล ลิ้มสถิต [5] เรื่องธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: มิติทางกฎหมาย โดยวิเคราะห์และสังเคราะห์ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติในแง่มุมทางกฎหมาย เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะทางกฎหมายในการจัดทำร่างธรรมนูญฯ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แก่เครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าแม้ว่าธรรมนูญฯ จะไม่มีสถานะเป็นกฎหมาย แต่ธรรมนูญฯ ก็เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพตามเจตนารมณ์ของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือจะต้องมีการเชื่อมโยงธรรมนูญฯ กับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่กล่าวมาแล้ว รวมถึงนโยบายของรัฐบาล แผนการบริหารราชการแผ่นดิน แผนการตรากฎหมาย และสิทธิในการเข้าชื่อเสนอร่างกฎหมายต่อรัฐสภา อันจะเป็นช่องทางนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปฏิรูปการปฏิบัติราชการของหน่วยงานของรัฐต่างๆ ด้านสุขภาพในที่สุด เป็นที่ทราบกันดีว่า การเสนอกฎหมายใหม่หรือการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย เป็นเรื่องที่ยาก ต้องใช้ระยะเวลาดำเนินการหลายปี แต่หากประสบความสำเร็จแล้ว ก็จะมีความแน่นอน ยั่งยืน ต่อเนื่องมากกว่านโยบายหรือมติคณะรัฐมนตรีที่สามารถถูกยกเลิก แก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างง่ายดาย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จะต้องประสานกับหน่วยงานที่ทำงานด้านนโยบายและการขับเคลื่อนในประเด็นสุขภาพของภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาคประชาชน และเร่งผลักดันให้การจัดทำเนื้อหาของธรรมนูญฯ ที่สามารถใช้เป็นหลักการและเหตุผลความจำเป็นในการพัฒนากฎหมายสุขภาพต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นกรณีศึกษาในประเทศญี่ปุ่นโดย น.พ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ [6] พบว่ากลไกสำคัญของการปฏิรูปคือการออกกฎหมาย ระบบบริการต่างๆของญี่ปุ่นนั้นถูกกำหนดด้วยกฎหมายทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพ ประกันสังคม หรือระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้มาตรการที่ใช้มีทั้งการปรับโครงสร้างของระบบประกัน ระบบบริการ และมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ และการศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นกรณีศึกษาในประเทศแคนาดา โดย ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ [7] พบว่าการออกกฎหมายนับเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ เพราะเป็นการให้อำนาจแก่รัฐบาลกลางในการทำหน้าที่บริหารและวางหลักการของระบบสุขภาพรวมทั้งสามารถตั้งเงื่อนไขในการให้งบประมาณสนับสนุนโดยควบคุมให้รัฐต่างๆ ปฏิบัติตามแนวนโยบายที่วางไว้ และมีการศึกษาเปรียบเทียบระบบสุขภาพของแคนาดา อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่าการควบคุมกำกับจากรัฐบาลผ่านการใช้กฎหมายและกฎระเบียบต่างๆเป็นกุญแจดอกสำคัญในการก่อให้เกิดระบบสุขภาพที่ดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล [8]

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนไทยควรจะเป็นอย่างไร

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เป็นหัวข้อที่ไม่เคยทำวิจัยอย่างเป็นระบบมาก่อนในประเทศไทย การศึกษาองค์ความรู้ด้านกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพนี้ จะทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพโดยเฉพาะการปฏิรูประบบการคลังสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความเป็นธรรมมากขึ้น

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เนื่องจากหัวข้อวิจัยกว้างมากจนไม่สามารถกดดันร่างกฎหมายที่ไม่มีวัตถุประสงค์เป็นการเฉพาะได้	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	กฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ ในการดำเนินการด้านสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในสังคม	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	เนื่องจากเป็นการศึกษากฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนไทย ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจอาจไม่ชัดเจนมากนัก	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	กฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ ในการดำเนินการด้านสุขภาพน่าจะมีผลกระทบด้านสังคม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่เคยมีการทำวิจัยเกี่ยวกับกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เหมาะสมสำหรับระบบสุขภาพของประชากรไทย	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มีความหลากหลายหรือความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	เป็นกฎหมายหรือกฎระเบียบซึ่งเป็นการบังคับให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตาม	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ยังไม่เป็นที่สนใจของสาธารณะและสังคม	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. มานิตย์ จุมปา, editor. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกฎหมาย: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
2. กระทรวงสาธารณสุข. [cited; Available from: http://www.moph.go.th/ops/minister_06/laws.htm
3. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2552. 2552.
4. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือปฏิรูประบบสุขภาพในมิติกฎหมาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2551;ปีที่ 2 (ฉบับที่ 1):32-9.
5. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. รายงานวิจัยฉบับบสมบรูณ์ขอบเขตการปฏิบัติงานโครงการสังเคราะห์ความรู้เรื่อง "ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ:มิติทางกฎหมาย". สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
6. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
7. ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศแคนาดา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
8. Hatcher Gea. Health Services in Canada. Comparative Health System. 1984:86-132.

หัวข้อที่ 81

ชื่อหัวข้อวิจัย ข้อเสนอการจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่แบบปลายปิดที่กำหนดลงเงินค่าใช้จ่ายล่วงหน้าหรือการจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ (1) ระบบประกันสังคม (2) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และ (3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้แต่ละระบบมีวิวัฒนาการและแนวคิดที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการถือเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ รวมถึงพ่อแม่ และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 2 คน ขณะที่ระบบประกันสังคมถือเป็นความมั่นคงด้านสังคมของลูกจ้างที่รัฐ นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันสมทบแก่แรงงานในระบบ ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นรัฐสวัสดิการที่จัดให้แก่ประชาชนไทยกลุ่มอื่นๆที่เหลือ ซึ่งเกิดจากการรวมระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนั้นซึ่งได้แก่ ระบบสวัสดิการผู้ที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล ระบบบัตรประกันสุขภาพ และผู้ที่ไม่มีหลักประกันใดๆ

ระบบหลักประกันทั้งสามระบบมีการออกแบบระบบที่ต่างกันในหลายประเด็น เช่น แหล่งเงินที่ใช้ สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการ และระบบการจ่ายเงิน ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ความแตกต่างของระบบหลักประกันทั้งสามของประเทศไทย

	ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
จำนวนผู้มีสิทธิ[1]	5 ล้านคน (8%)	9.84 ล้านคน (15.8%)	47 ล้านคน (75%)
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐ รายจ่ายในปี 2551เท่ากับ 54 ,904.48 ล้านบาท[2] (~11,000 บาท/คน)	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และลูกจ้างฝ่ายละเท่ากันร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน อัตราเหมาจ่ายรายหัวปี 2550 เท่ากับ 1,250 บาท และมีรายจ่ายรวม 2,133.5 บาท/คน[3]	งบประมาณรัฐ อัตราเหมาจ่ายรายหัวปี 2551 เท่ากับ 2,100 บาท[1]
สิทธิประโยชน์	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องพิเศษ ค่าคลอดบุตร	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญ ชดเชยกรณีคลอดบุตร ตาย พิการ	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญ ค่าคลอดบุตร ชดเชยตาม ม.41
ผู้ให้บริการ	สถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก ใช้ รพ.เอกชนได้กรณีฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน แต่เบิกได้ไม่เกิน 3,000 บาท	โรงพยาบาลรัฐและเอกชนคู่สัญญา และสถานพยาบาลในครือข่าย	สถานพยาบาลรัฐและเอกชนคู่สัญญาและสถานพยาบาลในเครือข่าย
รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน	ผู้ป่วยนอก ตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง สำหรับ บริการผู้ป่วยในตามรายป่วยในอัตราที่กำหนด (DRG)	เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและใน และจ่ายเพิ่มเป็นรายกรณี	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับ บริการส่งเสริมป้องกัน และ ผู้ป่วยนอกสำหรับบริการผู้ป่วยในจัดสรรงบยอดรวมตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG

แม้ประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนแล้วก็ตาม แต่การที่มีระบบประกันสุขภาพหลายระบบซึ่งมีแนวคิดและการออกแบบที่ต่างกัน โดยเฉพาะวิธีและอัตราการจ่ายค่าบริการรวมถึงเงื่อนไขการใช้บริการ จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดความเหลื่อมล้ำในการใช้และให้บริการ ดังต่อไปนี้

ความถี่ในการใช้บริการ

การตัดสินใจไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลันมักเกิดจากการตัดสินใจของผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพสามระบบหลัก พบว่า ผู้ป่วยระบบประกันสังคมมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็น 1.4 เท่าของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการใช้บริการผู้ป่วยในเป็น 1.25 เท่าของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อปรับด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ภูมิลำเนา และการมีภาวะโรคเรื้อรังแล้ว

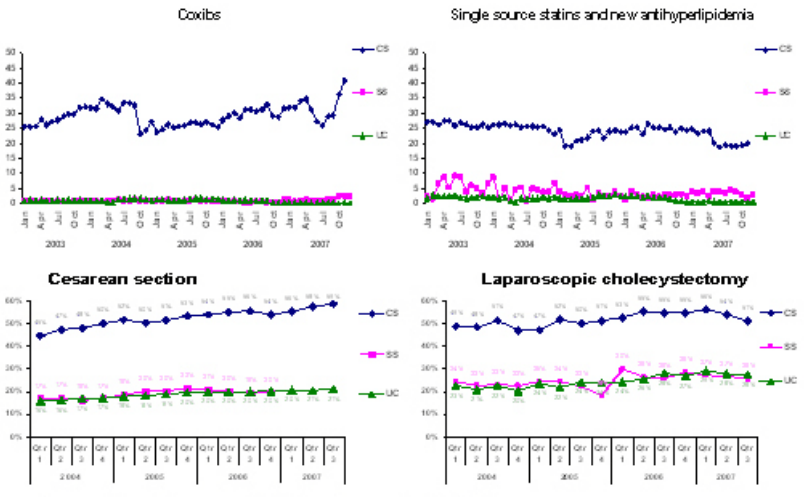
ชนิดและปริมาณบริการที่ได้รับ

ชนิดและปริมาณบริการที่ผู้ป่วยได้รับมักเกิดจากการตัดสินใจของผู้ให้บริการเป็นหลัก สิ่งที่ประชาชนมักบ่นคือ ชนิดของยาที่ผู้ประกันตนต่างระบบได้รับมักต่างกัน ซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ตอกย้ำความจริงในเรื่องนี้ กล่าวคือ ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการได้ยานอกบัญชียาหลัก ยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ และยาที่มีราคาแพงสูงกว่าผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมอย่างชัดเจน รวมถึงการได้รับหัตถการบางอย่างมากกว่า เช่น การผ่าคลอด การผ่าตัดส่องกล้อง เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบความแตกต่างของกระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐาน เช่น การตรวจ HbA1C ไขมันในเลือดและจอประสาทตา

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสิทธิข้าราชการจากภาวะโรคต่างๆ เช่น ปวดบวม ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดในสมองก็มากกว่าของผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจนแม้จะปรับด้วยเพศ อายุ และความรุนแรงของโรค ส่วนจำนวนวันนอนของผู้ป่วยเบาหวานจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสิทธิข้าราชการก็นานกว่าอีกสองระบบอย่างมีนัยสำคัญ แต่อัตราเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่ายของผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงกว่าระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญ

ประเด็นที่น่าสนใจคือ ความแตกต่างดังกล่าวส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต่างกันหรือไม่ ซึ่งข้อมูลในขณะนี้ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ชัดเจน จำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป อย่างไรก็ดีการศึกษาถึงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ

แผนภาพที่ 1 ความแตกต่างของการได้รับบริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ



Source: Limwattananon, J., S. Limwattanon, et al. (2009).

ปัจจัยกำหนดความเหลื่อมล้ำของบริการที่ได้รับ

การที่ผู้ป่วยระบบประกันสังคมใช้บริการถี่กว่าอีกสองระบบเมื่อปรับด้วยปัจจัยความจำเป็นด้านสุขภาพแล้ว น่าจะเป็นเพราะรับรู้ถึงสิทธิจากที่ต้องจ่ายสมทบ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการเนื่องจากอยู่ในเมือง ประกอบกับต้นทุนเสียโอกาสในการไปรับบริการอาจไม่สูงนักเนื่องจากลางานได้

ความเหลื่อมล้ำของชนิดบริการที่ได้รับของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน เกิดได้จากทั้งสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ระบบบริการ รวมถึงวิธีและอัตราการจ่ายที่ต่างกัน ทั้งนี้สิทธิประโยชน์ของทั้งสามระบบค่อนข้างใกล้เคียงกันจึงไม่น่าจะใช่ปัจจัยหลัก ระบบบริการมีผลส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้ป่วยสิทธิข้าราชการส่วนใหญ่อาศัยในเมืองและใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ซึ่งเน้นใช้เทคโนโลยีทันสมัย แต่ในกรณีนี้ผู้มีสิทธิประกันสังคมก็ใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ในเมืองเป็นหลักเช่นกัน ปัจจัยดังกล่าวจึงมิน่าจะใช่ปัจจัยหลักอีกเช่นกัน ดังนั้นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือวิธีและอัตราการจ่ายตามปริมาณบริการย้อนหลังของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในขณะที่อีกสองระบบจ่ายแบบปลายปิด

วิธีการจ่ายตามปริมาณบริการย้อนหลังตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ให้บริการไม่ต้องระมัดระวังค่าใช้จ่าย ประกอบกับผู้มีสิทธิก็ไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและมีสถานภาพด้านการศึกษาและเศรษฐกิจค่อนข้างดี เข้าถึงข้อมูลทำให้สามารถต่อรองเรียกร้องบริการได้ระดับหนึ่ง

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

- เพื่อพัฒนาข้อเสนอนโยบายที่มีผลในทางปฏิบัติ เกี่ยวกับระบบการเงินการคลังรวมหมู่แบบปลายปิดที่มีประสิทธิภาพของทุกระบบประกันสุขภาพ
- เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพและลดภาระด้านการคลังสุขภาพของประเทศในระยะยาว

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

- ปัจจุบัน สถานการณ์การใช้งบประมาณในการจัดระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะภาครัฐที่เป็นภาระต่องบประมาณของประเทศ เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ
- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 12 (การเงินการคลังด้านสุขภาพ) ได้กำหนดมาตรการที่สำคัญประการหนึ่งคือ ข้อ 109 ให้รัฐพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ โดยใช้การเงินการคลังรวมหมู่แบบปลายปิดที่กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนไว้ล่วงหน้า

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

ตามรัฐธรรมนูญมีการกำหนดแล้วดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องมีการวิจัย เนื่องจากเป็นปลายปิดอยู่แล้ว
ทางสวปก. มีแผนในการทำวิจัยเรื่อง ระบบการคลังแบบปลายปิด

<u>หัวข้อวิจัยนี้ไม่ผ่านการคัดเลือกเนื่องจากมีเคยมีงานวิจัยลักษณะนี้มาแล้ว</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	เนื่องจากปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่สูงเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้รัฐบาล	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
		และผู้เกี่ยวข้องด้านนโยบายเริ่มให้ความสนใจในการหาทางแก้ไขปัญหา	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐทั้ง 3 ระบบครอบคลุมประชากรร้อยละ 97 ของประเทศและครอบคลุมการให้บริการทั้งการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐทั้ง 3 ระบบใช้เงินประมาณเกือบ 2 แสนล้านบาทต่อปี โดยสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการซึ่งมีปัญหามากที่สุดในด้านประสิทธิภาพใช้เงินงบประมาณเกือบ 5.5 หมื่นล้านบาทในปี 2551	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพภาครัฐจะทำให้รัฐสามารถนำเงินงบประมาณส่วนหนึ่งไปลงทุนเพิ่มเติมในด้านสวัสดิการสังคมและการแก้ไขปัญหาสุขภาพ/สังคมที่ยังมีปัญหาค่อนข้างมากได้เพิ่มขึ้น	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อนหน้านี้แล้วเป็นระยะเวลากว่า 10 ปี แต่ผลการศึกษาวิจัยยังไม่สามารถนำไปสู่ policy implementation	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	จากข้อมูลพื้นฐานและการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีความเหลื่อมล้ำในการให้บริการสุขภาพกับผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ์ในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน และรัฐให้การสนับสนุนงบประมาณต่อหัวที่แตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพต่างๆ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	จากประสบการณ์ในอดีต หากไม่มีการปฏิรูปโครงสร้างระบบอภิบาล (governance) ของกรมบัญชีกลางซึ่งดูแลสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการแล้ว ค่อนข้างยากที่จะเกิดผลจากข้อเสนอของงานศึกษาวิจัยในทางปฏิบัติ	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เนื่องจากปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่สูงเพิ่มขึ้นทุกปี และความไม่เป็นธรรมระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ทำให้สื่อมวลชนและสาธารณชนเริ่มให้ความสนใจในการแก้ไขปัญหาเพิ่มมากขึ้น	
รวม	6		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Limwattananon J, Limwatanannon S, et al. (2009). Analysis of practice variation due to payment methods across health insurance schemes. CDP Health report. Nonthaburi. International Health Policy Program,

Ministry of Publc Health.

2. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ จเด็จ ธรรมธัชอารี. ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=13
3. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ: ความจำเป็นที่ต้องปฏิรูป. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=12

หัวข้อที่ 82

ชื่อหัวข้อวิจัย ความคุ้มค่าของการใช้ยาโรคเรื้อรังในประชากรของกรุงเทพมหานคร

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

จากภาพรวมการใช้ยาของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยมูลค่าการผลิตยาและนำเข้ายาในปี 2548 มีมูลค่า 74,000 ล้านบาท ปี 2549 มูลค่า 83,000 ล้านบาท และในปี 2550 สูงถึง 107,000 ล้านบาท (1) โดยสาเหตุที่สำคัญเกิดจาก

1. วิวัฒนาการเทคโนโลยีในการผลิตยาใหม่ๆ ก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้การวิจัยและผลิตยารวดเร็ว มียาใหม่ๆ ออกสู่ท้องตลาดมากขึ้น
2. การเข้าถึงยาของประชาชนง่ายขึ้น ซึ่งมาจากโครงการรัฐสวัสดิการ ทำให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาได้ทุกโรค การเข้าถึงยาจึงง่ายขึ้นกว่าเมื่อช่วง 7-8 ปีที่ผ่านมา ที่การเข้าถึงยายังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการเข้าถึงยารักษาโรคที่มีภาวะรุนแรง แต่เมื่อมีระบบรักษาพยาบาลทำให้ประชาชนเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องห่วงค่าใช้จ่าย จึงมีการใช้ยามากขึ้น
3. การใช้ยาที่เป็นค่านิยมไม่ถูกต้อง ที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนและแพทย์ โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะที่มีการใช้อย่างฟุ่มเฟือยทั้งที่บางโรคไม่จำเป็นต้องใช้ เช่น โรคอุจาระร่วง โรคหวัด ที่สามารถหายจากอาการป่วยเองได้ แต่กลับมีการจ่ายยาให้ กลายเป็นการจ่ายยาแบบทิ้งเปล่า ทั้งที่ควรมีอาการบ่งชี้เกิดขึ้นก่อน เช่น น้ำมูกไหล เสมหะเปลี่ยนเป็นสีเขียวเข้ม แต่คนไทยส่วนใหญ่กลับกินยาป้องกันไว้ก่อน ทั้งที่ไม่มีอาการ ซึ่งสาเหตุนี้ควรได้รับการแก้ไขมากที่สุด

ข้อมูลแนวโน้มโรคต่างๆ จากการรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าในภาพรวมของประเทศ โรคหัวใจ เบาหวาน และอุบัติเหตุมีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่แนวโน้มของโรคมะเร็งค่อนข้างจะอยู่ตัว จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้แสดงผลว่าประชากรที่มีโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัวสูงสุดอยู่ในกลุ่มของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คือ 187,501 คน เป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกรุงเทพมหานครมีประชากรที่มีโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัวสูงที่สุด (2) คือ ร้อยละ 37.3 เป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่นเดียวกับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง และอุบัติเหตุ เป็นต้น โรคเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ กล่าวคือ เมื่อเป็นโรคเหล่านี้แล้ว จะต้องคอยดูแลควบคุม และรักษา เป็นระยะเวลายาวนาน บางรายอาจจะต้องติดตามเฝ้าระวังตลอดชีวิต เช่น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือพิการจากอุบัติเหตุ ทำให้มีผลกระทบต่อสภาวะความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และจิตใจของสมาชิกในครอบครัว

การใช้ยารักษาโรคเรื้อรัง ควรใช้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอและถูกต้อง ยาที่ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการหรือควบคุมความรุนแรงของโรคไม่ให้มีอาการมากขึ้นและ/หรือลุกลามจนเกิดอันตรายได้ ดังนั้นเพื่อให้การใช้ยารักษาโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพ พร้อมๆ กับเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยานั้นๆ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้ติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอและถูกต้อง ตามคำสั่งของแพทย์

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

วิธีการใดทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเท่าที่จำเป็น ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการได้รับยา หรือมียาเหลือ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เนื่องจากมูลค่าการใช้จ่ายงบประมาณด้านยาในแต่ละปีมีมูลค่าสูงมาก แม้จะมีการรณรงค์ส่งเสริมการป้องกันโรคค่อนข้างมาก โดยปัจจัยที่อาจส่งผลต่อมูลค่าการใช้ยา เช่น ราคายาที่เป็นของบริษัทผู้ผลิตต้นแบบ (original) จำนวนและวิธีการจัดซื้อซึ่งอาจ

มีผลต่อราคายา ความซ้ำซ้อนในการจ่ายยาจากสถานพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพื่อหาวิธีทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเท่าที่จำเป็น เพื่อมิให้เกิดการสูญเสียจากการที่มียาเหลือใช้มากไป ตลอดจนมียาที่สามารถใช้ได้ในราคาไม่สูงเกินไป

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	มีหลักปฏิบัติในการควบคุมการใช้ยา	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งแม้จะมีเพิ่มขึ้นแต่การแก้ไขปัญหาสามารถกระทำได้โดยการปฏิบัติเพื่อลดความซ้ำซ้อนซึ่งควรได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและผู้ให้บริการ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ส่งผลกระทบต่องบประมาณหากเกิดความซ้ำซ้อนในการจ่ายยา	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	เป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจของประเทศ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีการศึกษาการควบคุมการใช้ยา	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	มีการควบคุมการใช้ยาโดยบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นการจำกัดกรอบการใช้ยาอย่างเหมาะสม	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	เนื่องจากมีแนวทางปฏิบัติอยู่แล้วการศึกษาเพิ่มเติมอาจไม่ช่วยอะไรได้มาก	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นที่สนใจต่อสังคมเนื่องจากปริมาณการใช้ยาสูงขึ้นทุกปี	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. อย.เผยยอดการใช้ยาทั้งประเทศสูงแสนล้าน. 2 มีนาคม 2552. Available from: http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/life

2. วีนัส อุดมประเสริฐกุลและคณะ. โครงการเฝ้าระวังโรคเรื้อรักไม่ติดต่อในกรุงเทพมหานคร: ปีงบประมาณ 2548-2550. Available from: http://www.cph.chula.ac.th/Surveillance%20Center/BKK%20Watch/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%A8%E0%B8%B9%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%81%E0%B8%97%E0%B8%A1_48-50.pdf

3. ภัทราวรรณ เวียงแก้ว. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ. 2548.

4. กระทรวงสาธารณสุข. เภสัชกร 11 ประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประชุมแก้ไขปัญหาการใช้ยาเปลือง สธ.เผยคนไทยใช้เงินรักษาตัวปีละกว่า 4 แสนล้านบาท เตรียมประกาศใช้บัญชียาแห่งชาติฉบับใหม่. 12 ธันวาคม 2550. Available from: http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=11328

หัวข้อที่ 83

ชื่อหัวข้อวิจัย ความคุ้มค่าของบริการพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อคัดกรองปัญหาทางสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

พยาบาลถือเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนและผู้ป่วยมากที่สุด การพยาบาลเยี่ยมบ้าน (home visit nursing) ถือเป็นบริการเชิงรุกที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สะดวกที่จะเดินทางมาพบแพทย์ตามกำหนด การพยาบาลเยี่ยมบ้านนอกจากเป็นการดูแลโรคที่เป็น (Home health care) อยู่แล้ว ยังช่วยคัดกรองความเจ็บป่วยของสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ด้วย (health screening) ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคได้ทันท่วงที แต่คำถามที่ยังคงไม่มีคำตอบคือ การให้บริการดังกล่าวมีความคุ้มค่าหรือไม่ต่อการลงทุน การออกไปเยี่ยมบ้านในบางครั้ง ประชาชนอาจจะไม่อยู่บ้าน ก็เป็นการเสียเวลาเปล่า อีกทั้งจำนวนพยาบาลที่ยังมีปริมาณไม่พอความต้องการและปริมาณงานที่ต้องทำ จริงอยู่ที่การคัดกรองโรคมีประโยชน์มากเพราะถือเป็นการป้องกัน อย่างไรก็ตามหากจะมีการจัดสรรโครงสร้างการดำเนินกิจกรรมตรงส่วนนี้ให้มีความเหมาะสมกับอัตรากำลังของพยาบาล น่าจะเป็นสิ่งที่ดี เพราะปัจจุบันงานพยาบาลค่อนข้างมากอยู่แล้ว หากงานคัดกรองได้รับการผ่องถ่ายหรือมีคนรับผิดชอบที่ไม่ใช่พยายาบาล จะเป็นไปได้หรือไม่ อย่างไร ใครบ้างที่ควรมีหน้าที่และสามารถทำได้

กฤษดา แสวงดี นักวิชาการพยาบาล 8 สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาวิจัยหัวข้อ "สถานการณ์ด้านกำลังพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย" พบว่า ณ วัน ที่ 31 ธันวาคม 2548 มีพยาบาลวิชาชีพในวัยทำงานทั้งหมด 97,942 คน เป็นผู้ที่ประกอบวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพประมาณ 88,440 คน หรือร้อยละ 90.3 ในขณะที่ความต้องการพยาบาลวิชาชีพของประเทศในช่วงเวลาเดียวกันนี้ควรจะมีพยาบาลวิชาชีพ 119,700 คน อัตราเต็มกำลังเมื่อคำนวณตามความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน ดังนั้น จึงยังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ประมาณ 31,260 คน อัตรากำลังเดิมท่ามกลางความต้องการบริการสุขภาพภายในประเทศที่สูงขึ้นเช่นนี้ การเพิ่มขนาดกำลังคนกลับลดลง โดยพบว่าการเพิ่มของพยาบาลวิชาชีพในปี 2548 ลดลงถึงร้อยละ 35.3 เมื่อเทียบกับปี 2543 ซึ่งเป็นผลมาจากการลดกำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพลงกว่าร้อยละ 40 ตั้งแต่ปี 2542-2548 และมีการสูญเสียพยาบาลออกจากวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากอัตราร้อยละ 2.4 ในปี 2543เป็นร้อยละ 4.2 ในปี 2548 ตัวเลขจากการศึกษาวิจัยที่ยืนยันตรงกันพบว่าในปี 2550 ประเทศไทยยังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพกว่า 30,000 คน

ในต่างประเทศมีข้อมูลการประเมินความคุ้มค่าของการพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคต่าง ๆหลังออกจากโรงพยาบาล (Home health care) เช่น ผู้ป่วยหลังคลอด ผู้ป่วยโรคจิตเวช ผู้ป่วยสูงอายุ พบว่ามีความคุ้มค่า โดยเฉพาะในกลุ่มสูงอายุ เพราะช่วยลดการเข้านอนโรงพยาบาลและบางการศึกษายังพบว่าช่วยลดอัตราการตายได้ แม้ว่าในบางการศึกษายังมีข้อถกเถียงเกี่ยวกับประเด็นนี้อยู่บ้าง

จากการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของงานในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย วิเคราะห์โดยใช้ระบบการคิดต้นทุนกิจกรรม (ABC) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 9 คน ผลการวิเคราะห์ต้นทุน พบว่ากิจกรรมดำเนินการขณะเยี่ยมบ้าน มีต้นทุนต่อหน่วยสูงที่สุดในงานเวชปฏิบัติครอบครัว คือ เท่ากับ 490.71 บาทต่อกิจกรรมดำเนินการขณะเยี่ยมบ้าน

อย่างไรก็ตามไม่พบข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าการให้บุคลากรอื่นที่ไม่ใช่พยาบาลทำหน้าที่ในการคัดกรองโรค จะช่วยลดต้นทุนและมีความคุ้มค่ามากกว่า และไม่มีรายงานต้นทุนการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านของบุคลากรทางการแพทย์อื่น

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ทราบต้นทุนการดำเนินกิจกรรมคัดกรองโรคของงานพยาบาลเยี่ยมบ้าน
2. จัดสรรทรัพยากรบุคคลเพื่อทำหน้าที่ดังกล่าวอย่างเหมาะสมมากขึ้น

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

การจัดสรรงานให้เหมาะสมกับกำลังคนจะช่วยให้งานต่าง ๆดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงาน home health care ที่มีประโยชน์และต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน ต่างจากการคัดกรองโรคเบื้องต้นที่บุคลากรสาธารณสุขระดับรองลงไป เช่น นักสาธารณสุข ผู้ที่ได้รับการอบรม ก็สามารถทำได้ หากมีข้อมูลมาช่วยสนับสนุนว่าการให้พยาบาลทำงานคัดกรองโรคนั้นมีต้นสูงและเสียโอกาสที่จะไปทำงานอย่างอื่นที่มีประโยชน์มากกว่า

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เป็นหน้าที่ตามโครงสร้างของระบบ หากจะแก้ไขต้องแก้ไขทั้งระบบ ควรมีการเจรจาหรือยื่นเรื่องต่อส่วนกลางเพื่อให้พิจารณาจัดสรรกำลังคนหรือภาระงานให้เหมาะสมมากขึ้น	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	เป็นความเดือดร้อนของคนเฉพาะกลุ่ม ผลเสียที่เกิดขึ้นต่อประชาชนไม่ชัดเจน	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ไม่ชัดเจน	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่ชัดเจน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่เคยมีการทำงานวิจัยมาเปรียบเทียบว่าหากให้บุคคลากรทางการแพทย์อื่นทำหน้าที่ตรงนี้แทนจะมีความคุ้มค่ามากกว่าหรือไม่	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	-	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	-	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เป็นประเด็นที่ไม่เป็นที่สนใจของสังคม	
รวม	**1**		

3. เอกสารอ้างอิง

1. กฤษฎา แสวงดี . วิกฤตพยาบาลขาดแคลน คือวิกฤตชาติ Available from:;

http://www.ftawatch.org/news/view.php?id=12167

2. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people?WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN),June 2004

3. พิพัฒน์ อินแตง, สุกัญญา ประจุศิลปะ, ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้ระบบการคิดต้นทุนกิจกรรม : กรณีศึกษาหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.)--จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546

หัวข้อที่ 84

ชื่อหัวข้อวิจัย การสร้างเสริมสุขภาวะองค์รวมเพื่อสุขภาพแบบพอเพียง

การสร้างเสริมสุขภาวะองค์รวม เป็นกระบวนการสร้างศักยภาพของบุคคลในการพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อบรรลุสุขภาวะที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการมองสุขภาพในมุมกว้างที่ไม่เพียงแต่การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุน เสริมสร้างความเข้มแข็งของกิจกรรมและชุมชน พัฒนาทักษะส่วนบุคคล ปรับรูปแบบและการจัดการระบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับชุมชน (1)

การสร้างเสริมสุขภาวะองค์รวมภายใต้หลักพอเพียงได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมและแสดงบทบาทของประชาชน รวมไปถึงการบูรณาการเอาองค์ความรู้ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน มาประยุกต์ใช้ โดยหลักสุขภาพแบบพอเพียงมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนและเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลพึ่งพาตนเองได้ (2)

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1. อะไรคือองค์ประกอบ และขอบข่ายงานการสร้างเสริมสุขภาวะองค์รวม
2. ปัจจัยที่จะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างสุขภาวะองค์รวม
3. ทำอย่างไรให้คนไทยเข้าถึงสุขภาวะองค์รวม

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานหรือประสิทธิภาพของเทคโนโลยี / มาตรการอื่นๆ
2. มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติซึ่งส่งผลต่อการรักษา หรือต้นทุนของการรักษา
3. การพัฒนานวัตกรรมใหม่ของสุขภาพอย่างไทย

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพด้านนี้อยู่แล้ว	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	หัวข้องานวิจัยกว้างเกินไป ขาดความชัดเจนต้องตีกรอบให้สามารถทำวิจัยและตอบคำถามได้อย่างมีความน่าเชื่อถือ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีการวิจัยในลักษณะนี้มาแล้ว	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	0		

3. เอกสารอ้างอิง

1. พิเชฐ บัญญัติ และ สุภาภรณ์ บัญญัติ. แนวทางแห่งความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ: โรงพยาบาลบ้านตาก. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550; 16(3): 434-443
2. นายแพทย์ชาตรี บานชื่น. การประชุมวิชาการเรื่อง ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่พึงประสงค์ 29 มีนาคม 2550.

หัวข้อที่ 85

ชื่อหัวข้อวิจัย การประเมินความคุ้มค่าและคุณภาพของการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

<u>หัวข้อวิจัยนี้ถูกยกเลิกเนื่องจากไม่ได้ส่งรายละเอียดมาตามระยะเวลาที่กำหนด</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย			
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ			
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
4.ผลกระทบด้านสังคม			
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)			
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย			
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ			
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม			

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 86

ชื่อหัวข้อวิจัย ผลกระทบของแรงงานต่างด้าวต่อระบบบริการสุขภาพในประเทศ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อการวางแผนจัดการบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่แรงงานต่างด้าว

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

การเข้ามาของแรงงานต่างด้าวที่เพิ่มขึ้น

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

ทราบเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการ

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	เป็นข้อเสนอทางนโยบาย	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	10% ของแรงงานทั้งหมด	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	เนื่องจากกลุ่มประชากรมีแนวโน้วจะเพิ่มสูงขึ้นในในอนาคต	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	เนื่องจากกลุ่มประชากรมีแนวโน้วจะเพิ่มสูงขึ้นในในอนาคต	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	-ไม่มีข้อมูล-	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ขึ้นกับนโยบาย	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ยังไม่เป็นที่น่าสนใจในวงสาธารณะทั่วไป	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 87

ชื่อหัวข้อวิจัย ปัญหาภาวะภัยทางศีลธรรม (Moral Hazard) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อทราบว่า ภาวะทางศีลธรรมที่เปลี่ยนไปมีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่
2. ทราบประมาณการค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุข เพื่อช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถประเมินสถานการณ์และความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพ
3. ได้ข้อเสนอแนะทางนโยบายต่างๆ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

การมีประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่สุ่มเสี่ยงมากยิ่งขึ้น

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	ผลการศึกษาอาจจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายของการให้บริการ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	-ไม่มีข้อมูล-	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	สภาพสังคมที่เปลี่ยนไป อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	-ไม่มีข้อมูล-	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	-ไม่มีข้อมูล-	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	-ไม่มีข้อมูล-	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ยังไม่เป็นที่น่าสนใจในวงสาธารณะทั่วไป	
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 88

ชื่อหัวข้อวิจัย ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่มีต่อสถานพยาบาลและการเข้าถึงบริการของคนไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

<u>หัวข้อวิจัยนี้ผู้ทบทวนได้นำไปรวมกับหัวข้อวิจัยเรื่อง “ผลกระทบและมาตรการรองรับ กรณีการเปิดตลาดบริการ (ชุดที่ 7) ภายใต้อาเซียนในสาขาสุขภาพ” เสนอโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย			
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ			
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
4.ผลกระทบด้านสังคม			
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)			
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย			
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ			
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม			

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 89

ชื่อหัวข้อวิจัย การประเมินประสิทธิผลของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าโรคเบาหวานมีความชุกร้อยละ 6 ในเพศชาย และร้อยละ 7 ในเพศหญิง และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ และพบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 23 ในเพศชาย และร้อยละ 21 ในเพศหญิงมีสภาวะความดันโลหิตสูง (1) โดยที่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของโรคอื่นๆ รวมทั้งอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะต่างๆ ในระยะยาว ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

มีงานวิจัยมากมายทั้งในประเทศและต่างประเทศที่แสดงให้เห็นถึงผลดีของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปกติ ทำให้แนวทางการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (2, 3) ได้เน้นย้ำถึงการป้องกันในประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

ในบริบทของประเทศไทย ได้มีการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน – ความดันโลหิตสูง อย่างกว้างขวาง โดยที่ไม่มีข้อมูลรองรับว่าโครงการดังกล่าวมีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน – ความดันโลหิตสูง

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

สามารถนำไปสู่การจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เนื่องจากรัฐมีนโยบายในการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางในการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกพบว่า อุบัติการณ์ของโรคทั้ง 2 โรค มีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	เนื่องจากผลการประเมินพบว่า มีแนวโน้มของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ก่อให้เกิดภาระทางการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม หากสามารถกระตุ้นให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยน	

		พฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการชะลอการเกิดโรค ก็จะลดภาระดังกล่าวได้	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ	ไม่มีประเด็นด้านจริยธรรม
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบการทำวิจัยในแง่มุมของการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน – ความดันโลหิตสูง มาก่อน	มีผู้ทำวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (4) แต่ไม่พบในโรคความดันโลหิตสูง
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ปัจจุบัน บุคลากรสาธารณสุข ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างกว้างขวาง	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	มีความเป็นไปได้หากเป็นนโยบาย	โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีอยู่แล้วในทางปฏิบัติ
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เนื่องจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมิใช่สาเหตุหลักของการเสียชีวิต ผู้ป่วยมักเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้น้อยที่จะเป็นที่สนใจของสังคม	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549). การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

2) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: บริษัท รุ่งศิลป์การพิมพ์ (๑๙๗๗) จำกัด.

3) สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ พ.ศ. 2551. Access date: December 24, 2009. Available from http://www.thaihypertension.org/2008guideline.pdf.

หัวข้อที่ 90

ชื่อหัวข้อวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือการป้อนนมให้กับทารกหรือเด็กด้วยน้ำนมจากหน้าอกของผู้หญิง ทารกจะมีกลไกอัตโนมัติในการดูดที่จะทำให้เขาสามารถดูดและกลืนน้ำนมได้ สำหรับแม่หรือครอบครัวที่ไม่สามารถหรือไม่ต้องการให้ลูกกินนมแม่ก็อาจให้สารทดแทนนมแม่แทน

การศึกษาวิจัยยังมีความขัดแย้งกันเกี่ยวกับคุณค่าสารอาหารในสารทดแทนนมแม่ เป็นที่รับรู้กันทั่วไปว่าการให้ทารกกินนมผสมที่มีขายในท้องตลาดจะไปรบกวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งในทารกที่คลอดตามกำหนดและคลอดก่อนกำหนด ในหลายๆ ประเทศการให้ลูกกินสารทดแทนนมแม่ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงในทารกเพิ่มขึ้น แต่ในพื้นที่ที่มีน้ำสะอาดมีเพียงพอ การให้ลูกกินสารทดแทนนมแม่ก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ยอมรับได้

มีความพยายามจากองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานนานาชาติในการส่งเสริมและสนับสนุนให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการเลี้ยงทารกในช่วงปีแรกและนานกว่านั้น ในประเทศไทยเองมีการส่งเสริมอย่างมากให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่าแม่หลายท่านไม่สามารถทำได้ จากรายงานของโรงพยาบาลศิริราชพบว่ามีแม่เพียง 10% ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่เพียงอย่างเดียวใน 6 เดือน เนื่องจากปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในมารดาที่ต้องทำงานนอกบ้านหรือไม่ได้เลี้ยงดูทารกด้วยตนเอง มีโอกาสที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมตนเองสูงมาก ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ควรได้ทำการศึกษาและนำเสนอแนวทางแก้ไขต่อไป

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะเวลา 6 เดือนแรกยังต่ำ
2 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผลต่อสุขภาพของทารกต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่
3 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลดีต่อสุขภาพของมารดา
4 และความรู้ที่ได้จะนำไปใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จได้

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

<u>หัวข้อนี้ไม่ผ่านการคัดเลือกเนื่องจากมีผู้ทำวิจัยในลักษณะดังกล่าวมาแล้วจำนวนมาก</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขรณรงค์ให้เห็นความสำคัญของการเลี้ยงด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก นโยบายที่เป็นรูปธรรมคือโครงการ	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
		"โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก" ให้สถานพยาบาลมีกิจกรรมในส่งเสริมการให้นมแม่ เช่นพยาบาลคอยให้คำแนะนำ เน้นสื่อสารทางบวก จัดให้แม่-ลูกอยู่ใกล้ชิดกัน และลูกดูดกระตุ้นให้บ่อย ลด ละ เลิกการให้นมผสม งดการใช้ขวดและจุกนม ไม่ให้แจกตัวอย่างหรือโฆษณานมผสม ตาม "หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหาร สำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องปี 2538" แต่ทั้งนี้ยังพบการละเมิดหลักเกณฑ์ดังกล่าว โดยศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยได้สำรวจในช่วง ก.ค.-ส.ค. 2549 พบการแจกตัวอย่างนมผสมในรพ.เอกชนทุกจังหวัด รวมถึงรพ.เอกชนที่มีชื่อเสียงเกือบทุกแห่งในกรุงเทพฯ คลินิกหมอสูติ หมอเด็ก และรพ.ของรัฐที่ไม่สังกัดกระทรวง แต่การรณรงค์อย่างเดียวอาจช่วยในการเพิ่มพูนความรู้ให้กับแม่ แต่ไม่สามารถช่วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแม่ได้ ยกเว้นจะมีมาตรการอื่นๆ ทางสังคมมาสนับสนุน เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชน/นายจ้าง หรือมีมาตรการบังคับใช้กฎหมายและหลักเกณฑ์ว่าด้วยการโฆษณาฯ ให้เข้มงวดขึ้น *ดังนั้นการศึกษามีแนวโน้มอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายเช่น* *- กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายหรือออกกฎหมายไม่แจกนมผสมตัวอย่างในโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน* *- กรณีมีความจำเป็นทางการแพทย์ที่จะต้องให้นมผสม อาจต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อไม่ให้การซื้อนมผสมเป็นไปตามกลยุทธ์การตลาด* *- มีกฎหมายบังคับนายจ้างให้มีสถานที่อำนวยความสะดวกแก่มารดาหลังคลอด และเด็กเล็กมากขึ้น* นโยบายด้านอื่นๆ ที่จะช่วยเหลือมารดาให้ทารกสามารถทานนมแม่ได้นานขึ้น หรือการช่วยเหลือมารดาอายุน้อย มารดาที่ปฏิบัติหน้าที่ทหาร ตำรวจ ยังไม่มีเป็นรูปธรรม นโยบายส่งเสริมอื่นๆ ในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ธนาคารนมแม่ ให้พ่อลาคลอดได้เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระ สร้างแรงจูงใจในภาคเอกชนโดยลดภาษีให้บริษัทที่จัดสถานที่เฉพาะให้แม่สามารถบีบนมกลับมาให้ทารกกินที่บ้าน มีบริการ day care ใกล้ๆ ที่ทำงาน หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหาร สำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องปี 2538 ที่องค์การอนามัยโลกบัญญัติขึ้น มี 36 ประเทศประกาศเป็นกฎหมาย	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
		อาทิ อินเดีย กานา บังกลาเทศ ขณะที่อีก 76 ประเทศตกลงทำตามอย่างเคร่งครัด แต่จากการสุ่มสำรวจของ WHO เมื่อปี 2540 ไทยเป็นประเทศที่ละเมิดสูงสุดถึง 30%	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เด็กที่ได้ทานนมแม่ มีข้อดีคือช่วยให้เด็กฉลาด แข็งแรง ลดโอกาสการเป็นโรค ในขณะที่เด็กที่ทานนมผสมที่มีขายในท้องตลาดจะไปรบกวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งทารกที่กินนมผสมมีแนวโน้มจะเป็นโรคอ้วนเนื่องจากในนมผสมมีน้ำตาลในปริมาณสูง เมื่อเด็กโตขึ้นจะทำให้ติดรสชาติหวาน แต่ทั้งนี้ในกรณีที่มีความจำเป็นหรือแม่ไม่สามารถให้นมมารดาได้ การทานนมผสมก็เป็นทางเลือกที่ยอมรับได้ *ดังนั้นการที่เด็กไม่ได้ทานนมมารดาถึงแม้ไม่ทำให้ถึงแก่ชีวิต แต่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งในระยะสั้นและยาว* ในหลายๆ ประเทศการให้ลูกกินสารทดแทนนมแม่ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงในทารกเพิ่มขึ้น แต่ในพื้นที่ที่มีน้ำสะอาดมีเพียงพอ การให้ลูกกินสารทดแทนนมแม่ก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ยอมรับได้	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ค่าใช้จ่ายกรณีเด็กต้องทานนมผสมมีมูลค่าสูงมากเมื่อเทียบกับการให้นมมารดาที่ไม่มีค่าใช้จ่ายเลย โดยประมาณเด็กทารกหนึ่งคนจะมีค่าใช้จ่ายจากอุปกรณ์การเตรียมขวดและนมผสมประมาณ 120 บาทต่อวัน ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายจากยาเนื่องจากเจ็บป่วยบ่อยกว่าทารกที่กินนมมารดา	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	ข้อดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ได้หยุดอยู่ที่ตัวเด็ก ที่ช่วยให้เด็ก ฉลาด แข็งแรง ลดโอกาสการเป็นโรค และมีความพร้อมต่อการพัฒนาเป็นผู้มีจริยธรรมที่ดี แต่ยังส่งผลโดยตรง ถึงแม่ ครอบครัว สังคม และ ประเทศ กล่าวคือ แม่จะลดโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านม ครอบครัวจะมีความสุขอันเนื่องมาจากการเป็นเด็กแข็งแรง มีพัฒนาการที่ดี ไม่ต้องเปลืองเงินไปกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลูก และการซื้อนมผสม สังคมจะเปี่ยมไปด้วยคนที่มีจิตใจดี และ มีความสามารถเต็มตามศักยภาพ ในขณะที่ประเทศมั่นคงเพราะสังคมดีและเศรษฐกิจดี	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีผู้ทำการศึกษาแล้วจำนวนหนึ่งถึงปัญหา อุปสรรค และปัจจัยต่างๆ ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย [1-7]	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอ	1	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่แล้ว แต่ร.พ.	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
ภาคระหว่างผู้ป่วย		ภาคเอกชนอื่นๆ มีวิธีปฏิบัติแตกต่างกัน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	การเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือออกเป็นข้อบังคับจะทำให้สถานพยาบาล บริษัทเอกชน ปฏิบัติตามมากยิ่งขึ้น	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	ในระยะหลังประเทศไทยมีกระแสนิยมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมาก โดยเฉพาะในพ่อ-แม่ที่เป็นคนเมือง ดังนั้นนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติใดๆ ที่จะส่งเสริมการให้นมระยะยาวขึ้นย่อมเป็นที่สนใจของสังคม	
รวม	7		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Panee Vong-Ek, Patterns of maternal beliefs affecting the duration of breastfeeding in the central and the northeast of Thailand. 1990, Instutute for Population and Social Research, Mahidol University: Nakhonpathom.
2. Panee Vong-Ek, Individual versus structural perspectives on breastfeeding behaviours in Thailand: Towards a new model of breastfeeding promotion. 2000, Unpublished PhD Dissertation, University of Exeter, U.K.
3. สมศรี คงมา , ปัญหาและอุปสรรคของมารดาที่ไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา, in คณะสาธารณสุขศาสตร์. 2539, มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร.
4. สาลิกา หัสดิเสวี , กระบวนการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ : กรณีศึกษาในมารดาวัยรุ่น. 2537, มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร.
5. สุริยเดว ทรีปาตี , การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาที่โรงพยาบาลสวี จังหวัดชุมพร. 2537, มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร.
6. สรัญญา จิตร์เจริญ , ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนจากคู่สมรสการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงาน, in คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราช. 2537, มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร.
7. อรวรรณ บำรุง , ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการใช้นมมารดาเลี้ยงทารกในสตรีที่ทำงานนอกบ้าน. 2539, มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร.

หัวข้อที่ 91

ชื่อหัวข้อวิจัย การนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้น่าจะมีผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนในชนบท จังหวัดสกลนคร

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) มีสาระสำคัญที่กล่าวถึงแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพไทยโดยนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางในการพัฒนา [1] กล่าวคือ 1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน 2) มีความรอบคอบและรู้จักพอประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ 3) มีการใช้เทคโนโลยี่ที่เหมาะสมและใช้กันอย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง 4) มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค 5) มีระบบคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ 6) มีคุณธรรม จริยธรรมคือซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ของการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาวะในชุมชน

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1.เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการทำวิจัยมาก่อนในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลสำเร็จในการพัฒนาสุขภาวะที่มีผลจากการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้

2. ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	การนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้เป็นนโยบายตามแผนการพัฒนาสุขภาพฉบับปัจุบันอยู่แล้ว ขึ้นอยู่กับวิธีการนำไปปฏิบัติในแต่ละพื้นที่	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะในพื้นที่	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	หากรูปแบบประสบผลสำเร็จจะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	อาจนำไปสู่การพัฒนาสังคมที่ยั่งยืนจากการพึ่งพิงตนเองภายในชุมชน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ยังไม่มีการประเมินผลสำเร็จของการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้	

6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มี	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	เนื่องจากอาจไม่มีผลในเชิงนโยบายจึงไม่นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติ	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการพัฒนาชุมชน อย่างไรก็ตามถึงจะเป็นหลักที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน แต่ไม่อยู่ในความสนใจของสาธารณชนในปัจจุบัน	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

[1] คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 . แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – 2554. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข.

หัวข้อที่ 92

ชื่อหัวข้อวิจัย ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ในประเทศไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน มีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือไม่

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ
2. ก่อหรืออาจก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล
3. มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพอย่างมาก
4. มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ
5. มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผลกระทบด้านศีลธรรมจริยธรรมในสังคมอย่างกว้างขวาง

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0		
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	-ไม่มีข้อมูล -	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ผู้สูงอายุเป็นประชากรส่วนใหญ่ที่เข้าไปใช้บริการสุขภาพ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	ผู้สูงอายุเป็นประชากรส่วนใหญ่ที่เข้าไปใช้บริการสุขภาพ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0		
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	จากการให้บริการจากกองทุนและสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ขึ้นกับนโยบาย	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1		
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 93

ชื่อหัวข้อวิจัย โครงการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลของมาตรการที่แตกต่างกันในการป้องกันฟันผุในโรงเรียน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคฟันผุในฟันน้ำนมและฟันแท้เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในเด็ก จากการศึกษาพฤติกรรมที่สำคัญต่อสภาวะสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน โดยกลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุข ระหว่างประเทศ กรมอนามัย ในกลุ่มตัวอย่าง 1534 คน จ.ลำพูน ขอนแก่น ลำปาง น่าน ปี 2547-2549 พบว่าสถานการณ์ทันตสุขภาพมีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากพบเด็กมีฟันผุถึงร้อยละ 21.1 เมื่อมีอายุเกิน 1 ขวบขึ้นไป และเพิ่มเป็นร้อยละ 52.9 , 74.4, 81.2 และ 93.3 เมื่ออายุมากกว่า 2ขวบ 3ขวบ 4 ขวบและ 5ขวบ ตามลำดับ (1) ปัจจุบันมีมาตราการป้องกันการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียน จำแนกตามวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในประเทศไทย โดยแบ่งเป็น 2กลุ่ม คือ

1.มาตราการป้องกันฟันผุโดยการใช้เครื่องมือหรือสารควบคุมเฉพาะ หรือแนวทางทันตกรรมป้องกันโดยใช้เครื่องมือและสารควบคุมเฉพาะ ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้ดำเนินการมากว่า 30ปี ได้แก่เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่นอกเหนือจากการแปรงฟัน เช่น การใช้ฟลูออไรด์ ซึ่งเป็นแบบเฉพาะที่ (Topical fluoride) เช่น เคลือบฟลูออไรด์เจล น้ำยาบ้วนปาก หรือ การใช้ฟลูออไรด์ทางระบบ (Systemic fluoride) เช่น การดื่มน้ำหรือนมที่มีฟลูออไรด์ ยาเม็ดฟลูออไรด์ เป็นต้น ข้อดีของมาตราการนี้คือ เป็นมาตราการที่ใช้ได้ดีในระดับบุคคล เหมาะสมกับการทำงานในสถานบริการโดยมีวัสดุ และวิธีการที่ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยดำเนินงานตามองค์ประกอบของทันตกรรมป้องกัน คือการตรวจสอบสุขภาพฟัน การสอนทำความสะอาดฟันและช่องปาก แต่สถานบริการต้องมีความสม่ำเสมอในการให้บริการ ซึ่งอาจเป็นภาระสำหรับสถานพยาบาลได้เนื่องจากยากต่อการปฏิบัติและภาระด้านการรักษามีมาก

2. มาตราการป้องกันฟันผุโดยการปรับพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม หรือ มาตราการทางสังคมในการการปรับพฤติกรรมและควบคุมสิ่งแวดล้อม ได้แก่การให้สุขศึกษาและการให้แปรงฟันในโรงเรียน การควบคุมการได้รับเครื่องดื่มหรืออาหารที่มีรสหวาน การเพิ่มศักยภาพของเด็กและผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กฯลฯ ของมาตราการนี้คือ เป็นมาตราการที่เหมาะกับการดำเนินงานทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน ทำได้ทั้งในและนอกสถานบริการโดยวัสดุและวิธีการที่ใช้ปรับเปลี่ยนตามสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นมาตราการที่ส่งเสริมสุขภาพ ลงทุนน้อยเมื่อเทียบกับการรักษาพยาบาลแต่ได้ผลคุ้มค่า โดยลดจำนวนผู้ป่วรที่มารับบริการ จากการที่บุคคลากรสามารถถ่ายทอดความรู้ในการดูแลตนเองซึ่งลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในส่วนของตัวบุคคลและส่วนภาครัฐได้

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผลของมาตราการต่าง ๆในการป้องกันการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียน
เพื่อศึกษาว่าปัจจัยแวดล้อมหรือบริบทแบบใดที่มีผลในการลดและควบคุมการเกิดฟันผุได้อย่างเหมาะสม

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1.นำผลวิจัยไปใช้ออกแบบกระบวนการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากเชิงรุกในโรงเรียน และส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม นำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือนได้อย่างมีนัยสำคัญ
2.ทราบมาตราการที่มีประต้นทุนประสิทธิผลที่ดีที่สุดและปัจจัยที่มีผลในการลดและควบคุมการเกิดฟันผุได้อย่างเหมาะสม ทำให้สร้างแนวทางส่งเสริมและระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากในโรงเรียนได้อย่างเหมาะสม

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	มาตราการที่1เดิมเป็นวิธีที่ใช้อย่างแพร่หลายและเป็นมาตราการที่ป้องกันที่ใช้ได้ดีในระดับบุคคลเช่นการเคลือบฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุแต่มีราคาแพง ส่วนมารตราการที่2เป็นมาตราการที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นการรณรงค์ให้ความรู้พบว่าประหยัดกว่าแต่ยังไม่มีการศึกษาที่เป็นรูปธรรมถึงต้นทุนประสิทธิผลของมาตรการนี้ว่าดีหรือแตกต่างจากวิธีการเดิมที่ใช้มานานหรือไม่ ซึ่งหากดีกว่าก็อาจทำให้เกิดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพแทนการป้องกัน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	เป็นมาตราการที่แก้ปัญหาฟันผุในเด็กอายุ1-12ปี	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	เนื่องจากไม่จัดเป็นโรคเรื้อรังและใช้เวลานานในการรักษา	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่มีส่วนใหญ่มีผลต่อตัวบุคคลมากกว่า เช่น ความทุกข์ทรมานจากการปวดฟัน การขาดเรียน สูญเสียฟันก่อนวัยอันควร!!	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	มีการทำวิจัยเรื่องการใช้มาตราการป้องกันฟันผุ (2) พบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุแต่ยังไม่มีการศึกษาถึงต้นทุนประสิทธิผลของมาตรการใหม่ (มาตรการที่2)เมื่อเปรียบเทียบกับมาตราการเดิม(มาตรการที่1)	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	เนื่องจากมาตราการที่1เป็นมาตราการที่ใช้อยู่อย่างแพร่หลายแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้กับเด็กทุกคน เพราะมีราคาแพงเช่นการเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ การทานยาเม็ดฟลูออไรด์ฯลฯ ส่วนมาตราการที่2เป็นการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งอาจทำให้เด็กทุกคนได้รับข้อมูลความรู้ได้อย่างเท่าเทียมกัน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	หากพบว่ามาตราการที่ 2 ซึ่งมีประสิทธิผลและคุ้มค่าในการป้องกันฟันผุด้วยการให้ความรู้และสร้างเสริมสุขภาพได้จริงก็สามารถสร้างแนวทางในการป้องกันฟันผุได้ต่อไป	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เป็นปัญหาในเด็กอายุ1-12ปี	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. สุพจน์ ชำนาญไพร , ศันสณี รัชชกูล. พฤติกรรมที่สำคัญต่อสภาวะสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน: กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย; 2552 Contract No.: Document Number|.

2. สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. การประเมินผลการใช้ตัววัดคะแนนการบริโภคขนมเป็นกลไกการให้ความรู้และกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมหวานที่มีผลต่อการควบคุมโรคฟันผุ ในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา ปีที่ 5-6 จังหวัดลพบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2542.

หัวข้อที่ 94

ชื่อหัวข้อวิจัย การประเมินค่าดัชนีความเสี่ยงของการได้รับรังสีในธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้นของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดชุมพรก่อนการสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

กระทรวงพลังงานมีแผนจะสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ (คาดว่าประเทศไทยจะมีโรงไฟฟ้านิวเคลียร์แห่งแรกในปี 2563) โดยมีเป้าหมายของการจัดตั้งในเขตพื้นที่ 14 จังหวัดภาคใต้ โดยเฉพาะบริเวณจังหวัดสุราษฎร์ธานีและชุมพร ซึ่งทางกระทรวงฯ จัดให้มีคณะทำงานเตรียมความพร้อมการก่อสร้าง รวมถึงศึกษาผลกระทบด้านต่างๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้ในการอ้างอิงก่อนและหลังที่มีการจัดตั้งโรงไฟฟ้านิวเคลียร์

ซึ่งจากที่ทราบกันดีว่า โดยปกติในอากาศจะมีรังสีที่มีอยู่ในธรรมชาติ (ที่เกิดจากการสลายตัวของกัมมันตภาพวัตถุ) ที่สำคัญมีอยู่ 2 ตระกูลคือ ยูเรเนี่ยม (Uranium) และทอเรี่ยม (Thorium) ธาตุทั้งสองนี้ต่างก็สลายตัวเป็นธาตุต่าง ๆ หลายธาตุที่น่าสนใจคือ ตระกูลยูเรเนี่ยมให้ธาตุเรดอน (Radon) และตระกูลทอเรี่ยมให้ธาตุโทรอน (Thoron) ทั้งเรดอนและโทรอน มีสภาพเป็นก๊าซลอยขึ้นมาจากพื้นดินขึ้นสู่อากาศอยู่ตลอดเวลา ธาตุทั้ง 2 นี้ จะส่งกัมมันตรังสีออกเป็นหลายช่วง กลายเป็นธาตุต่าง ๆ ดังนั้นทุกครั้งที่เราหายใจเอาอากาศเข้าปอด ย่อมได้รับส่วนของรังสีของธาตุต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วเข้าไปด้วย ซึ่งหากได้รับในปริมาณมาก หรือมีการสะสมในร่างกายอาจจะเกิดอาการผิดปกติทั้งภายนอกและภายใน เช่น ผมร่วง ผิวหนังไหม้เกรียม เป็นแผลเรื้อรัง เป็นมะเร็ง เป็นอันตรายต่อระบบประสาท หัวใจ เม็ดเลือด และทำให้การไหลเวียนของโลหิตเสียไป

จึงเป็นที่มาของปัญหางานวิจัยนี้ เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณกัมมันตภาพรังสีที่มีอยู่ในธรรมชาติและจากที่มนุษย์สร้างขึ้นและหากมีการจัดตั้งโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ขึ้นในอนาคต จะมีความเสี่ยงต่อความเป็นอันตรายจากการได้รับรังสีอย่างไรบ้าง

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อคำนวณหาค่าปริมาณของกัมมันตภาพรังสีที่ได้รับจากภายนอกร่างกายประจำปี (external hazard effective dose) เพื่อนำไปประเมินค่าการเพิ่มขึ้นของความเป็นอันตรายจากรังสีในธรรมชาติ (radiation hazard arising)
2. เพื่อศึกษาโอกาสและความเป็นไปได้ในการป้องกันอันตรายและการสะสมของสารกัมมันตภาพรังสีในบริเวณจังหวัดสุราษฎร์ธานีและชุมพร

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ประเทศไทยยังขาดข้อมูลพื้นฐานที่เป็นระบบเกี่ยวกับค่ากัมมันตรังสีจำเพาะของนิวไคลด์กัมมันตรังสีธรรมชาติและนิวไคลด์กัมมันตรังสีที่มนุษย์สร้างขึ้นที่มีอยู่ในดินที่เป็นที่อยู่อาศัยของมนุษย์ สำหรับใช้ในการตรวจสอบค่าความเสี่ยงต่อความเป็นอันตรายจากการได้รับรังสีจากภายนอกร่างกายในบริเวณจังหวัดสุราษฎร์ธานีและชุมพร

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ไม่มีผลต่อนโยบายสุขภาพโดยตรง	

2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ผลกระทบทางลบต่อสุขภาพกรณีที่มีปริมาณกัมมันตรังสีสะสมในร่างกายในระดับสูง อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยที่ผ่านมา ในจังหวัดตรัง พบว่า ปริมาณกัมมันตรังสีอยู่ในระดับที่ปลอดภัย	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	การสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ใช้เงินลงทุนสูง อีกทั้งการจัดการกับเชื้อเพลิงที่ใช้แล้วก็ต้องมีระบบความปลอดภัยที่เข้มงวด ซึ่งใช้เงินลงทุนสูงเช่นกัน แต่เชื้อเพลิงมีราคาถูกและสามารถผลิตพลังงานไฟฟ้าได้ปริมาณมาก	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	ผลกระทบต่อการยอมรับการสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ในชุมชน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน (จ.ตรัง) จากการสืบค้นวรรณกรรม หัวข้องานวิจัยที่เสนอเข้ามานี้เคยมีผู้ทำวิจัย (จากสถานที่ทำงานเดียวกันกับผู้เสนอหัวข้อ) มาก่อนที่ จ. ตรัง จึงคาดเดาว่า ลักษณะโครงการวิจัยนี้น่าจะเป็นชุดโครงการ เพื่อวัดปริมาณกัมมันตรังสีที่มีอยู่ตามธรรมชาติในจังหวัดต่างๆ ในเขตภาคใต้	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	หัวข้อที่เสนอมา ไม่สามารถประเมินในประเด็นนี้ได้ เนื่องจากไม่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ไม่เกี่ยวกับการปฏิบัติในทางสุขภาพ ผลการวิจัยอาจจะไปมีผลในการปรับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยเกี่ยวกับการจัดตั้งโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ในประเทศไทย	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	การสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์จะเป็นที่สนใจของสังคม โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้น	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

- http://www.school.net.th/library/snet6/envi3/who/xray1.htm
- http://www.oaep.go.th/nuclear_power/

- ประสงค์ เกษราธิคุณ1 หทัยชนก อุทัยขวัญแก้ว1 เจนจิรา งามเพียร1 และ อุดร ยังช่วย. ES02: การประเมินค่ากัมมันตภาพรังสีในดินบริเวณจังหวัดตรัง. การประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนิวเคลียร์ ครั้งที่ 11. วันที่ 2-3 กรกฎาคม 2552 ณ หอประชุมมหิศร ไทยพาณิชย์ปาร์ค พลาซา กรุงเทพฯ [www.nst11.com/download/ES/ES02_Prasong_Kessaratikoon.doc].

หัวข้อที่ 95

ชื่อหัวข้อวิจัย การวิจัยและพัฒนาปฏิบัติการตามบทบาทและภารกิจของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ (สถานีอนามัย สถานีอนามัยถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน) ในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบบูรณาการเชิงพื้นที่

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

<u>หัวข้อนี้ถูกยกเลิกเนื่องจากไม่ได้ส่งรายละเอียดมาในเวลาที่กำหนด</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย			
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ			
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
4.ผลกระทบด้านสังคม			
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)			
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย			
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ			
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม			

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 96

ชื่อหัวข้อวิจัย การสำรวจจำนวนเด็กนักเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของศูนย์บริการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มีปัญหาเรื่องกระดูกสันหลังคด

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

กระดูกสันหลังคดไม่ใช่โรคหากแต่เป็นภาวะที่แนวปุ่มกระดูกที่กลางหลังไม่เป็นเส้นตรง เกิดการผิดรูปและโค้งจากข้างหนึ่งไปยังอีกข้างหนึ่งเป็นรูปคล้ายตัวซี (C) หรือ ตัวเอส (S) ภาวะกระดูกสันหลังคดมาจากการแบ่งประเภทกระดูกสันหลังคดมากกว่า 10 องศา จากการถ่ายภาพรังสี สำหรับความชุกของภาวะนี้ พบได้เฉลี่ยประมาณ 1%สาเหตุของความผิดปกตินี้ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับ หลายปัจจัย เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม โดยพบว่าครอบครัวที่บิดาหรือมารดามีภาวะกระดูก สันหลังคด บุตรที่เกิดมามีโอกาสกระดูกสันหลังคดประมาณ 7-14 % นอกจากนั้นอาจเกิดจากความผิดปกติของระดับฮอร์โมนบางอย่าง หรือ ความผิดปกติของระบบประสาท หรือ กล้ามเนื้อโรคนี้พบบ่อยในเด็กวัยรุ่นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ในผู้ป่วยที่มุมคดมากกว่า 30 องศานั้น พบเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 10 เท่า ซึ่งกว่ารู้ตัวอาจใช้เวลานาน เพราะไม่มีอาการปวดนำสัญญาณมาก่อน “โรคนี้มันแฝงอยู่ในลักษณะของปุ่มนูน หากไม่สังเกตจะไม่เห็นความผิดปกติ เพราะมองไม่เห็น บางครั้งมีแต่รอยนูนที่แผ่นหลังอย่างเดียว ถือเป็นสัญญาณได้ว่า เด็กเริ่มกระดูกสันหลังคดตามมา “ นพ. ทายาท บูรณกาล ผู้อำนวยการศูนย์ร่วมการรักษากระดูกสันหลัง โรงพยาบาลกรุงเทพ อธิบายสัญญาณอันตราย กรณีกระดูกคดไม่เกิน 60 องศาแทบไม่มีอาการปวดแตกต่างจากคนทั่วไป ยกเว้น skdเกินคดเกิน 60 องศา เริ่มมีปวดหลัง ถ้าเกิน 100 องศาขึ้นไปมีปัญหาเรื่องการหายใจ แต่ถ้าเกิน 130-140 องศาถึงขั้นเป็นอัมพาต เดินไม่ได้แล้ว แขน-ขาอ่อนแรง และโอกาสติดเชื้อในปอดสูง เพราะขนาดปอดเล็กลงตามการบีบของซี่โครงทำให้เสียชีวิตได้ง่ายกว่าคนปกติ โรคนี้มักพบในผู้หญิง สังเกตได้จาก อันดับแรก คือ ประจำเดือน ถ้าเด็กมีอาการหลังคดตั้งแต่เริ่มมีประจำเดือน บอกได้เลยว่า ต่อไปอนาคตจะคด หรือบางคนคดตั้งแต่ยังไม่มีประจำเดือน ต้องระวังเพราะพอมีประจำเดือนแล้วกระดูกสันหลังจะคดอย่างรวดเร็ว อันดับสองให้สังเกต มุมของการคด ถ้าเด็กที่มาหาแพทย์ครั้งแรกแล้ว คด 40 องศา เด็กกลุ่มนี้โอกาสคดเร็วมากเทียบกับเด็กที่มีมุมคด 15 องศา ส่วนเครื่องมือในการวัด คือ การถ่ายภาพ X -ray ใช้คอมพิวเตอร์ลากเส้นวัดมุม กรณีเด็กที่เคยมาตรวจมีมุมคดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว 1 ปีเกิน5 องศา ควรเข้ารับการผ่าตัด เพราะโอกาสพิการสูง หรือถ้าเด็กอายุ 8 -10 ขวบมุมการคด 30 องศา สามารถใส่เสื้อเกราะ (Brace) แทนการผ่าตัด ซึ่งการใส่เสื้อเกราะมันทรมาน เพราะคนใส่ถูกบังคับในการบิดตัวอยู่ในท่าบิดเบี้ยวอยู่ตลอดเวลาทั้งวันทั้ง คืน ถึงจะได้ผล แต่ไม่ค่อยได้รับความนิยม เพราะโอกาสเกิดผลสำเร็จต่ำ และต้องดัดปรับแทบทุก 2-3 เดือนคล้ายกับการจัดฟัน อัตราความสำเร็จของการใส่เสื้อเกราะขึ้นอยู่กับ พ่อแม่ แพทย์ ที่ต้องจ้ำจี้จ้ำไชไม่ให้เด็กถอด ปัจจุบันการใช้ยังมีอยู่ โอกาสที่ประสบความสำเร็จ 50-70% แต่ต้องอาศัยระยะเวลานาน 5-6 ปี ราคาเสื้อเกราะมีให้เลือกกันตั้งแต่ 3 หมื่น-1แสนบาท ไม่นับรวมค่าใช้จ่ายในการปรับขนาดในแต่ละเดือน ในแง่ของความปลอดภัย เด็กจะไม่เป็นอัมพาต แต่อาจเสียสุขภาพจิต ส่วนการผ่าตัดโรคกระดูกคดประเภทที่สอง โอกาสสำเร็จประมาณ 99% โอกาสมีปัญหาระบบประสาท 2% ติดเชื้อ 1% โอกาสเสียชีวิตต่ำกว่า1% โดย 98 % คนไข้ประสบความสำเร็จกับการผ่าตัด พักแค่ 3-4 วันหลังผ่าตัด หลังจากนั้นสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ในประเทศไทยสามารถทำได้แล้ว ข้อดีของการผ่าตัดคือ เด็กไม่เสียสุขภาพจิต

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. สำรวจจำนวนเด็กนักเรียนโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ (PCU) ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มีปัญหาเรื่องกระดูกหลังคด เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครองเพื่อป้องกันไม่ให้กระดูกสันหลังคดมากยิ่งขึ้น และแนะนำการป้องกันไม่ให้เกิดอาการปวดหลัง
2. สำรวจจำนวนเด็กนักเรียนที่ใช้กระเป๋านักเรียนที่หนักเกินไป และปรึกษาครูเพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เด็กถือกระเป๋าหนักเกินไป และสำรวจว่าโต๊ะนักเรียนมีความเหมาะสมกับสรีระของเด็กหรือไม่

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ผู้ที่มีอาการปวดหลังจะมีการมาทำกายภาพบำบัดถึงร้อยละ 37.5 (เพ็ญศรีและคณะ , 2547) และจากการบันทึกข้อมูลของศูนย์ให้บริการทางการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามของผู้เข้ามารับบริการกายภาพบำบัดตั้งแต่ปี 2550 เป็นระยะเวลา 3 ปี ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังคิดเป็นร้อยละ 65 จากผู้เข้ามารับบริการทั้งหมด 920 ราย อาการปวดหลังมีหลายสาเหตุ โดยสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาปวดหลังในผู้ใหญ่ อาจมีความต่อเนื่องมาจากในวัยเด็กซึ่งผู้มีอาการปวดหลังส่วนหนึ่งอาจมีปัญหาเรื่องกระดูกสันหลังคด ที่มาจากการนั่งใช้โต๊ะนักเรียนไม่เหมาะสมและการแบกกระเป๋านักเรียนหนัก จึงมีผลต่อการเกิดอาการปวดหลัง และมีโอกาสเป็นโรคกระดูกหลังคดได้ จึงควรทำการสำรวจหาเด็กนักเรียนที่มีแนวโน้มว่าจะมีปัญหาปวดหลังในอนาคตในโรงเรียนที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รวมทั้งสำรวจหาเด็กนักเรียนที่ใช้กระเป๋าหนักเกินไป เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันในการเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับนักเรียน

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

ผลจากการวิจัยพบว่าเด็กไทยมีกระดูกสันหลังคดเพิ่มขึ้นในอัตรา 1 ต่อหมื่นคน ส่วนในต่างประเทศ มีอัตราคนที่เป็นกระดูกสันหลังคดมากกว่าประเทศไทย 3 เท่า และจากการศึกษาของศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดีพบว่า มากกว่า 80% ของเด็กกลุ่มนี้ ต้องแบกสัมภาระไปโรงเรียนด้วยกระเป๋ารูปแบบต่าง ๆ ที่มีน้ำหนักมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัว ซึ่งเป็นน้ำหนักที่ไม่เหมาะสม ในจำนวนนี้มีถึง 25% แบกหิ้วสัมภาระหนักกว่า 20% ของน้ำหนักตัวถือเป็นน้ำหนักอันตรายที่จะส่งผลต่อกล้ามเนื้อและกระดูก สันหลัง โดยในจำนวนนี้อีกกว่า 70% ใช้กระเป๋าแบกหลังทำให้น้ำหนักกดทับตรงกล้ามเนื้อต้นคอ ไหล่ หลังและกระดูกสันหลัง และ 29% ของกลุ่มตัวอย่างนี้มีอาการปวดคอ ไหล่ หรือหลังในสัปดาห์ที่ทำการสำรวจพฤติกรรมและอาการ เด็กเหล่านี้เสี่ยงต่อการเป็น “กระดูกสันหลังคด” คือ ภาวะที่กระดูกมีความโค้งในแนวซ้ายขวาที่ผิดปกติ ส่งผลให้กระดูกสันหลังมีรูปร่างคดคล้ายรูปตัวเอส (S) บริเวณที่มีกระดูกสันหลังคดมักจะพบที่กระดูกสันหลังระดับอกหรือระดับอกต่อ กับระดับเอว หรือเกิดเฉพาะในหลังตอนล่าง โดยกระดูกสันหลังคดจะเกิดในเด็กตามกลุ่มอายุดังนี้ กลุ่มอายุก่อน 3 ปีในกลุ่มนี้ร้อยละ 90 จะหายได้เองเมื่อเด็กโตขึ้น ส่วนกลุ่มอายุ 3-10 ขวบ กลุ่มนี้จะเป็นมาก เมื่อโตขึ้นและกลุ่มอายุ 10-18 ขวบ หากเป็นไม่มาก ก็ไม่ต้องรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ส่วน สาเหตุ การเกิดกระดูกสันหลังคดมี 2 สาเหตุ คือ เกิดจากพันธุกรรม เป็นภาวะที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิดและสาเหตุการคดที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น ชอบยืนตัวเอียง ห่อไหล่ ทิ้งน้ำหนักไปที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากันและเด็กที่ชอบแบกของหนัก ๆ มากเกินไป กระเป๋าหนังสือของ นักเรียนก็ถือว่ามีผลกระทบต่อกระดูกสันหลังของเด็ก บางครั้งเด็กที่ถือกระเป๋าแบบหิ้วหรือแบบสะพายข้างถ้ามีน้ำหนักมากเด็กก็จะเอียงตัวไป ข้างใดข้างหนึ่งเพื่อรับน้ำหนัก ทำให้เมื่อเราเอียงตัวไปบุคลิก ภาพเราก็จะเป็นท่านั้น กล้ามเนื้อก็จะพัฒนาไปในลักษณะข้างใดข้างหนึ่ง ซึ่งคนเราปกติ ถ้าใช้งานร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง หรือซีกใดซีกหนึ่ง ข้างนั้นก็จะทำงานหนักมากกว่าปกติส่งผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายของเด็ก ดังนั้นการเกิดโรคกระดูกหลังคดอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนร้ายแรงตามมาได้ อีกทั้งในการควบคุมการออกแบบกระเป๋านักเรียนให้มีความเหมาะสมนั้นทำได้ยากเนื่องจากโรงเรียนอยู่ในรูปแบบนิติบุคคล กระทรวงศึกษาธิการไม่สามารถออกมาตรการในการกำหนดรูปแบบของกระเป๋าได้ ถึงแม้ว่าในการศึกษาที่ผ่านมามีผลการวิจัยที่แสดงถึงปัญหาการถือกระเป๋าที่มีน้ำหนักมากเกินส่งผลต่อการเกิดกระดูกหลังคด แต่ยังไม่มีข้อมูลการศึกษาที่ชัดเจนสามารถรองรับกับการกำหนดมาตรการได้

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	กระทรวงศึกษาธิการสามารถออกมาตรการในการกำหนดรูปแบบของกระเป๋าและโต๊ะเรียนที่มีความเหมาะสมได้	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	กระดูกสันหลังคดจะเกิดในเด็กกลุ่มอายุ 3-10 ขวบ กลุ่มนี้จะเป็นมาก เมื่อโตขึ้นและกลุ่มอายุ 10-18 ขวบ กระดูกสันหลังคดมี 2 สาเหตุ คือ เกิดจากพันธุกรรม เป็นภาวะที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิดและสาเหตุการคดที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น ชอบยืนตัวเอียง ห่อไหล่ ทิ้งน้ำหนักไปที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากันและเด็กที่ชอบแบกของหนัก ๆ มากเกินไป กระเป๋าหนังสือของนักเรียนส่งผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายของเด็ก ดังนั้นการเกิดโรคกระดูกหลังคดอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนร้ายแรงตามมาได้	หากมีการศึกษาน่าจะขยายกลุ่มเป้าหมายไปทั่วประเทศ
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ค่ารักษาพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูง และใช้เวลาในการรักษานาน	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	สภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงมีผลต่อสุขภาพจิตของเด็ก	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	ไม่มีการสำรวจจำนวนเด็กนักเรียนและหาสาเหตุที่ชัดเจน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	การใช้กระเป๋า และโต๊ะนักเรียนที่เหมาะขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของแต่ละโรงเรียน	หากมีข้อกำหนดที่ชัดเจนอาจช่วยทำให้ปรับเปลี่ยนการใช้กระเป๋า
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	สามารถปฏิบัติได้เพียงบางกลุ่มที่ศึกษาเท่านั้น	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	พ่อแม่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการใช้กระเป๋า	
รวม	1		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Pensri P, Foster NE, Srisuk S, Baxter GD, McDough SM (2005), Physiotherapy management of low back pain in Thailand: a study of practice, Physiothera Res Int: 10(4) : 201-12.
2. ภาวะกระดูกสันหลังคด โดยไม่ทราบสาเหตุในวัยรุ่น :นพ. อารักษ์ ลิ่มตระกูล แพทย์ประจำบ้านกองออร์โธปิดิกส์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช :http://www.thaispine.com/Dent-scoliosis.html
3. สนับสนุนข้อมูล โดย เดลินิวส์ http://forum.sabyezone.com/index.php/topic,12391.html
4. http://www.health108.com/?news=90&wo=90
5. วิจัยพบเด็กไทย90%แบกกระเป๋าหนัก เสี่ยงกระดูกคด ที่มา : กรุงเทพธุรกิจ 2007-03-13 10:57:33
6. http://news.mediathai.net/detail_news.php?newsid=12271
7. http://campus.sanook.com/u_life/knowledge_05871.php

หัวข้อที่ 97

ชื่อหัวข้อวิจัย ผลการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับการรักษาของศูนย์บริการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรคเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาเป็นเพียงการทำให้อาการบรรเทา หรือไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น และส่วนใหญ่เป็นโรคที่มีความซับซ้อน เพราะคนหนึ่งคนเป็นได้หลายโรค และยังเป็นโรคที่มีความชุกสูงอีกด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ซึ่งจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2550 พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุ ความชุกของโรคความดันโลหิต ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 โรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5

การใช้ยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดและการดูแลสุขภาพรวมถึงการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่เนื่องจากการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหลายๆ เดือนหรือเป็นปีๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา เช่น การไม่รับประทานยา การไม่รับประทานยาให้ครบตามขนาด การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่มาพบแพทย์ตามนัด การหยุดรับประทานยาเอง เป็นต้น

งานเภสัชกรรม ของศูนย์บริการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เปิดให้บริการมาแล้ว 6 ปี มีเจ้าหน้าที่ 3 คน ทำการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง (ซึ่งทั้งสองโรคนี้ เป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์และความชุกสูงมากในประเทศไทย) และพบปัญหาการรับประทานยาไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง จึงต้องการทำวิจัยเพื่อติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยวิธีการต่างๆ (เช่น ติดตามผู้ป่วยไปที่บ้าน เขียนไดอารี่ สอบถามจากญาติ เป็นต้น)

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อให้ทราบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาของศูนย์บริการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

หากทราบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ชัดเจนมากขึ้น จะทำให้ประชาชนผู้มารับบริการมีสุขภาพดีขึ้น ประหยัดงบประมาณในการดูแล และเจ้าหน้าที่ทำงานด้วยความสุขมากขึ้น เพราะเห็นผลสำเร็จในการให้การรักษา

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	หัวข้อที่เสนอมาไม่มีแนวโน้มในทางนโยบาย แต่มีแนวโน้มเฉพาะพื้นที่มากกว่า	

2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเป็นปัญหาสุขภาพที่ทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จ ภาระโรคลำดับต้นๆ ของประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสูญเสียจำนวนไม่น้อย ทั้งจากการใช้ยาหรือการรักษาที่ยุ่งยากมากขึ้นเนื่องจากการที่โรคหายช้า โรคกำเริบ หรือโรคเกิดการดื้อยา	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่มี	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน ซึ่งมีลักษณะที่หลากหลายที่เกี่ยวกับการติดตามการใช้ยา การวิเคราะห์ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ฯลฯ ในระดับพื้นที่ ยังไม่เคยมีงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวมของประเทศไทย อาจจะเนื่องมาจากโรคเรื้อรังมีมากมายหลายโรค งานวิจัยส่วนใหญ่จะเฉพาะเจาะจงเป็นโรคๆ ไป	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	หัวข้อที่เสนอมานั้น ไม่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากหัวข้อที่เสนอมาไม่ชัดเจน	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เป็นสิ่งที่จะต้องปฏิบัติอยู่แล้ว เพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหา แต่ไม่เป็นที่สนใจของสังคมในปัจจุบัน	
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

- http://hospital.moph.go.th/bankhai/ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง.pdf
- http://www.ramamental.com/compliance.html
- http://www.med.cmu.ac.th/dept/family/Patama/sheet%20cdm.pdf
- http://www.giggog.com/social/cat2/news12476/

หัวข้อที่ 98

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาทางระบาดวิทยาและเฝ้าระวังผู้ใช้สารเสพติดระดับประเทศ

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ในปัจจุบันมีอุบัติการณ์การเกิดนักเสพรายใหม่ หรือสารเสพติดใหม่ๆ หลายหน่วยงานในทุกภาคส่วนต่างให้ความสำคัญกับเรื่องนี้และพยายามหามาตรการในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อป้องกัน แต่ทั้งนี้การแก้ไขปัญหาหรือการกำหนดกลยุทธ์นั้นควรมีข้อมูลที่ชัดเจนและมีความเข้าใจในปัญหายาเสพติดอย่างชัดเจน วงจรยาเสพติด ; การผลิต, ลักลอบนำเข้า, การค้า, การเฝ้าระวังการแพร่ระบาด และการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

เนื่องจากปัญหายาเสพติดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม และยังก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ สารเสพติดเป็นสาเหตุของภาระโรคต่างๆ เช่น ความรุนแรง ฆาตกรรม การใช้ยาเกินขนาด อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย เอชไอวี/เอดส์ และการติดสารเสพติดบางชนิดมีผลต่อระบบประสาทและสมอง จากการศึกษาภาระโรค ปี 2547 พบว่าการใช้สารเสพติดทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 0.4 พันราย (ร้อยละ 0.1 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 1.4 แสน DALYs (ร้อยละ 1.4 ของทั้งหมด)

และจากการสำรวจจำนวนผู้ใช้สารเสพติดปี 2550 พบว่าประชาการอายุระหว่าง 15-65 ปี มีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 2,520,000 คน หรือคิดเป็นอัตรา 54.2 ต่อ 1,000 คน

จากข้อมูลสรุปสถานการณ์ยาเสพติดปี 2551 พบว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประชากรในช่วงอายุ 15-34 ปี แต่ละปีจะมีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาประมาณ 46,000 คน โดยที่ส่วนใหญ่จะอยู่ในระบบบังคับบำบัดถึงร้อยละ 60 รองลงมาคือระบบสมัครใจ (ร้อยละ 29) และระบบต้องโทษ (ร้อยละ 11)

อย่างไรก็ตาม การประมาณความชุกที่แท้จริงเป็นเรื่องยาก เนื่องจากรัฐบาลมีมาตรการป้องกันและปราบปรามทำให้มีการซ่อนเร้นการกระทำผิดเป็นอันมาก

ดังนั้นการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้ติดยา เช่น กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสกลายเป็นผู้เสพยาในอนาคต กลุ่มผู้ที่เข้าบำบัดรักษาที่เลิกและไม่เลิกเสพสารเสพติด รวมถึงสิ่งแวดล้อม/สังคม/วิถีชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพจึงเป็นที่น่าสนใจ อีกทั้งการศึกษาในประเทศไทยจะเน้นในการสำรวจความชุก แต่ยังการการติดตามพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในระยะยาวที่จะทำให้เข้าใจสาเหตุ และปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมของผู้เสพยา

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะธรรมชาติและพฤติกรรมการเสพสารเสพติดของผู้ป่วย
2. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกาเสพสารเสพติด
3. ศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วย(ผู้เสพสารเสพติด)

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการวางแผนและกำหนดนโยบายการป้องกัน/แก้ไขปัญหายาเสพติดระดับชาติ
2. เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด เพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

<u>หัวข้อนี้ถูกคัดออกเนื่องจากเป็นลักษณะงานที่ควรทำอยู่แล้วของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	สำหรับวัตถุประสงค์ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ สำรวจและรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ปปส. เป็นหน่วยงานที่รับผิดโดยตรงในเรื่องปัญหายาเสพติด แต่จะมีแนวโน้มในทางนโยบายได้ ต้องอาศัยความร่วมมือในทุกภาคส่วน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	- สารเสพติดบางตัวมีความร้ายแรงและส่งผลต่อระบบประสาท - การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงในลำดับที่ 9 ที่ก่อให้เกิดภาระโรคของประชากรไทยในปี 2547 - จากจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด มีเพียง 29% เท่านั้นที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด เป็นตัวชี้วัดที่เห็นได้ว่าผู้เสพยายังไม่เห็นคุณค่า/พยายามที่จะเลิกเสพ - หากมีการลักลอบการนำเข้าสูงอาจมีนัยยะถึงความต้องการเสพยาเสพติดสูงขึ้นเช่นกัน	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในครัวเรือน และกระทบต่อเศรษฐกิจระดับประเทศ ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาระดับชาติของทุกคณะรัฐบาลไทย (ประกาศสงครามยาเสพติด)	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	ปัญหายาเสพติดเป็นวงจรลูกโซ่ ที่เกี่ยวข้องกับทุกด้านๆ มีความเชื่อมโยงทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0		มีลักษณะแนวทางเป็นงานที่ต้องทำอยู่แล้วของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังมีแนวทางการเฝ้าระวังผู้ใช้สารเสพติดอยู่แล้ว
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มี	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	การเสพยาเสพติดเป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขอย่างครบวงจร การบำบัดรักษาเป็นหนึ่งในวิธีการแก้ปัญหา และเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุข	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นเรื่องที่สาธารณสนใจ เนื่องจากปัญหายาเสพเป็นปัญหาที่สำคัญในสังคม สื่อมวลชนเองก็นำเสนอข่าวยาเสพติดอยู่เสมอๆ แต่มักจะ	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
		เป็นข่าวการจับกุมการลักลอบนำเข้า มากกว่าแนวทางบำบัดผู้เสพยา	
รวม	7		

3. เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ประมาณการจำนวนประชากรใช้สารเสพติด พ.ศ. 2550. Available from http://www.nccd.go.th/upload/content/000000000.pdf

2. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สรุปสถานการณ์ยาเสพติดปี 2551 และแนวโน้มของปัญหาประกอบการจัดทำแผนปี 2552. Available from http://www.nccd.go.th/upload/content/situation51forplanning52.pdf

3. ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๗. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

หัวข้อที่ 99

ชื่อหัวข้อวิจัย การนำเทคโนโลยีตัวแบบโครงข่ายประสาทเทียมมาใช้ในการจำแนกประเภทเซลล์มะเร็งปากมดลูกและการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0		
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	หัวข้อน่าสนใจเนื่องจากเป็นโรคอันดับแรกๆ ของประเทศ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	เบื้องต้นยังประเมินไม่ได้ เนื่องจากขึ้นอยู่กับรูปแบบการนำผลงานไปประยุกต์ใช้จริง ซึ่งนักวิจัยยังไม่ได้นำเสนอไว้ แต่หากทำสำเร็จจะช่วยลดเวลาในการตรวจได้ระดับหนึ่ง	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	มี และพัฒนาโดยนักวิจัยไทย	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีกลุ่มนักวิจัยด้าน Medical Imaging ศึกษาเรื่องนี้ เช่น ม. สงขลานครินทร์ มช. Nectec เป็นต้น	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	ผู้วิจัยนำเสนอประเด็นศึกษาเชิงวิชาการ โดยยังไม่ได้นำเสนอแนวทางขยายผลสู่การใช้งานจริงอย่างเป็นรูปธรรม กรณีมะเร็งปากมดลูกปัญหาหนึ่งในทางปฏิบัติคือภาพที่ได้จากการย้อมสีจะถูกนำเข้ามาในระบบให้ Model นี้ทำการวิเคราะห์ได้อย่างไร แต่เบาหวาน ผู้วิจัยไม่ได้บอกว่าจะใช้อะไรเป็นข้อมูลตั้งต้นในการวิเคราะห์	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 100

ชื่อหัวข้อวิจัย การนำ urease strip ไปใช้ในการตรวจหาปรอทในเครื่องสำอางประเภทครีมหน้าขาวและตรวจตะกั่วในถังน้ำดื่มตามโรงเรียน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ปัญหาการปนเปื้อนโลหะหนักในสิ่งอุปโภคบริโภคในชีวิตประจำวัน นับเป็นเป็นปัญหาใหญ่ทางด้านสุขภาพของคนไทย โดยเฉพาะ การเติมปรอทลงไปในครีมหน้าขาว และการเกิดมีตะกั่วในถังน้ำดื่มในโรงเรียนที่ผู้ผลิตใช้ตะกั่วในการบัดกรีถังทำให้เกิดการปนเปื้อน ซึ่งอาจทำให้เด็กมีปัญญาเสื่อมถอยจากการได้รับสารตะกั่วสะสมจนถึงระดับอันตรายได้ ปัจจุบันการตรวจโลหะหนักใช้วิธีการที่ต้องการเครื่องมือเฉพาะที่มีราคาสูง และไม่สะดวกในชีวิตประจำวัน งานวิจัยของภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้พัฒนา enzyme strip[1] จากการทดลองเบื้องต้นโดยนำเครื่องมือที่ผลิตได้ มาทดสอบกับเครื่องสำอางหน้าขาว 5 ยี่ห้อ และนำเครื่อง Inductively coupled plasma-mass spectrometry (ICP-MS) พบว่ามีความสอดคล้องกัน (แต่ยังไม่มีการทดลองในตู้น้ำดื่ม)



จากการทบทวนเอกสารเพิ่มเติมพบว่าราคาของชุดตรวจที่ผลิตโดยบริษัทข้ามชาติในตลาดประมาณ 700 บาท (https://osumex.com/order.php)

[1] พัฒนาขึ้นจากเอนไซม์ยูรีเอสจากถั่วเหลือง ใช้ตรวจโลหะหนักปนเปื้อน มีลักษณะเป็นแถบสีหากมีปริมาณสารปนเปื้อนมาก แถบสีนี้จะเปลี่ยนไปตามระดับความเข้มข้นของสารปนเปื้อน

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อพัฒนา strip แล้วนำไปใช้ในการตรวจหาปรอทในเครื่องสำอางประเภทครีมหน้าขาวกว่า 50 ยี่ห้อ และตรวจตะกั่วในถังน้ำดื่มตามโรงเรียนประมาณ 50 แห่ง

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย และ (2) มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นเป็นอย่างมาก

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	เป็นโครงการวิจัยที่มีความร่วมมือกับ รมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตั้งแต่ต้น เป็นหัวข้อที่กรมวิทย์ฯให้ความสำคัญและเริ่มดำเนินการปี 2551	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	มีผลกระทบในเด็กมากที่สุดมี 2 แบบคือเฉียบพลันและเรื้อรัง แบบแรกพบน้อยมาก แบบที่สองยังไม่มีการวินิจฉัยที่ครอบคลุม	

		การได้รับสารตะกั่วและปรอทสะสมส่งผลต่อพัฒนาการทางสมอง แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ราคาของอุปกรณ์ไม่สูงมาก ไม่ทราบราคาของอุปกรณ์ที่คิดโดยผู้เสนอหัวข้อ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมอย่างชัดเจน	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	การวิจัยที่มีอยู่เป็นเพียงการวิจัยทางห้องปฏิบัติการ ยังไม่มีเรื่องการนำไปใช้เชิงนโยบาย หรือการนำไปขยายผล	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ปัจจุบันกรมวิทย์มีการสุ่มตรวจอยู่แล้ว	-
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ต้องพิจารณาบริบทอื่นๆ	-
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	น่าจะเป็นที่สนใจเฉพาะกลุ่ม	-
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

[1] ขนิษฐา พานชูวงศ์. ปรอท ตะกั่ว สารหนู โลหะหนัก ภัยใกล้ตัว. 2552 [cited 2552; Available from: http://www.doctor.or.th/node/4102

[2] บริษัท ช. ยูนิเวอร์แซล ซิสเท็มส์ จำกัด. Heavy Metal Test ชุดตรวจการปนเปื้อนของโลหะหนัก และ สารเคมี. 2552 [cited; Available from: http://www.unisys-th.com/page22.php

[3] กรมวิทย์ฯ ...ลุยแก้ปัญหา สารตะกั่วปนเปื้อนและสารห้ามใช้ในโรงเรียน หนังสือพิมพ์บ้านเมือง. อาทิตย์ที่ 8 มิถุนายน 2008 10:29:21 น.

หัวข้อที่ 101

ชื่อหัวข้อวิจัย การตรวจปริมาณเชื้อก่อโรคในอาหารอีสาน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย			
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ			
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
4.ผลกระทบด้านสังคม			
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)			
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย			
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ			
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม			

ไม่สามารถให้การประเมินได้เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอ โดยขาดข้อมูลหลักที่สำคัญได้แก่

1. ชนิดชองเชื้อก่อโรคในอาหารที่ต้องการตรวจมีอะไรบ้าง
2. ขั้นตอนและวิธีการตรวจทำอย่างไร มีการพัฒนาชุดตรวจขึ้นมาใหม่หรือไม่ อย่างไร หรือเป็นการนำชุดตรวจเชื้อที่จำหน่ายอยู่ในปัจจุบันมาตรวจ ปัจจุบัน
3. ปัจจุบัน อย. มีหน่วยรถเคลื่อนที่เพื่อออกให้บริการตรวจวิเคราะห์เชื้อปนเปื้อนในอาหารหลายประเภท และมีชุดตรวจรวดเร็วสำหรับตรวจเชื้อได้หลายชนิดซึ่งสามารถทราบผลได้ในทันที ดังนั้นจากข้อมูลที่นักวิจัยเขียนมานี้จึงไม่สามารถบอกได้ว่า อะไรคือความใหม่ของงานวิจัยนี้ และอะไรที่เป็นข้อได้เปรียบกว่าวิธีการที่มีใช้กันอยู่ในปัจจุบัน

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 102

ชื่อหัวข้อวิจัย ผลกระทบด้านงบประมาณที่ขาดดุลจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการด้านสุขภาพไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ผู้เสนอหัวข้อยกบทความในหน้าหนังสือพิมพ์ของพญ. เชิดชู อริยศรีวัฒนา ประธานสมาพันธ์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแห่งประเทศไทย เกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ส่งผลกระทบให้โรงพยาบาลหลายแห่งขาดดุลงบประมาณส่งผลให้โรงพยาบาลต้องเพิ่มค่าบริการต่างๆ โดยเรียกเก็บจากผู้ป่วยในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการประกันสังคมเพื่อนำรายได้ไปชดเชยงบประมาณที่ขาดดุล จึงต้องการทราบประสิทธิภาพในการดำเนินโครงการนี้เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาการขาดดุลงบประมาณของโรงพยาบาลต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะการศึกษาผลการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบประกันสุขภาพไทยโดยสัมฤทธิ์และคณะ (2550) พบว่านโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพค่อนข้างมากทั้งเรื่องการเงินและการบริการ บางโรงพยาบาลได้รับงบประมาณลดลงจากวิธีการจ่ายแบบจัดสรรตามปัจจัยด้านอุปสงค์ซึ่งการได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพออาจส่งผลด้านลบต่อการจัดบริการ จากการวิเคราะห์พบว่าอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมของโครงการ ได้แก่การขาดความเท่าเทียมของการกระจายบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

นอกจากนั้นปัญหาการที่โรงพยาบาลหลายแห่งที่มีศักยภาพหารายได้จากส่วนอื่นเช่นประกันสังคมกับสิทธิข้าราชการซึ่งเป็นแหล่งที่ไม่มีการควบคุมเกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามที่ผ่านมามีการปรับตัวในเรื่องของการเหมาจ่ายรายหัวโดยหักเงินเดือนออกมาจากค่ารักษารายหัวซึ่งส่งผลที่ดีขึ้น พบว่าโรงพยาบาลจังหวัดหลายแห่งไม่มีปัญหาเรื่องการเงิน มาตรการอื่นๆที่โรงพยาบาลหลายแห่งใช้แก้ปัญหา ได้แก่ การชะลอการจ่ายหนี้ค่ายาและค่ารักษาออกไป การควบคุมการจ่ายยาเฉพาะในบัญชียาหลัก การใช้ยาชื่อสามัญ การชะลอการลงทุนระยะยาว

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ศึกษาประสิทธิภาพในการดำเนินโครงการนี้เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาการขาดดุลงบประมาณของโรงพยาบาลต่างๆ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย (2) ก่อหรืออาจก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล และ (3) มีแนวโน้มจะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ปัจจุบันมีการศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายจากหน่วยงานที่รับผิดชอบแล้ว	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0		
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	0		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีงานวิจัยรองรับแล้วเป็นจำนวนมาก	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	0		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัชรนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. สถานพยาบาลต้องปรับตัวอย่างไรภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2544;10(3):411-22.
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2544;10(3):381-90.
3. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย - คำถามวิจัยที่สำคัญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2546;12(2):159-68.
4. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, สินชัย ต่อวัฒนกิจกุล. ผลการดำเนินโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสาธารณสุขไทย. วารสารระบบสาธารณสุข. 2550;1(1):47-62.

หัวข้อที่ 103

ชื่อหัวข้อวิจัย ผลกระทบและปัจจัยในการเป็นศูนย์กลางการวิจัยทางคลินิกของประเทศไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

การวิจัยทางคลินิก จะเป็นประโยชน์มากในด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ เครื่องมือ วัคซีนหรือยา ตัวใหม่เพื่อนำมาใช้ป้องกันหรือบรรเทาปัญหาทางด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต งบประมาณเพื่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้น มีการนำยาเข้าประเทศมูลค่ามากกว่าปีละ 30,000 ล้านบาท ฉะนั้นการลงทุนให้ระบบวิจัยทางด้านการแพทย์ สร้างความคุ้มค่าด้านสังคมและเศรษฐกิจและสร้างความรู้ทางคลีนิกที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศจึงเป็นความจำเป็นอย่างหนึ่ง (1)

การเป็นศูนย์กลางการวิจัยทางคลินิกของประเทศไทย จะทำให้วิทยาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศมีมากขึ้น ได้รับผลดีจากการวิจัยที่เกิดขึ้น ซึ่งนอกจากจะได้ประโยชน์ภายในประเทศแล้ว ในประเทศเขตภูมิภาคใกล้เคียงก็จะได้รับประโยชนไปด้วย แต่ในขณะเดียวกันการเป็นศูนย์กลางการวิจัยทางคลีนิกก็ส่งผลเสียกระทบต่อจริยธรรม สังคม ได้เช่นกัน ปัจจุบันประเทศไทย ได้ประกาศนโยบายแห่งชาติว่าด้วยการศึกษาทางคลินิก ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เพื่อให้เป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศในการศึกษาวิจัยทางคลินิกในระดับแนวหน้าของโลก ได้มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนระหว่างภาคส่วนต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนทุกปี ปีละ 1 ครั้ง โดยการประชุมเพื่อติดตามผล และทบทวนเพื่อปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ (2)

เพื่อให้แนวทางในการเป็นศูนย์กลางการวิจัยทางคลินิกของประเทศไทยชัดเจนขึ้น จึงควรจะต้องศึกษาถึงผลกระทบด้านบวกและลบทั้งทางเศรษฐกิจ สาธารณสุขและสังคม

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ศึกษาผลกระทบและปัจจัยในการเป็นศูนย์กลางการวิจัยทางคลินิกของประเทศไทย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ผู้ส่งหัวข้อเห็นว่ายังมีปัญหา อุปสรรคที่ขัดต่อการวางแผนเป็นศูนย์กลางการวิจัยทางคลินิก จึงอยากเห็นความชัดเจนของนโยบายนี้จะมีผลกระทบด้านบวกและลบต่อประเทศไทยอย่างไรบ้าง

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เครือข่ายหรือหน่วยงานร่วมยังไม่มีความเข้มแข็งต่อการผลักดัน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	เนื่องจากเป็นการวิจัยทางคลีนิกจึงไม่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนในภาพรวมมากนัก	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1		
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	ถ้าทำการวิจัยจะมีผลกระทบต่อประชาชนหรือกลุ่มศึกษามีความเหลื่อมล้ำ	

5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1		
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0		
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	หน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถนำไปปฏิบัติได้	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0		
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. ปิยทัศน์ ทัศนาวิวัฒน์, ราม รังสินธ์, สุธีร์ รัตนะมงคลกุล, อรุณ จิรวัฒน์กุล, ลี่ลี อิงศรีสว่าง. ระบบวิจัยคลินิกสหสถาบันของประเทศ: ประสบการณ์จากเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;1:156-67.

2. โครงการ ประชุมสัมมนาการวิจัยทางคินิกระดับชาติ ครั้งที่ 8 14-15 สิงหาคม 2551 http://www.si.mahidol.ac.th/th/sic/admin/news_files/895_7_1.pdf

หัวข้อที่ 104

ชื่อหัวข้อวิจัย ผลกระทบและปัจจัยในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ปี 2540 สถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินธุรกิจ โดยมุ่งเน้นการขยายตลาดเพื่อรองรับชาวต่างชาติมากขึ้น ประกอบกับปี 2546 รัฐบาลมีนโยบายมุ่งส่งเสริมให้ประเทศเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาคเอเชีย (Medical hub of Asia) เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพให้เป็นที่ต้องการและมารับบริการของชาวต่างชาติ หลังจากที่มีนโยบายดังกล่าว กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพานิชย์ รายงานว่า มีจำนวนวผู้ป่วยต่างชาติมารับการรักษาในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2544 ถึง 2548 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 5 แสนคนในปี 2544 เป็น 1.2 ล้านคนในปี 2548 สามารถทำรายได้เข้าประเทศมากกว่า 33,000 ล้านบาท [1]

แม้ว่าผลจากนโยบายดังกล่าวทำให้มีเงินตราเข้าประเทศและมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นของสถานบริการที่เกี่ยวข้อง แต่มีผลกระทบอีกด้านหนึ่งที่ไม่ควรมองข้าม เช่น เกิดการขยายช่องว่างของระบบบริการสุขภาพระหว่างผู้ที่มีกำลังซื้อโดยเฉพาะชาวต่างชาติกับคนไทยทั่วไป และที่สำคัญเกิดการแย่งชิง การย้ายหรือลาออกของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญสูงจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น [1] โดยการวิจัยของชะเอม พัชนี [2] คาดการณ์ว่าปี 2550 ถึง 2558 ประเทศไทยต้องการแพทย์เพิ่มเพื่อดูแลชาวต่างชาติประมาณ 688 ถึง 2558 คน ในขณะที่ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอกับจำนวนประชากรของประเทศ โดยเฉพาะ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร [1] การมีนโยบายดังกล่าวจะมีการดึงบุคลากรในภาครัฐที่ขาดแคลนอยู่แล้วมาที่โรงพยาบาลเอกชน และนั้นก็จะส่งกระทบต่อระบบบริการผู้ป่วยในภาครัฐ ส่งผลกระทบต่อการผลิตนักศึกษาแพทย์ ระบบการเรียนการสอน ค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการที่เพิ่มมากขึ้น และที่สำคัญนโยบายนี้จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ยากขึ้น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มขึ้น [3] ทักษพล และคณะ ได้ศึกษาสาเหตุที่แพทย์ลาออกจากระบบบริการภาครัฐ เป็นเพราะว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับข้อเสนอเรื่องค่าตอบแทนที่ค่อนข้างสูงในฝั่งโรงพยาบาลเอกชน [4]

หลังจากดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางแพทย์ของภูมิภาคเอเชียในประเทศไทย จะเห็นได้ว่ามีทั้งผลดีที่จะเกิดขึ้นโดยเฉพาะระบบเศรษฐกิที่เห็นได้ชัดและเป็นรูปธรรม แต่ในด้านลบการดำเนินโยบายนี้ก็ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยอย่างมากเช่นกัน เพื่อให้การจะดำเนินนโยบายดังกล่าวเกิดความชัดเจนมากที่สุด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการวิเคราะห์ถึงผลกระทบให้รอบด้านเพื่อหาวิธีป้องกันหรือหาออกให้มีความสมดุลกันมากที่สุด

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อศึกษาผลกระทบและปัจจัยในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และการวิจัยทางคลินิกของประเทศไทย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ผู้ส่งหัวข้อ เห็นว่าปัจจุบันประเทศไทยยังมีปัญหาที่ขัดต่อการวางแผนการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และการวิจัยทางคลีนิกของประเทศไทย เพื่อให้เกิดแนวทางที่ชัดเจนขึ้น จึงควรศึกษาถึงผลกระทบ (เชิงบวก/ลบ) ทั้งทางเศรษฐกิจ สาธารณสุข และสังคม

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

<u>หัวข้อนี้ไม่ผ่านการคัดเลือกเนื่องจากมีผู้ทำวิจัยในลักษณะนี้อยู่แล้ว</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	น่าจะเป็นข้อมูลสนับสนุน/โต้แย้งหรือเพิ่มเติมนโยบายดังกล่าวได้	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขทั้งประเทศ อีกทั้งเกี่ยวข้องกับระบบอื่นๆ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	มีเงินตราเข้าประเทศ หนุนระบบเศรษฐกิจอื่นๆ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	เกิดการเหลื่อมล้ำของค่าตอบแทน เอกชน รัฐ ค่าใช้จ่ายของประชาชน การเข้าถึงบริการ/เหลื่อมล้ำทางสังคม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	เป็นการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	มีความไม่เสมอภาคของผู้ป่วยในประเทศ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	คาดว่า รพ.เอกชน อยากเห็นความชัดเจนของนโยบายและดำเนินการต่อ (เป็นผู้มีส่วนได้มากที่สุด)	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เป็นที่น่าสนใจ รวมทั้งระดับการเมือง	
รวม	7		

3. เอกสารอ้างอิง

[1] ฑิณกร โนรี. วิกฤตความขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย: ทิศทางและแนวโน้ม. รายงานการศึกษา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2551.

[2] Pachanee C, and Wibulpolprasert S. Dual Track Health Policies: In-coherence between the Policies on Universal Coverage of Health Insurance and Promotion of International Trade in Health Services in Thailand. Manuscript for publication 2005.

[3] อดิสร ภทราดูยล์. แนวคิด ความสัมฤทธิ์ผล และผลกระทบนโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค. รายงานศึกษา สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. 2551.

[4] ทักษพล ธะรมรังสี , พนา พงษ์ชำนะภัย, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย. สาเหตุการลาออกของแพทย์ จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2546. รายงานการศึกษา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2547.

หัวข้อที่ 105

ชื่อหัวข้อวิจัย ความต้องการบุคลากรด้านเวชกรรมฟื้นฟู

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ตัวชี้วัดหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขคือกำลังคน ประเทศไทยมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อเนื่องมานาน โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับประเทศที่มีระดับการพัฒนาเศรษฐกิจที่เท่าเทียมกัน สิ่งหนึ่งที่ทำให้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขมีความเด่นชัดมากขึ้นคือการกระจายตัวของกำลังคนที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดขึ้นกับบุคลากรสาธารณสุขในทุกสาขาวิชา บุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญหลายด้าน เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ นักอรรถบำบัด เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นสาขาที่ขาดแคลนแทบทั้งสิ้น

งานเวชศาสตร์ฟื้นฟูคืองานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่มีขอบเขตในการดูแล รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยหลายประเภท ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลแทบทุกรายมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทั้งช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลและหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว เพื่อให้สามารถกลับมาทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งสถิติจำนวนผู้บาดเจ็บต่ออุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่จำนวนผู้เสียชีวิตต่ออุบัติเหตุค่อนข้างคงที่และมีแนวโน้มที่จะลดลงเล็กน้อย เป็นสิ่งแสดงถึงความต้องการบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในสัดส่วนที่มากขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้งานเวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้สูงอายุก็นับว่ามีความสำคัญทั้งต่อการรักษา ฟื้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำจากการเสื่อมถอยของร่างกาย จากการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2570 โดยสัดส่วนประชากรในวัยแรงงานต่อวัยผู้สูงอายุของปี พ.ศ. 2552 คือ 21.00 : 67.52 : 11.90 และคาดว่าในปี 2570 แนวโน้มสัดส่วนประชากรวัยเด็กต่อวัยทำงานและวัยสูงอายุจะเท่ากับ 14.41 : 62.86 : 22.73 ซึ่งทำให้ประชากรเกือบ 1 ใน 4 ของประเทศจะเป็นประชากรผู้สูงอายุ ข้อมูลดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นถึงความต้องการบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เพิ่มขึ้นด้วย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ให้ทราบถึงความต้องการบุคลกรด้านสาธารณสุข เพื่อใช้ในการวางแผนอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุข

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

งานด้านเวชกรรมฟื้นฟูมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในประเทศไทย ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุและผู้พิการในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด ซึ่งเมื่อทราบถึงความต้องการแล้วจะทำให้สามารถวางแผนอัตรากำลังด้านสาธารณสุขได้รัดกุมมากขึ้น

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	แม้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมถึงความต้องการทราบถึงจำนวนบุคลากรฯ ที่ต้องการในอนาคต เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนจัดการเรื่องกำลังคนจะเป็นปัญหาสำคัญ แต่โดยภาพรวมแล้ว ประเทศไทยมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขในทุกๆ ด้าน ซึ่ง	

		ล้วนแต่มีความต้องการทราบและคาดประมาณกำลังคนเพื่อวัตถุประสงค์เดียวกัน ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญและเป็นมหภาคกว่าการมองแค่สาขาใดสาขาหนึ่ง	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	งานด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นงานที่ค่อนข้างเกี่ยวข้องในทุกสาขาทางการแพทย์ อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะมีผู้ป่วยเข้ามารับบริการเวชศาสตร์ฟื้นฟูมากขึ้นอีกด้วย	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	จำนวนกำลังคนที่เพิ่มขึ้นไม่น่าจะมีผลต่อการลดอัตราการเกิดโรคที่จะนำมาสู่การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูมากนัก	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	บริการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ในระบบสาธารณสุขของรัฐ เนื่องจากจะแสดงให้เห็นว่าส่วนผู้ทุพลภาพได้รับการเอาใจใส่เพียงใด	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1		
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	ในปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนยังมีบริการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ไม่ทั่วถึง รวมถึงผู้ที่ควรจะได้รับบริการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูยังเข้าไม่ถึงบริการเท่าที่ควร	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		มีข้อจำกัดในการผลิตบุคลากรเพิ่ม
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ไม่เป็นที่สนใจของสาธารณชน	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2552: เพื่อสุขภาวะแห่งมวลมนุษย์ หยุดความรุนแรง: อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กันยายน 2552. แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตรการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ.
3. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน..กับคนเดินทาง. [Cited 26 ธันวาคม 2552]; available on http://www.thaihealth.or.th/node/7053
4. ยอดพล ธนาบริบูรณ์ และคณะ. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย: สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน. กุมภาพันธ์ 2549;ปีที่ 2 ฉบับที่ 9.

หัวข้อที่ 106

ชื่อหัวข้อวิจัย การพัฒนาวัสดุเพื่อใช้ในงานกายอุปกรณ์

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

กายอุปกรณ์ (Orthosis and Prosthesis) คืออุปกรณ์ที่ใช้กับร่างกายเพื่อช่วยเหลือการเคลื่อนไหว วัสดุที่นำมาใช้ทำกายอุปกรณ์เสริมมีได้หลายชนิด อาจทำมาจากเหล็ก อลูมิเนียม พลาสติก ยาง หนัง ผ้าหรือไม้ การจะเลือกใช้วัสดุควรจะพิจารณาว่าต้องการกายอุปกรณ์เสริมที่มีความแข็งแรง ทนทาน อายุการใช้งาน ความยืดหยุ่น น้ำหนัก ความสวยงามอย่างไร ซึ่งจะต้องเหมาะสมตามอาการของผู้ป่วยในแต่ละรายไป

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ปัจจุบันงานกายอุปกรณ์ใช้วัสดุนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งมักจะเป็นวัสดุสิ้นเปลือง ดังนั้นหากสามารถผลิตวัสดุที่มีคุณภาพภายในประเทศได้จะทำให้ลดต้นทุนในการผลิตกายอุปกรณ์

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

งานกายอุปกรณ์ ต้องใช้วัสดุสิ้นเปลืองจำนวนมาก ทั้งพลาสติก โลหะต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสินค้านำเข้า หากสามารถพัฒนาวัสดุสิ้นเปลืองจากวัสดุที่มีในประเทศ จะช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานได้พัฒนาวัสดุสิ้นเปลืองจากวัสดุที่มีในประเทศสำหรับผลิตกายอุปกรณ์แต่ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	จำนวนผู้พิการทางกายที่ลงทะเบียนจนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 มีจำนวน 414,096 ราย ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่สูงมาก โดยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียนสะสมทั้งสิ้น 169,310 ราย (มีนาคม พ.ศ. 2552)	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ไม่ทราบถึงจำนวนผู้พิการที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ แต่ผู้พิการทางกายที่จดทะเบียนทั้งหมดถือเป็นสัดส่วนร้อยละ 0.7 ของผู้หลักประกันสุขภาพในประเทศ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	การเข้าถึงกายอุปกรณ์ได้มากขึ้น ย่อมส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำที่ลดน้อยลงด้วย	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	เคยมีการพัฒนาเกี่ยวกับวัสดุเพื่อทำกายอุปกรณ์ ควรต่อยอดจากการศึกษานั้น	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ปัจจุบันคนพิการได้รับบริการทางด้านสุขภาพพื้นฐาน	

7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	ปัจจุบันหลายฝ่ายมีการพัฒนากายอุปกรณ์อยู่ตลอด ถึงแม้ว่าจะไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ยังไม่เป็นที่สนใจของสังคมและสาธารณชนมากนัก แต่รัฐควรจะให้ความสนใจกับสิ่งนี้มากขึ้น เนื่องจากการบริการแก่ผู้พิการเป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่งถึงความเสมอภาคและความเอาใจใส่อย่างเท่าเทียมจากรัฐ	
รวม	3		

3. เอกสารอ้างอิง

1. บทที่ 8 กายอุปกรณ์เสริม. [Cited 26 ธันวาคม 2552]; available on http://library.ra.mahidol.ac.th/Lecture/Less8.htm
2. โครงการนวัตกรรมศูนย์กายอุปกรณ์ภูมิปัญญา เพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชน สถานีอนามัยตำบลบ้านควน อ.หลังสวน จ.ชุมพร. [Cited 26 ธันวาคม 2552]; available on http://www.pcuinnovation.com/pcu/730
3. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. สถิติผลการดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการทั่วประเทศ. [Cited 26 ธันวาคม 2552]; available on http://www.nep.go.th/result_all.php?mod=result_all

หัวข้อที่ 107

ชื่อหัวข้อวิจัย ความต้องการการบริการด้านกายอุปกรณ์ของผู้พิการไทย

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

กายอุปกรณ์ (Orthosis and Prosthesis) คืออุปกรณ์ที่ใช้กับร่างกายเพื่อช่วยเหลือการเคลื่อนไหว วัสดุที่นำมาใช้ทำกายอุปกรณ์เสริมมีได้หลายชนิด อาจทำมาจากเหล็ก อลูมิเนียม พลาสติก ยาง หนัง ผ้าหรือไม้ การจะเลือกใช้วัสดุควรจะพิจารณาว่าต้องการกายอุปกรณ์เสริมที่มีความแข็งแรง ทนทาน อายุการใช้งาน ความยืดหยุ่น น้ำหนัก ความสวยงามอย่างไร ซึ่งจะต้องเหมาะสมตามอาการของผู้ป่วยในแต่ละรายไป

ในประเทศไทยมีผู้พิการมาจดทะเบียนทั้งสิ้น 855,973 ราย (กันยายน 2552) ซึ่งเป็นผู้พิการทางกาย 414,096 ราย โดยกฎหมายกำหนดให้รัฐสงเคราะห์ผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งครอบคลุมถึงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพร่างกาย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ต้องการทราบถึงความต้องการกายอุปกรณ์ของผู้พิการไทยต่อปี เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนด้านงบประมาณในการผลิตกายอุปกรณ์และวางแผนจัดการการศึกษา

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

กายอุปกรณ์เป็นอุปกรณ์ที่สำคัญ สามารถใช้ทดแทนส่วนที่ขาดหายไปของร่างกายหรือช่วยสนับสนุนให้ส่วนของร่างกายดีขึ้น ซึ่งกายอุปกรณ์แต่ละชิ้นต้องใช้เวลาในการผลิตและมีราคาสูง และมีการเสื่อมสมรรถภาพ ดังนั้นการทราบถึงความต้องการจะช่วยให้สามารถวางแผนด้านงบประมาณสำหรับกายอุปกรณ์และการผลิตบุคลากร (นักกายอุปกรณ์) ได้อย่างเหมาะสม

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	หากทราบถึงจำนวนความต้องการกายอุปกรณ์ที่ชัดเจนของผู้พิการไทย อาจทำให้เกิดนโยบายในการผลักดันการผลิตกายอุปกรณ์ให้แก่ผู้พิการไทยได้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้พิการได้มากขึ้น	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	จำนวนผู้พิการทางกายที่ลงทะเบียนจนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 มีจำนวน 414,096 ราย	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	การทราบถึงความต้องการของผู้พิการอาจจะช่วยในการวางแผนการเงินสำหรับการผลิตกายอุปกรณ์สำหรับผู้พิการหรือบุคลากรเพื่อมารองรับการบริการในด้านนี้ แต่ไม่ส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม เพราะอย่างไรก็เป็นสิ่งที่ต้องจัดเตรียมและจัดหาให้ผู้พิการอยู่แล้ว	

4.ผลกระทบด้านสังคม	0	การทราบถึงความต้องการกายอุปกรณ์ไม่ส่งผลกระทบต่อสังคม	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1		
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มีความหลากหลายในทางปฏิบัติ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	หากทราบถึงความต้องการที่ชัดเจน ก็จะนำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงระบบการผลิตเพื่อให้ตอบสนองต่อผู้พิการได้เร็วขึ้น	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	ไม่เป็นที่สนใจของสาธารณชน	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. บทที่ 8 กายอุปกรณ์เสริม. [Cited 26 ธันวาคม 2552]; available on http://library.ra.mahidol.ac.th/Lecture/Less8.htm
2. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. สถิติผลการดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการทั่วประเทศ. [Cited 26 ธันวาคม 2552]; available on http://www.nep.go.th/result_all.php?mod=result_all
3. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550
4. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช 2534

หัวข้อที่ 108

ชื่อหัวข้อวิจัย ความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

องค์การอาหารโลก (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS)ได้ให้ความจำกัดความของคำว่า “ความมั่นคงทางอาหาร (Food Security)” ไว้คือหมายถึง การที่ประชากรโลกมีอาหารเพียงพอกับความต้องการ (availability) มีเสถียรภาพ (stability) และสามารถเข้าถึงได้ (accessibility) เป็นผลจาการประชุมสุดยอดอาหารโลก มีการรับรองปฏิญญากรุงโรม เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2539 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะขจัดความหิวโหย และลดปัญหาทุโภชนาการของประชากรโลก ภายในปี 2558 มีเป้าหมายที่จะลดจำนวนประชากรที่ขาดอาหารให้เหลือครึ่งหนึ่งจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน ความต้องการอาหารมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับ เพศ วัย ในแต่ละสภาวะนั้น ๆ ของแต่ละบุคคล การเฝ้าระวังหรือการสำรวจภาวะโภชนาการของประเทศไทยมีการดำเนินงานอย่างเป็นประจำโดยเจ้าหน้าที่ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ และเก็บรวบรวมผลการดำเนินงานต่อต้นสังกัด ในปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศช่วยในการจัดการข้อมูล วิเคราะห์และประมวลผล เพื่อใช้ในการตัดสินใจและและตัดสินใจพื้นที่ โดยระบบความไม่มั่นคงทางอาหารและระบบแผนที่สารสนเทศของกลุ่มเสี่ยง Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping System (FIVIMS) คือ ระบบสารสนเทศที่รวบรวมและใช้ในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับประชากรที่มีความไม่มั่นคงทางอาหารหรือกลุ่มเสี่ยง โดยสามารถที่จะบอกได้ว่ากลุ่มดังกล่าวเป็นใคร ทำไมถึงมีความไม่มั่นคงทางอาหาร การมีปัญหาทางโภชนาการระดับต่างๆ และกลุ่มเหล่านี้อาศัยอยู่ในพื้นที่ใด โดยแสดงในรูปของแผนที่ FIVIMS สามารถใช้ในการติดตามประเมินผลของ World Food Summit Plan of Action และการประเมินความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของ WFS ในการลดอัตราภาวะทุพโภชนาการประโยชน์ของ FIVIMS การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มประชากรที่มีความไม่มั่นคงทางอาหาร และกลุ่มเสี่ยงผ่านทางระบบ FIVIMS มีการกำหนดตัวชี้วัดในระบบ FIVIMS และมีตัวชี้วัดภาวะโภชนาการของแต่ละช่วงอายุ เศรษฐานะ การสำรองอาหาร ความรู้ความเข้าในเรื่องความมั่นคงทางอาหาร และร้อยละของประชากรที่ไม่มีความมั่นคงทางอาหาร จะเห็นได้ว่าระบบสารสนเทศนี้สามารถให้ความสะดวกในการค้นหาและวางแผนในการดำเนินงานมิได้อยู่เพียงแค่ผู้รับผิดชอบในกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ยังเป็นการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด แต่หากจะพิจารณาเรื่องความไม่มั่นคงทางอาหารแล้ว ภาวะการบริโภคเกินก็คงจะเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความน่าสนใจและน่าพิจารณาควบคู่กันไป

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. ศึกษาปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหาร
2. พัฒนาระบบคัดกรองปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหาร

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. ผลกระทบทางเศรษฐกิจส่งผลต่อความมั่นคงทางอาหาร
2. องค์ความรู้ด้านความมั่นคงทางอาหารไม่สมบูรณ์

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	เป็นการเชื่อมโยงภาวะโภชนาการ กับ ภาวะเศรษฐกิจ ปัจจุบันได้มีการเฝ้าระวังอยู่แล้ว แต่อาจจะขาดความเข้มข้นในการดำเนินงาน และขาดความร่วมมือในทุกภาค	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ความมั่นคงทางอาหารส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ ได้แก่ภาวะทุพโภชนา อย่างไรก็ตามภาวะดังกล่าวสำหรับประเทศไทยมีสาเหตุเกิดจากความรู้ ความเข้าใจ การเลือกรับประทานอาหาร มิได้ขึ้นอยู่กับความมั่นคงทางอาหารเพียงอย่างเดียว	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0		
4.ผลกระทบด้านสังคม	1		
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่ทางผู้ทบทวนยังไม่สามารถเข้าถึงรายงานที่เชื่อมโยงกันกับภาวะเศรษฐกิจ	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	การเฝ้าระวังและการส่งเสริมภาวะโภชนาการได้ดำเนินการภายใต้ภาระกิจของกระทรวงและมีตัวชี้วัดที่รายงานประจำเดือน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0		
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	เป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจในระดับโลก แต่ไม่เป็นที่สนใจในประเทศไทยเนื่องจากไม่มีภาวะขาดแคลนอาหารในประเทศ	
รวม	1		

3. เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการต่างประเทศ.คำศัพท์ คำย่อ.2552. [cited 24 ธันวาคม 2552] Available: http://www.mfa.go.th/web/856.php?code=f.

2. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลพื้นที่.2552. [cited 24 ธันวาคม 2552]. Available: http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view.php?group=4&id=129

หัวข้อที่ 109

ชื่อหัวข้อวิจัย การประเมินผลลัพธ์ ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เข้าร่วมในโครงการการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้ยาต้านไวรัสในสูตรยา 3 ชนิดพร้อมกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ต่อมาได้จัดสรรงบประมาณให้ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยได้รับการดูแลรักษาภายใต้โครงการ “การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์” (National Access to Antiretroviral Program for People Living with HIV/AIDS หรือ NAPHA) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 โดยมีกลุ่มนักวิจัยได้ประมาณการต้นทุนประสิทธิผล (มูลค่า ณ. ปีพ.ศ. 2548) ของโครงการนี้ไว้ที่ประมาณสามหมื่นบาท (US$736) ต่อปีชีวิตรอด หากให้การรักษาด้วยสูตรที่หนึ่ง (first-line drugs) และประมาณแปดหมื่นบาท (US$2145) ต่อปีชีวิตรอด หากรวมการรักษาด้วยยาสูตรที่สอง (second-line drugs)1 อีกทั้งยังมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ด้านอัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเอดส์จำนวน 58,008 รายจากโรงพยาบาล 839 แห่งใน 76 จังหวัด2 ต่อมารัฐบาลได้ประกาศให้การรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยศูนย์บริหารจัดการโรคเอดส์ ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับโอนงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2550 และกำหนดสิทธิประโยชน์ตามกลุ่มผู้รับบริการ ดังนี้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส (มีอาการและมี CD4 ต่ำกว่า 200)

1. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในเด็กและผู้ใหญ่
2. การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงอันเนื่องมาจากรับประทานยาต้านไวรัส
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษา
    - การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน
    - การตรวจ CD4 2 ครั้ง/ปี
    - การตรวจ viral load 1 ครั้ง/ปี
    - การตรวจ resistance testing 1 ครั้ง/ปี
4. ถุงยางอนามัยสำหรับการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการและมี CD4 มากกว่า 200

1. การตรวจ CD4
2. การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
3. การตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี (PCR testing 2 ครั้ง/ราย)
4. ถุงยางอนามัยสำหรับการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี

ประชาชนทั่วไป

1. ยาป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัส
2. การให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าร่วมในโครงการการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. เป็นการประเมินผลโครงการการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นหนึ่งในวัตถุประสงค์หลักของโครงการ
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุง หรือ พัฒนาการโครงการ รวมทั้งเป็นแนวทางในการทำโครงการอื่นๆ ที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบ
3. ได้รูปแบบ/ระบบบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และกลวิธีที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้การรักษาประสิทธิภาพสูงสุด
4. เป็นการเผยแพร่ข้อค้นพบทางวิชาการในวารสารวิชาการระดับชาติและระดับนานาชาติ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

<u>หัวข้อนี้ไม่ผ่านการคัดเลือกเนื่องจากทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำลังประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการฯ</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	หากได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย งานวิจัยชิ้นนี้น่าจะเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาโครงการต่อไป คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาสิทธิประโยชน์ ได้แก่1)คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2) คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์ 3) คณะอนุกรรมการการเงินการคลังและ 4) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	โรคเอดส์เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรอันดับหนึ่งและยังส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมเนื่องจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ อีกทั้งยังสามารถแพร่กระจายโรคไปสู่ผู้อื่น	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	เป็นโครงการขนาดใหญ่ที่มีเงินลงทุนเป็นจำนวนมาก (3,855 ล้านบาท เมื่อปีงบประมาณ พ.ศ. 2550)	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	สถานการณ์โรคเอดส์ในปัจจุบันเสมือนเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง สังคมต้องแบกรับภาระในการดูแลรักษาผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยเมื่อเริ่มต้นได้รับยาต้องได้รับยาไปตลอดชีวิต	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาด้านความคุ้มค่าของโครงการ NAPHA[1]และการศึกษาผลลัพธ์ด้านการยืดชีวิตของผู้ป่วย[2] ซึ่งใกล้เคียงกับโครงการนี้ แต่หัวข้องานวิจัยที่เสนอมา	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
		ต้องการให้ประเมินผลของโครงการซึ่งเกิดขึ้นภายหลังงานวิจัยเหล่านี้ อีกทั้งการวัดผลลัพธ์หัวข้องานวิจัยที่เสนอมามีขอบเขตที่กว้างกว่า จึงพิจารณาว่าเป็นหัวข้อที่ยังไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน หากได้รับการคัดเลือกควรกำหนดกรอบการวัดผลลัพธ์ให้ชัดเจน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ประชาชนมีสิทธิเข้าถึงบริการทุกคน	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ผลจากงานวิจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของผู้ให้บริการได้ เพราะขึ้นอยู่กับผู้กำหนดนโยบายเท่านั้น	อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงผลของการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัส อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติได้ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการยืนยันผลของการป้องกันนี้
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	โรคเอดส์เป็นที่รู้จักกันดีในสังคมไทย และมีความพยายามจากหลายภาคส่วนในการป้องกันการแพร่กระจายของโรค	
รวม	6		

3. เอกสารอ้างอิง

1. Over M, Revenga A, Masaki E, Peerapatanapokin W, Gold J, Tangcharoensathien V, Thanprasertsuk S. The economics of effective AIDS treatment in Thailand. AIDS, 2007. Jul;21 Suppl 4:S105-16.
2. Chasombat S, McConnell MS, Siangphoe U, Yuktanont P, Jirawattanapisal T, Fox K, Thanprasertsuk S, Mock PA, Ningsanond P, Lertpiriyasuwat C, Pinyopornpanich S. National expansion of antiretroviral treatment in Thailand, 2000-2007: program scale-up and patient outcomes. J Acquir Immune Defic Syndr, 2009 Apr 15;50(5):506-12.

หัวข้อที่ 110

ชื่อหัวข้อวิจัย โครงการทบทวนระบบการดูแลแบบประคับประคอง

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้าทำให้ประชาชนมีอายุยืนขึ้น จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็มีเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยโรคเรื้อรังที่เป็นผลจากการเสื่อมของสภาพร่างกาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคปอดอักเสบเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างมาก แต่กลับพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ มากกว่าร้อยละ 50 ได้รับการดูแลรักษาด้วยคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน (1)

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ โรคเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายมีอัตราสูงขึ้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตความเครียด รวมทั้งธรรมชาติของโรค คือ ตั้งแต่ระยะเวลาในการดำเนินโรค ระยะเวลาแฝงตัวของโรคยาวนานขึ้น ระยะก่อตัวของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และการเกิดโรคที่สลับซับซ้อน โดยขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นๆ อาศัยอยู่ โรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีโรคอื่นๆ เช่น โรคประสาท โรคระบบย่อยอาหาร โรคระบบขับถ่าย โรคไขข้อและปวดในข้อ เป็นต้น โรคเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน อาจเป็นเดือน ปี หรือตลอดชีวิตก็ได้ ทั้งนี้การสิ้นสุดของการเจ็บป่วยหลังจากการรักษาจนสุขภาพอยู่ในระดับปกติแล้ว โรคอาจกำเริบได้อีก จากการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยลดความสูญเสียและความทุกข์ทรมานต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยุ่งผู้ป่วยที่มีการลุกลามของโรคจนถึงระยะสุดท้าย ที่ต้องเผชิญกับอาการและภาวะต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความหวังและกำลังใจ ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวได้ต่อความเจ็บป่วย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหรือไม่

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การลุกลามของโรค อาการและภาวะต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายหรือในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ให้สามารถดำรงชีวิตในระยะเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความหวังและกำลังใจ โดยทีมสหสาขาที่ร่วมกันดูแลแบบประคับประคอง

ประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และนักบวช

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังมีหลักปฏิบัติไม่ชัดเจน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เนื่องจากปัญหามีอัตราการเพิ่มขึ้นทุกปี	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ไม่มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ไม่มีผลการะทบด้านสังคมมาก	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน (ในประเทศไทย)	0	เคยมีการศึกษาการพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มีความหลากหลายในหลักการปฏิบัติ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติ	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	น่าจะเป็นที่สนใจของสังคมเนื่องจากเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ตามหลักสิทธิมนุษยชน	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค.– มี.ค. 2551.

2. อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ. การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เม.ย. – มิ.ย. (ฉบับเสริม 5) 2551.

หัวข้อที่ 111

ชื่อหัวข้อวิจัย การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพและคุณธรรมจริยธรรมในสังคมอย่างกว้างขวาง

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

<u>หัวข้อนี้ถูกยกเลิกโดยผู้ส่งหัวข้อ</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย			
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ			
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
4.ผลกระทบด้านสังคม			
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)			
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย			
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ			
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม			

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 112

ชื่อหัวข้อวิจัย โครงการศึกษาต้นทุนกิจกรรมโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ท่ามกลางภาวะเศรษฐกิจทั้งในประเทศและต่างประเทศทั่วโลก ซึ่งมีความผันผวนและเผชิญกับปัญหาต่างๆ เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางการเมืองภายในประเทศ อัตราเงินเฟ้อ รวมถึงวิกฤตการณ์ทางการเงินของสหรัฐอเมริการ จากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ ปี 2544 ได้มีการปรับระบบการสนับสนุนงบประมาณแก่สถานพยาบาล จากระบบงบประมาณรวมรายปี (Global Budget) ไปสู่ระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว รวมเงินเดือน (Capitation) และสำนักงบประมาณจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ ปี 2546 ของหน่วยงานโดยใช้แนวทางจัดหางบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน (Performance Based Budgeting system :PBBS) ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารจัดการด้านการเงินของสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาค โดยการปรับเปลี่ยนระบบบัญชีจากระบบเกณฑ์เงินสดเป็นระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ซึ่งระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างเป็นระบบบัญชีที่สามารถสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ทางด้านการเงิน การคลังที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เพื่อใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ การเงินการคลังได้อย่างสอดคล้องเหมาะสมกับเป้าหมายขององค์กรและนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ

การบริหารต้นทุนถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการบริหารกลยุทธ์ทางการเงิน ซึ่งทำให้สถานบริการสุขภาพทราบต้นทุนการดำเนินงานของหน่วยงานตนเองและสามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นๆ ได้

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการให้บริการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนหนองหญ้าไซ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการเงิน การคลังของหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้สามารถบริหารจัดการระบบการเงิน การคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำยุทธศาสตร์ พัฒนาขีดความสามารถของสถานบริการสุขภาพด้านการจัดหาทรัพยากรให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการวิจัยการศึกษาต้นทุนกิจกรรมของสถานบริการสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลให้โรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีขนาดเตียงและภารกิจไม่แตกต่างกัน โดยในอนาคตสามารถนำมาเปรียบเทียบด้านการจัดทำต้นทุนกิจกรรม เพื่อให้คุ้มค่าในการจัดการทรัพยากรอันจะเป็นประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพต่อไป

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	ต้นทุนกิจกรรมที่ได้เป็นตัวอ้างอิงสำหรับโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	0	ไม่กระทบเนื่องจากรัฐใช้ระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว	
4.ผลกระทบด้านสังคม	0	ใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการงบประมาณของรพ.	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	เคยมีผู้ศึกษาต้นทุนกิจกรรม	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้ในการเป็นเกณฑ์อ้างอิงหากข้อมูลที่ได้มีระเบียบวิธีการจัดเก็บข้อมูลที่ดี	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	คงไม่เป็นที่สนใจของสังคมเท่าที่ควรเนื่องจากเป็นข้อมูลที่ใช้สำหรับผู้บริหารรพ.	
รวม	2		

3. เอกสารอ้างอิง

หัวข้อที่ 113

ชื่อหัวข้อวิจัย คอรัปชั่นและความโปร่งใสในระบบสาธารณสุข

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

ข้อมูลจากผลงานการวิจัยเรื่อง การคอรัปชั่นกับประชาธิปไตยไทยของศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งดำเนินการในระหว่าง ปี พ.ศ. 2534-2536 ได้ค้นพบเกี่ยวกับและมีข้อสรุปที่สำคัญอย่างน้อยที่สุด 3 ประการด้วยกัน กล่าวคือ

ประการแรก ทัศนคติของคนไทยกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ที่มีต่อการคอรัปชั่นนั้น มีลักษณะเฉพาะของตัวเอง สำหรับกลุ่มข้าราชการทหารและตำรวจนั้น พบว่าประเพณีนิยมปฏิบัติที่มีมาตั้งแต่สมัยดั้งเดิม ยังคงมีอิทธิพลต่อความคิด และการให้ความหมายของคำว่าคอรัปชั่นอยู่ค่อนข้างมากฉะนั้นพฤติกรรมการปฏิบัติของข้าราชการที่ไม่สอดคล้องกับแนวความคิดของการเป็น “บุคคลสาธารณะ” หรือ “ข้าราชการสมัยใหม่” จึงปรากฏให้เห็นอยู่โดยทั่วไป การฉ้อราษฎร์บังหลวงของข้าราชการด้วยความไม่รู้ หรือด้วยความบริสุทธิ์ใจจึงยังคงดำรงอยู่ค่อนข้างมาก

ประการที่สอง สาเหตุของการคอรัปชั่นของข้าราชการอยู่ที่ตัวระบบราชการมากกว่าอยู่ที่ตัวข้าราชการในฐานะปัจเจกบุคคล ฉะนั้นการแก้ไขปัญหาจะต้องวางน้ำหนักไปที่การแก้ไขปัญหาความคิด ความเชื่อของตัวระบบ ความไม่มีประสิทธิภาพของตัวระบบ ควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหาของตัวข้าราชการในฐานะปัจเจกบุคคล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของรายได้ สวัสดิการ จริยธรรมในการทำงาน ความคาดหวังและโอกาสในชีวิตของตัวข้าราชการในระยะยาว ฯลฯ

ประการที่สาม ประสิทธิภาพของตัวระบบราชการ หรือการบริหารราชการ แผ่นดินเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของการเกิดการคอรัปชั่นในวงราชการ อันนำไปสู่การสูญเสียเงินรายได้ของรัฐบาลการใช้จ่ายเงินของรัฐบาลอย่างไม่มีประสิทธิภาพ มีความลักลั่นในการให้บริการของข้าราชการแก่ผู้ที่มาติดต่อ ประชาชนผู้เสียภาษีไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ นักธุรกิจต้องใช้จ่ายเงินในการติดต่อกับหน่วยราชการมากขึ้น และธุรกิจต้องมีทุนในการประกอบกิจการสูงขึ้น

สำหรับรูปแบบของการคอรัปชั่นในกระทรวงสาธารณสุข จัดเป็นแบบ กินตามน้ำ การจัดซื้อจัดจ้าง (Procurement kickbacks) ด้วยวิธีการสินบนการจัดซื้อจัดจ้าง โดยเหตุการณ์การคอรัปชั่นในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ประมูลจัดซื้อเครื่องคอมพิวเตอร์ในวงเงินงบประมาณ 900 ล้านบาท ซึ่งจากการให้ข้อมูลของ นพ.วัลลภ ไทยเหนือ ซึ่งถูกปลดพ้นจากตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขหลังจากไปขวางทางขบวนการฮั้วประมูล พบว่ามีการเรียกเก็บค่าหัวคิวจากการประมูลดังกล่าวสูงถึง 20% นอกจากนี้กรณี น.พ.อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์ อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ยื่นใบลาออกเพื่อประท้วงความไม่เป็นธรรมภายในกระทรวงสาธารณสุขอีกคนหนึ่งออกมาแฉความไม่ชอบมาพากลในโครงการประมูลจัดซื้อรถพยาบาลฉุกเฉินจำนวนกว่า 200 คัน งบประมาณกว่า 500 ล้านบาท ว่ามีการจ่ายค่าหัวคิวจากบริษัทรถยนต์แห่งหนึ่งที่มีความใกล้ชิดกับแกนนำสำคัญในรัฐบาลในราคาคันละ 50,000 บาท รวมแล้วประมาณ 10 ล้านบาทเพื่อให้ได้รับการคัดเลือก ซึ่งหากกล่าวโดยทั่วไปแล้ววิธีการแบบนี้ก็คือมีการล็อกสเป็กเอาไว้เรียบร้อยแล้วนั่นเอง

อย่างไรก็ตามขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข มีการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามการทุจริตอีก 1 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติมาตรการของฝ่ายบริหารในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายใหม่ในการขจัดปัญหาการทุจริตและประพฤติมิชอบในวงราชการของเจ้าหน้าที่ตั้งแต่ระดับ 7 ลงมา ซึ่งการทุจริตเป็นปัญหาสำคัญของประเทศก่อให้เกิดความเสียหายต่อประเทศชาติ และมีผลกระทบต่อหน่วยงานรัฐเป็นอันมาก รัฐบาลได้กำหนดนโยบายและให้ความสำคัญเรื่องดังกล่าว เร่งรัดให้หน่วยราชการทุกหน่วย ดำเนินมาตรการเกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามทุจริตประพฤติ

มิชอบอย่างจริงจัง ด้วยการติวเข้มกฎหมาย ระเบียบวินัยข้าราชการ-ลูกจ้างประจำทั่วประเทศ สร้างความรู้ความเข้าใจ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยคุณธรรม จริยธรรม ไม่ประพฤติในทางทุจริตคอรัปชั่น ทั้งทรัพย์สินและเวลาราชการ รวมทั้งขอความร่วมมือเครือข่ายภาคประชาชนสอดส่อง แจ้งเบาะแสการทุจริตและประพฤติมิชอบของเจ้าหน้าที่รัฐทุกระดับ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

ศึกษาปัญหาคอรัปชั่นในระบบสาธารณสุข เพื่อค้นหาแนวทางเพื่อนำมาแก้ไขปัญหาและพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีความโปร่งใสและเป็นธรรม

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ (แบบย่อ) ปัญหาการคอรัปชั่น ทำให้เกิดปัญหาต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็น คอรัปชันทางนโยบายที่เอื้อต่อการเงินการคลัง หรือการพัฒนาต่างๆ ปัญหานี้มีผลต่อขวัญและกำลังใจ ทำให้ระบบบริการสุขภาพได้รับผลกระทบจนมีผลต่อการผิดพลาดต่อผู้ป่วยและส่งผลให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการชดเชยต่างๆ ดังนั้น จึงเห็นควรให้ศึกษาปัญหาคอรัปชั่นและความโปร่งใสในระบบสาธารณสุข เพื่อนำผลมาแก้ไขปัญหาและพัฒนาองค์กรสาธารณสุข และระบบสุขภาพของประเทศ

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	0	ปัจจุบันมีนโยบายสนับสนุนเพื่อป้องกันและปราบปรามการทุจริตในระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข	เป็นนโยบายที่มีอยู่แล้วอาจไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใด ๆ
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	ยังไม่ชัดเจนถึงขนาดปัญหาด้านสุขภาพ	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	จากข้อมูลการคอรัปชั่นที่ผ่านมาก่อให้เกิดความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจหลายร้อยล้านบาท	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านศีลธรรมจริยธรรมในสังคมอย่างกว้างขวาง	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	1	ไม่พบงานวิจัยที่ทำประเด็นเดียวกันนี้ในประเทศไทย	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ไม่เกี่ยวกับประเด็นด้านความหลากหลายในทางปฏิบัติ	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติยังมีความคลุมเครืออย่างมาก เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมายทั้งปัจจัยทางเทคนิคของระบบราชการ ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่และปัจจัยทางการเมือง	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	ความตื่นตัวของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับปัญหาการคอรัปชั่นในระบบราชการมีมากขึ้น และมีข้อเสนอถึงความจำเป็นจะต้องมีจริยธรรมในการบริหารของระบบราชการ	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
		หรือ Good Governance in Bureaucracy	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

1.ผาสุก พงษ์ไพจิตร. คอรัปชั่นกับประชาธิปไตยไทย เศรษฐกิจนอกกฎหมายและนโยบายสาธารณะในประเทศไทย และการคอรัปชั่นในระบบราชการไทย. ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.ทีมโฆษกพรรคประชาธิปัตย์. ทุจริต สธ.รัฐบาลเมินแก้ปัญหาคอร์รัปชั่น. [สืบค้นเมื่อ 25 ธ.ค. 2552] แหล่งข้อมูล: URL: http://www.ryt9.com/s/ryt9/146660

3.สำนักสารนิเทศ. สธ. ติวเข้มกฎหมาย ระเบียบวินัยข้าราชการ-ลูกจ้าง ป้องกันปัญหาทุจริต คอรัปชั่น. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน สำนักงานสารนิเทศและปราชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข.21 ก.ค.2551. [สืบค้นเมื่อ 25 ธ.ค. 2552] แหล่งข้อมูล: URL: http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=17162

หัวข้อที่ 114

ชื่อหัวข้อวิจัย การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาของแพทย์และกลวิธีในการเปลี่ยนพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

นิยามของคำว่า การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีประสิทธิผล สนับสนุนด้วยหลักฐานที่มีคุณภาพ ให้ประโยชน์ทางคลินิกที่เหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสมคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เป็นการใช้ยาตามขั้นตอนที่ถูกต้องตามแนวทางการพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใช้ยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายค่ายานั้นได้อย่างยั่งยืน และเป็นการใช้ยากับผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

สำหรับปัจจัยที่มีผลทำให้แพทย์สั่งใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลมีหลายประการ เช่น ธรรมเนียมของเวชปฏิบัติทั่วไปของแพทย์ไทยที่คิดค่ายาและค่ารักษาเหมารวมกัน กลอุบายการตลาดของบริษัทยา ซึ่งหากแพทย์มีการสั่งใช้ยาอย่างอย่างไม่เหมาะสมจะมีผลต่อระบบการรักษาพยาบาลหลายประการ เช่น เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คุณภาพการรักษาพยาบาลต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสี่ยงจากอันตรายของยาเพิ่มขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์มีหลายวิธี เช่น 1) การให้ความรู้แก่แพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับยาผ่านทางเอกสาร การให้ความรู้เป็นกลุ่มการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ และการให้ความรู้ด้วยการสนทนาโดยตรง 2) การให้ข้อมูลแบบย้อนกลับ 3) ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 4) การใช้ระบบบัญชียาในโรงพยาบาล 5) วิธีการอื่นๆ

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาของแพทย์
2. เพื่อหากลวิธีในการเปลี่ยนการสั่งใช้ยาของแพทย์ทั้งในแง่เฉพาะกรณีที่ศึกษา และเชิงระบบยาของประเทศ

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

ในประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยกวับพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาของแพทย์ และกลวิธีที่ควรใช้ในการเปลี่ยนการสั่งใช้ยาของแพทย์น้อยมาก เช่น การเปลี่ยนแปลงการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูง (hyperlipedemia) จากยาต้นแบบ (brand name) เป็นยาสามัญ (generic name) หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) ให้ตรงตามแนวทางการรักษาพยาบาลของ the American Collage of cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA Guidelines) เป็นต้น ซึ่งหากมีการทำการศึกษานี้ ข้อค้นพบที่ได้จะทำให้สามารถนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสั่งยาของแพทย์ในโรงพยาบาลกรณีเฉพาะที่ศึกษา และนำไปประยุกต์ใช้กับแพทย์และระบบยาทั้งประเทศ เพื่อให้เกิดการสั่งใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลให้ดีขึ้น

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	มีความเป็นไปได้หากจากผลการศึกษามีกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแพทย์ ซึ่งหากมีแนวทางในการปฏิบัติที่ดีพอก็นำไปสู่นโยบายได้โดยง่าย ซึ่งในปัจจุบันได้มีคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติปี 2551 เพื่อเป็นแนวทางในการใช้ยาของแพทย์ ซึ่งหากจากการศึกษาวิจัยนี้ ได้กลวิธีที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสั่งยาของแพทย์ ก็สามารถนำมาใช้ควบคู่กับคู่มือนี้ได้เป็นอย่างดี	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	0	การศึกษาพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของคนไข้ แต่ยังไม่มีข้อมูลการศึกษาชัดเจนว่าหากแพทย์สั่งใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนมากน้อยแค่ไหน มีการศึกษาถึงประเด็นเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพค่อนข้างมาก หากมีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยดื้อยา รักษาโรคให้หายได้ยากมากขึ้น และไม่สามารถใช้ยาต้านจุลชีพรุ่นเก่าที่มีราคาถูกได้ แต่จำเป็นต้องเปลี่ยนไปใช้ยาต้านจุลชีพที่มีฤทธิ์สูงขึ้น และมีราคาแพงมากขึ้นในการรักษา	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	มีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจค่อนข้างสูงเนื่องจากจากข้อมูลการบริโภคยาของคนไทยในปี 2548 คิดเป็น 186,331 ล้านบาท หรือคิดเป็น ร้อยละ 42.84 ของรายจ่ายด้านสุขภาพ 1 ใน 3 จากการใช้ยาของคนไทย เป็นการตัดสินใจและเลือกใช้ยาจากคำแนะนำของผู้บริโภคเอง โดยมาจากคำแนะนำจากญาติ เพื่อน หรือการโฆษณา ส่วน 2 ใน 3 เป็นการบริโภคโดยผ่านการตัดสินใจหรือคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	การใช้ยาอย่างไม่สมหตุผลสร้างปัญหาใหญ่ให้กับประชาชนในสังคม ซึ่งหากมีการใช้ยาอย่างถูกต้องตามข้อบ่งใช้ผลประโยชน์ที่ได้รับก็ตกกับประชาชน รวมถึงประชาชนจะได้รับความเสี่ยงจากอันตรายของยาลดลง	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์ แต่ยังมีไม่มากนัก	
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	1	การักษาของแพทย์เป็นศิลปะแขนงหนึ่ง ทำให้แม้โรคเดียวกันแต่แพทย์แต่ละคนก็รักษาหรือสั่งใช้ยาให้แก่คนไข้แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยในสั่งใช้ยาย่อมแตกต่างกัน เช่น หลักสูตรในโรงเรียนแพทย์ นักเรียนแพทย์ใช้ยาตาม	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
		อาจารย์แพทย์ แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ได้รับประสบการณ์ในการใช้ยา เป็นต้น นอกจากนี้ในสถานพยาบาลยังมีปัจจัยเรื่องสิทธิในการรักษาของคนไข้ที่แตกต่างกัน ทำให้การใช้ยาแตกต่างกันไปตามแต่ละสิทธิที่ได้รับสวัสดิการ ส่วนใหญ่จะเป็นบทความเกี่ยวกับแพทย์สั่งใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล โดยแพทย์เป็นผู้เขียนบทความขึ้น ซึ่งบางบทความได้เขียนถึงสาเหตุปัจจัย ผลกระทบ รวมถึงการแก้ไขปัญหาการสั่งใช้ยาใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล นอกจากนี้ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาในบางกลุ่มให้เหมาะสมเช่น ยาต้านจุลชีพ ซึ่งงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษามาตรการส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาลในประเทศไทย	
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	0	การไปประเมินพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์ อาจเป็นสิ่งที่ทำได้ค่อนข้างลำบาก และอาจขาดความร่วมมือของกลุ่มแพทย์ในระหว่างการศึกษาวิจัย และเมื่อผลการศึกษาวิจัยออกมา อาจยากต่อการยอมรับของแพทย์ทั้งหลาย เพราะอาจมีเจตคติที่ไม่ดีตั้งแต่ต้น จึงทำให้ยากต่อการนำไปปฏิบัติ	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	0	อาจไม่เป็นที่สนใจของสาธารณชน มากนัก เนื่องจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์ เป็นเรื่องที่สนใจเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น	
รวม	4		

3. เอกสารอ้างอิง

[1] Majumdar SR, Soumerai SB. Why most interventions to improve physician prescribing do not seem to work. Cmaj. 2003 Jul 8;169(1):30-1.

[2] การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพมหานคร.

[3] นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล. ปัญหาการใช้ยาในสถานพยาบาล 4 การสั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (2). 15 กุมภาพันธ์ 2546;2(4).

[4] นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล. คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติปี 2551.

[5] นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล. ปัญหาการใช้ยาในสถานพยาบาล 2 รูปแบบของปัญหา. 15 มกราคม 2546 ;2(2).

[6] ภญ. จิราพรรณ เรืองรอง , ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์, ผศ.ดร. อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ดร.ภญ. ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. รายงานการวิจัยการศึกษามาตรการส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล ในโรงพยาบาลในประเทศไทย.

[7] ศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญ สถาปนกุล. ปัจจัยที่มีผลทำให้แพทย์สั่งยาอย่างไม่สมเหตุผล. [cited 22 ธันวาคม 2552]; Available from: http://www.med.cmu.ac.th/ethics/medethic/med003.htm

หัวข้อที่ 115

ชื่อหัวข้อวิจัย ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามหลักการการสาธารณสุขมูลฐาน

1 บทนำ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการยกระดับศักยภาพของสถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในระดับตำบล โดยมุ่งให้มีคุณลักษณะสำคัญ ดังนี้

ขอบเขตการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้

1.1.1. ดำเนินการเชิงรุก 1) โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ 2) บริการอย่างต่อเนื่องและสามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยง หรือส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการโดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉิน ก็มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

3) มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม โดยมีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่น ในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น

1.1.2.พื้นที่การทำงาน มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ อย่างชัดเจน 2. เปลี่ยนระบบแนวคิดโดยถือว่าพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดเป็น “พื้นที่สำนักงาน” เช่น การใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (home ward)

1.1.3.บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 1) มีความรู้และทักษะในการให้บริการผสมผสาน และมีทักษะเพิ่มเติมเฉพาะด้าน 2) มีศักยภาพในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม 3) มีศักยภาพในการทำงานเชิงรุกในชุมชน 4) มีศักยภาพในการใช้และการจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

1.1.4.การบริหารจัดการ สนับสนุนการปฏิรูประบบการบริหารจัดการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน โดยมีเป้าหมายร่วมให้เกิดระบบที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ

1.1.5.ระบบสนับสนุน (supporting system) 1) ระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ 2) ระบบการปรึกษาโรงพยาบาลพี่เลี้ยงตลอดเวลา 3) ระบบเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลพี่เลี้ยง บุคลากร มีบุคลากร 5-10 คน ขึ้นอยู่กับภาระงานของสถานบริการ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีจำนวนบุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพตามจำนวนประชากรและภาระงานของแต่ละพื้นที่ โดยพิจารณาจากสัดส่วนของประชากรต่อเจ้าหน้าที่ประมาณ 1:1,250 คน ทั้งนี้อาจมีแพทย์และบุคลากรแพทย์แผนไทย เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ไปร่วมให้บริการทั้งเต็มเวลาหรือบางเวลาตามความจำเป็นและความเหมาะสม

1.2 จุดประสงค์งานวิจัย/คำถามวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน2.เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพที่สุด
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของ “ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” ให้มีขีดความสามารถในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และเชิงรุก
3. เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

2 เหตุผลสำหรับที่คัดเลือก / ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

2.1 เหตุผลในมุมมองของผู้ส่งหัวข้อ

1. ระดับนโยบาย (จังหวัด/ส่วนกลาง) นำรูปแบบบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล (รพสต.)ไปพัฒนาระบบสนับสนุนและขยายผล
2. ภาคีเครือข่ายระดับท้องถิ่นพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน คุ้มค่า คุ้มทุน
3. ประชาชนมีความพึงพอใจ และมีส่วนร่วมสนับสนุนอย่างยั่งยืน

2.2 เหตุผลในมุมมองของผู้ทบทวน (รายละเอียดหัวข้อตามตาราง)

1.ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) อยู่ในระยะที่ 2 ขยายผลให้ครอบคลุมสถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน เพิ่มอีกจำนวน 1,000 แห่งในปี 2553 และเพิ่มเติมให้ครบ 9,000 แห่งในปี 2555 (กันยายน 2553-2555) มีผู้รับผิดชอบโครงการแล้วคือ

1) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช)
2) สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส)
3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)
4) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส)

และมีการพัฒนาระบบการติดตามเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดและประเมินผลภายในและภายนอกเป็นระยะๆ ซึ่งตัวชี้วัด (performance indicator) สำหรับติดตามและประเมินผล เช่นตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวชี้วัดเชิงบริหารจัดการโครงการ เป็นต้น

<u>หัวข้อนี้ไม่ผ่านการคัดเลือกเนื่องจากมีผู้ทำวิจัยอยู่แล้ว</u>

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
1.ผลการประเมินมีแนวโน้มในทางนโยบาย	1	เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการรพสต.ไปพัฒนาระบบสนับสนุน	
2.ขนาดของปัญหาสุขภาพ	1	เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค 9,000 ตำบล ในปี พ.ศ. 2555	
3.ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	1	ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเนื่องจากการบริหารจัดการเน้นการ สร้างเสริมมากกว่าซ่อมสุขภาพ	
4.ผลกระทบด้านสังคม	1	เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานและส่งเสริมการป้องกันโรค	
5.ไม่เคยมีผู้ทำวิจัยมาก่อน(ในประเทศไทย)	0	ขณะนี้อยู่ระยะที่ 2 ของโครงการซึ่งมีผู้รับผิดชอบแล้ว	จำนวน 4 แห่ง
6.มีความหลากหลายในทางปฏิบัติหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วย	0	ประชาชนในท้องถิ่นสามารถเข้าร่วมโครงการได้เลย เนื่องจาก รพสต. เป็นบริการขั้นปฐมภูมิ	

เกณฑ์	คะแนน	เหตุผล	ประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ
7.ความเป็นไปได้ในการนำไปเปลี่ยนแปลงในระดับผู้ปฏิบัติ	1	มีความเป็นไปได้ เนื่องจาก รพสต. ได้เกิดขึ้นแล้วตามโครงการไทยเข้มแข็ง	
8.เป็นที่สนใจของสาธารณะ / สังคม	1	เนื่องจาก รพสต. เริ่มจัดขึ้นในปีนี้และมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้	
รวม	6		

3. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; [Cited 19 ธันวาคม 2552]; Avialable from http://hph.moph.go.th/node.