

รายงานการประชุมวิชาการ  
เรื่อง  
13<sup>th</sup> Wonca World Rural Health Conference 2015  
ระหว่างวันที่ ๑๕ – ๑๘ เมษายน ๒๕๕๘  
ณ เมืองดูบรอฟนิก สาธารณรัฐโครเอเชีย

โดย

- |                    |                    |  |
|--------------------|--------------------|--|
| ๑. นายสามารถ       | ตันอริยกุล         | ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์  |
| ๒. นายสุรินทร์     | กุ่มเจริญประสิทธิ์ | รองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์   |
| ๓. นายชูวิทย์      | ประดิษฐบาทุกา      | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง   |
| ๔. นางกันธิมา      | ธัญยาธูธ           | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์   |
| ๕. นายสุภกิจ       | ฉัตรไชยาฤกษ์       | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ<br>โรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์                    |
| ๖. นายกมล          | ศรีจันทิก          | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ<br>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานการแพทย์     |
| ๗. นายธรรม         | วิทย์วัฒน์         | นายแพทย์ชำนาญการ<br>โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานการแพทย์                      |
| ๘. นายพรเทพ        | แช่เฮ้ง            | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ<br>ศูนย์บริการการแพทย์กรุงเทพมหานคร สำนักงานการแพทย์ |
| ๙. นางสาวสุพรรณิณี | พูนเพิ่มสุขสมบัติ  | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>กองวิชาการ สำนักงานการแพทย์                 |





รายงานการประชุมวิชาการ  
เรื่อง 13<sup>th</sup> Wonca World Rural Health Conference 2015  
ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๘ เมษายน ๒๕๕๘  
ณ เมืองคูบรอฟนิค สาธารณรัฐโครเอเชีย

---

## ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ/นามสกุล นายสามารถ ตันอริยกูล  
การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต วุฒิบัตรอายุรศาสตร์  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อายุรแพทย์  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์  
หน้าที่ความรับผิดชอบ ขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การบริหารงานด้านการแพทย์และ  
สาธารณสุขของโรงพยาบาลในสังกัดให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ของ  
ผู้บริหารกรุงเทพมหานคร
- ๑.๒ ชื่อ/นามสกุล นายสุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์  
การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต วุฒิบัตรศัลยศาสตร์  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ศัลยแพทย์ยูโร  
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์  
หน้าที่ความรับผิดชอบ ขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การบริหารงานด้านการแพทย์และ  
สาธารณสุขของโรงพยาบาลในสังกัดให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ของ  
ผู้บริหารกรุงเทพมหานคร
- ๑.๓ ชื่อ/นามสกุล นายชูวิทย์ ประดิษฐบาทุกา  
การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต วุฒิบัตรศัลยศาสตร์  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ศัลยแพทย์ยูโร  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง  
หน้าที่ความรับผิดชอบ สนองนโยบายฯ โดยกำกับดูแล ควบคุมการดำเนินการด้านการแพทย์  
และสาธารณสุขของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ
- ๑.๔ ชื่อ/นามสกุล นางกนิษฐา ธีรยาวิวัฒน์  
การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต วุฒิบัตรอายุรศาสตร์  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อายุรแพทย์  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์  
หน้าที่ความรับผิดชอบ สนองนโยบายฯ โดยกำกับดูแล ควบคุมการดำเนินการด้านการแพทย์  
และสาธารณสุขของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ
- ๑.๕ ชื่อ/นามสกุล นายสุภกิจ ฉัตรไชยาฤกษ์  
การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต วุฒิบัตรศัลยศาสตร์  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ศัลยแพทย์  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกลาง  
หน้าที่ความรับผิดชอบ แพทย์ประจำโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยในสาขาที่เกี่ยวข้อง

- ๑.๖ ชื่อ/นามสกุล นายกมล ศรีจันทิก  
การศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิต วุฒิปัตรสติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สติ-นรีแพทย์  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์  
หน้าที่ความรับผิดชอบ แพทย์ประจำโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยในสาขาที่เกี่ยวข้อง
- ๑.๗ ชื่อ/นามสกุล นายธรรม วิทย์วัฒน์  
การศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิต วุฒิปัตรอายุรศาสตร์  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อายุรแพทย์  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร  
หน้าที่ความรับผิดชอบ แพทย์ประจำโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยในสาขาที่เกี่ยวข้อง
- ๑.๘ ชื่อ/นามสกุล นายพรเทพ แซ่เฮ้ง  
การศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิต วุฒิปัตรสติศาสตร์  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ศัลยแพทย์  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร  
หน้าที่ความรับผิดชอบ แพทย์ประจำศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานครที่ให้บริการ  
ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว  
และชุมชน
- ๑.๙ ชื่อ/นามสกุล นางสาวสุพรรณิ พูนเพิ่มสุขสมบัติ  
การศึกษา พยาบาลศาสตร์บัณฑิต  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาล  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองวิชาการ  
หน้าที่ความรับผิดชอบ วางแผนพัฒนาการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดย  
ประสานความร่วมมือกับส่วนราชการในสังกัดสำนักงานการแพทย์

ชื่อเรื่อง/หลักสูตร การประชุมวิชาการ เรื่อง 13<sup>th</sup> Wonca World Rural Health Conference 2015

สาขา -

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ดูงาน  
 ประชุม/สัมมนา  ปฏิบัติงานวิจัย

แหล่งผู้ให้ทุน กรุงเทพมหานคร

งบประมาณ เงินงบประมาณประจำปี พ.ศ.๒๕๕๘ และเงินนอกงบประมาณประเภทเงินบำรุงโรงพยาบาล  
สำนักงานการแพทย์

ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๒๐ เมษายน ๒๕๕๘

รวมระยะเวลาได้รับทุน ๘ วัน

ภายใต้โครงการ -

ของหน่วยงาน -

คุณวุฒิ/วุฒิปัตร์ที่ได้รับ -

## ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการประชุม

### ๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรให้มีความรู้ด้านการดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้นที่ทันสมัย และกระตุ้นให้เกิดการบูรณาการจัดการความรู้กับงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

๒.๑.๒ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมนโยบายของสำนักงานการแพทย์ในด้านส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มุ่งสร้างสังคมสุขภาวะและประชาชนมีสุขภาพดี

### ๒.๒ เนื้อหา (โดยย่อ)

13<sup>th</sup> Wonca World Rural Health Conference 2015 วันที่ ๑๕ - ๑๘ เมษายน ๒๕๕๘

“Breaking down barriers, bringing people together”

เพื่อแสดงให้เห็นว่าปัญหาทุกอย่างทางการแพทย์ในเขตชนบท สามารถหาทางแก้ไขได้ จากการร่วมมือกันของกลุ่มคนที่ยอมอุทิศตนให้กับการพัฒนาการแพทย์ในเขตชนบท

การประชุมฯ ครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจาก KoHOM (Croatian Coordination of Family Physician)

เนื้อหาของการประชุมฯ ประกอบด้วย

- Oral ๗๙ topics
- Workshop ๔๗ topics
- Poster ๘๘ topic

#### ๒.๒.๑ Quality indicators for rural hospitals staffed by family physicians

การวัดมาตรฐานการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลโดยตัวชี้วัด มักถูกนำมาใช้ในการบริการโรงพยาบาลในด้านต่างๆ เช่น การรายงานข้อมูลสู่สาธารณะ การพิจารณางบประมาณ การส่งข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารระดับสูงใช้ในการบริหาร อย่างไรก็ตามตัวชี้วัดเหล่านี้มักออกแบบมาเพื่อใช้กับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งมักไม่เข้ากับการให้บริการของโรงพยาบาลที่อยู่ในขนาดเล็ก จำนวนผู้ป่วยน้อยกว่า จึงควรมีการปรับปรุงตัวชี้วัดต่างๆ เพื่อให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา เริ่มจากการนำข้อมูลโรงพยาบาลเล็ก ๑๑ แห่ง ทางตอนเหนือ ตะวันตกของ Ontario Canada โดยเก็บข้อมูลการใช้ทรัพยากร

๑) เริ่มจากหากลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด (COPD CHF) การทำกายภาพบำบัด และข้อมูลสุขภาพจิตของประชาชน ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย (Falling Nosocomial infection)

๒) การค้นหางานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์ในชนบทเพื่อค้นหาตัวชี้วัดที่เข้ากับโรงพยาบาลขนาดเล็ก โรคที่พบบ่อย ภาวะแทรกซ้อนและปัญหาด้านการส่งต่อผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงการใช้เวลา ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า ความเท่าเทียม ประสิทธิภาพที่คนไข้ได้รับและด้านความปลอดภัย

๓) การรวบรวมตัวชี้วัดต่างๆ ที่ได้จากการค้นหาและเพิ่มเติมตัวชี้วัดที่สนใจโดยการนำตัวชี้วัดทั้งหมดเข้ามาวิเคราะห์โดย ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลและผู้จัดการด้านคุณภาพ

ผลการศึกษา การทำงานนี้ได้ตัวชี้วัดต่างๆ และมีข้อสังเกต คือ

๑) การวางเป้าหมายด้านการรักษาควรวางเป้าไว้หลายปี เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยไม่มาก จึงต้องใช้เวลามากขึ้นเพื่อให้ได้ความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

๒) โรงพยาบาลขนาดเล็กควรพิจารณาวางแผนการวิจัยมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่รวดเร็วยิ่งขึ้น

### ๒.๒.๒ The Health of Rural Population of Serbia

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเขตชนบท คือ โครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข การขนส่งที่ไม่พอเพียงเป็นปัญหาของการเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของคนในชนบท ส่วนใหญ่ปัญหาของประชาชนในชนบทคือการเจ็บป่วยจากการทำงานหนัก การทำงานมากกว่า ๘ ชั่วโมงต่อวัน การทำงานในสภาพอากาศที่แตกต่าง การสัมผัสสารฆ่าแมลง การรับแสงแดดมากเกินไป ปัญหาที่จำเพาะกับการเกษตรชนบท คือ การใช้แรงงานเด็ก และเด็กได้รับสารเคมีต่างๆ ที่อันตรายเหมือนกับผู้ใหญ่ การแก้ไขปัญหาคือต้องการความร่วมมือจากหลายระดับ เพื่อยกระดับการกระตุ้นและช่วยเหลือเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาด้านสาธารณสุขเหล่านี้

### ๒.๒.๓ Influence of community involvement in establishing a medical school in remote area in Brazil

ปัจจุบันรัฐบาลบราซิลมีนโยบายในการเพิ่มโรงเรียนแพทย์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงโอกาสทางการรักษาและเป็นการให้โอกาสนักเรียนในชนบทให้มีโอกาสได้เรียนเพื่อเป็นแพทย์

วิธีดำเนินการ การศึกษาได้ทำที่ the Multicampi School of Medical Sciences linked to the Federal University of Rio Grande do Norte ซึ่งอยู่บริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศบราซิล ศึกษาโดยการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในชุมชน ศึกษารายงานการเลือกครูและสัมภาษณ์นักเรียนแพทย์

ผลการศึกษา ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างมากในเรื่อง

- ๑) กำหนดหลักสูตรและวิธีการเรียนการสอน
  - ๒) การรับนักศึกษาโดยให้สิทธิพิเศษกับนักเรียนที่บ้านอยู่ใกล้กับมหาวิทยาลัย โดยให้คะแนนพิเศษ ๒๐% ในการสอบคัดเลือก
  - ๓) การเลือกครู ประชาชนในชุมชนเลือกแพทย์ในพื้นที่เข้ามาเป็นอาจารย์สอน
- บทสรุป การที่ประชาชนมีส่วนร่วมกำหนดการศึกษามีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเนื่องจากเชื่อว่าการสอนโดยให้นักเรียนเป็นศูนย์กลางร่วมกับการคัดเลือกนักเรียนและอาจารย์ด้วยวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งช่วยให้สามารถผลิตแพทย์ที่มีความตั้งใจที่จะทำงานในพื้นที่ชนบทของบราซิลได้

### ๒.๒.๔ Pulling it all together – The NZ way - Active government support for rural health providers - lessons learnt and impact

การทำให้แพทย์ทำงานอยู่ในเขตชนบทถือเป็นปัญหาระดับโลก การให้ความช่วยเหลือครอบครัวของแพทย์เหล่านี้เป็นการป้องกันการย้ายออก การให้วันหยุดและให้พักโดยไม่ต้องทำงานถือเป็นมาตรการช่วยให้แพทย์ทำงานได้ในระยะยาว โดยแพทย์ที่ทำงานในที่ที่เป็นชนบทความเครียดก็ยิ่งสูงตามมา ซึ่งสัมพันธ์กับการอยู่เวรมาก แพทย์เหล่านี้ ยังมีข้อจำกัดเรื่องการเดินทางและค่าที่พัก การที่มีคนใช้น้อยยังส่งผลกระทบต่อรายได้ของแพทย์อีกด้วย

วิธีดำเนินการ ในปี ๑๙๙๖ การบริการด้านแพทย์ในชนบทได้เกิดขึ้น โดยทำการจ้างแพทย์เป็นรายปี โดยเริ่มการจ้างที่เกาะใต้ โดยได้รับเงินทุนจากรัฐบาล โครงการประสบความสำเร็จอย่างมากเป็นเวลาหลายปีและได้เป็นต้นแบบของทั้งประเทศ จนปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มสัญญาเป็นสามปีในทุกพื้นที่ชนบทของนิวซีแลนด์

ผลการศึกษา โครงการจ้างแพทย์ในชนบทนี้ ปัจจุบันดำเนินการมาได้เก้าปี มีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นจนเกินเป้าที่ตั้งไว้ ช่วยให้ไม่มีแพทย์มาดูแลในเขตชนบทในระยะยาว นอกจากนี้โครงการยังขยายไปสู่การพยาบาล ช่วยให้ระบบมีความมั่นคงและยั่งยืน จึงเป็นการแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในเขตชนบทของนิวซีแลนด์

บทสรุป การได้รับการสนับสนุนเงินทุนจากรัฐช่วยให้เกิดระบบการดูแลประชาชนในเขตชนบทถือเป็นสิ่งที่ประเมินค่ามิได้ในการพัฒนาชนบทอย่างยั่งยืน สามารถเป็นตัวอย่างให้ประเทศอื่นๆ นำไปเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบของตนเองต่อไป

### ๒.๒.๕ Monitoring patients

การติดตามการรักษาในผู้ป่วย acute และ chronic disease มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษาได้ออกแบบใช้โปรแกรมเอกเซล

๑. กรอกข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย
๒. คำนวณว่าจะต้องติดตามอย่างไรบ้าง
๓. คำนวณว่าต้องใช้ทรัพยากรในการติดตามเท่าไร ใช้เวลาของบุคลากรเท่าไร
๔. มอบหมายงานให้บุคลากร ต่อวัน สัปดาห์ ปีโดยงานที่มอบหมายต้องไม่เกินครึ่ง

ของงานประจำ

### ๒.๒.๖ การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในหมู่ผู้ป่วยเบาหวานทั้งในเมืองและชนบท

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินคุณภาพของการคัดกรองโรคเบาหวานในเบื้องต้นดูแลผู้ป่วยในกรีซเปรียบเทียบกับระหว่างในเมืองกับในชนบท โดยประเมินจากค่า HbA<sub>1c</sub> และการเข้าถึงการตรวจรักษาป้องกัน

วิธีดำเนินการ การสังเกตการศึกษาภาคตัดขวางในผู้ป่วยจำนวน ๔,๒๘๖ คน อายุเฉลี่ย ๖๙.๗ ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [SD]: ๑๗.๗) กับโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ หรือ ๒ หลักจากทั้งในเมืองและชนบท การตั้งค่าการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยจะถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่มตามการรักษาในปัจจุบันและการประเมินค่า HbA<sub>1c</sub> ของพวกเขา ระดับที่ได้จากการบันทึกสุขภาพทางการแพทย์ของพวกเขา แบบสอบถามในการตรวจสอบสุขภาพ ถูกใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นำเสนอ

#### ผลการศึกษา

๑) ค่าเฉลี่ยค่า HbA<sub>1c</sub> เป็น ๗.๔๔ (SD: ๑.๒๑) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ กับ ๖.๙๓ (SD ๐.๙๘) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

๒) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ขึ้นอยู่กับความสะดวกในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยในเมืองมีการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมที่ดีกว่าผู้ป่วยนอกเมือง (odds ratio [OR] ๒.๕๘, ๙๕% CI : ๒.๑๕, ๓.๑๑)

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ขึ้นอยู่กับ การตรวจเลือดและตรวจรักษา รวมถึง การเข้าถึงการรักษาเบาหวาน (OR ๑.๖๗, ๙๕% CI: ๑.๓๕, ๒.๐๖)

๓) ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทได้รับการควบคุมเบาหวานที่แย่กว่าผู้ป่วยที่อาศัยในเมือง โดยที่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ (OR ๐.๗๑, ๙๕% CI: ๐.๕๕, ๐.๙๑) และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ (OR ๐.๗๐, ๙๕% CI: ๐.๕๐, ๐.๙๗)

บทสรุป ผู้ป่วยในเขตชนบทและยากที่จะเข้าถึงมีการดูแลสุขภาพควบคุมระดับน้ำตาลแย่กว่าหรือด้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในเมืองที่มีพื้นที่และเข้าถึงได้ง่าย ดังนั้นบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทควรได้รับการสนับสนุนในการเข้าถึงที่ดี ในการดูแลจัดการผู้ป่วยเบาหวานที่ดีขึ้น

## ๒.๒.๗ การคัดกรองโรคเบาหวานโครงการ Retinopathy โดย Teleophthalmology ในพื้นที่สุขภาพในชนบท

โครงการตรวจคัดกรองเบาหวานโดย Teleophthalmology ถูกนำมาใช้ในพื้นที่ชนบทในครั้งแรกในช่วงไตรมาสของปี ๒๐๑๓

### วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อการป้องกันการตาบอดในผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานพยาบาลปฐมภูมิ
- ๒) เพื่อเลี่ยงการเดินทางผู้ป่วยจากพื้นที่ชนบทเพื่อเข้าหาจักษุแพทย์ในเมือง และช่วยประสานงานระหว่างจักษุแพทย์ เพื่อความช่วยเหลือทางการแพทย์

โดยพื้นที่สุขภาพมีประชากรอาศัยอยู่ ๗,๐๑๐ คน มีจำนวน ๔๖๔ คนได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ความชุกของ ๖.๖๒%) ศูนย์สุขภาพตั้งอยู่ห่างจากเมือง ๕๐ กิโลเมตร ก่อนโครงการเริ่มต้นขึ้นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลได้รับการฝึกอบรมในการใช้ retinograph เพื่อจับภาพของตา และการส่งมอบผู้ป่วยให้เข้าถึงการดูแลโดยจักษุแพทย์

WONCA ๒๐๑๕ นำเสนอผลที่ได้รับจากการศึกษาที่ทำในระหว่างระยะเวลาสองปีของการพัฒนาโครงการ ซึ่งมีการประเมินผู้ป่วยเกือบ ๓๐๐ คน เพื่อตรวจสอบร้อยละของผู้ป่วยที่มีเบาหวานระดับความรุนแรงและความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ ปัจจัยเสี่ยงของการวิวัฒนาการของโรคเบาหวาน ระดับการควบคุมการเผาผลาญของการเจ็บป่วย นอกจากนี้ ในผู้ป่วยเบาหวานที่เราจะวิเคราะห์วิวัฒนาการของความเอาใจใส่ในการดูแลของจอประสาทตาของพวกเขา การศึกษาต่อไปของความพึงพอใจของผู้ใช้และผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของระบบ teleophthalmology ในการตรวจคัดกรองของพยาธิสภาพนี้ ซึ่งค่าใช้จ่ายมากเพื่อสร้างและสามารถมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

แนวคิดที่ได้จากการประชุมในครั้งนี้ เพื่อนำไปใช้ในสำนักการแพทย์เกี่ยวกับการที่มีการคัดกรองจอประสาทตาเบาหวานด้วยการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในโรงพยาบาลเล็กที่ไม่มีจักษุแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเล็กได้เข้าถึงการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเพื่อลดอัตราการตาบอด

## ๒.๒.๘ การเปรียบเทียบของผู้ป่วยไร้บ้านในเขตเมืองและเขตชนบท, ควรมีการเปลี่ยนแปลงการบริการทางการแพทย์หรือบริการทางสังคมอย่างไร

ในพื้นที่ Pyrenees Orientale ทางเลือกและพื้นที่ของแหล่งที่พักขึ้นกับว่าคนอยู่ในพื้นที่ชนบทหรือเขตตัวเมือง เพราะฉะนั้นจึงเลือกที่จะศึกษาว่ามีความแตกต่างในการระบาดระหว่างพื้นที่เมืองและพื้นที่ชนบทอย่างไร

### วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อค้นหาปัจจัยที่หลายหลากของการระบาดในกลุ่มผู้ป่วยไร้บ้านเกิดขึ้นในพื้นที่ตัวเมืองและชนบท

- ๒) เพื่อชี้้นำการสังเกตการณ์สาธารณสุขเพื่อประเมินสถานะของทั้งการจ้างงานและการประกันสุขภาพของผู้ป่วยไร้บ้าน

วิธีดำเนินการ การศึกษาด้วยการสังเกตได้เริ่มขึ้นในวันที่ ๑ สิงหาคม ค.ศ. ๒๐๑๓ และติดตามไปอีกหนึ่งปีในชุมชนคนไร้บ้าน สองในสามมีฐานที่ตั้งอยู่ในเมือง และแห่งที่สามอยู่ในพื้นที่ชนบท

ผลการศึกษา ผู้ป่วยจำนวน ๗๑๗ คน ในเขตเมือง และ ๑๔๑ คน ที่เขตชนบทในแง่ของอายุในการนำเสนอ ๔๑.๙% ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า ๕๐ ปี ในเขตชนบท แต่ทว่าในเขตเมือง ๘๐% ของผู้ป่วยกลับมีอายุน้อยกว่า ๕๐ ปี ในศูนย์ของเขตเมืองผู้ป่วยจะมาจากต่างประเทศหรือเขตเมืองฝรั่งเศส ๓๕.๓% และ ๓๕.๘% ในเวลาตามลำดับ แตกต่างกันในเขตชนบทที่ผู้ป่วยมาจากเขตเดียวกันถึง ๕๘.๙% และ ๒๐.๕%

ตามลำดับ เนื่องจากเหตุผลในการนำเสนอ เหตุผลหลักของการขอคำปรึกษาคือ ปัญหาด้านจิตใจ ๑๓.๓% ในเขตเมืองและปัญหาด้านระบบทางเดินหายใจ ๑๗.๗% ในเขตชนบท ความแพร่หลายของพฤติกรรมทำซ้ำๆ ที่แตกต่างกันได้แสดงออกเช่นกัน มีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ถึง ๙๗.๕% ในเขตเมือง แต่ ๕๕.๓% ในเขตชนบท ในเรื่องการติดยา มันถูกใช้ทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยไร้บ้านในเขตเมือง ๒๐.๒% และในเขตชนบท ๖.๔% ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์มีในอัตราเท่าๆ กันระหว่างทั้งสองเขต คือ ๓๓.๒% ในเมือง และ ๓๖.๓% ในชนบท ตามลำดับ ในเขตเมือง ๘๔.๑% มีปัญหาเลิกจ้ำง และ ๗๘% ในเขตชนบท ในหมู่คนถูกเลิกจ้ำงในเมือง ๑๑% ไม่มีประกันสุขภาพ และ ๓.๕% ในชนบท

**บทสรุป** การศึกษาได้แสดงถึงความแตกต่างที่สำคัญระหว่างประวัติและสถานะของผู้ป่วยไร้บ้านในเขตชนบทและเขตเมือง ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขควรให้ความสนใจให้ครอบคลุมการได้รับบริการประกันสุขภาพทั้งสองพื้นที่

### ๒.๒.๙ กลยุทธ์การจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืมในชนบทของประเทศสโลวีเนีย

แม้สโลวีเนียเป็นประเทศเล็กๆ เราสามารถพูดคุยเรื่องพื้นที่ชนบทที่แตกต่างในองค์กรที่ให้การดูแลและเข้าใจความต้องการของประชากรสูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคในระยะยาวและได้รับการไม่ได้รับการยอมรับในสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยคนเดียวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนระบบของสังคม คนมองหาความช่วยเหลือ แต่การดูแลที่มีการจัดบริการทางสังคม การดูแลประจำวัน ที่พักในบ้านพยาบาลและการจัดระเบียบกลุ่ม ยังคงอยู่ในความคืบหน้า เนื่องจากวิกฤตการณ์ทางการเงินและการว่างงานที่เพิ่มขึ้น ผู้คนมากขึ้นมีความยินดีที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุ

**วัตถุประสงค์** เพื่อแสดงวิธีการที่แตกต่างกันโดยเฉพาะกับองค์กรของการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชนบท

**วิธีการ** ตรวจสอบองค์กรของการบริการทางสังคมและการแทรกแซงในส่วนตะวันตกเฉียงใต้ของสโลวีเนียที่เพิ่มขึ้นในปีที่ผ่านมาในแง่ของความต้องการของประชากรสูงอายุและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

**ผลการศึกษา** การนำเสนอตัวอย่างของการปฏิบัติที่ดีที่จะแสดงให้เห็นว่าชุมชนชนบทและบ่งบอกถึงความเติบโตขึ้นของชุมชนที่จะช่วยให้คนที่มีความสมองเสื่อม

- บ้านพยาบาล - องค์กร: รายการรอและหน่วยดูแลประจำวันที่มีพื้นที่จำกัด บริการสังคมโปรแกรมการดูแลในชีวิตประจำวัน ที่พักชั่วคราว

- ช่วยผู้สูงอายุคนที่บ้าน - โครงการแบบขั้นตอน - โครงการจากการเยี่ยมบุคคลที่มีอายุที่บ้านโดยนักสังคมสงเคราะห์ในชุมชน - ๓ ปี

- การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่บ้าน - โปรแกรมของการบรรยายเกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคลและความช่วยเหลือในพื้นที่ชนบทสำหรับประชาชน (ปีแรก)

- การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม - โปรแกรมแบบขนานสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและได้รับทักษะการปฏิบัติและข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมบำบัดและกิจกรรมที่แตกต่างกันในการดูแลทุกวัน (๓ ปี)

- การประชุมประจำปีที่มีการบรรยายเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมสำหรับประชาชนและผู้เชี่ยวชาญจะเปิดให้ชุมชนและสร้างความตระหนักในสังคม (๑๒ ปี)

- กลุ่มช่วยเหลือตนเอง - ๔ สถานที่ ประชุม ๑๐ ครั้ง / ปี - ต่อกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง



บทสรุป โปรแกรมของการแทรกแซงทางสังคมและการเรียนรู้เกี่ยวกับโครงการรักษาภาวะสมองเสื่อมที่บ้านเกิดขึ้นปีที่ผ่านมาแสดงและบ่งบอกถึงความเติบโตและการตอบสนองต่อความต้องการของคนในชุมชนในพื้นที่ชนบทและเสริมกลุ่ม ช่วยเหลือตัวเองซึ่งจะนำเสนอส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง

### **๒.๒.๑๐ ผลสำรวจการเตรียมความพร้อมต่อภัยพิบัติทางธรรมชาติของสาธารณชน สื่อสารมวลชน หน่วยจัดการภาวะฉุกเฉินในรัฐเทนเนสซี สหรัฐอเมริกา**

ระหว่างปี ๑๙๙๗ - ๒๐๐๗ ทั้งมลรัฐเทนเนสซีประสบภัยพายุทอร์นาโด ๓๐๐ ครั้ง เป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิต ๘๗ ราย สูญเสียทรัพย์สินคิดเป็นมูลค่า ๖๑๗ ล้านดอลลาร์ ความสามารถที่จะเตือนทุกส่วนของชุมชนเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสภาพอากาศที่เลวร้ายเป็นสิ่งสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ประสบภัย ระบบเตือนภัยต้องออกแบบให้เหมาะสมกับประชาชนที่หลากหลายในชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมเกี่ยวกับข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร และการรับรู้ข่าวสารอย่างละเอียด ระบุปัจจัยหลักที่นำไปสู่การตอบสนองที่เหมาะสม และระบุผลวิกฤตที่ตามมาในระยะสั้น

วิธีดำเนินการ การสำรวจบนเว็บต่อสาธารณชน สื่อสารมวลชน และเจ้าหน้าที่ที่จัดการภาวะฉุกเฉินถูกจัดทำขึ้นในปี ๒๐๐๘ - ๒๐๑๐ เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลระบบเตือนภัยสภาพอากาศที่เลวร้าย

ผลการศึกษา : มีพายุทอร์นาโดในรัฐเทนเนสซีจำนวน ๑๐๕ ครั้งระหว่างการศึกษามีผู้เสียชีวิต ๓๒ ราย ความสูญเสียคิดเป็นมูลค่า ๒๘๔ ล้านดอลลาร์ มีประชาชนตอบแบบสำรวจ ๕,๗๙๔ ราย (๒,๒๕๔ ในปี ๒๐๐๗ ๒,๑๖๑ ในปี ๒๐๐๘ ๑,๓๗๙ ในปี ๒๐๑๐) ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีประสบการณ์ด้านภาวะฉุกเฉินมาก่อนมีแนวโน้มที่จะมีการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญ ๔๖% ขาดไฟฟ้าใช้อย่างน้อย ๓ วัน ๑๐๐ % ของสถานีโทรทัศน์มีไฟฟ้าสำรอง เปรียบเทียบกับ ๖๖% ของสถานีวิทยุ ๒๗% ของผู้มีประสบการณ์ต่อพายุทอร์นาโด มีแผนติดต่อสื่อสารกับครอบครัว และ ๒๘% มีจุดนัดพบ

บทสรุป การศึกษานี้บ่งชี้ว่ามีความจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับสภาพอากาศที่เลวร้ายต่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง การมีประสบการณ์มาก่อนทำให้ประชาชนเข้าใจภัยคุกคามของสภาพอากาศที่เลวร้ายและรู้ว่าต้องรับมืออย่างไร การศึกษาายังแสดงถึงความจำเป็นในการให้ความรู้และพัฒนาแผนของประชาชนรวมถึงสื่อสารมวลชนและ การจัดการภาวะฉุกเฉินในการเฝ้าระวังและเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ

### **๒.๒.๑๑ ลักษณะของประชากรในโปรแกรมการดูแลปฐมภูมิที่บ้าน Primary at Home Care Program (PAD)**

วัตถุประสงค์ ศึกษาสถิติด้านสังคม และภาวะสุขภาพของประชากรในโปรแกรมการดูแลปฐมภูมิที่บ้าน Primary at Home Care Program (PAD)

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในการสังเกตการณ์และการพรรณนา ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า ๖๕ ปี จำนวน ๒๗๐ คน ในโปรแกรมการดูแลปฐมภูมิที่บ้านจากศูนย์ดูแลโคโรโดบาราชอาณาจักรสเปน ผู้สูงอายุจำนวน ๑๔๒ คนถูกเลือกแบบสุ่มจากกลุ่ม (ระดับความเชื่อมั่น ๙๕% ความแม่นยำ ๔%) วัตถุประสงค์ในการโดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment test (MNA) เก็บตัวแปร ๕๗ ด้าน เช่น ด้านสังคม สุขภาวะ การพึ่งพา อารมณ์ ระดับการรับรู้ ตัวแปรด้านการวิเคราะห์การวิเคราะห์แบบพรรณนาโดยใช้ตัวแปรหลัก (การแจกแจงความถี่และการวัดแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง) จากนั้นวิเคราะห์สองตัวแปรโดยใช้การทดสอบ chi square และ student t

ผลการศึกษา อายุเฉลี่ยเท่ากับ ๘๒.๘ ปี เป็นผู้หญิง ๗๗.๕% พักอาศัยที่บ้าน ๗๖.๑ % (อาศัยอยู่คนเดียว ๑๔.๘% อยู่กับญาติ ๔๓.๕% และอยู่กับผู้ดูแล ๔๗.๓%) ๒๓.๙% พักอาศัยอยู่ที่สถานพยาบาล ผู้สูงอายุ ๔๗.๓% มีอาการซึมเศร้า ๔๑.๒% มีระดับการรับรู้ผิดปกติปานกลางถึงรุนแรง ๘๗.๒% ต้องการผู้ช่วย

ในการดำรงชีวิตที่ใช้อุปกรณ์ ๘๒.๓% ต้องการผู้ช่วยในการดำรงชีวิตทั่วไป ๒๔.๑% ต้องการผู้ดูแลโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ๗๓.๙% รองลงมา คือ ข้อเสื่อม ๓๘.๗% ค่าเฉลี่ยของโรคต่อผู้สูงอายุ คือ ๓.๖ โรคต่อคน ค่าเฉลี่ยของการใช้ยารักษา คือ ๕.๘% และพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่สูงขึ้นกับการพึ่งพาผู้ดูแลหรือการอยู่ในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ

**บทสรุป** กว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในโปรแกรมการดูแลปฐมภูมิที่บ้าน ระบุความทุกข์อย่างมากจากภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาในการรับรู้ และมีจำนวนมากที่ต้องใช้ผู้ดูแลที่บ้านหรือพักในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ

### ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

**๒.๓.๑ ต่อตนเอง :** ได้รับความรู้และประสบการณ์ที่ทันสมัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ การสร้างสรรค์นวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ และสามารถนำมาพัฒนาและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน :** บุคลากรนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาบูรณาการประยุกต์ใช้และเผยแพร่ให้แก่บุคลากรอื่นในองค์กรเพื่อการพัฒนาทางด้านส่งเสริมสุขภาพต่อไป อันจะส่งผลให้ประชาชนกรุงเทพมหานครมีสุขภาวะที่ดี เป็นสังคมแห่งสุขภาวะ

### ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

เนื่องจากในการประชุมใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก และผู้นำเสนอมามากหลายประเทศ มีสำเนียงภาษาที่แตกต่าง ทำให้มีอุปสรรคในการรับฟังและเข้าใจสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมบางท่าน

### ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมให้บุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ทำให้บุคลากรได้พัฒนาองค์ความรู้ ทัศนคติ และเปิดวิสัยทัศน์ให้กว้างขวาง สามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้มาปรับใช้ในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขให้ทันสมัยและทัดเทียมนานาชาติ

(ลงชื่อ) .....หัวหน้าคณะ

(นายสามารถ ตันอริยกุล)

ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

### ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....หัวหน้าส่วนราชการ

(.....)

แผนการพัฒนางานที่จะดำเนินการภายหลังการศึกษา ฝึกอบรม ประชุมและดูงาน ณ ต่างประเทศ  
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลในการส่งข้าราชการไปศึกษา ฝึกอบรม ประชุม และดูงาน ณ ต่างประเทศ

๑.๑ ข้อมูลการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม และดูงาน ณ ต่างประเทศ

คณะกรรมการกำหนดโครงการให้ข้าราชการไปศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน และปฏิบัติการวิจัยของกรุงเทพมหานคร (ก.ข.ก.) ได้อนุมัติให้สำนักงานแพทย์ส่งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระดับชำนาญการถึงระดับบริหารสูง จำนวน ๙ ราย เดินทางไปเข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง 13<sup>th</sup> Wonca World Rural Health Conference 2015 ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๘ เมษายน ๒๕๕๘ ณ เมืองดูบรอฟนิก สาธารณรัฐโครเอเชีย โดยการประชุมฯ ครั้งนี้ เป็นการประชุมในระดับนานาชาติเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการความรู้ที่ทันสมัยในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยรายบุคคลแบบองค์รวม การสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ ตลอดจนการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงสร้างสรรค์นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยบุคลากรที่เข้าร่วมประชุมจะได้รับความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาพัฒนางานเพื่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการต่อไป

๑.๒ ข้อมูลของข้าราชการ ประกอบด้วย

- |                    |                   |   |
|--------------------|-------------------|---|
| ๑) นายสามารถ       | ตันอริยกุล        | ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์  |
| ๒) นายสุรินทร์     | ภูเจริญประสิทธิ์  | รองผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์   |
| ๓) นายชวิทย์       | ประดิษฐบาทุกา     | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง  |
| ๔) นางกันธิดา      | ธัญญาวุธ          | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์  |
| ๕) นายสุภกิจ       | ฉัตรไชยาฤกษ์      | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ<br>โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์                    |
| ๖) นายกมล          | ศรีจันทิก         | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ<br>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์     |
| ๗) นายธรรม         | วิทย์วัฒน์        | นายแพทย์ชำนาญการ<br>โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์                      |
| ๘) นายพรเทพ        | แช่เฮ้ง           | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ<br>ศูนย์บริการการแพทย์กรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์ |
| ๙) นางสาวสุพรรณิณี | พูนเพิ่มสุขสมบัติ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>กองวิชาการ สำนักงานแพทย์                 |

## ส่วนที่ ๒ รายละเอียดแผนการพัฒนางาน

### ๒.๑ ชื่อแผนงาน

การพัฒนาารูปแบบการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการตาบอดจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

### ๒.๒ หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากมีความผิดปกติของระดับฮอร์โมนอินซูลินที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ป่วยจะมีระดับฮอร์โมนอินซูลินต่ำ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น มีน้ำตาลออกมากับปัสสาวะ อาการเริ่มแรกที่ปรากฏ คือ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย เมื่อเป็นโรคนานขึ้น จะมีการชาตามปลายมือปลายเท้า มีการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดตามอวัยวะต่าง ๆ ผนังหลอดเลือดจะหนาตัวขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่หัวใจ ไตและตา

เบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดในประเทศไทย วิธีที่จะลดปัญหาตาบอดในผู้ป่วยเบาหวาน คือ การตรวจวินิจฉัยโดยละเอียดจากจักษุแพทย์ โดยในทางปฏิบัติจริงพบว่าจักษุแพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็กอาจไม่มีจักษุแพทย์ประจำอยู่เลย ดังนั้นการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตาโดยใช้การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น ถ่ายภาพ digital ของจอประสาทตา ถ่ายตำแหน่งเดียว ขนาด ๔๕ องศา ครอบคลุม optic nerve และ macular ซึ่งเป็นจุดกึ่งกลางและจุดโฟกัสภาพของจอประสาทตา และส่งภาพถ่ายผ่านระบบอินเทอร์เน็ตให้จักษุแพทย์ด้านโรคจอประสาทตาหรือจักษุแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในสังกัดสำนักการแพทย์แปลผล วิธีนี้สามารถกระทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์ที่ผ่านการอบรมเฉพาะจะสามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อตาบอดเพื่อส่งต่อจักษุแพทย์ต่อไป

### ๒.๓ วัตถุประสงค์

๒.๓.๑ เพื่อคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดเล็กในสังกัดสำนักการแพทย์

๒.๓.๒ เพื่อป้องกันการตาบอดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดเล็กในสังกัดสำนักการแพทย์

### ๒.๔ เป้าหมาย

ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลขนาดเล็กในสังกัดสำนักการแพทย์

### ๒.๕ แนวทางการดำเนินงาน

แผนการพัฒนาารูปแบบการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการตาบอดจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดเล็กในสังกัดสำนักการแพทย์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๒.๕.๑ จัดทำโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติผู้บริหาร

๒.๕.๒ ส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้ารับการศึกษาอบรมคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทางไกลผ่านอินเทอร์เน็ต

๒.๕.๓ จัดทำคู่มือแนวทางคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทางไกลผ่านอินเทอร์เน็ต

๒.๕.๔ ดำเนินการตรวจคัดกรองตามแนวทางที่กำหนด

## ๒.๖ งบประมาณ

ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเบิกจ่ายจากเงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุงโรงพยาบาล  
สำนักงานแพทย์ ดังนี้

- ๒.๖.๑ ค่าใช้จ่ายในการส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลขนาดเล็กในสังกัดสำนักงานแพทย์  
แห่งละ ๑ คน เข้ารับการฝึกอบรมการคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทางไกลผ่านอินเทอร์เน็ต
- ๒.๖.๒ ค่าใช้จ่ายสำหรับซื้ออุปกรณ์ถ่ายภาพจอประสาทตา และสัญญาณอินเทอร์เน็ต
- ๒.๖.๓ ค่าใช้จ่ายในการจัดทำคู่มือแนวทางคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทางไกล  
ผ่านอินเทอร์เน็ต

## ๒.๗ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๒.๗.๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดเล็กในสังกัดสำนักงานแพทย์  
ได้รับการคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทางไกลผ่านอินเทอร์เน็ตได้ถูกต้อง
- ๒.๗.๒ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดเล็กในสังกัดสำนักงานแพทย์  
ได้รับการป้องกันการตาบอดจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ทันที่

## ๒.๘ การติดตามและประเมินผล

ติดตามประเมินผลการคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทางไกลผ่านอินเทอร์เน็ตโดย  
จักษุแพทย์ของโรงพยาบาลขนาดเล็กในสังกัดสำนักงานแพทย์ ทุก ๓ เดือน

ลงชื่อ .....หัวหน้าคณะผู้เสนอแผน  
(นายสามารถ ตันอริยกุล)  
ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์

ลงชื่อ .....ผู้อนุมัติแผนการพัฒนางาน