

แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
กำลังพลทหารระหว่างปฏิบัติหน้าที่ราชการสนาม

เอกสารวิจัยส่วนบุคคล



โดย

พันเอก ชัยพร สุวรรณโสภณศิริ

หัวหน้ากองศัลยกรรม โรงพยาบาลค่ายจิรประวัติ

มณฑลทหารบกที่ 31

วิทยาลัยการทัพบก

กันยายน 2563

เอกสารวิจัยเรื่อง แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
กำลังพลทหารระหว่างปฏิบัติหน้าที่ราชการสนาม

โดย พันเอก ชัยพร สุวรรณโสภณศิริ

อาจารย์ที่ปรึกษา พันเอกหญิง ปัทมา สมสนั่น

วิทยาลัยการทัพบก อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคลฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตาม
หลักสูตรหลักประจำ วิทยาลัยการทัพบก ปีการศึกษา 2563 และเห็นชอบให้เป็นเอกสารวิจัย
ส่วนบุคคลที่อยู่ในเกณฑ์ระดับ

พลตรี ผู้บัญชาการวิทยาลัยการทัพบก
(มหศักดิ์ เทพหัสดิน ณ อยุธยา)

คณะกรรมการควบคุมเอกสารวิจัยส่วนบุคคล

พันเอก ประธานกรรมการ
(ประภาส แก้วศรีงาม)

พันเอก ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษา
(คทาภูธ ดิปรีชา)

พันเอกหญิง กรรมการ
(ศศพันธ์ วิชระธรรม)

พันเอกหญิง กรรมการ
(จิตติญา จันทวุฒิ)

พันเอกหญิง กรรมการ
(ปัทมา สมสนั่น)

บทคัดย่อ

ผู้วิจัย	พินเอก ชัยพร สุวรรณโสภณศิริ
เรื่อง	แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกำลังพลทหารระหว่างปฏิบัติหน้าที่ราชการสนาม
วันที่	กันยายน 2563 จำนวนคำ : 7,701 จำนวนหน้า : 25
คำสำคัญ	การพัฒนา, ระบบการดูแลการเจ็บป่วย, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, กำลังพลทหารปฏิบัติราชการสนาม, กรมแพทย์ทหารบก
ชั้นความลับ	ไม่มีชั้นความลับ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรคในกลุ่ม NCDs (Non - communicable diseases) เป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี โรคนี้ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ประสาธต์ และภาวะแทรกซ้อนที่อวัยวะสำคัญ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำเป็นต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยในระบบการดูแลโรคกลุ่มนี้ เช่น ผู้ป่วยกำลังพลทหารที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ราชการสนามตามแนวชายแดนในระยะเวลาานาน ๆ การติดตามผู้ป่วยกำลังพลทหารในกลุ่มนี้ พบว่า มีอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นมากขึ้นในแต่ละปี และพบอาการไม่พึงประสงค์ และภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะสำคัญของผู้ป่วยมากขึ้น

จากการศึกษาผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มประชากรไทยที่ได้รับการบริการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นฐาน พบว่า จำนวนผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีในทุกกลุ่มอายุ อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี ส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และผลแทรกซ้อนจากกลุ่มโรคนี้ที่มีมูลค่าสูงขึ้น ในระดับบุคคล ครอบครัว และระดับประเทศ

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชนบทต้องมืองค์ประกอบที่จำเป็น 6 องค์ประกอบ คือ 1) ทรัพยากร และนโยบายของชุมชน (Community Resources and Policies) 2) หน่วยบริการสุขภาพ (Health Care Organization) 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self - management Support) 4) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มกำลังพลทหารที่ปฏิบัติราชการสนามในปัจจุบันกรมแพทย์ทหารบกได้มีระบบดูแลรักษาในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังของกำลังพลที่ขึ้นปฏิบัติราชการสนามก่อนขึ้น และหลังเสร็จภารกิจราชการสนามอย่างต่อเนื่องทุกปี พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่ และพบภาวะแทรกซ้อนจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากกรมแพทย์ทหารบก ยังขาดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระหว่างปฏิบัติราชการสนามร่วมกับอาศัยระบบการดูแลการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคนี้ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง ระบบการดูแลการเจ็บป่วยของโรคติดต่อไม่เรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ห่างไกลยังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการร่วมมือแก้ไขหลายประการ เช่น การขาดประสบการณ์ของแพทย์ที่จะรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มีประสิทธิภาพ, ขาดประวัติการรักษาต่อเนื่องในโรคกลุ่มนี้จากโรงพยาบาลเดิมที่เคยรักษาอยู่, เวชภัณฑ์ยาที่ไม่ทันสมัยที่เหมาะสมได้ประสิทธิภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคกับผู้ป่วยแต่ละราย เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในด้านการจัดการระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ หรือนโยบายที่สนับสนุนต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การพัฒนาระบบโรคสร้างที่สำคัญของระบบการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic care model) การจัดทำแผนและกิจการในการดูแลกำลังพลทหารที่ปฏิบัติราชการสนาม ตามสภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ตลอดจน ระบบเงินทุนสนับสนุน การดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารบก เพื่อบรรลุพันธกิจที่เป็นองค์การด้านการแพทย์ทหาร เป็นที่เชื่อมั่นของกองทัพ ประชาชน และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ABSTRACT

AUTHOR : Colonel Chaiyaporn Suwansoponsiri
TITLE : Guidelines for the development of a system of care for chronic non - communicable diseases among military personnel while performing field service duties.
DATE : September, 2020 **WORD COUNT** : 7,701 **PAGES** : 25
KEY TERMS : Development, Illness care system, Non - communicable diseases, Military personnel operating field service, Royal Thai Army Medical
CLASSIFICATION : Unclassified

Chronic non-communicable diseases (NCDs) are chronic diseases that has an increasing number of patients every year. This disease causes adverse reactions and complications in the major organs affecting the quality of life of patients. It is necessary to have a system of care for patients in the chronic non-communicable diseases group continuously and effectively for treatment especially patients who have to perform duties in an unfavorable environment in the care system such as military personnel who have to carry out civil service duties along the border for a long time. The incidence of patients in this group is increasing each year and found more adverse symptoms and complications in the vital organs of patients.

Study of the impact of non-communicable diseases in Thai population receiving basic health services. The number of new cases increases every year in all age groups. The death rate tends to increase every year, most of which die before the age of 60. Affect the cost of maintenance and complications from this disease group that has higher value at the individual, family and national level.

The chronic care system must have 6 essential components. 1) Community Resources and Policies 2) Health Care Organization 3) Self-management Support 4) Delivery System Design 5) Decision Support 6) Clinical Information System.

At present Royal Thai Army Medical Department has a system to maintain this disease group of personnel who perform field service before going on and after completing

field service missions every year. Found that there is an increase in new cases and complications from non-communicable diseases. Because the Royal Thai Army Medical Department still lacks the care system for this group of patients during field service together with the illness care system in this disease group of the community hospitals under the Ministry of Public Health in the border area and make the care system in this group of patients more efficient.

The non-communicable disease management system of community hospitals in border areas is still a problem that needs to be addressed in many ways such as the lack of experience of doctors to treat this group of patients effectively, lack of treatment history in this group of diseases from the same hospital that was previously treated, affordable medical supplies that are effective and prevent complications of the disease for each patient.

According to the strategic plan of the Royal Thai Army Medical Department and fulfilling the mission of the military medical organization it is believed by the People's Armed Forces and Southeast Asia.

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารวิจัยส่วนบุคคลฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความกรุณาจากคณาจารย์ของวิทยาลัยการทัพบกทุกท่านที่กรุณาประสิทธิประสาทวิชาให้ความรู้ และประสบการณ์ที่ทรงคุณค่าอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ที่ปรึกษา พันเอกหญิง ปัทมา สมสนันท์ ที่กรุณาให้แนวคิดที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำเอกสารวิจัยส่วนบุคคล รวมถึงตรวจสอบต้นฉบับอย่างละเอียดจนทำให้งานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ นอกเหนือจากข้อเสนอแนะทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ในการวิจัยแล้ว ยังได้รับกำลังใจ และคำชี้แนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พันเอก คทาวุธ ดีปรีชา ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษา ที่กรุณาสนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย พันเอก ประภาส แก้วศรีงาม ประธานกรรมการ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และคำปรึกษา รวมถึง พลตรี มหศักดิ์ เทพหัสดิน ณ อยุธยา ผู้บัญชาการวิทยาลัยการทัพบก ที่กรุณาอนุมัติให้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลอันเป็นประโยชน์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้อยู่เบื้องหลังทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจในการทำวิจัยฉบับนี้ ให้สำเร็จสมบูรณ์ได้ สมตามความมุ่งหวังความดีอันเกิดจากผลงานการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นทุกท่านด้วยความเคารพรัก และหวังว่า วิจัยฉบับนี้น่าจะเป็นประโยชน์ ก่อให้เกิดผลดีต่อ กรมแพทย์ทหารบก วิทยาลัยการทัพบกกองทัพบก และประเทศชาติสืบไป

แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กำลังพลทหารระหว่างปฏิบัติหน้าที่ราชการสนาม

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคมที่สำคัญที่สุดในศตวรรษที่ 21 คือ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเติบโตอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย เช่น อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มลดลง ประชากรมีอายุยืนขึ้น เนื่องจากการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และประชากรที่เกิดในยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (Baby Boomers) ได้เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี ในปี พ.ศ. 2573 คาดว่า จะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ¹

ทวีปเอเชียจะมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลกโดยคาดว่าสัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นซึ่งถือเป็นประเทศที่มีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก และถือเป็นประเทศแรก ๆ ของโลกที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super - aged Society) โดยมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ และในปี พ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุในญี่ปุ่นเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 30,000 คนต่อเดือน ซึ่งคาดว่า จะมีมากถึงร้อยละ 37.3 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ ประเทศเกาหลีใต้เผชิญกับสถานการณ์คล้ายคลึงกับประเทศญี่ปุ่น ประเทศมหาอำนาจอย่างประเทศจีนเองก็กำลังเผชิญหน้ากับปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่เกิดจากนโยบายลูกคนเดียว (One - child Policy) ทำให้จำนวนประชากรรุ่นใหม่มีจำนวนน้อยลง โดยอัตราประชากรสูงอายุของจีนจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.2 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 25.3 ในปี พ.ศ. 2573 ² ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศซึ่งถือว่ามีอัตราการเติบโตเป็นอันดับสามในทวีปเอเชียรองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น

โดยประเทศไทยนั้นได้เข้าสู่สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 ของประชากรไทย ³ การที่ประชากรมีอายุยืนขึ้น ทำให้โรค

ไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นผลจากการเสื่อมของสภาพร่างกาย เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างมากในปัจจุบันทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี และวิทยาการทางการแพทย์อย่างมากในเวลาเดียวกัน แต่กลับพบว่า มีประชากรที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ มากกว่าร้อยละ 50 ที่ได้รับการดูแลรักษาต่ำกว่ามาตรฐาน ^{4, 5}

การวิจัยฉบับนี้มุ่งศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - communicable diseases, NCDs) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพ และระบบการดูแลสุขภาพไปทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคใน 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง โดยมีอัตราการป่วย และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีประชากรประมาณร้อยละ 26 ของประชากรโลกนั้น พบการเสียชีวิตถึงร้อยละ 22 โดยมีลักษณะการเกิดโรคคล้ายคลึงกับทั่วโลก สถานการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ใน 5 อันดับแรกดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังก่อให้เกิดปัญหา และอุปสรรคของการเติบโตในประเทศที่มีฐานะยากจน และปานกลางก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงต้องการมาตรการการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ^{6, 7} เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยกระดับการพัฒนาให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” และเป้าหมายการพัฒนาประเทศข้างต้นรัฐบาล จึงกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) การพัฒนาประเทศระยะยาวจำนวน 6 ยุทธศาสตร์ โดยมียุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาส และความเสมอภาคทางสังคม

ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติ และในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี คนเก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ดีรอบด้าน และมีสุขภาพะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคม และผู้อื่น มัธยัสถ์ อดออมโอบ

อ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม และเป็นพลเมืองดีของชาติ มีหลักคิดที่ถูกต้อง มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสารภาษาอังกฤษ และภาษาที่สาม และอนุรักษ์ภาษาท้องถิ่นมีนิสัยรักการเรียนรู้ และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตสู่การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูงเป็นนวัตกรรม นักคิด ผู้ประกอบการ เกษตรกรยุคใหม่ และอื่น ๆ โดยมีสัมมาชีพตามความถนัดของตนเอง

ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาส และความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญที่ให้ความสำคัญการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชน ท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อนโดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจ และความรับผิดชอบไปสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดินในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทย ทั้งในมิติ สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ สามารถพึ่งตนเอง และทำประโยชน์ แก่ครอบครัวชุมชน และสังคมให้นานที่สุด โดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการ และสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรม และทั่วถึง⁸

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ได้ยึดหลักการพัฒนา และเชื่อมโยงภายใต้กรอบของยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) เป็นหลัก การปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขแผนระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข และให้ความสำคัญกับการอภิบาลระบบสุขภาพให้ยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำ จัดระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมเป็นธรรมเพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศโดยมีกำหนดวิสัยทัศน์ว่า ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพเพื่อคนไทยสุขภาพดี สร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน โดยมีพันธกิจ เสริมสร้าง สนับสนุน และประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการ และภาคประชาสังคม ในการอภิบาล และพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็งรองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญ คือ 1) สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence) ยกระดับการให้บริการด้านสุขภาพโดยการพัฒนา และขยายขีดความสามารถของ หน่วยบริการทุกระดับ ตลอดจนความเชี่ยวชาญด้าน

การแพทย์เฉพาะทาง สร้างศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงกระจายในพื้นที่เขตสุขภาพ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของการให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขให้มีความทันสมัยมากขึ้น มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และคุ้มค่าในทุกพื้นที่เขตสุขภาพ เป็นต้น 2) พัฒนาและสร้างความเข้มแข็ง

ในการอภิบาลระบบสุขภาพ (Governance Excellence) ให้มีความสำคัญกับการปฏิรูปกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล จัดตั้งกลไกที่มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย และกำกับทิศทางด้านสุขภาพของประเทศ ปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีระบบข้อมูลสุขภาพที่แม่นยำ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถใช้ประโยชน์ได้ สร้างระบบยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สร้างกลไกการบูรณาการโครงการ และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงองค์กรต่าง ๆ ในระดับท้องถิ่น สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ให้สามารถนำผลการวิจัย หรือนวัตกรรมมาใช้ในการพัฒนางานบริการ⁹

ระบบบริการสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งมีหน้าที่ให้หลักประกันแก่สังคมว่าจะให้การบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเท่าเทียมกัน บทบาทดังกล่าวเป็นความคาดหวังของสังคมเป็นสิ่งที่ทั่วโลกยอมรับ และพยายามขับเคลื่อนการปฏิรูปไปสู่การทำหน้าที่ดังกล่าวอย่างสมบูรณ์ สถานบริการด้านการรักษาพยาบาลก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่พร้อมในด้านกำลังพล เครื่องมือ เทคโนโลยี ขณะเดียวกัน ความซับซ้อน และวัฒนธรรมองค์กรก็ก่อให้เกิดปัญหาไม่สามารถตอบสนองต่อการคาดหวังของสังคมได้ การปรับเปลี่ยนอย่างเป็นระบบ และมีทิศทางที่ชัดเจน จึงมีความสำคัญ และมีความจำเป็นอย่างยิ่ง¹⁰

ถึงแม้ว่านโยบายการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ถูกระบุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และแผนพัฒนาอื่นที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยกลับมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับปฏิบัติการนั้น อาจมีปัญหา และอุปสรรคอยู่มาก ดังนั้น การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละพื้นที่ จึงควรปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และแผนยุทธศาสตร์ชาติของประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีแนวโน้มการ

เปลี่ยนแปลงจากผลกระทบของพันธะสัญญาาร่วมกันของประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่จะทำให้เกิดประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) ซึ่งการบริการสุขภาพจัดเป็นการบริการประเภทหนึ่งที่มีผู้ในระดับประเทศมีวิสัยทัศน์ที่จะส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพแห่งเอเชีย (Medical Hub) จึงมีแนวโน้มว่า ประเทศไทยจะขยายการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้รับบริการที่มีความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ ขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างกัน หรือมีความหลากหลายวัฒนธรรมที่จะเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องการรูปแบบที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการมากขึ้น ¹¹

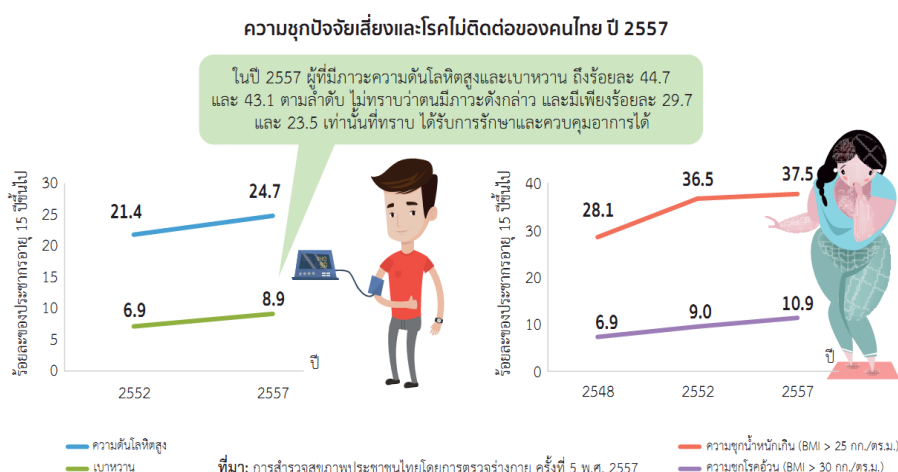
สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

สถิติล่าสุดพบว่ามีประชากร 14 ล้านคนที่เป็นโรคในกลุ่มโรค NCDs และที่สำคัญยังถือเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศ โดยจากสถิติปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 320,000 คน หรือคิดเป็น 75% ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดในปี 2558 คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 200,000 ล้านบาทต่อปี สถิติการเสียชีวิตมีแนวโน้มจะสูงขึ้นในอนาคตในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือราว 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้ พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่ง หรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี องค์การอนามัยโลกจัดว่า เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ¹² เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จำนวน 4 โรคสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว พบว่า อัตราตายในช่วงอายุ 30 - 69 ปีของทั้ง 4 โรคมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดยโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุด รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อพิจารณาความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตรายโรคระหว่างเพศ พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบในเพศชายพบสูงกว่าเพศหญิง 2 - 3 เท่า ขณะที่โรคเบาหวานพบการเสียชีวิตในกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี เพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

ตารางที่ 1 อัตราการตายต่อแสนประชากร ในช่วงอายุ 30 - 69 ปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2558 ของ 4 โรคไม่ติดต่อสำคัญ¹⁴

4 โรคไม่ติดต่อสำคัญ	พ.ศ. 2555			พ.ศ. 2558		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
1. โรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	33.4	46.3	21.3	40.9	56.8	25.9
2. โรคเบาหวาน (E10-E15)	13.2	11.8	14.5	17.8	17.0	18.5
3. โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25)	22.4	32.5	12.9	27.8	40.5	15.8
4. โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (J40-J44)	3.8	6.0	1.7	4.5	7.4	1.7

ที่มา : สำนักโรคไม่ติดต่อ ประมวลผลข้อมูลทะเบียนการตาย จากสำนักนโยบาย และ ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข¹⁴



ภาพที่ 1 ความชุกปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อของคนไทยปี 2557¹³

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประเภทของปัญหาโรคไม่ติดต่อปัจจุบันแบ่งเป็นกลุ่ม ได้แก่ 1) โรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน อุบัติเหตุ เป็นต้น โรคจากพยาธิทางสังคม เช่น ยาเสพติด โรคเครียด เป็นต้น 2) โรคจากสภาพแวดล้อม และการประกอบอาชีพ จากสารพิษ ฝุ่นละอองต่าง ๆ เช่น โรคฝุ่นหิน โรคปอดจากจากฝุ่นฝ้าย พิษกำจัดศัตรูพืช

สารตะกั่ว อุบัติเหตุจากอันตราย เป็นต้น 3) โรคทางพันธุกรรม เช่น โรคเลือดต่าง ๆ โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น

จากความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อม รวมทั้งประเภทของปัญหาโรคไม่ติดต่อ พบว่า มีปัจจัยที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ดังต่อไปนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ วัย อายุ เป็นต้น

1. เพศมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค เช่น เพศชายเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปอดได้ง่าย อันเนื่องจากการสูบบุหรี่ หรือโรคมะเร็งตับอันเนื่องจากการดื่มสุรา และการเกิดอุบัติเหตุจากข้อผิดพลาดมากกว่าผู้หญิง
2. อายุ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค เช่น เมื่ออายุมากขึ้นมักจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ อดตัน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น
3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ อาชีพ สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เครือข่ายสถาบันครอบครัว เพื่อน เป็นต้น
4. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมและพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ความเชื่อ พฤติกรรม ขอบเลี้ยง สถานการณ์ ความเครียด เป็นต้น ¹³

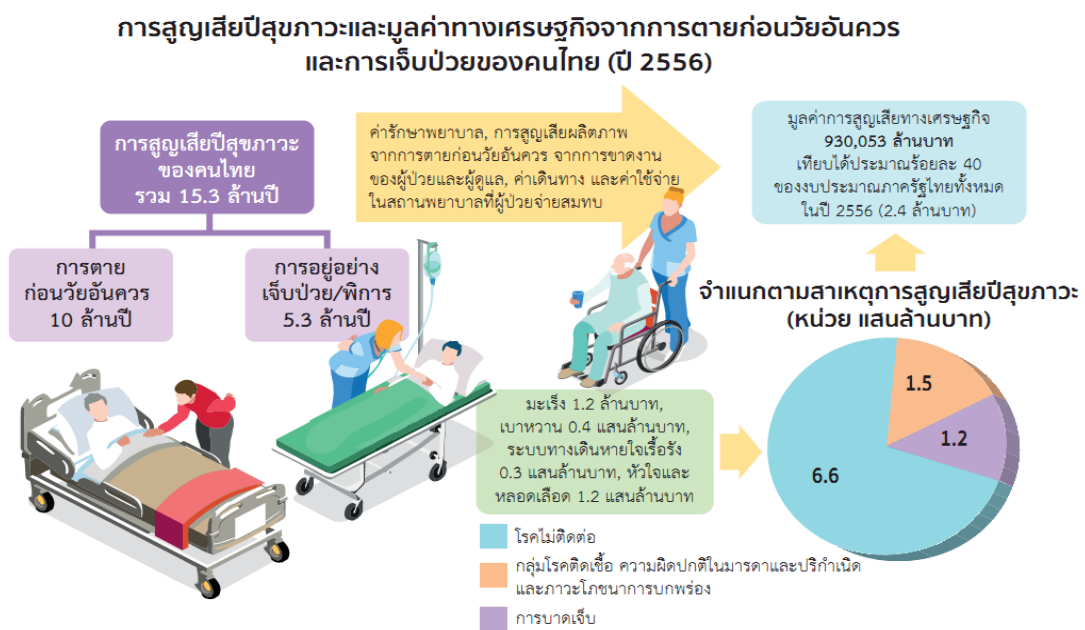


ภาพที่ 2 ความชุกปัจจัยเสี่ยง และโรคไม่ติดต่อของคนไทยปี 2557 ¹³

ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลกระทบจากกลุ่มโรค NCDs ต่อเศรษฐกิจ ความสูญเสียจากโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องนั้น มีความรุนแรง และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากความเจ็บป่วย ความพิการ เป็นเรื่องที่ยากจะหลีกเลี่ยงของทั้งผู้ป่วย

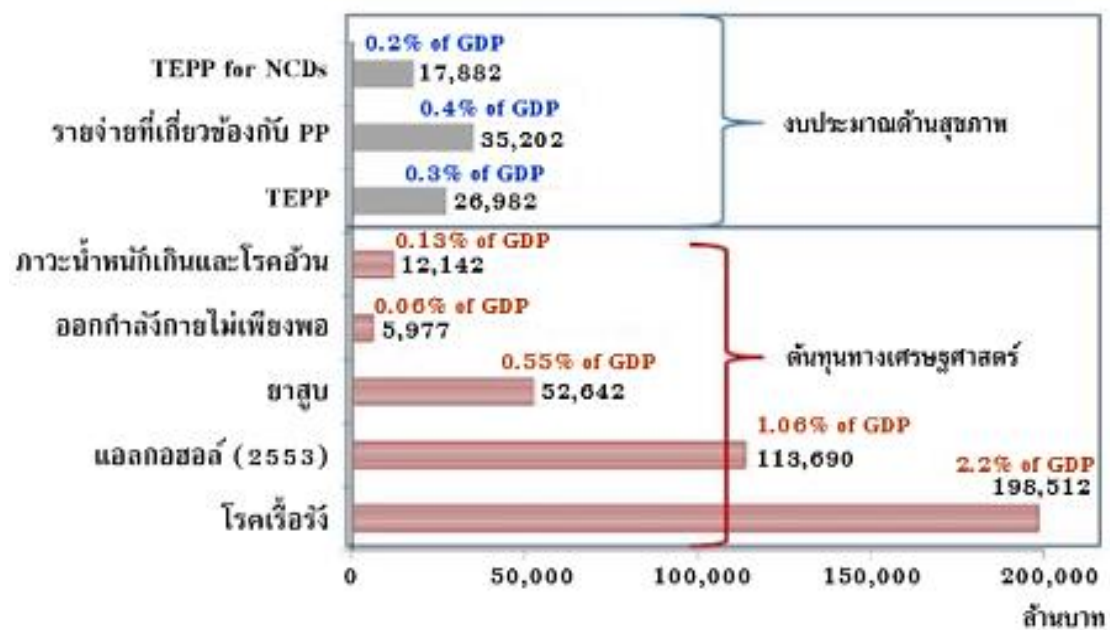
และครอบครัว แต่หากพิจารณาในด้านเศรษฐศาสตร์ โรค NCDs จัดเป็นปัจจัยคุกคามต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมอีกด้วย ผลกระทบเหล่านี้ เป็นผลมาจากค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่รัฐต้องจัดสรร และลงทุนในการรักษาพยาบาลจำนวนมหาศาล สำหรับประเทศไทย ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อประชากรสูงถึง 3,128 บาทต่อคน และหากคำนวณจากจำนวนประชากรกลางปี 2560 นั้น หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า 2 แสนล้านบาท ตัวเลขดังกล่าวยังไม่รวมต้นทุนที่ประชาชนต้องรับภาระไว้เองอีกกว่า 1,750 บาทต่อคน



ภาพที่ 3 การสูญเสียปีสุขภาวะ และมูลค่าทางเศรษฐกิจจากการตายก่อนวัยอันควร และการเจ็บป่วยของคนไทย (ปี 2556) ¹⁴

ภาพรวมของงบประมาณรายจ่ายการป้องกันโรคและสาธารณสุขในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาพบว่า รายจ่ายสุขภาพรวม Total health expenditure เป็นรายจ่ายโดยรวมทั้งหมดด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในขณะที่รายจ่ายรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค Total expenditure on prevention and promotion : TEPP มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาเฉพาะงบประมาณที่ใช้เพื่อการป้องกันควบคุมโรค NCDs พบเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 7.5 ต่อปี แต่ยังเป็นสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคติดต่อ และกลุ่มการบาดเจ็บ อย่างไรก็ตาม แม้รายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่เมื่อพิจารณาจากภาระโรค NCDs พบว่า มีมูลค่าสูงถึง 17,812 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.2 ของ GDP และต้นทุนทาง

เศรษฐศาสตร์ของกลุ่มโรค NCDs หลัก 4 กลุ่มโรค คือ 198,512 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของ GDP จะเห็นว่า ผลกระทบจากโรค NCDs นั้น มากกว่ารายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ถึง 11 เท่า ต้นทุนผลกระทบดังกล่าวยังไม่ได้นับรวมต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของปัจจัยเสี่ยง NCDs ได้แก่ จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การบริโภคยาสูบ, การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มีมูลค่ารวมกันอีกกว่า 184, 451 ล้านบาท¹⁴



ภาพที่ 4 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวม, รายจ่ายรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และภาระโรคจากโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยง¹⁴

ผลกระทบจากกลุ่มโรค NCDs ต่อสังคม ความสูญเสียความสามารถของแรงงานจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และความพิการ ในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง เช่น ประเทศไทย คาดการณ์ว่าจะสูงถึงประมาณ 500 ล้านบาท ส่วนในระดับบุคคล พบว่า โรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์ต่อความยากจนใน 3 มิติ กล่าวคือ มิติแรกประชาชนที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ มีความเสี่ยงต่อโรค NCDs สูงกว่าจากปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมากกว่าทั้งด้านพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหารคุณภาพต่ำ สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น สำหรับมิติที่สอง คือ ประชาชนที่มีฐานะยากจนมีความสามารถในการจัดการตนเอง และการเข้าถึงบริการรักษา และในมิติที่สาม คือ เมื่อเกิดโรคแล้วประชาชนที่มีฐานะยากจนกว่า จะมีความรุนแรง และ

แนวโน้มโรคจะแยกจากผู้ป่วยที่ฐานะดีรวมถึงอุปสรรคทางการเงิน และทางสังคมในการเข้าถึง การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้น หากยังไม่มีดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรค และ ปัจจัยเสี่ยงอย่างเข้มข้น และจริงจังจากโรค NCDs โดยเฉพาะ 4 โรคหลัก นอกจากคุณภาพ ชีวิต และปีสุขภาวะที่เสียแล้ว ยังทำให้ประเทศจะสูญเสียรายได้ และโอกาสในการพัฒนา ประเทศอีกด้วย¹⁵

สภาพปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มกำลังพลทหารระหว่าง ปฏิบัติราชการสนาม

ตามแผนยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารบก พ.ศ. 2560 - 2564 ที่มีพันธกิจที่ว่าเป็นองค์กรด้านการ แพทย์ทหาร ที่เป็นเชื่อมั่นของกองทัพ ประชาชน และภูมิภาค โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ สำคัญด้านความเป็นเลิศด้านการบริการแพทย์ในสนาม โดยเน้นมิติประสิทธิภาพด้านกำลังพลที่ ปฏิบัติราชการสนามมีสมรรถนะสูง วางอยู่บนพื้นฐานพันธกิจทั้ง 4 ประการ ได้แก่ 1) การเวช กรรมป้องกัน ประกอบด้วย การป้องกันมิให้เกิดผู้ป่วยเจ็บ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ทางการแพทย์ การป้องกันการเกิดความเครียดในสนามรบและพันตกรรมป้องกัน 2) การรักษาพยาบาล และการส่งกลับ ประกอบด้วย การรักษา พยาบาล การดูแลทาง การแพทย์ และการส่งกลับทางการแพทย์ 3) การส่งกำลังสายแพทย์ และ 4) บริการแพทย์ อื่น ๆ เช่น พันตกรรม การควบคุมความเครียดจากการรบ การดูแลสุขภาพจิต การควบคุม ทำงานในห้องปฏิบัติการ เป็นต้น¹⁶

การให้บริการด้านเวชกรรมป้องกันเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงรักษาสุขภาพของกำลังพล และ ระดมพลในห้วงเวลาก่อนออกปฏิบัติหน้าที่ ในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ และหลังจากถอน กำลังกลับมา ขอบเขตของงานเวชกรรมป้องกันด้านกำลังพลที่สำคัญ คือ

1. การให้ความช่วยเหลือกับนายแพทย์ในการประเมินในเรื่องภัยคุกคามทางการแพทย์ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากภัยคุกคาม การบูรณาการแผนงานสำหรับภัยคุกคามทางการ แพทย์ และปฏิบัติการในการสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นต้น
2. การจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังจัดตั้งระบบเฝ้าระวังทางการแพทย์ และอันตรายจาก การทำงาน ซึ่งจะรวมถึงการตรวจคัดกรองทางการแพทย์ ในห้วงก่อนออกปฏิบัติหน้าที่ การส่งออกไปปฏิบัติหน้าที่ และการเฝ้าระวังในขณะที่อยู่ในพื้นที่ปฏิบัติการการตรวจคัด

กรองทางการแพทย์ก่อนออกปฏิบัติหน้าที่อีกครั้ง การติดตามประเมินผลทางการแพทย์ ก่อนที่จะกลับไปยังถิ่นฐานภูมิลำเนา

การพิทักษ์สุขภาพกำลังรบ เป็นระบบการสนับสนุนบริการสุขภาพในการปฏิบัติการทาง การทหารทุกรูปแบบตั้งแต่มยามปกติจนถึงยามสงคราม ซึ่งการพิทักษ์สุขภาพกำลังรบ ประกอบด้วย 3 เสาหลัก คือ 1) ความพร้อมด้านสุขภาพของกำลังพล 2) การป้องกันไม่ให้เกิด ผู้ป่วยเจ็บ 3) การดูแลจัดการผู้ป่วยเจ็บ

ปัจจุบันทาง กรมแพทย์ทหารบก ได้ดำเนินการในเสาหลักแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในสองเสาหลักหลัง (เสาหลักที่ 2 และ 3) ในด้านการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยเจ็บ และการ จัดการดูแลผู้ป่วยเจ็บมีปัญหาในระบบการพิทักษ์สุขภาพกำลังรบการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วย เจ็บ และการดูแลจัดการผู้ป่วยเจ็บ มีความเชื่อมโยงกับภัยคุกคามทางการแพทย์ ทำให้การรบด้อยประสิทธิภาพ ดังนั้น การมีมาตรการป้องกันภัยคุกคามทางการแพทย์ ในด้านต่าง ๆ จะทำให้กำลังพลปลอดภัย ปลอดภัย ไม่เจ็บป่วย และคงประสิทธิภาพ ในการรบไว้ได้

มาตรการด้านการแพทย์และเวชกรรมป้องกันดำเนินงานในทุกห้วงของการปฏิบัติราชการ ทางทหาร ในระหว่างการระดมพลก่อนออกปฏิบัติการ (Pre - Deployment Phase) ระหว่างปฏิบัติการ (Deployment Phase) และหลังปฏิบัติการ (Post - Deployment Phase) แนวทางการปฏิบัติด้านเวชกรรมป้องกันของหน่วยในการปฏิบัติราชการสนาม การ ปฏิบัติราชการสนามนอกที่ตั้งปกติ สภาพแวดล้อมต่าง ๆ อาทิ สภาพภูมิอากาศ ภูมิประเทศ แหล่งน้ำ รวมถึงสถานการณ์การรบ หรือภารกิจที่ได้รับมอบหมายที่มีความยากลำบาก รวมถึง สถานการณ์ทางการยุทธ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงได้เสมอและขีดจำกัดด้านทรัพยากรต่าง ๆ อาจมี ความจำเป็นต้องมีการย้ายที่ตั้งได้บ่อย ๆ ดังนั้น ข้อจำกัด และบริบทดังกล่าวอาจส่งผล กระทบต่อการดำเนินการด้านเวชกรรมป้องกันได้ อย่างไรก็ตาม หากมีการเตรียมการที่ดี รวมถึงสามารถนำความรู้ด้านเวชกรรมป้องกันไปประยุกต์ใช้ตามสถานการณ์ สามารถทำให้ การดำเนินการดังกล่าวสัมฤทธิ์ผลได้เช่นกัน แนวทางในการดำเนินการด้านเวชกรรมป้องกัน ทั้งก่อน ระหว่าง และหลัง สามารถนำหลักการต่อไปนี้ไปเป็นแนวทางการในการปฏิบัติได้

แนวทางการปฏิบัติด้านเวชกรรมป้องกันก่อนการปฏิบัติราชการสนาม (Pre - deployment) กำลังพลจะต้องมีความพร้อมของสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นกำลังพลทุกคนก่อนออกปฏิบัติราชการสนาม ควรต้องได้รับการสำรวจ และประเมินสุขภาพะสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิต ตลอดจนการเตรียมการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขทั้งของหน่วยทหาร และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขอื่น ๆ ในพื้นที่ รวมถึงโรงพยาบาลกองทัพบก และกรมแพทย์ทหารบก หากมีความจำเป็นต้องขอรับการสนับสนุน

แนวทางการปฏิบัติด้านเวชกรรมป้องกันระหว่างปฏิบัติราชการสนาม (Deployment) การเตรียมการที่ดีตั้งแต่ขั้นก่อนออกปฏิบัติราชการสนามแล้วนั้น เมื่อปฏิบัติในพื้นที่ปฏิบัติการ จะต้องมีการกำกับดูแล และควบคุมให้มีการปฏิบัติตามมาตรการที่ได้วางไว้อย่างเคร่งครัด เพื่อให้การดำเนินการเวชกรรมป้องกันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการทำการประเมินสุขภาพิบาล และการเวชกรรมป้องกันในสนามของที่ตั้งของหน่วยทหาร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแผนการปฏิบัติทางเวชกรรมป้องกัน การสำรวจภาวะสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิต จะต้องกระทำตามวงรอบที่ได้วางไว้ในแผนด้านเวชกรรมป้องกัน เพื่อให้สามารถหาแนวทางการปฏิบัติ และมาตรการเวชกรรมป้องกันที่เหมาะสม และจะต้องประสานงานการดำเนินการด้านเวชกรรมป้องกันกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อยู่เสมอ

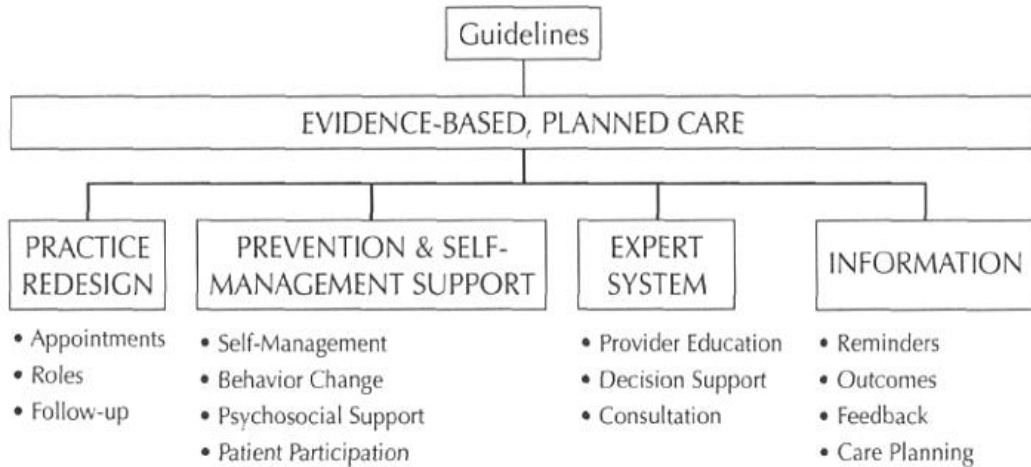
แนวทางการปฏิบัติด้านเวชกรรมป้องกันหลังการปฏิบัติราชการสนาม (Post Deployment) เมื่อกลับจากการปฏิบัติราชการสนาม กำลังพลจะต้องได้รับการติดตามและประเมินสุขภาพะสุขภาพร่างกาย และจิตใจ และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้ก่อนออกปฏิบัติการ นำผลความสูญเสียที่ไม่ได้เกิดจากการรบมาทำการวิเคราะห์เพื่อประเมินมาตรการทางเวชกรรมป้องกันที่ได้กำหนดไว้ว่าความเหมาะสม หรือไม่ ประการใด ควรมีข้อปรับปรุงอย่างไร แล้วรายงานให้กรมแพทย์ทหารบกทราบเพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนามาตรการทางเวชกรรมป้องกัน ประกาศ ระเบียบ คำสั่งที่เกี่ยวข้องแนวทางการดำเนินการเวชกรรมป้องกันในสนามให้ถือปฏิบัติตามคำสั่งกองทัพบก ประกาศ หรือคู่มือของกรมแพทย์ทหารบกที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการดำเนินการได้ ¹⁷

จากการทบทวนแนวทางการปฏิบัติด้านเวชกรรมป้องกันของหน่วยในการปฏิบัติราชการสนามการปฏิบัติราชการสนามนอกที่ตั้งปกติของกรมแพทย์ทหารบก พบว่า ยังมีแนวทางบางส่วนที่ยังปฏิบัติได้ไม่ชัดเจน เช่น การเตรียมการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุข

ทั้งของหน่วยทหาร และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขอื่น ๆ ในพื้นที่ในช่วงก่อนการปฏิบัติราชการสนาม (Pre - deployment) แนวทางการปฏิบัติร่วมของการดูแลสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และหน่วยทหารแพทย์ (โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบก) ที่รับผิดชอบในพื้นที่ในช่วงที่ระหว่างปฏิบัติราชการสนาม (Deployment)

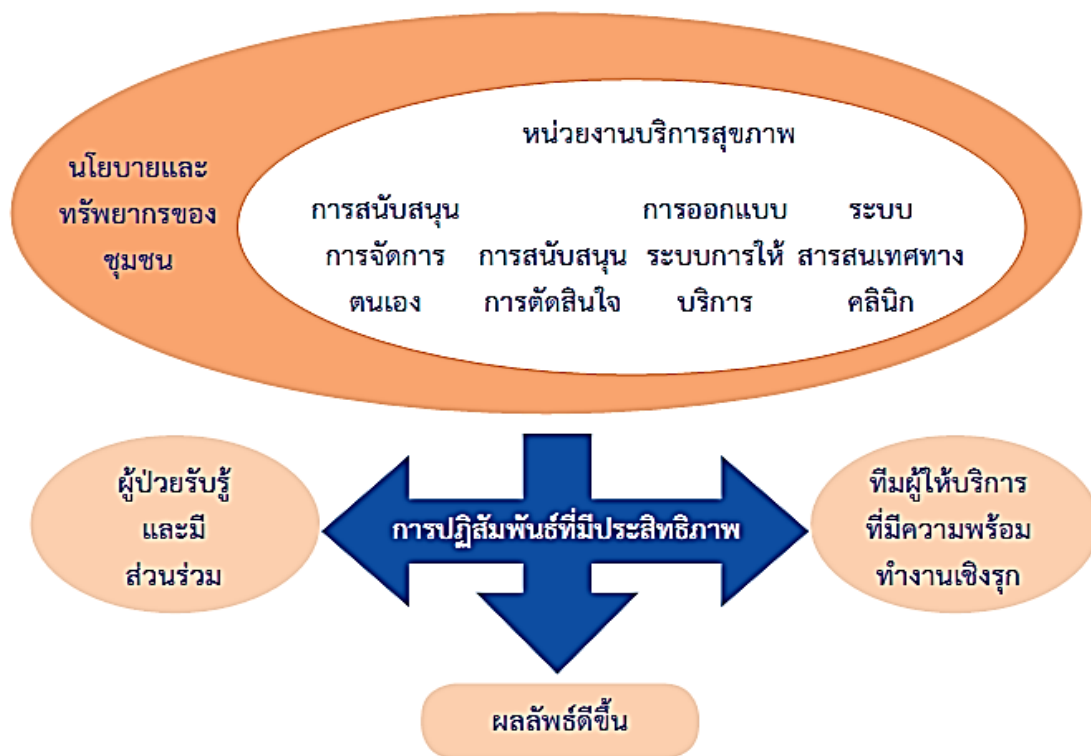
สาเหตุให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐานนั้น ประกอบด้วย โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปจากการที่ประชากรมีอายุยืนขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มากขึ้นกับอายุที่เพิ่มขึ้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เกินศักยภาพการรองรับของระบบบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในปัจจุบัน ความเชี่ยวชาญในการรับเอาวิธีการใหม่ ๆ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการพิสูจน์แล้วมาใช้เป็นแบบแผนมาตรฐานในเวชปฏิบัติ และการดำเนินการอื่น ๆ โดยพบว่า องค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ และรักษาพยาบาลใหม่ ๆ ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วจากการศึกษาวิจัย และตีพิมพ์เผยแพร่แล้วนั้น กว่าที่จะมีการนำมาใช้เป็นวิธีการมาตรฐานในการเวชปฏิบัติ และการสาธารณสุขอย่างแพร่หลายในระหว่างบุคลากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุขนั้น จะต้องใช้เวลาถึง 16 ปี แม้จะมีการจัดทำเป็นแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline) แล้วก็ตาม ทั้งนี้ เนื่องจากแพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงองค์ความรู้ใหม่ ๆ นั้น ไม่พร้อมที่จะรับเอาองค์ความรู้นั้น หรือไม่สามารถนำองค์ความรู้นั้นมาประยุกต์ใช้อย่างสอดคล้องกับชีวิตการทำงานของตนได้โดยง่าย ความไม่สอดคล้องของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันนั้น ถูกออกแบบมาเพื่อรักษาโรค หรือปัญหาสุขภาพแบบเฉียบพลันเป็นหลัก ซึ่งมีลักษณะการเจ็บป่วยเป็นครั้งคราวที่ต้องการดูแลรักษาเป็นครั้ง ๆ ไม่ต่อเนื่องกัน และแพทย์เพียงผู้เดียวเป็นผู้ที่มีบทบาททั้งหมด หรือเกือบทั้งหมดในการรักษา ในขณะที่โรคเรื้อรังต้องการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน ภายใต้การดูแลของแพทย์ และบุคลากรสาขาอื่น ๆ หลายสาขา เนื่องจากปัญหาสุขภาพเรื้อรังต่าง ๆ มักเกิดขึ้นร่วมกัน และผู้ป่วยจะต้องมีบทบาทอย่างมากในการเรียนรู้ และร่วมดูแลรักษาตนเอง เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จของการดูแลรักษา ¹⁸

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบดั้งเดิม เป็นการสรุปแง่มุมโดยทั่วไปของโปรแกรม การปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีผลต่อการปรับปรุงผลต่อสุขภาพ ของผู้ป่วย



ภาพที่ 5 ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบดั้งเดิม ¹⁹

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถือเป็นระบบการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้ผลดีนั้น จะต้องประกอบด้วย ระบบการดูแลสุขภาพที่มีการจัดองค์ประกอบที่ดี และเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่จำเป็นที่หาได้จากชุมชน ซึ่งมีขนาดใหญ่กว่า ขณะเดียวกันภายในระบบสุขภาพจะต้องมีผู้นำ แรงจูงใจ/สิ่งตอบแทน และทรัพยากรในการช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการปฏิบัติใหม่ที่สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนา ทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และกระตือรือร้น และทีมผู้ดูแลสุขภาพที่เตรียมพร้อมทำงานเชิงรุก ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์อย่างบังเกิดผลของทั้ง 2 ฝ่ายนี้ จะเป็นสิ่งรับประกันว่า การบริการสุขภาพนี้จะนำมาซึ่งผลดีต่อสุขภาพอย่างแท้จริง โดยผลลัพธ์อันพึงประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนี้ ประกอบด้วย 1) กระบวนการ/มาตรการดูแลผู้ป่วย 2) สถานสุขภาพ 3) ความพึงพอใจ 4) การใช้บริการสุขภาพ และ 5) ต้นทุน ¹⁹



ภาพที่ 6 ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model หรือ CCM) ฉบับปรับปรุง¹⁹

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นในพื้นที่ 3 พื้นที่ที่มีการทับซ้อนกัน คือ 1) ชุมชนทั้งหมด ซึ่งบรรจุไว้ด้วยทรัพยากร นโยบายทั้งสาธารณะ และเอกชน (Public and private policies) จำนวนมาก 2) ระบบสุขภาพ ซึ่งหมายรวมถึง ระบบโครงสร้างการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล 3) หน่วยงานบริการสุขภาพ เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการผสมผสานคลินิก หรือเครือข่ายของแพทย์ผู้ให้บริการในพื้นที่ 3 พื้นที่ที่ทับซ้อนกันนี้อาจมีการทำงานที่เกื้อหนุน หรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ได้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ทับซ้อนนี้ จะต้องมีองค์ประกอบที่จำเป็น 6 องค์ประกอบ คือ 1) ทรัพยากร และนโยบายของชุมชน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก

กรอบแนวคิด (Conceptual framework) ฐานส่วน
และองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง



ภาพที่ 7 กรอบแนวความคิด และองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแล
ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง²⁰

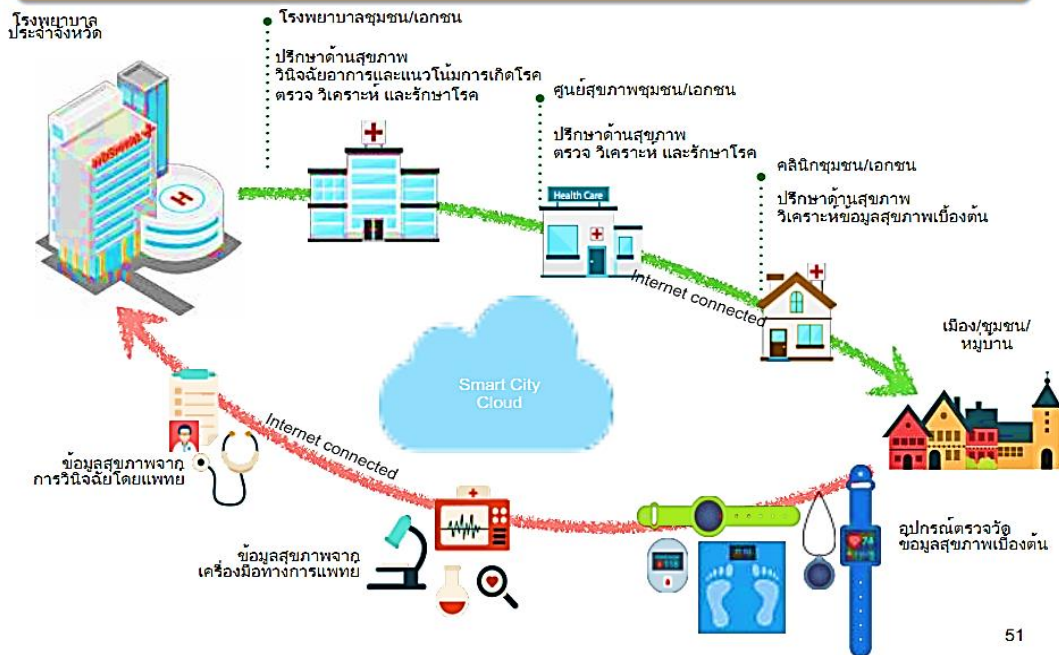
1. ทรัพยากร และนโยบายของชุมชน (Community Resources and Policies) ผู้ให้บริการสุขภาพรับรู้ว่าการจัดการดูแลตามองค์ประกอบนี้อยู่ในระดับดี ทั้งนี้ หน่วยงานในพื้นที่ศึกษาได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในโครงการของชุมชน เพื่อลดช่องว่างของการบริการให้มีความต่อเนื่อง และส่งเสริมให้มีนโยบายในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกำหนดให้มีการร่วมใช้ทรัพยากรขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งระหว่างหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ และระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่น ๆ

2. หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Care Organization) โครงสร้าง เป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยบริการสุขภาพ และความสัมพันธ์ของหน่วยบริการสุขภาพนี้กับผู้รับบริการ และหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ จะประกอบเป็นรากฐานให้องค์ประกอบอื่น ๆ ของระบบดูแลโรคเรื้อรังอีก 4 องค์ประกอบตั้งอยู่ หากผู้นำ และเป้าหมายของหน่วยงานมิได้ให้ความสำคัญกับการดูแลโรคเรื้อรังเป็นลำดับต้น ๆ นวัตกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้
3. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self - management Support) สำหรับโรคเรื้อรังนั้นผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุดของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่เป็นเวลานานกับโรคเรื้อรัง การจัดการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจติดตามด้วยตนเอง การตรวจน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก และการใช้ยา เป็นต้น เป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมโดยตรงของผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ ซึ่งสามารถสอนให้กับผู้ป่วยได้เกือบทุกคน ดังนั้น การสนับสนุนการดูแลตนเองนี้จึงหมายถึงความร่วมมือกันกับผู้ป่วยกับครอบครัวให้มีทักษะ และความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือ หรือวิธีการที่ใช้ในการดูแลตนเอง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตสูง เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การส่งต่อไปยังบริการที่อยู่ในชุมชน และการประเมินปัญหาอุปสรรค และความสำเร็จเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ
4. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเวชปฏิบัติ มีการสร้างทีมงานดูแลผู้ป่วยที่มีแบ่งงานกันอย่างชัดเจน และแยกระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่ต้องมีอากรวางแผนการดูแลระยะยาวออกจากระบบการดูแลโรคเฉียบพลัน โดยแพทย์จะเป็นผู้รักษาภาวะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ ของระยะโรคเรื้อรังที่ยากแก่การรักษา และสอนสมาชิกคนอื่น ๆ ในทีมงาน โดยทีมงานที่มีใช้แพทย์ จะได้รับการสอนเกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การกำหนดนัดกิจกรรมที่ต้องกระทำเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจห้องปฏิบัติการ การตรวจตา การตรวจเท้า และทำการนัดตรวจติดตามอย่างเหมาะสม โดยการมาตรวจตามนัดที่มีการวางแผนอย่างดีเป็นการล่วงหน้าถือเป็นแง่มุมที่สำคัญที่สุดของการออกแบบระบบการให้บริการ
5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) คู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ถือเป็นมาตรฐานอันเหมาะสมของการดูแลโรคเรื้อรัง และต้อง

ผสมผสานเข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วยประจำวันในรูปของการย้ำเตือน หรือกระตุ้นเตือน (Reminder) โดยมีหัวหน้าทีมแพทย์คอยควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกนี้โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมรูปแบบต่าง ๆ นอกจากนี้ในทางอุดมคติควรมีผู้เชี่ยวชาญที่พร้อมให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือสื่อสารสนเทศระบบ internet ที่ไม่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ

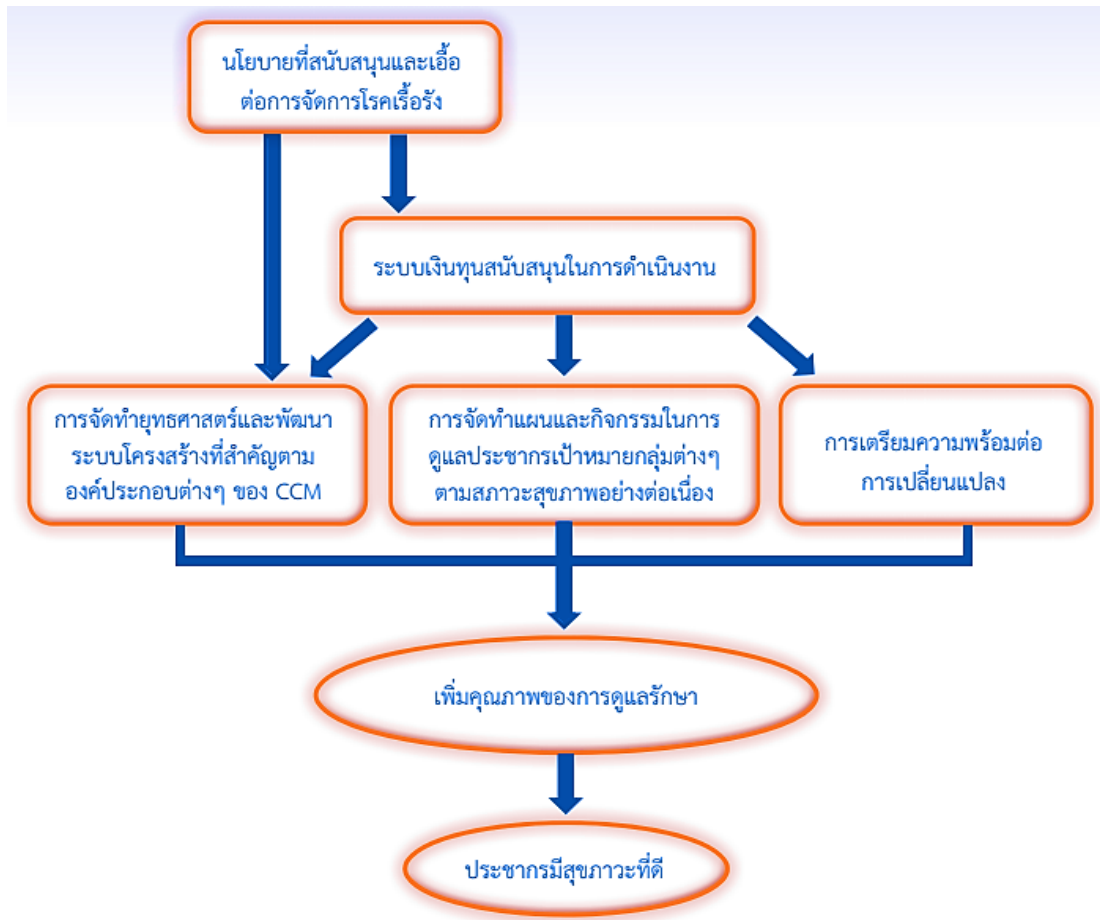
6. ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System) ระบบข้อมูลในคอมพิวเตอร์มีบทบาทที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ช่วยเป็นระบบการย้ำ หรือกระตุ้นเตือนให้แพทย์ปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิก 2) เป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับแพทย์ ในแสดงให้เห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตามตัวชี้วัด เช่น ระดับความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง เป็นต้น และ 3) เป็นทะเบียนข้อมูลสำหรับวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล หรือการดูแลผู้ป่วยโดยใช้มาตรการเชิงกลุ่ม หลักการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี ต้องช่วยสนับสนุนการดูแลให้มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพพร้อมต่อการเตือนผู้ป่วย และผู้ให้บริการสามารถใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนได้ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการได้ ใช้ในการควบคุมกำกับ การดูแลของผู้ให้การดูแล และระบบการดูแล ส่วนข้อมูลในระดับคลินิกที่บันทึกไว้ในหน่วยบริการนั้น ยังมีข้อจำกัดในการเชื่อมประสานกันระหว่างหน่วยบริการ ผู้ให้บริการไม่สามารถดึงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจที่สถานบริการแห่งอื่นมาใช้ในการรักษา หรือวางแผนการดูแลได้ ดังที่ผู้บริหารเสนอแนะว่า “ถ้าระบบบริการสุขภาพสามารถดึงข้อมูลมาใช้ได้ไม่ว่าจะไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพใด เช่นเดียวกับระบบของธนาคารได้จะทำให้ช่วยในการตัดสินใจในการดูแลรักษาได้มาก” ²⁰

การพัฒนา ระบบ Public Health Care สำหรับ Smart City



ภาพที่ 8 การพัฒนาระบบ Public Health Care ในอนาคต (Smart Hospitals 4.0) ²²

องค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรังนี้ จะเกี่ยวเนื่อง และอิงอาศัยกันและกัน ทรัพยากร และบริการในชุมชนจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการดูแลตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการจะทำให้มีการแบ่งงานกันทำในระหว่างทีมบริการ และทำให้สามารถสอนการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากแพทย์อาจจะมีได้ผ่านการอบรมด้านนี้มา สำหรับระบบทะเบียนนั้นจะประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่อมีการออกแบบระบบการให้บริการโดยมอบหมายให้สมาชิกในทีมดูแลสุขภาพทำหน้าที่ดูแลระบบทะเบียนนี้โดยตรง คู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบระบบการแจ้งเตือน และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของแพทย์ และหน่วยงานหนึ่ง ๆ คงจะไม่นำระบบการดูแลโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ หรือประยุกต์ใช้ไม่ยั่งยืน หากสิ่งแวดล้อมองค์กรปราศจากภาวะผู้นำและเงินทุนที่สนับสนุนนวัตกรรมด้านนี้ ²¹



ภาพที่ 9 กรอบการพัฒนาบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ²¹

แนวทางระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs ในกลุ่มกำลังพลทหารระหว่างขึ้นปฏิบัติราชการสนาม

สถิติสาเหตุการตายของทหารกองประจำการในสังกัดกองทัพบกก่อนอายุ 60 ปี พ.ศ. 2548 - 2554 พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้นเหตุการณเสียชีวิตก่อนวัย 60 ปี สูงถึง ร้อยละ 23



สาเหตุการตาย ทหารประจำการก่อนอายุ 60 ปี 2548 - 2554

- | | | | |
|--------------------|----------|-----------|--|
| • อุบัติเหตุ | 418/1808 | = 23.12 % | • หนึ่งในสี่ของการเสียชีวิตก่อน อายุ 60 ปี ของกำลังพลกองทัพบก เกิดจากอุบัติเหตุ |
| • มะเร็ง | 283/1808 | = 15.65 % | • โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้นเหตุการณ์เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี รวมกันสูงถึง 23% |
| • โรคติดเชื้อ | 207/1808 | = 11.45 % | • จำเป็นที่ต้องมีมาตรการเร่งด่วนในการป้องกัน โดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วย |
| • หัวใจล้มเหลว | 207/1808 | = 11.45 % | |
| • โรคหลอดเลือดสมอง | 122/1808 | = 6.75 % | |
| • โรคหัวใจขาดเลือด | 79/1808 | = 4.37 % | |
| • ฆ่าตัวตาย | 17/1808 | = 0.94% | |
- บาดแผลจากการรบในพื้นที่ปฏิบัติการ 131/1808 = 7.25%
 - จขต. 108/1808 = 5.97%

ภาพที่ 10 สาเหตุการตายทหารประจำการก่อนอายุ 60 ปี 2548 - 2554 ¹⁶

จากสถิติการเจ็บป่วยของกำลังพลในส่วนของกำลังพลสังกัดหน่วยภายในค่ายจิรประวัติ ที่ปฏิบัติงานราชการสนามในแต่ละปี พบว่า มีโรคประจำตัวในกลุ่มที่เป็นโรค NCDs จำนวน ร้อยละ 8.5 ในปี 60 และร้อยละ 9.75 ในปี 61 จากการตรวจร่างกายก่อนการปฏิบัติราชการสนามในแต่ละปี และจากข้อมูลการตรวจร่างกายหลังจากการปฏิบัติราชการสนามแต่ละปี พบมีอัตราการเจ็บป่วยในกลุ่มที่เป็นโรค NCDs ด้วยอาการของโรคในกลุ่ม NCDs อยู่ร้อยละ 78 ในปี 60 และร้อยละ 83 ในปี 61 และระหว่างปฏิบัติหน้าที่ราชการสนาม พบว่า มีอัตราการลาป่วยของกำลังพลในกลุ่มนี้อยู่ในอัตราสูง ²²

ตามแผนยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารบก พ.ศ. 2560 - 2564 โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญด้านความเป็นเลิศด้านการบริการแพทย์ในสนาม โดยเน้นมิติประสิทธิภาพด้านกำลังพลที่ปฏิบัติราชการสนามมีสมรรถนะสูง การให้บริการด้านเวชกรรมป้องกันเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงรักษาสุขภาพของกำลังพล ในห้วงเวลาก่อนออกปฏิบัติหน้าที่ในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ และหลังจากถอนกำลังกลับมาจากดัชนีตัวชี้วัดการเจ็บป่วยของกำลังพลในส่วนของกำลังพลสังกัดหน่วยภายในค่ายจิรประวัติที่ปฏิบัติงานราชการสนามในแต่ละปี พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเจ็บเนื่องด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี และระหว่างปฏิบัติหน้าที่ราชการสนาม พบว่า มีอัตราการลาป่วยของกำลังพลในกลุ่มนี้อยู่ในอัตราสูง ซึ่งแสดงว่า แนวทางการปฏิบัติด้านเวช

กรรมป้องกันของหน่วยในการปฏิบัติราชการสนามนอกที่ตั้งปกติตามแนวทางของกรมแพทย์ทหารบก ยังพบว่า มีปัญหาอยู่สิ่งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐานที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ความไม่สอดคล้องของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในขณะที่โรคเรื้อรังต้องการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกันภายใต้การดูแลของแพทย์ และบุคลากรสาขาอื่น ๆ หลายสาขา เนื่องจากปัญหาสุขภาพเรื้อรังต่าง ๆ มักเกิดขึ้นร่วมกัน และผู้ป่วยจะต้องมีบทบาทอย่างมากในการเรียนรู้ และร่วมดูแลรักษาตนเอง

จากทบทวนแนวทางการปฏิบัติด้านเวชกรรมป้องกันของหน่วยทหารในการปฏิบัติราชการสนามนอกที่ตั้งปกติของกรมแพทย์ทหารบก ยังมีความไม่สมบูรณ์ขาดการต่อเนื่องในหลายส่วน เช่น ขาดการเตรียมการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขทั้งของหน่วยทหารแพทย์ของกรมแพทย์ทหารบก และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขอื่น ๆ ในพื้นที่ในช่วงการปฏิบัติด้านเวชกรรมป้องกันก่อนการปฏิบัติราชการสนาม (Pre - deployment) ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติ และมาตรการเวชกรรมป้องกันที่เหมาะสม และจะต้องประสานงานการดำเนินการด้านเวชกรรมป้องกันกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในช่วงการปฏิบัติด้านเวชกรรมป้องกันระหว่างปฏิบัติราชการสนาม (Deployment) การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีองค์ประกอบที่จำเป็น 6 องค์ประกอบ คือ 1) ทรัพยากร และนโยบายของชุมชน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก

จากการศึกษาองค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ยังมีปัญหาที่สำคัญในส่วนของการสนับสนุนการตัดสินใจ (องค์ประกอบที่ 5) ในประเด็นที่ขาดผู้เชี่ยวชาญที่พร้อมให้คำปรึกษาผ่านทางสื่อสารสนเทศระบบเครือข่ายที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย และปัญหาในส่วนของระบบข้อมูลทางคลินิก (องค์ประกอบที่ 6) ประเด็นเกี่ยวกับส่วนข้อมูลในระดับคลินิกที่บันทึกไว้ในหน่วยบริการนั้นมีข้อจำกัดในการเชื่อมประสานกันระหว่างหน่วยบริการผู้ให้บริการไม่สามารถดึงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจที่สถานบริการแห่งอื่นมาใช้ในการรักษา หรือวางแผนการดูแลได้ ระบบบริการสุขภาพต้องสามารถดึงข้อมูลมาใช้ได้ ไม่ว่าจะไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพใด

เช่นเดียวกับระบบของธนาคารได้จะทำให้ช่วยในการตัดสินใจในการดูแลรักษาได้มี ประสิทธิภาพ

แนวทางการพัฒนาในองค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนการตัดสินใจ ในส่วนของแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญในสาขาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อายุรกรรมในส่วนของโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกในแต่ละกองทัพภาคมีจำนวนเพียงพอ ในการให้คำปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนตามพื้นที่กำลังพล ปฏิบัติงานอยู่ โดยมีการให้คำปรึกษาผ่านระบบอินเทอร์เน็ตที่ทางหน่วยงานของรัฐจัดทำขึ้น เช่น ระบบโทรเวชกรรมทางไกล (Telemedicine) ของกระทรวงสาธารณสุข หรือ ระบบสื่อสารสารสนเทศผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เช่น ระบบ line เป็นต้น เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการตัดสินใจในการรักษาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนตาม แนวชายแดน

แนวทางการพัฒนาในองค์ประกอบที่ 6 ระบบข้อมูลทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยไม่ติดต่อ เรื้อรังจำเป็นต้องใช้ข้อมูลทางคลินิก โดยเฉพาะในกลุ่มของทหารที่ขึ้นปฏิบัติราชการสนามที่มี ประวัติการรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบก ประวัติการรักษาเดิมของผู้ป่วย มีความจำเป็นในการต่อเนื่องในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าสามารถส่งต่อข้อมูลทางคลินิกในรูปแบบแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์จะส่งผลในการ เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาของโรคในกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลที่กำลังพลทหารปฏิบัติ ราชการสนามรับผิดชอบ²³

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มกำลังพล ทหารที่ปฏิบัติหน้าที่ราชการสนามนอกพื้นที่ปกติ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มกำลังพลทหารที่ปฏิบัติหน้าที่ ราชการสนามนอกพื้นที่ตั้งปกติให้ได้ประสิทธิภาพของคุณภาพของการดูแลรักษาที่ดี

1. นโยบายที่สนับสนุน และเอื้อต่อการจัดโรคเรื้อรัง หน่วยงานที่กำกับดูแลทางสายแพทย์ โดยกรมแพทย์ทหารบกต้องมีนโยบายที่ชัดเจนของการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกำลังพลทหารร่วมกับมีอาคารติดตามตัวชีวิตในเรื่องนี้ให้ชัดเจนในระดับยุทธศาสตร์ ของหน่วยสายแพทย์

2. การจัดทำยุทธศาสตร์ และพัฒนาระบบโครงสร้างที่สำคัญตามองค์ประกอบต่าง ๆ ของ CCM กรมแพทย์ทหารบก มีแนวทางพัฒนาขั้นตอนระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้สอดคล้องกับตามระบบการดูแลผู้ป่วย CCM พร้อมกำหนดตัวชี้วัดให้ติดตามระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
3. การจัดทำแผนและกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามสภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง กรมแพทย์ทหารบก พัฒนาแผนในการดูแลกลุ่มกำลังพลทหารที่ปฏิบัติราชการสนาม โดยเฉพาะช่วงเวลาระหว่างที่ปฏิบัติราชการสนามที่ยังเป็นปัญหาอยู่ให้ชัดเจนโดยการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานสายแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ปฏิบัติการให้ชัดเจนและต่อเนื่อง.
4. การเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง กรมแพทย์ทหารบกควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ และกำหนดตัวชี้วัดเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้
5. ระบบเงินทุนในการสนับสนุนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มกำลังพลที่ปฏิบัติราชการสนาม ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในทหารที่ปฏิบัติราชการสนาม จำเป็นต้องมีเงินทุนสนับสนุนที่เหมาะสมเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติการในพื้นที่ห่างไกล และจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีที่มีราคาสูงในการสนับสนุนในการปฏิบัติการตามแผนงาน

บทสรุป

ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเทคโนโลยีครั้งสำคัญของประเทศครั้งนี้ เป็นโอกาสที่สำคัญที่กรมแพทย์ทหารบก จะได้นำนโยบายของประเทศมาดำเนินการให้เกิดการพัฒนาที่ก้าวกระโดดของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของกำลังพล และครอบครัวหลายแนวคิด เช่น ด้านกำลังพลเหล่าแพทย์ (Smart Personnels 4.0) ผ่านระบบการเรียนรู้การวิจัย ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบก (Smart Hospitals 4.0) ผ่านระบบการสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ สร้างนวัตกรรม Full Electronic Medical Records (EMRs) ในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก ทั้งเครือข่ายพร้อมเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เชื่อมโยงสู่ระบบ mobile ตอบสนอง Continuous of care การวินิจฉัย การรักษา และการส่งต่ออย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์

ข้อมูลแบบ Real time เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพกำลังพล (Smart Health) ผ่านระบบ Information Technology การพัฒนาอุปกรณ์สื่อสาร wearable device เพื่อเป็นการติดตามข้อมูลของบุคคลแบบ real time ใช้ในการ monitor โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ให้สามารถควบคุมผลลัพธ์การรักษาได้ดีขึ้น

การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในด้านการจัดการระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ จำเป็นต้องมีนโยบายที่สนับสนุนต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การพัฒนาระบบโครงสร้างที่สำคัญของระบบการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic care model) การจัดทำแผนและกิจการในการดูแลกำลังพลทหารที่ปฏิบัติราชการสนามตามสภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ตลอดจนระบบเงินทุนสนับสนุน การดำเนินงาน โดยเฉพาะการบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของหน่วยงานสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงกลาโหมอย่างเป็นระบบ ร่วมกับมีแนวทางที่ประสานสอดคล้อง และสามารถนำแนวทางศึกษาในครั้งนี้ไปปรับปรุงคุณภาพการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกำลังพลทหารในสังกัดกองทัพบกในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

- ¹ ประชากรสูงวัย และแนวโน้มในอนาคต - MICE Intelligence Center, [อินเทอร์เน็ต], [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2562], เข้าถึงได้จาก : <https://intelligence.business-eventsthailand.com/th/insight/aging-trends-01-th>
- ² วัชรภรณ์ ชิวโศภิษฐ, 2562, สังคมผู้สูงอายุ : ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป (AGING SOCIETY : THE CHANGED MARKETING FACTOR), วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ ปีที่ 6, หน้า 39 – 54 (มกราคม – มีนาคม 2562); หน้า 39 - 54.
- ³ คณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย, รายงานการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย, 2559.
- ⁴ Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomu A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs ; 2001 ; 20 (6) : 64 - 78.
- ⁵ Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for The Twenty-first Century. Washington : National Academic Press ; 2001.
- ⁶ WHO. Global burden of noncommunicable diseases, World Health Organization, South-East Asia Region. 2012 a. [Internet] [Cited 2014 Oct 15]. Available from : <http://www.searo.who.int/en/section1174/section1459.htm>.
- ⁷ WHO. Health and economic burden of NCDs in the region, World Health Organization, South-East Asia Region. 2012 b. [Internet] [cited 2014 Oct 15]. Available at <http://www.searo.who.int/en/section1174/section1459.htm>.
- ⁸ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ยุทธศาสตร์, กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี ประจำปี พ.ศ. 2561 - 2580, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามลดา, 2561.
- ⁹ คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) กระทรวงสาธารณสุข, ร่าง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ; 2559.

-
- ¹⁰ อารี วัลยะเสวี, ศ.นพ., พิสุทธิ จงอุดมสุข, นพ., สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, นพ., เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, รศ.พญ., นฤมล ศิลารักษ์, พญ., รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า, สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง ; 2542.
- ¹¹ Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary. Implementation of chronic disease prevention and control of Thailand under the Tenth National Economic and Social Development Plan : Successor failure. News Health, 2010 ; 3 ; 7 : 15 - 19.
- ¹² ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ทนตแพทย์หญิง, สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) (Situation on NCDs Prevention and Control in Thailand), สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ; 2561.
- ¹³ เรื่องเดียวกัน.
- ¹⁴ การประชุมประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, แผนงานควบคุมโรคไม่ติด ปี 2560 - 2564 ; 2560.
- ¹⁵ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ทนตแพทย์หญิง, สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) (Situation on NCDs Prevention and Control in Thailand), สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ; 2561.
- ¹⁶ สำนักงานยุทธศาสตร์ กรมแพทย์ทหารบก, ยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารบก พ.ศ. 2560 - 2564, [อินเทอร์เน็ต], เข้าถึงได้จาก <http://www.amedstgy.com/strategicmap>.
- ¹⁷ จิราภรณ์ ชมศรี, พันเอกหญิง, การพิทักษ์สุขภาพกำลังรบ = Force Health Protection, ศูนย์พัฒนาหลักนิยมและยุทธศาสตร์ กรมยุทธศึกษาทหารบก, กรุงเทพมหานคร ; 2562.
- ¹⁸ วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์, ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2556, หน้า 82 - 90.
- ¹⁹ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง = The Role of the Nurse in the Chronic Disease Management, วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 37 ; 2 : 2560 ; 154 - 159.
- ²⁰ วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์, ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2556, หน้า 82 - 90.

-
- ²¹ สุทธิพร มุลศาสตร์, ผศ., การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมเขตพื้นที่ชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 31 ; 2560 : 3 ; 145 - 161.
- ²² สำนักงานยุทธศาสตร์ กรมแพทย์ทหารบก, ยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารบก พ.ศ. 2560 - 2564, [อินเทอร์เน็ต], เข้าถึงได้จาก <http://www.amedstgy.com/strategicmap>.
- ²³ เนติมา คูณีย์, แพทย์หญิง, การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, สถาบันวิจัยและการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด, 2557.

ประวัติย่อผู้วิจัย

ยศ ชื่อ	พันเอก ชัยพร สุวรรณโสภณศิริ
วัน เดือน ปีเกิด	6 ธันวาคม 2512
ประวัติสำเร็จการศึกษา	
พ.ศ. 2537	ปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
พ.ศ. 2543	วุฒิปัตร์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พ.ศ. 2550	อนุปตย์บัตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัว
พ.ศ. 2552	หลักสูตรชั้นนายพันเหล่าแพทย์ รุ่นที่ 53 โรงเรียนเสนาธิการ กรมแพทย์ทหารบก
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2538 – 2539	แพทย์เพิ่มพูนทักษะ โรงพยาบาลค่ายจिरประวัติ มณฑลทหารบกที่ 31
พ.ศ. 2539 – 2540	รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายฉัตรไชยสงคราม จังหวัดทหารบกตาก
พ.ศ. 2540 – 2543	แพทย์ประจำบ้านสาขาออร์โธปิดิกส์ กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พ.ศ. 2544 – 2545	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายเม็งรายมหาราช จังหวัดทหารบกเชียงราย
พ.ศ. 2546 – 2555	ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ โรงพยาบาลค่ายจिरประวัติ มณฑลทหารบกที่ 31
พ.ศ. 2555 – 2556	ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ โรงพยาบาลอานันทมหิดล
ตำแหน่งปัจจุบัน	
พ.ศ. 2556 – 2563	หัวหน้ากองศัลยกรรม โรงพยาบาลค่ายจिरประวัติ