

คู่มือการดำเนินงาน

ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โดยยึดชุมชนเป็นฐาน :

ชุมชนลคเสี่ยง ลคโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs)



สำหรับบุคลากรสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2561



สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรค
สำนักโรคไม่ติดต่อ

คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสียง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs)

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข/ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงจวีพร	คงประเสริฐ
รศ.ดร.มณฑา	เก่งการพานิช
ผศ.ดร.ศุภวรรณ	มโนสุนทร

บรรณาธิการ

นางเพชรภรณ์	วุฒิวงศ์ชัย
-------------	-------------

คณะผู้จัดทำ

นางเพชรภรณ์	วุฒิวงศ์ชัย
นางสาวเพียงใจ	ทองวรรณดี
นางสาวสรายุรัตน์	ลัทธิ
นางสาวรักนิรันดร์	เครือประเสริฐ
นางสาวนุรุลสุดา	เบ็ญชอและ
นางสาวกานติมา	ทองคำสุก

รวบรวมและจัดพิมพ์โดย

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02 590 3987 โทรสาร 02 590 3988

ฉบับปรับปรุง

ครั้งที่ 1 พิมพ์ 2561

จำนวน

2,000 เล่ม

พิมพ์ที่

บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด
117 ซอยลาดพร้าว 132 (วัดกลาง) ถนนลาดพร้าว
แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240
โทรศัพท์/โทรสาร 0-2704-7645, 0-2734-3714

ISBN :

978-616-11-3259-0

สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงในยุคบริโภคนิยมและโลกาภิวัตน์ การจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงนั้น จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเป็นกลไกประสานความร่วมมือในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีสถานบริการสุขภาพครอบคลุมอยู่ทุกพื้นที่จะร่วมให้การสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสียง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) นี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน “ชุมชนลดเสียง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” สามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่และเครือข่ายที่รับผิดชอบ คณะผู้จัดทำขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษามา ณ โอกาสนี้ หากมีข้อคิดเห็นประการใด กรุณาแจ้งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ เพื่อจะได้ดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปรับปรุงต่อไป

คณะผู้จัดทำ

มกราคม 2561

สารบัญ

คำนำ	1
ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง	5
กรอบแนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน (Community Based Intervention for NCDs Controlling: CBI NCDs)	9
ชุมชน บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการมีส่วนร่วมของชุมชน	16
แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน	26
บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับ	31
วิธีการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	35

สารบัญ

แผนภาพ

ภาพที่ 1	อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2555-2559 (รวมกรุงเทพมหานคร)	6
ภาพที่ 2	เปรียบเทียบความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงและ ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล	7
ภาพที่ 3	กรอบแนวคิดรูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน	12
ภาพที่ 4	ระดับต่างๆ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ	15
ภาพที่ 5	กระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินงานชุมชน ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	26

สารบัญ

ภาคผนวก

ผนวก ก.

41

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราตายต่อประชากร

100,000 คน ด้วยโรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด

และโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2555-2559

(รวม กรุงเทพมหานคร)

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร

42

100,000 คน ด้วยโรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด

และโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2554-2558

(รวม กรุงเทพมหานคร)

ผนวก ข.

กระบวนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

43

ผนวก ค.

ตัวอย่างนโยบาย/มาตรการและแนวทางปฏิบัติ

47

ทางสังคม ชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

บรรณานุกรม

53

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยง



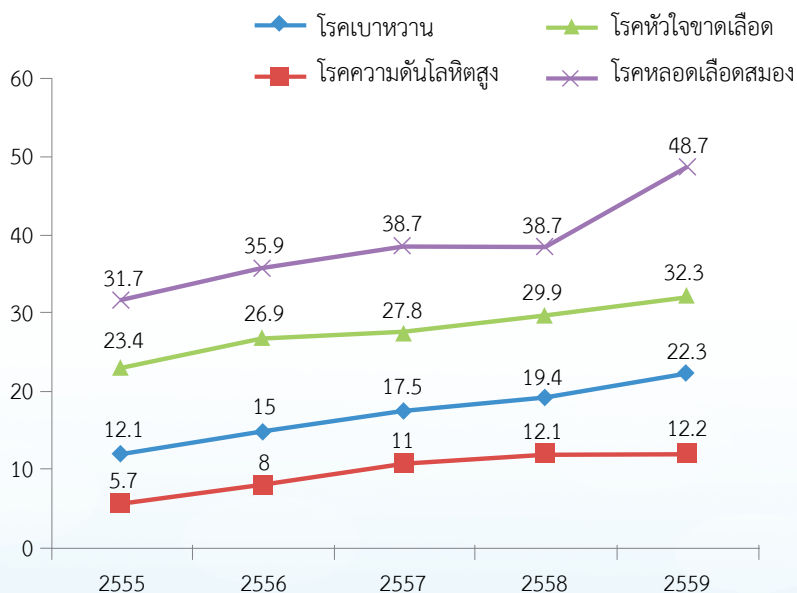
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หรือโรควิถีชีวิต ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภัยเงียบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วย ความพิการ การสูญเสียสุขภาพ คุณภาพชีวิต และตายก่อนวัยอันควรจำนวนมาก เป็นภาระการดูแล รักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ

กลุ่มโรคนี้มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า องค์การอนามัยโรคได้ให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมี **ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม**ร่วมที่สำคัญ 4 ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และ **ปัจจัยด้านสรีรวิทยา** 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ภาวะไขมันในเลือดสูง 2) ภาวะความดันโลหิตสูง 3) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน นอกจากนี้ความเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอีกหนึ่งปัจจัย

องค์การอนามัยโลกทำนายว่าในปี พ.ศ. 2574 ประชากรโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจจำนวน 23 ล้านคน และในปี 2560 ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวาน 2,653,679 คน โรคความดันโลหิตสูง 5,581,116 คน โรคหัวใจ

ขาดเลือด 188,604 คนและโรคหลอดเลือดสมอง 220,272 คน จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 69,054; 129,801; 22,728 และ 33,354 คน ตามลำดับ และพบจากรายงานของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าแนวโน้มของผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2555-2559 ดังภาพที่ 1

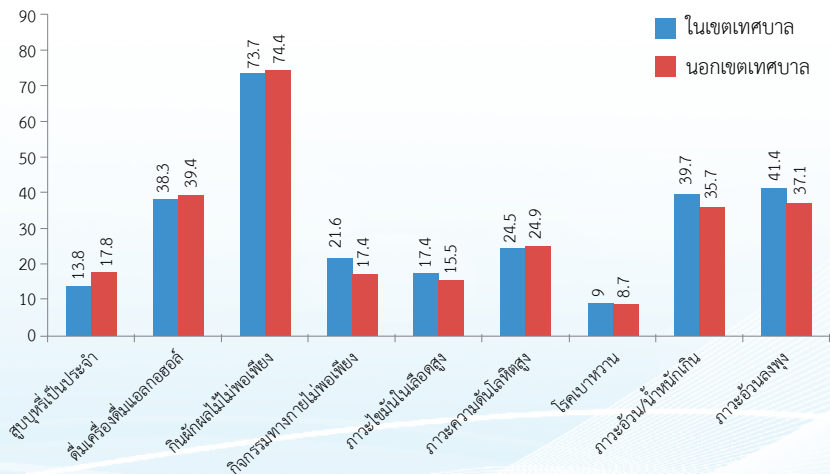
ภาพที่ 1 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2555-2559 (รวมกรุงเทพมหานคร)



ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สถิติการสาธารณสุข พ.ศ. 2559. นนทบุรี

และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พบว่าความชุกของการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ การกินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (น้อยกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน) นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล ส่วนความชุกของกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน/น้ำหนักเกิน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) และอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในชายและ ≥ 80 ซม. ในหญิง) ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล ส่วนความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาล ใกล้เคียงกับนอกเขตเทศบาล ตามการเปรียบเทียบดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล



ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557

ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ดังนั้นการลดความรุนแรงของกลุ่มโรคนี้ จึงมุ่งเน้นที่การป้องกันควบคุมสหปัจจัยเสี่ยง ก็จะสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคได้ร้อยละ 80 การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ผล โดยการแก้ไขปัญหาสหปัจจัยเสี่ยงไปพร้อมๆกัน โดยเน้นหนักในการป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงแบบบูรณาการ และส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิตในระดับครอบครัวและชุมชนให้มีประสิทธิผลสูงสุด

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน เป็นมาตรการหนึ่งในการดำเนินงานเชิงรุกสู่การลดปัจจัยเสี่ยงร่วมครอบคลุมประชากรทั่วไปในชุมชน ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน เพิ่มความสามารถบุคคลในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติลดเสี่ยง สนับสนุนให้มีการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดโอกาสเสี่ยงและไม่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง ตลอดจนการเข้าถึงการบริการส่งเสริมเทคนิควิธีการปฏิบัติ มีการดำเนินการประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำในชุมชนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน และสถานการณ์ปัจจัยสาเหตุ การวางแผน การเลือกกลยุทธ์ และกิจกรรมการดำเนินงาน การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงการทำงานให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามสถานการณ์ อย่างเหมาะสมกับปัญหา วิถีชีวิต และบริบทของชุมชน และเกิดความยั่งยืนซึ่งต้องอาศัยพลังของประชาชนเป็นรากฐาน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เน้นชุมชนเป็นศูนย์กลางสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ส่งผลให้ลดเสียง ลดโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาวได้



กรอบแนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน (Community Based Intervention for NCDs Controlling : CBI NCDs)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้มีการดำเนินงานโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI) เป็นกลยุทธ์หลักอย่างหนึ่งในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 และได้เสนอให้ใช้กลยุทธ์แบบจำลองการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ (Integrated NCD Prevention and control Model) ในราวต้นปี พ.ศ. 2523 และได้เสนอแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในเวลาต่อมา

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

การควบคุมปัจจัยและวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูโรค ซึ่งต้องทำครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อสภาพร่างกายของแต่ละคน อาทิ การออกกำลังกาย โภชนาการ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเฝ้าระวังสุขภาพ โดยใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategies) ซึ่งเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนและความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพะที่ดีขึ้น ทั้งกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เจ็บป่วย และกลุ่มที่พิการ โดยมุ่งพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทุกด้านให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ปี พ.ศ. 2529 ให้คำนิยามการสร้างเสริมสุขภาพ คือ “กระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนได้ โดยใช้ 5 กลยุทธ์ ได้แก่

- 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- 3) การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง
- 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ
- 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ”

การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนดในชุมชน การจัดการบริการที่จะเข้าถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยง การขับเคลื่อนนโยบายของชุมชน การคัดกรอง การขับเคลื่อนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ในชุมชน มุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้เป็นกุญแจสำคัญในการลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเนื่องจากพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (เป็นพลวัต) จึงจำเป็นต้องส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกในชุมชน ในขณะที่พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับ

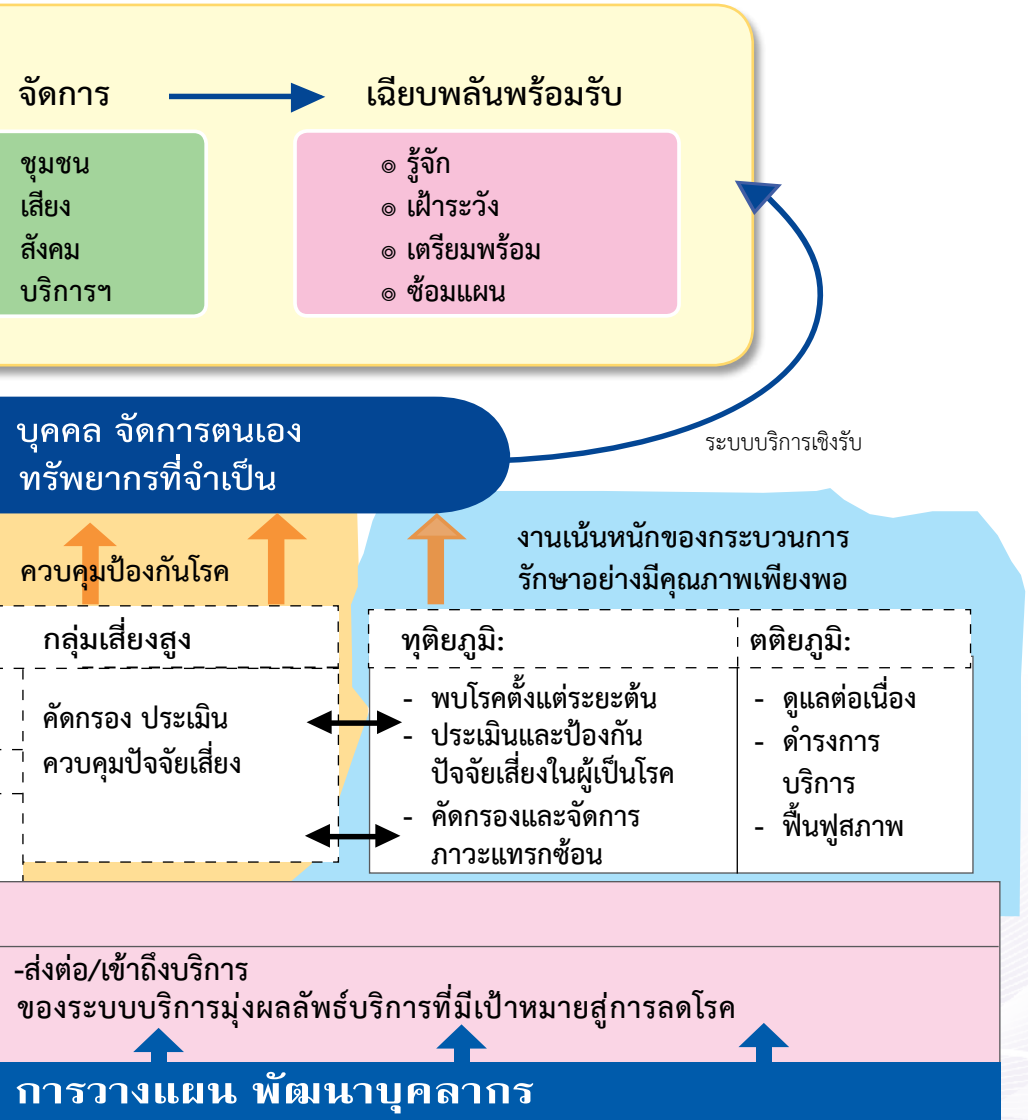
ความเสี่ยงนั้นฝังรากอยู่ในชุมชน ในมิติของสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ทางกายภาพของชุมชนเอง ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการค้นหาข้อเท็จจริงเพื่อแสดงถึงผลที่เกิดขึ้นจากมิติของการมองชุมชนเป็นเป้าหมาย มีการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค การบำบัดและการฟื้นฟูโรค ทำงานร่วมกัน เพื่อการเปลี่ยนแปลง ชุมชนให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางบวกในการลดเสียง ลดโรคโดยแปลงจาก สิ่งที่ยากเป็นสิ่งที่ง่าย เป็นภาษาของชุมชนเอง สามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ อย่างสอดคล้องกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพะปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 ที่ว่า **“เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา”**

การดำเนินงาน CBI ในประเทศไทยที่ผ่านมา มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน



ลดปัจจัยเสี่ยง ลดโรค และภาวะโรคเรื้อรัง



ที่มา: ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย แนวทางกลยุทธ์ชุมชนเป็นฐาน(CBI)พ.ศ.2552

หมายเหตุ: “การดำเนินงาน CBI ที่แท้จริงต้องเป็นชุมชนลดเสียง ลดโรคที่สามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง จึงจะเกิดความยั่งยืน” ในระดับปฐมภูมิ ความสำเร็จของการดำเนินงานหลังจากคัดกรองแล้ว สิ่งที่ทำให้เกิดประสิทธิผลได้นั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดและปัจจัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน อันได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมต่อการรับรู้ความเสี่ยง ความเสมอภาค เพศ ประสิทธิภาพของการดำเนินการ การเข้าถึงการดูแล ทรัพยากรในชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบแผนชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและแผนงาน

การดำเนินงานโครงการ CBI ชุมชนจะเป็นตัวกลาง สร้างความเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างความรู้ทางวิทยาศาสตร์กับความจำเป็นที่จะต้องทำ โดยชุมชนจะมีความสำคัญดังต่อไปนี้

ชุมชน และภาคีองค์กรต่างๆ กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยง

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่กลายเป็นนโยบายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. ประกอบด้วยการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ และการบริโภคสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ดังภาพที่ 4 ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ฝังรากอยู่ในชุมชน ในมิติของสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชน จากผลกระทบของการพัฒนา ด้านเศรษฐกิจ สังคม ระบบทุนนิยมโลกาภิวัตน์ และสังคมบริโภคนิยม มีส่วนเร่งให้ประชาชนเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงสุขภาพโดยง่าย มีพฤติกรรมตัดสินใจเลือกบริโภคที่เสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น

ภาพที่ 4 ระดับต่างๆ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ



ปรับจาก epidemiology reviews, Gielen A.C.et al.Epidemiol Rev 2003;25,65-76

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนไม่สามารถดำเนินการได้โดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพัง หากแต่ชุมชนและภาคีองค์กรต่างๆ ล้วนมีอิทธิพลและมีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพของบุคคล ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขล้วนมีความสำคัญในการลดปัจจัยเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง **การปรับสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถมีพฤติกรรม/กิจกรรมสุขภาพ มีทางเลือกด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การออกกฎหมาย/นโยบายของทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงผลที่จะกระทบต่อสุขภาพของประชาชน**

ชุมชน

บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับการมีส่วนร่วมของชุมชน



ชุมชน (community) หมายถึง หมู่ชน กลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคม ขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ก็ได้ ที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เทศบาล สถานศึกษา สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ โรงเรียน วัด ตลาด เป็นต้น

ภาคีเครือข่ายในชุมชน หมายถึง หน่วยงาน องค์กร ชมรม กลุ่มคนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานประกอบเครือข่ายภาครัฐ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/อปท. พัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง) เครือข่ายภาคประชาชน (อาสาสมัครสาธารณสุข/อสม. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ชมรมสร้างสุขภาพ) และกลุ่มต่างๆ ในชุมชน (กรรมการ/คณะทำงานชุมชน องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ บริษัทห้างร้าน เป็นต้น)

บทบาทของชุมชน การรวมตัว ร่วมคิด ร่วมทำ ที่จะนำไปสู่ชุมชนเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ หมายถึงสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด สามารถแก้ไขปัญหาความยากจน และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้จะบรรลุผลได้ทุกคนในชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วม ดังตัวอย่างของเป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วมในส่วนของระบบสุขภาพชุมชน 8 ประการ ของนายแพทย์ประเวศ วะสี เพื่อให้บรรลุสู่ภาวะชุมชนเป็นไปได้อย่างขึ้น ได้แก่

1. เกิดสำนึกคุณค่าของความเป็นคน
2. ชุมชนเข้มแข็ง สามารถพัฒนาอย่างบูรณาการได้มากที่สุด
3. เป็นชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งกัน สามารถดูแลคนแก่ คนพิการ คนจนและเด็กกำพร้าได้ทั้งหมด
4. สามารถดูแลรักษาโรคที่พบบ่อย เช่น หัวใจ เจ็บคอ โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล
5. สามารถวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีในชุมชนได้ทั้งหมด
6. สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้
7. ควบคุมโรคต่างๆ ได้ เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก อุบัติเหตุ และยาเสพติด ฯลฯ
8. สร้างเสริมสุขภาพทุกด้านได้อย่างเต็มที่

บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในมิติใหม่ของระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งเชิงรุกและตั้งรับ โดยดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม ประกอบด้วย การดูแลในมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญญาและจิตวิญญาณ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยุคใหม่จึงควรปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของการให้บริการสุขภาพ จากการเป็น “ผู้ดำเนินการให้” เป็น “ผู้สนับสนุนให้มีการดำเนินการ (Facilitator)” ไม่เป็นผู้คิดให้ชาวบ้าน แต่จะเป็นผู้กระตุ้นให้ชาวบ้านคิดเอง ดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดการพึ่งพิงผู้อื่น นอกจากนี้ยังต้องเรียนรู้ระบบงานและทักษะการทำงานแนวใหม่ โดยเปลี่ยนจาก “การตั้งรับ” ในสถานบริการ โดยรอให้ผู้ป่วยเข้ามารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยแล้ว เป็นการให้บริการ “เชิงรุก” ออกไปในครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและควบคุม ป้องกันโรคก่อนที่จะเกิดโรค ทั้งผู้ป่วยและคนที่ยังไม่ป่วย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง

และสร้างเสริมสุขภาพไปพร้อมกัน ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับบริบทและเงื่อนไขกับวิถีชีวิตของชุมชน

กุญแจของการพัฒนาคือการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติอันนำไปสู่การเกิด “ปัญญาร่วมกัน” ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงมีอิทธิบาทหนึ่ง โดยเป็นผู้สนับสนุนให้มีเวทีการจัดการความรู้ มีการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ที่ดี มีการถอดบทเรียน พร้อมทั้งสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อลดอุบัติเหตุร้ายและการเสียชีวิตด้วยโรคที่ป้องกันได้ก่อนวัยอันควร

การดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกับชุมชน จำเป็นต้องมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการ (Preparation)

บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องประสานความร่วมมือกับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการป้องกันควบคุมโรค การเตรียมการที่สำคัญเบื้องต้นคือ

1.1 การปรับทัศนคติ วิธีคิดและแบบแผนการปฏิบัติการให้บริการจากการรักษาสู่การป้องกันควบคุมโรค และรู้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์สิ่งแวดล้อม

1.2 ต้องเรียนรู้ เข้าใจและยอมรับว่า มีความคิด ความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละสังคม/ชุมชน ซึ่งมีผลต่อการกำหนดแบบแผนพฤติกรรม การดำรงชีวิตของประชากรในชุมชนนั้นๆ และมีผลตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม แม้ว่าจะไม่สามารถอธิบายเหตุผลในเชิงวิทยาศาสตร์ได้ การแก้ปัญหาตามแนวทางที่เจ้าหน้าที่กำหนดและคิดว่า

เหมาะสมที่สุดแบบบนลงล่าง (Top down approach) อาจไม่สอดคล้องกับความจริงของสังคม จึงควรเรียนรู้เพื่อเข้าใจกระแสสังคมและแปลงให้เกิดเป็นพลังสังคมอันจะนำไปสู่เป้าหมายที่เราวาดฝันไว้ร่วมกัน ดังนั้นการศึกษา ภูมิปัญญาประชาชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น (ทุนทางสังคม) จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการพัฒนาเพื่อยกระดับศักยภาพของชุมชนให้สามารถพึ่งพาตนเองได้สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

1.3 เข้าใจและรับรู้ปัญหาชุมชน ปัญหาชุมชนในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชุมชนอาจจะไม่เป็นประเด็นเดียวกัน เจ้าหน้าที่ต้องให้ความสำคัญประเด็นด้านความสำนึกด้านสุขภาพ (Health Consciousness) ในการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ความคิด ความเชื่อของชุมชน การรับรู้ต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ปฏิบัติการของชุมชนที่สนองต่อการเกิดสภาวะการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และสังคม ที่จะมีผลส่งต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน

1.4 การพัฒนาความเป็นผู้นำและการสร้างเครือข่าย เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับชุมชน โดยปรับกระแสแนวคิดให้ตรงกัน นำไปสู่การกำหนดเป้าประสงค์ร่วมกัน และเกิดการระดมพลังชุมชน ทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรอื่นๆในชุมชน เพื่อการพัฒนาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เกิดเครือข่ายชุมชนสาธารณสุข ซึ่งระบบบริการสนับสนุนสาธารณสุขจะต้องสอดคล้องประสานกับกระบวนการแก้ไขปัญหาชุมชน มุ่งสู่ทิศทางที่จะเอื้อให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้ โดยอาศัยพลังชุมชนอันเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรชุมชน ประชาชนและสาขาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง



1.5 การศึกษาชุมชน

ในการรวบรวมข้อมูลของชุมชนภาพรวมแบบมีส่วนร่วมเพื่อสืบค้นหาข้อมูลที่สำคัญ เพื่อให้รู้และเข้าใจชุมชน ทั้งในตัวของเนื้อหาและบริบท นำไปสู่การพัฒนาต่อไป เครื่องมือศึกษาชุมชน เช่น เครื่องมือ 7 อย่าง ประกอบด้วย แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ โครงสร้างองค์กรชุมชน/เครือข่ายองค์กรในชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน ภูมิตินชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชนและประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจ เครื่องมือ Changeประเมินความต้องการของชุมชน และอื่นๆ

1.6 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) เป็นกลวิธีในการเผยแพร่และกระจายข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ประเมินความเสี่ยงและผู้จัดการความเสี่ยง รวมถึงผู้มีส่วนร่วมอื่นๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม (stakeholders) มีความเข้าใจในทางเดียวกันกับสิ่งคุกคาม การเกิดผลกระทบในเชิงลบ ความเสี่ยงและโอกาสของการเกิด เป็นหน้าที่ของนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญในการสร้างข้อมูลที่จะใช้ในการสื่อสารเรื่องต่างๆ กับประชาชนทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานด้านสุขภาพ การสื่อสารเพื่อสุขภาพมองได้หลายมิติ เพราะเรื่องสุขภาพเป็นพลวัตร มีความต่อเนื่องในวิถีชีวิตของบุคคล เป็นเรื่องสุขภาพของครวมที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณมีความเกี่ยวเนื่องกับการเมือง เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม

การรับรู้ศักยภาพการสื่อสารภายในชุมชน เช่น การใช้สื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร วิธีการและช่องทางการเข้าถึงชุมชนที่ได้ผล รวมถึงปัญหาและปัจจัยที่ทำให้คนในชุมชนยอมรับสื่อและมีส่วนร่วมในการสื่อสารในชุมชน เพื่อเพิ่มความสามารถในการสื่อสาร

2. การวางแผนและดำเนินงานร่วมกับชุมชนในการแก้ปัญหา สาธารณสุข (Plan and Implementation)

การวางแผนการดำเนินการ จำเป็นต้องเข้าใจกระบวนการวางแผนงาน มีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหา สาเหตุหลักของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบบริการสาธารณสุขและระบบบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบการศึกษา การเกษตร การปกครองท้องถิ่น ระบบโครงสร้างและสังคม วัฒนธรรมของชุมชน และองค์ประกอบการวางแผนและการดำเนินงาน มีดังนี้

- ชุมชนแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่รับผิดชอบ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีข้อตกลงร่วมกัน และทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดทำแผนการดำเนินงาน

- การประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ การรวบรวมและวิเคราะห์ต่างๆ ได้แก่ นโยบายด้านสาธารณสุข ข้อมูลแผนงานสาธารณสุข ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขและสถานการณ์ของการดำเนินงานปัจจุบัน เช่น ข้อมูลประชากร/ระบาดวิทยา สถานะสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหา การดำเนินงานในพื้นที่ ข้อมูลทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ประเพณี และทรัพยากรในท้องถิ่น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตัวแทนประชาชนร่วมกันสำรวจชุมชน ข้อมูลอาจได้จากเครื่องมือศึกษาชุมชน รายงานของสถานบริการสาธารณสุข (การคัดกรองโรค ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน) ทำให้เห็นภาพรวมของชุมชน เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริง หรือ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันทั้งหมด แล้วจึงนำมาประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- การจัดทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน

การจัดทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน โดยนำผลการประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ เช่น การป่วย ตาย โรคภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง ให้ประชาชนรับทราบ และนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งพิจารณาจากขนาดปัญหา ความรุนแรง ความยากง่ายในการแก้ปัญหา ความตระหนักในปัญหาของชุมชน ที่ไม่จำกัดเฉพาะด้านเศรษฐกิจเรื่องปากท้อง ยังเกี่ยวเนื่องทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม

- การกำหนดกลวิธี/แนวทางการดำเนินงาน

เป็นการกำหนดรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนและลงมือทำตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มองค์กรร่วมกับหน่วยงานภาครัฐทั้งที่สนับสนุนและที่มองการบริหารส่วนท้องถิ่นว่ามีบทบาทอย่างไร โดยชุมชนต้องมีการแบ่งกลุ่มรับผิดชอบงาน ตามความถนัดในแต่ละประเภทของกิจกรรม มีหลากหลายวิธีการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรณรงค์ การสอน การฝึกทักษะการสาธิต การอบรม การอภิปราย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นกลุ่ม การใช้บุคคลต้นแบบ การฝึกปฏิบัติ

- กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Monitoring and Evaluation) เป็นการกำกับ ติดตามประเมินผลหรือการถอดบทเรียนระหว่างการดำเนินงานและเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน การประเมินผลหรือการถอดบทเรียนระหว่างการดำเนินงานซึ่งเป็นการประเมินในระดับขั้นตอนกระบวนการ เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าและสามารถปรับทิศทางการดำเนินงาน

ได้ทันเวลา ไม่ต้องรอจนเสร็จสิ้น และการประเมินผลหรือถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน เป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดแผนดำเนินงานหรือระยะสิ้นสุดโครงการเป็นการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ สิ่งสำคัญจากการประเมินคือพยายามชี้ให้เห็นสิ่งที่ชุมชนได้รับ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หรือรับผลกระทบ เพื่อเป็นการสร้างความภาคภูมิใจและการมีส่วนร่วมอย่างครบวงจร

การสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ต้องตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นที่แปรผันไปตามลักษณะบริบทของชุมชน สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างภาครัฐ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ นอกภาครัฐ เช่น ธุรกิจเอกชน ประชาชน ชุมชน และองค์กรต่างๆ ให้ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ และร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนา เพราะ “การพัฒนาที่ทรงพลังและยั่งยืนในสังคมประชาธิปไตย เกิดจากการพัฒนาที่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมแรงร่วมใจ ในการดำเนินการ และร่วมรับประโยชน์จากการพัฒนา”

กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนสรุปได้ 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ชุมชน เพื่อทำการค้นหาปัญหา หาสาเหตุปัญหาของชุมชน ให้ประชาชนได้สืบค้น สืบสวน จุดบกพร่อง วิเคราะห์สภาพที่แท้จริงของชุมชน พร้อมทั้งร่วมตัดสินใจว่าจะเริ่มทำอะไร จะแก้ไขปัญหาอะไร

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนดำเนินการ ให้ภาคีเครือข่ายและประชาชนมีส่วนร่วมในการคิด ค้นหาวិธีการหรือแนวทาง

เพื่อการแก้ไขปัญหาที่ได้มาซึ่งกระบวนการทางประชาธิปไตย สามารถปฏิบัติได้จริงและเหมาะสมกับชุมชนนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ชุมชนและประชาชนใช้ศักยภาพของตนเองในการบริหารจัดการชุมชน จัดการทรัพยากร และเกิดการประสานกันระหว่างชุมชนกับองค์กรต่างๆ ที่เข้ามาช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลการดำเนินงาน ชุมชนและประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบผลงานที่ได้ทำไปว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ หากกิจกรรมที่ทำไปเกิดประโยชน์ต่อชุมชน ชุมชนเกิดการพัฒนา และเป็นขั้นตอนที่จะตัดสินใจว่าจะเดินไปข้างหน้าหรือหยุดเพื่อการทบทวนและปรับปรุงวิธีการดำเนินงานใหม่

ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ประชาชนจะได้รับผลตอบแทนจากการเข้าร่วมในกิจกรรมทางด้านจิตใจ เกิดความภาคภูมิใจ ที่เห็นชุมชนเกิดการพัฒนา

ถึงแม้ว่ากระบวนการการมีส่วนร่วมจะเป็นตัวกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานของชุมชน แต่ในทางปฏิบัติแล้วทุกคนในชุมชนไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ การเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาจึงเป็นไปได้หลายลักษณะ ซึ่งก็แล้วแต่จังหวะหรือโอกาสที่สามารถจะเข้าร่วมได้ เช่น ร่วมใช้แรงงาน ร่วมให้ข้อคิดเห็น ร่วมออกเงิน ทรัพยากร การชักชวนเพื่อนบ้าน ร่วมสัมภาษณ์ ร่วมรับผิดชอบและดำเนินกิจกรรม ฯลฯ

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาของชุมชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุข มีหลายวิธีการ ได้แก่ กระบวนการ A-I-C กระบวนการ F.S.C. และแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping : OM)

1) กระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) เป็นกระบวนการระดมความคิดในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (คนในชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาจากภาครัฐและนอกภาครัฐ) ที่เริ่มจากสภาพชุมชนที่เป็นจริงในปัจจุบันแล้วโยนสู่ภาพฝันในอนาคต เทคนิค และกระบวนการ A-I-C เป็นเทคนิคที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และข้อมูลข่าวสารกันในทุกขั้นตอนอย่างมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน บทพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน กระบวนการนี้นำเอาคนเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชนมาช่วยกันและทำงานร่วมกัน ทำให้สมาชิกเข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ปัญหาและหาแนวทางพัฒนาเชิงสร้างสรรค์

2) การประชุมเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : F.S.C.) เป็นกระบวนการระดมความคิดในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน มาร่วมกันทำงานโดยนำประสบการณ์ของแต่ละคนมาสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันในเรื่องนั้น และได้แผนหรือแนวทางในการปฏิบัติให้ไปถึงวิสัยทัศน์ของกลุ่ม เป็นกระบวนการที่ใช้อนาคตเป็นเป้าประสงค์ในการทำงาน

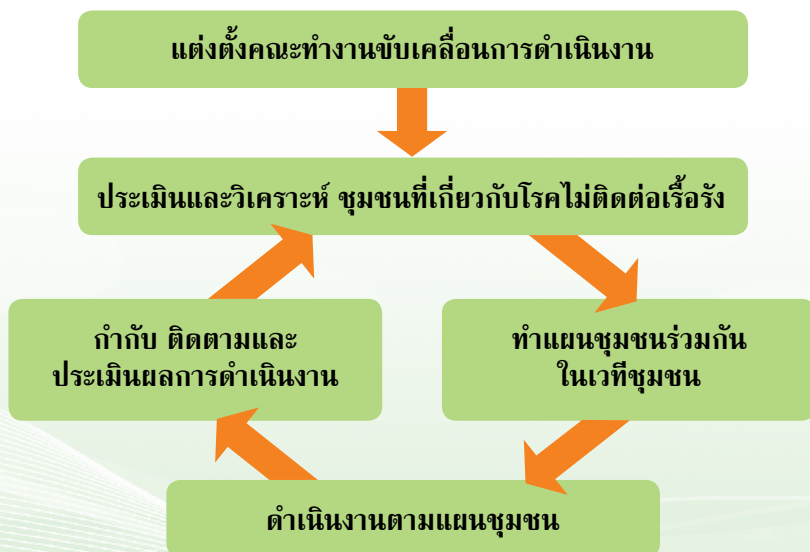
3) แผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping : OM) เป็นการวางแผนแบบยั่งยืน โดยที่ในขั้นตอนการวางแผนต้องคำนึงถึง ภาคีเครือข่าย ทั้งเครือข่ายโดยตรง (Direct partner) ซึ่งเป็นเครือข่ายที่พร้อมจะร่วมดำเนินการด้วยกัน และเครือข่ายที่จะเป็นฝ่ายสนับสนุน (Strategic partner) และวางแผนการดำเนินการโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน ทำทหาย โดยเป็นการกำหนดผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมที่ให้ความสำคัญต่อศักยภาพ ความสามารถของเครือข่ายโดยตรงที่จำเป็นต่อการทำให้แผนงาน/โครงการบรรลุความสำเร็จ โดยที่มีการกำหนดตัวชี้วัด ติดตาม ประเมินผล ในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน

ชุมชน เช่น ชุมชน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เทศบาล สถานศึกษา สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ โรงเรียน วัด ตลาด เป็นต้น

ชุมชนลดเสียง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง ชุมชนที่มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยคณะทำงานระดับชุมชน ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของชุมชน จัดทำแผนสุขภาพของชุมชน ดำเนินการตามแผน ประเมินผลการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีกระบวนการหรือขั้นตอนดังภาพที่ 5

ภาพที่ 5 กระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินงานชุมชนลดเสียงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



เส้นทางสู่ชุมชนลดเสียง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินงานชุมชนลดเสียง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน
2. ประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งปัจจัยเสี่ยงและโรค ข้อมูลทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและประเพณีและทรัพยากรในท้องถิ่น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะทำงานและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าไปในเวทีชุมชน

* การเฝ้าระวังการระบาด โดยการสำรวจค้นหาภาวะสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคนในชุมชน รวมทั้งวิเคราะห์บริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่รับผิดชอบ เน้นข้อมูลเพื่อตัดสินใจ ได้แก่

- จำนวนและ/อัตราการตาย/ป่วย รวมผู้ป่วยในและผู้ป่วยส่งต่อและโรคที่เป็นผลกระทบจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รวบรวมเป็นระบบและต่อเนื่อง มีแนวโน้มการตายหรือการป่วยเพิ่มขึ้น (อย่างน้อย 3-5 ปี) อย่างชัดเจน หรือเป็นภาระการบริการ หรือมีจำนวน/อัตราการตายหรือป่วยสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ที่มีขนาดของประชากรใกล้เคียงกัน และ/หรือพบโรคนี้ในกลุ่มที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ ซึ่งมีความรุนแรงและเป็นปัญหาของชุมชนส่วนใหญ่ที่ควรรับรู้และตระหนัก และประเมินสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลักๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ขาดการเคลื่อนไหว/ออกกำลังกาย การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้อาจมีการประเมินทรัพยากร/ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอยู่ในชุมชน

แหล่งข้อมูล: จากการสังเกตในชุมชน ร่วมกับหาข้อมูลมาประกอบ สนับสนุนการสังเกตจากแหล่งต่างๆ เช่นแฟ้มข้อมูลครัวเรือน (Family folder) ที่จัดเก็บอย่างเป็นระบบ โดยจัดให้มีจุดสังเกตที่แฟ้ม เพื่อแยกครอบครัว ที่เป็นโรคกลุ่มเสียง

3. ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน โดยนำผลการสำรวจประเมิน สถานการณ์และวิเคราะห์ชุมชน นำเสนอต่อแกนนำ / คณะทำงานชุมชน และชุมชนให้รับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคและปัจจัยเสี่ยง จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผน แก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นฐานในการคิดภาพรวม โดยการสนับสนุนวิชาการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. การดำเนินการตามแผนชุมชน

4.1. ระยะก่อนดำเนินงาน เป็นการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน และการขับเคลื่อนตามแผน และเตรียมความพร้อมผู้รับผิดชอบว่า ใคร/ทำอะไร /ที่ไหน /เมื่อไร /อย่างไร/แหล่งงบประมาณ/เงินทุน

4.2. ระยะดำเนินการ เป็นการนำแผนงานไปสู่การปฏิบัติ ทั้งใน ด้านบริหารจัดการ ควบคุมกำกับ ขับเคลื่อนให้เป็นไปตามแผน

5. กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานต่อไปให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทำการประเมินผลแต่ละขั้นตอนตามแผนการดำเนินงาน

แนวทางการกำกับ ติดตาม และประเมินผล/ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน

การกำกับ ติดตาม และประเมินผล/ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน เป็นกระบวนการติดตาม ควบคุม กำกับ ดูแล ตรวจสอบ โดยการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในการ

ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และควรเป็นการประเมินแบบชุมชนมีส่วนร่วม ที่มุ่งเน้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ที่จะนำไปสู่เป้าหมายลดปัจจัยเสี่ยงร่วม และลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ ประชาชนในชุมชน

1. การวางแผน ติดตาม กำกับ และประเมินผล/ถอดบทเรียน การดำเนินงาน โดยการศึกษาโครงการที่ต้องการประเมิน การกำหนดประเด็น หลักที่ต้องการประเมิน เช่น ปัญหาความต้องการ บริบทของพื้นที่ ปัจจัยนำเข้า กิจกรรมการปฏิบัติงาน เป็นต้น การเลือกเครื่องมือ/ศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการ ประเมิน การกำหนดช่วงเวลา/จำนวนครั้งและระยะเวลาในการประเมิน การกำหนดผู้ประเมิน/ผู้รับการประเมิน และนำข้อมูลมาทำแผนติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน

การวางแผนติดตาม กำกับ และประเมินผล/ถอดบทเรียน การดำเนินงานที่ดี ทำให้ได้ข้อมูลการดำเนินงานโครงการว่ามีการดำเนินงาน ตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนหรือไม่ กิจกรรมดำเนินไปอย่างไร มีปัญหา อุปสรรคที่ต้องปรับปรุงแก้ไขระหว่างดำเนินงานหรือไม่ เกิดสัมฤทธิ์ผลหรือไม่/ อย่างไร ควรขยายผลต่อไปหรือไม่และควรมีข้อกำหนดเพิ่มเติมอะไร

2. การติดตามผล เป็นการติดตามกำกับดูแลการดำเนินงานตามแผนที่ กำหนดไว้หรือไม่โดยอาศัยกระบวนการติดตามอย่างมีส่วนร่วมและก่อให้เกิด ความเข้าใจในการดำเนินงานทุกระดับ โดยมีจุดเน้นว่า กิจกรรม/เหตุการณ์ นั้นได้เกิดขึ้นแล้วหรือยัง



ในขั้นตอนนี้ ควรกำหนดประเด็นหลักที่ต้องติดตาม และการเลือกใช้เครื่องมือในการติดตามที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ

3. การประเมิน/ถอดบทเรียนระหว่างการดำเนินงาน เป็นการประเมินเพื่อติดตามการดำเนินงานในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีจุดเน้น ปริมาณ และคุณภาพในการดำเนินงาน การดำเนินงานตามเวลาที่กำหนด ค่าใช้จ่าย ปัญหาอุปสรรค และการดำเนินการแก้ไขและปรับปรุง

ในขั้นตอนนี้ ควรกำหนดประเด็นเพื่อพิจารณา เช่น วัตถุประสงค์ของโครงการ ตัวชี้วัด การบรรลุวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัดจากกิจกรรม แนวโน้มของความสำเร็จ กิจกรรมเฉพาะและเหมาะสมกับชุมชนที่เกิดผลดี ปัญหาและการแก้ไข เป็นต้น

4. การประเมิน/ถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดโครงการ เป็นการประเมินภาพรวมทั้งหมดของโครงการเมื่อได้มีการดำเนินการจนสิ้นสุดโครงการ สรุปผลการดำเนินงาน และนำข้อมูลที่ได้จากการติดตามกำกับและประเมินผลมาวิเคราะห์ เพื่อดูว่าโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่/อย่างไร มีบทเรียนและนวัตกรรมอะไรหรือไม่

ในขั้นตอนนี้ ควรกำหนดประเด็นเพื่อพิจารณา เช่น วัตถุประสงค์ของโครงการ ตัวชี้วัดโครงการปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ความคุ้มค่า และการนำไปขยายผล เป็นต้น



บทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับ



1. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลาง

- 1) ร่วมกันกำหนดนโยบายและแผนงานในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 3) การรณรงค์/สื่อสารเตือนภัย เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชน เกิดการตื่นตัวและเกิดความตระหนัก
- 4) เพิ่มศักยภาพเครือข่าย
- 5) พัฒนาและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 6) จัดให้มีกลไกประสาน ส่งเสริมและสนับสนุน ทั้งด้านวิชาการ และงบประมาณการดำเนินงาน
- 7) กำหนดตัวชี้วัด ติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน

2. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานระดับจังหวัด

- 1) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับจังหวัดที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง
- 2) ประเมินสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และศักยภาพของจังหวัดเพื่อจัดทำนโยบายและแผนระดับ จังหวัด

- 3) จัดทำนโยบายและแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับจังหวัด
- 4) สนับสนุนให้มีระบบฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่
- 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงาน
- 6) จัดให้มีกลไกการประสานงาน ส่งเสริมและสนับสนุน หน่วยงาน เครือข่าย
- 7) สนับสนุนการดำเนินงานคัดกรองภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 8) สนับสนุนการดำเนินงานคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 9) จัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการลดเสียง
- 10) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดรูปแบบการดำเนินงาน
- 11) นิเทศ ติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับจังหวัดและรายงานผลสู่ส่วนกลาง

3. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ

- 1) จัดทำแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2) ประเมินสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และศักยภาพในพื้นที่
- 3) พัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. และภาคีเครือข่าย ตามความเหมาะสม

- 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและแจ้งข่าวสารเตือนภัยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- 5) ดำเนินงานคัดกรองภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 6) ดำเนินงานคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีบริการลดเสียง
- 7) จัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการลดเสียง
- 8) พัฒนาระบบการดูแลรักษา ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ
- 9) ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่พื้นที่เพื่อพัฒนาสู่เป้าหมาย
- 10) ส่งเสริม สนับสนุน ให้คำปรึกษาการดำเนินงานชุมชนลดเสียงลดโรคในชุมชน
- 11) ประสาน สนับสนุน ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานและรายงานผล

4. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานระดับท้องถิ่น/ชุมชน

- 1) สนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากร
- 2) สนับสนุนการดำเนินงานชุมชนลดเสียงลดโรค ตามนโยบายเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
- 3) ขับเคลื่อนทางสังคม ร่วมดำเนินงานและติดตามกำกับและประเมินผล

5. บทบาทหน้าที่ของภาคประชาชน

- 1) เป็นแกนนำในการจัดทำแผนการดำเนินงานชุมชนลดเสียงลดโรคตามนโยบายเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

- 2) ร่วมคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในชุมชน
- 3) ให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นกับชุมชน
- 4) เป็นแกนนำในการรณรงค์ในชุมชน
- 5) ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้การดูแลและพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน
- 6) เป็นแกนนำจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน
- 7) เป็นแกนนำในการกำหนดมาตรการทางสังคม/สัญญาชาวบ้าน/ข้อตกลงของชุมชน
- 8) ร่วมติดตาม กำกับการดำเนินงานในชุมชน และพัฒนาไปสู่เป้าหมาย

6. บทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพครอบครัว

- 1) ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว
- 2) เป็นผู้ประสานด้านสุขภาพและนำเสนอข้อมูลสุขภาพครอบครัว แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/แกนนำสุขภาพชุมชน

วิธีการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นตอน	หน่วยงานระดับจังหวัด	หน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ	หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชน	ภาคประชาชน
1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงนโยบาย ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ - แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสาน ผลักดัน สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมมือกับภาคีเครือข่าย แต่งตั้ง/ร่วมเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน - เป็นผู้ประสานงานหลักการจัดการโรคในชุมชน 	<p>ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน คัดเลือกตัวแทนร่วมเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนที่ประกอบด้วย ตัวแทนชุมชน ตัวแทนภาคีเครือข่าย ตัวแทนสถานบริการสาธารณสุข</p>
2. ประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย - ให้ความรู้ และให้การสนับสนุนด้านวิชาการ - สนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องและศักยภาพในพื้นที่ - พัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. และภาคีเครือข่าย ในการประเมินและวิเคราะห์ชุมชน - พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและแจ้งข่าวสารเตือนภัยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ 	<ul style="list-style-type: none"> - รวบรวม ประเมิน วิเคราะห์ ข้อมูลชุมชน - ร่วมประเมินสรุปรายงานผลการวิเคราะห์/ประเมินชุมชน - สรุปรายงานผลการวิเคราะห์/ประเมินชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมข้อมูลในส่วนของบริบทชุมชน - ร่วมประเมินและแลกเปลี่ยนข้อมูล

ขั้นตอน	หน่วยงานระดับจังหวัด	หน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ	หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชน	ภาคประชาชน
		<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ และให้การสนับสนุนด้านวิชาการ - สรุปรายงานผลการวิเคราะห์/ประเมินชุมชน นำเสนอแก่คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน 		
3. ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน	จัดให้มีกลไกประสานส่งเสริมและสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและงบประมาณการดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการแก้ไข - จัดทำแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - กระตุ้นให้ประชาชนและเครือข่ายได้ร่วมคิดพิจารณาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน - ให้ความรู้ สนับสนุนด้านวิชาการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการแก้ไข - สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร/จัดเวทีการทำแผนชุมชน ตามบริบทและผลการวิเคราะห์/ประเมินชุมชน - ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการแก้ไข - ร่วม/เป็นแกนนำจัดทำแผนการดำเนินงานชุมชนลดเสียงลดโรคตามนโยบายเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชน

ขั้นตอน	หน่วยงานระดับจังหวัด	หน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ	หน่วยงานระดับท้องถิ่น และชุมชน	ภาคประชาชน
4. การดำเนินการ ตามแผนชุมชน				
- ระยะก่อน ดำเนินงาน		<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมความพร้อมในส่วนที่เกี่ยวข้อง - ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาบุคลากร (สาธารณสุข/ภาคประชาชน) เพื่อการจัดการลดเสี่ยงลดโรค 	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมหน่วยงานและบุคลากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมชุมชนเข้มแข็งเบื้องต้น
- ระยะดำเนินการ	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดรูปแบบการดำเนินงาน - พัฒนาคู่มือ แนวทางสำหรับพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินงานคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน หลักการและเหตุผล รวมทั้งขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือ ในการดำเนินงานที่มุ่งสู่เป้าหมายร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร (คน เงิน ของ) / สถานที่การดำเนินงานและกิจกรรมต่างๆ ตามแผน - ขับเคลื่อนทางสังคม - จัดการสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อการลดเสี่ยง ลดโรค - ร่วมจัดกิจกรรม สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสาร 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นแกนนำชุมชนในการดำเนินการตามแผน - ติดตามการดำเนินการเป็นระยะ - ให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นกับชุมชน - เป็นแกนนำในการรณรงค์ สื่อสาร

ขั้นตอน	หน่วยงานระดับจังหวัด	หน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ	หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชน	ภาคประชาชน
		<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริม สนับสนุน ให้คำปรึกษา การดำเนินงานชุมชนลดเสียงลดโรคในชุมชน - ดำเนินงานบริการลดเสียงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการลดเสียง ลดโรค การรณรงค์ สื่อสารให้ข้อมูล ข่าวสารแก่ชุมชน - พัฒนาระบบการดูแลรักษา ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ - ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่พื้นที่เพื่อพัฒนาสู่เป้าหมาย - ติดตามการดำเนินการเป็นระยะ 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นระยะ เพื่อสนับสนุน การลดเสียง ลดโรค - สนับสนุน/ร่วมดำเนินงานการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และบริการลดเสียงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - สนับสนุนการดูแลทางด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม - ติดตามการดำเนินการ เป็นระยะ 	<p>ประชาสัมพันธ์ในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามเยี่ยมบ้าน - เป็นแกนนำจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน

ขั้นตอน	หน่วยงานระดับจังหวัด	หน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ	หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชน	ภาคประชาชน
5. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับจังหวัดและ รายงานผลสู่ส่วนกลาง 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสาน สนับสนุน ควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และรายงานผล - สรุปรายงานผลการติดตามประเมิน - ชี้แจงให้เครือข่าย/ชุมชนทราบ ผลการดำเนินงาน - ประเมินแผนงาน/โครงการ - วิเคราะห์ ประเมินชุมชนในเขต เพื่อหาโอกาสพัฒนา - เสนอแนะแนวทางเพื่อการดำเนินงานในระยะต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตาม กำกับการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของ แผนงาน/โครงการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วม/เป็นแกนนำในการ ติดตามประเมินผล - ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - สรุปรายงานผลการ ติดตามประเมินเป็นระยะ - ชี้แจงให้ประชาชน ทราบผลการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืน



ကာပေက

ภาคผนวก ก.

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตรายาต่อประชากร 100,000 คน ด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2555-2559 (รวม กรุงเทพมหานคร)

พ.ศ.	โรคเบาหวาน		โรคความดันโลหิตสูง		โรคหัวใจขาดเลือด		โรคหลอดเลือดในสมอง	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2555	7,749	12.1	3,684	5.7	15,070	23.4	20,368	31.7
2556	9,703	15.0	5,186	8.0	17,394	26.9	23,222	35.9
2557	11,389	17.5	7,115	11.0	18,079	27.8	25,114	38.7
2558	12,621	19.4	7,886	12.1	19,417	29.9	25,114	38.7
2559	14,487	22.3	7,930	12.2	21,008	32.3	31,685	48.7

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติการสาธารณสุข พ.ศ. 2559

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน ด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2554-2558 (รวม กรุงเทพมหานคร)

พ.ศ.	โรคเบาหวาน		โรคความดันโลหิตสูง		โรคหัวใจขาดเลือด		โรคหลอดเลือดในสมอง	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2554	621,411	968.22	920,106	1,433.61	264,877	412.70	212,186	330.60
2555	674,826	1,050.05	1,009,385	1,570.63	274,753	427.53	227,848	354.54
2556	698,720	1,081.25	1,047,979	1,621.72	279,109	431.91	237,039	366.81
2557	670,664	1,032.50	1,111,311	1,710.89	264,820	407.70	228,836	352.30
2558.	802,017	1,233.35	1,231,919	1,894.46	325,873	501.13	276,523	425.24

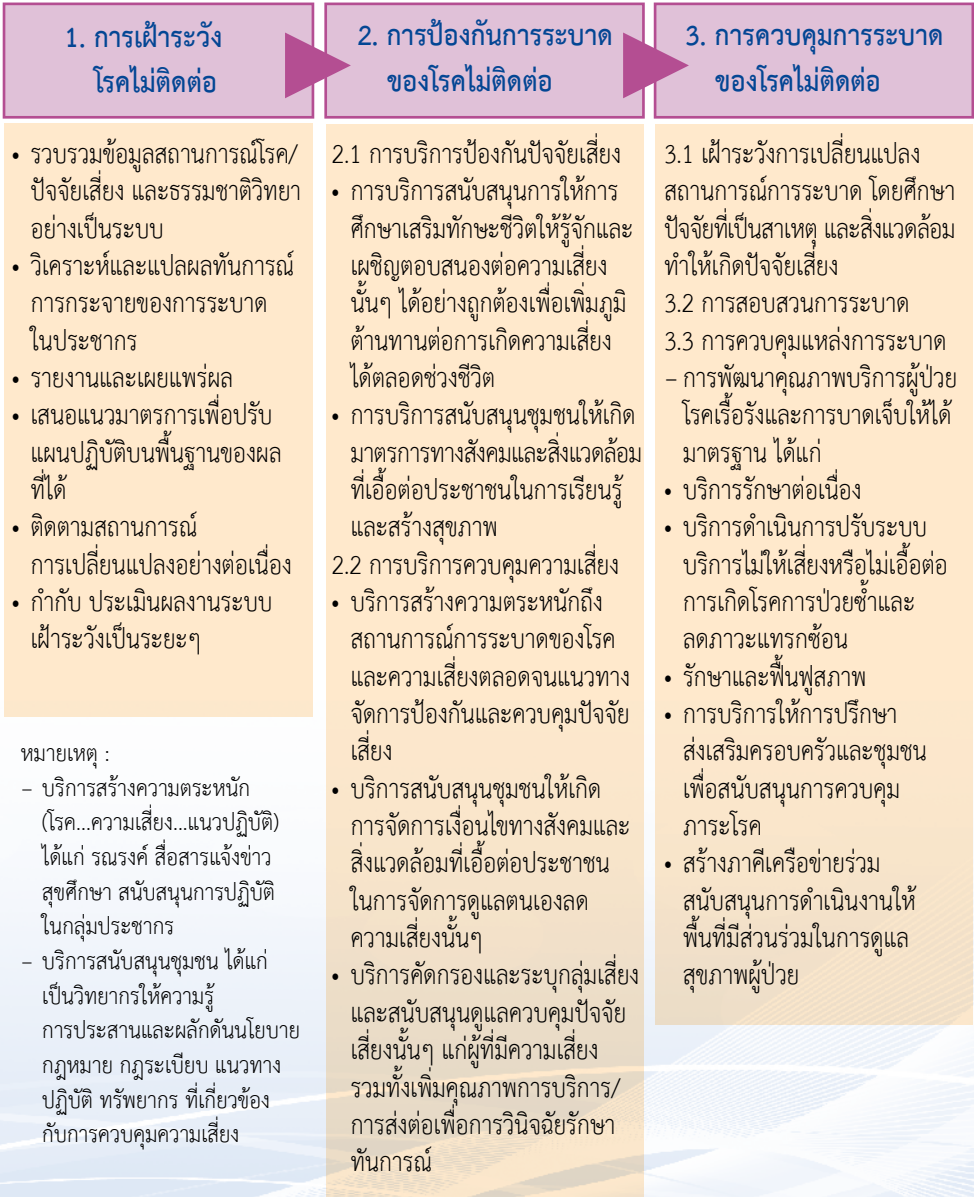
ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.สถิติการสาธารณสุข พ.ศ. 2554-2558

รวบรวมโดย กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ภาคผนวก ข.

กระบวนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

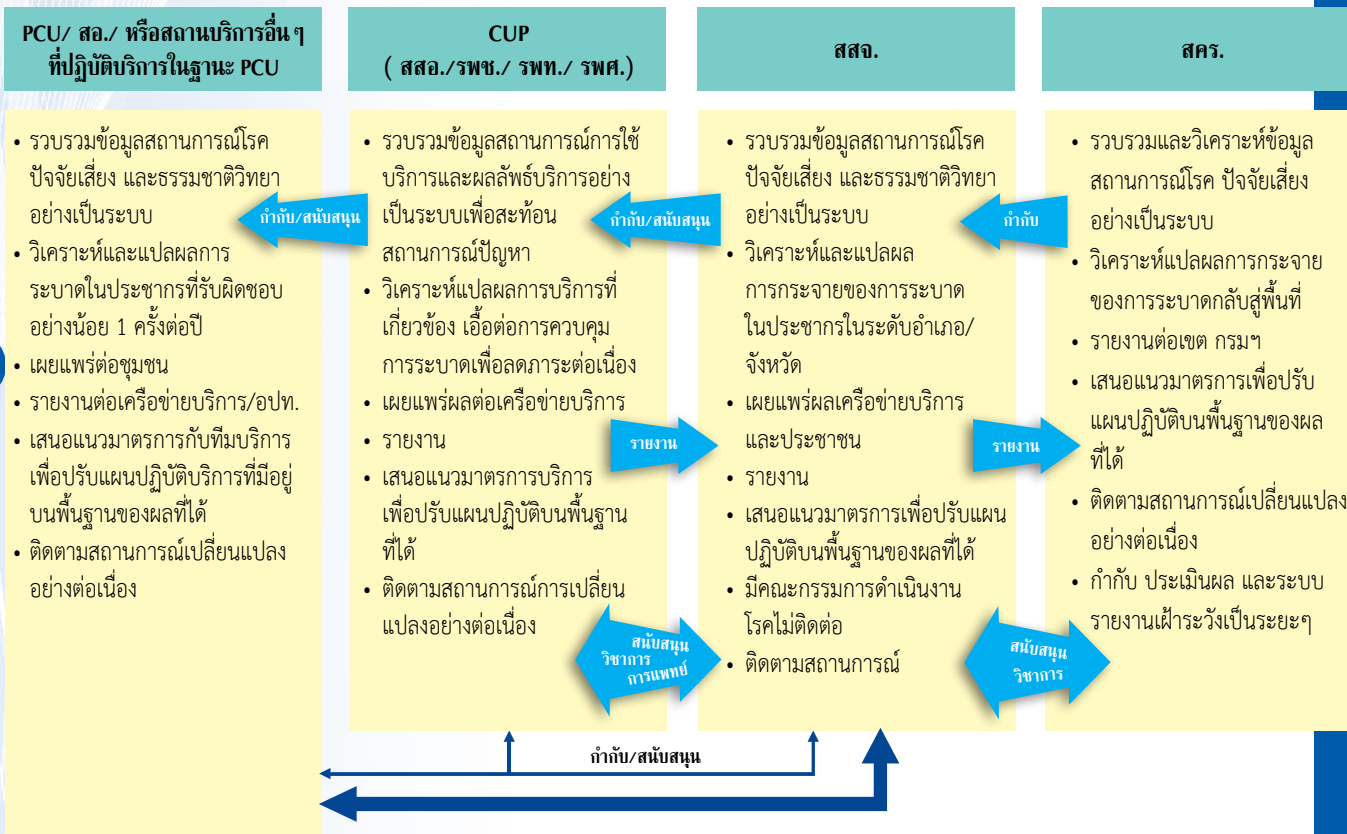
ภาพรวม (Concept) Top down flow chart



หมายเหตุ :

- บริการสร้างความตระหนัก (โรค...ความเสี่ยง...แนวปฏิบัติ) ได้แก่ รณรงค์ สื่อสารแจ้งข่าว สุขศึกษา สนับสนุนการปฏิบัติในกลุ่มประชากร
- บริการสนับสนุนชุมชน ได้แก่ เป็นวิทยากรให้ความรู้ การประสานและผลักดันนโยบาย กฎระเบียบ แนวทางปฏิบัติ ทรัพยากร ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความเสี่ยง

ตัวอย่าง : การเพาะวังโรคไม่ติดต่อ

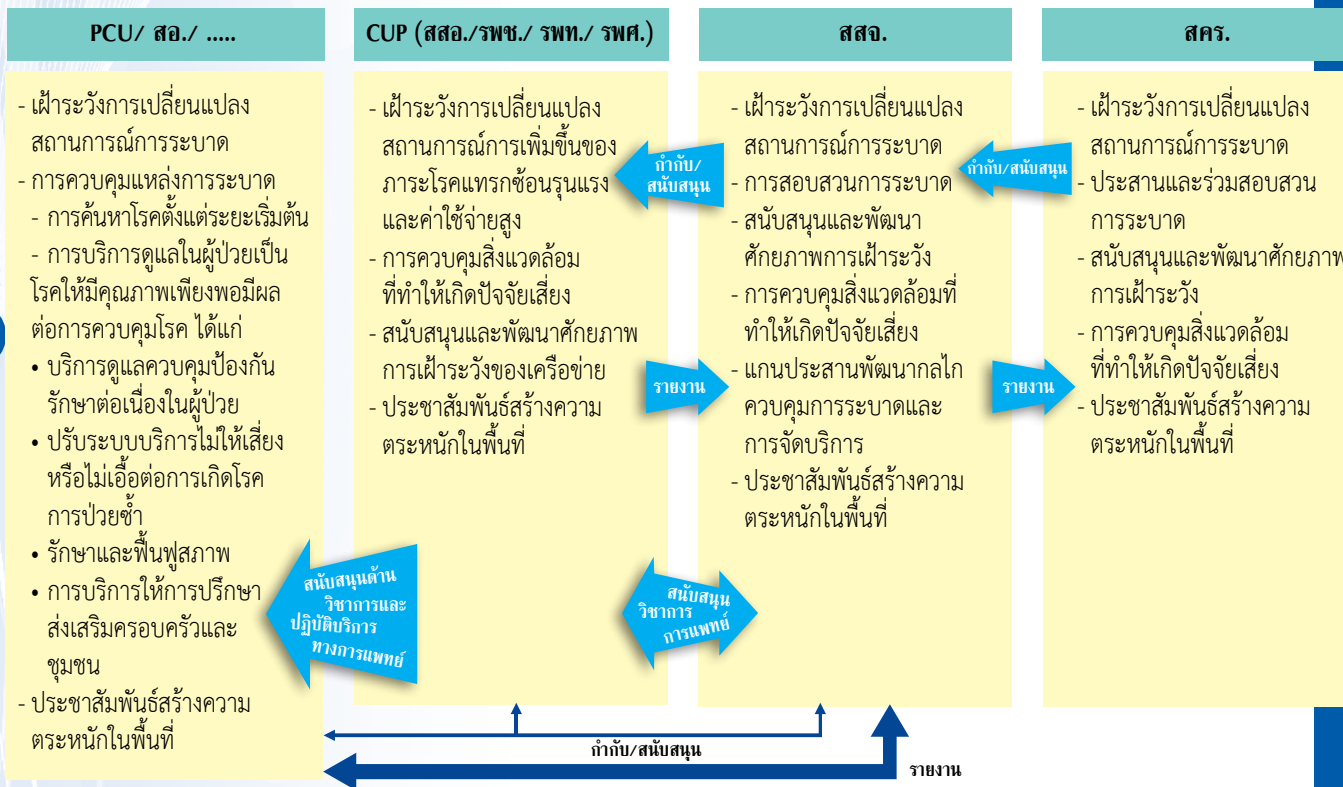


ตัวอย่าง : การป้องกันการระบาดของโรคไม่ติดต่อ

(หมายถึง ควบคุมการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรคโดยควบคุมปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนด)



ตัวอย่าง : การควบคุมการระบาดของโรคไม่ติดต่อ (หมายถึงการควบคุมการระต่อเนื่องของการระบาด)



ภาคผนวก ค.

ตัวอย่าง

นโยบาย/มาตรการและแนวทางปฏิบัติทางสังคม ชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหนึ่งๆ อาจมีปัจจัยสาเหตุหลายปัจจัย การป้องกันควบคุมโรคฯ จึงเน้นการบูรณาการนโยบาย/มาตรการ/แนวทางการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการดำเนินงาน ทุกกลุ่มเป้าหมายของ ประชากร และการจัดการตนเอง

นโยบาย/มาตรการและแนวทางปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการ ลดเสี่ยงในชุมชน และปลอดภัย

นโยบายในที่นี้รวมถึงกฎหมาย/มาตรการ/ระเบียบข้อบังคับ/กฎเกณฑ์/สัญญาชาวบ้าน/ข้อตกลง/สัญญาประชาคมและแนวทางปฏิบัติทางสังคมเพื่อใช้เป็นแนวทางหรืออิทธิพลต่อพฤติกรรม อาจเป็นนโยบายเชิงกฎหมาย หรือนโยบายขององค์กร สำหรับในส่วนของ การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยทางสังคม หรือปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติและพฤติกรรมของคนในชุมชน



ตัวอย่าง : นโยบาย/มาตรการและแนวทางปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อม
 ให้อี้อต่อการลดเสี่ยงในชุมชน และปลอดภัย : ชุมชนปลอดภัยต่อ
 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

นโยบาย/มาตรการ/ ข้อตกลง	แนวทางปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อม ให้อี้อต่อการลดเสี่ยงในชุมชน และปลอดภัย
นโยบายเขตปลอด ควันบุหรี่ ภายในอาคาร	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มีระบบที่ช่วยสนับสนุนให้พนักงานสามารถเข้าถึงทรัพยากรและการบริการหยุดสูบบุหรี่ - จัดสิ่งแวดล้อมโรงเรียนและสถานที่สาธารณะที่ปราศจากควันพิษและบุหรี่ สารเสพติด
ข้อตกลงในการจำหน่าย บุหรี่/เหล้าของร้านค้า ในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย - ห้ามจำหน่ายบุหรี่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์ - ห้ามจำหน่ายแอลกอฮอล์ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์ - ห้ามขายเหล้า นอกเหนือเวลา 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น. - ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล - งานบวช งานศพ ปลอดเหล้า - งดถวายบุหรี่แก่พระสงฆ์
นโยบายให้มีอาหารและ เครื่องดื่มที่มีประโยชน์ ต่อร่างกายในโรงเรียน/ สถานที่ทำงาน/ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มีอาหารกลางวันเมนูสุขภาพเป็นทางเลือก เช่น ร้านค้าเมนูสุขภาพ ลดการบริโภคเกลือแกง/ผงชูรส/เครื่องปรุงรส (เกลือน้อยกว่า 5 กรัมหรือ 1 ช้อนชาต่อวัน) - อาหารกลางวันในโรงเรียนควรมีเมนูสุขภาพ

นโยบาย/มาตรการ/ ข้อตกลง	แนวทางปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการลดเสี่ยงในชุมชน และปลอดภัย
	<ul style="list-style-type: none"> - ถวายอาหารลดหวาน/มัน/เค็ม แก่พระสงฆ์ - กิจกรรมรณรงค์ สร้างความตระหนัก - ไม่ขายเครื่องดื่มน้ำอัดลม/น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบในโรงเรียน - จัดให้น้ำดื่มที่สะอาด และพอเพียงต่อการบริโภค ในโรงเรียน - ส่งเสริมการปลูก/ขายผักปลอดสารพิษในชุมชน
นโยบายเพิ่มการมี กิจกรรมทางกาย	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ลานกีฬา สถานที่ออกกำลังกาย สวนสาธารณะ สร้างทางเดิน/วิ่ง/ขี่จักรยาน เล่นฟุตบอล หรือกีฬา ตามความชอบและสนใจ และปรับปรุงสภาพ แวดล้อมให้ปลอดภัยเพียงพอ - ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย เช่น รำไม้พลอง เต้นแอโรบิก - โรงเรียนควรมีวิชาพลศึกษาอย่างน้อย 2 ชั่วโมง/ สัปดาห์



แนวทางปฏิบัติการจัดการตนเองของประชากร (ระดับชุมชน)

ซึ่งต้องดำเนินการเริ่มที่ครอบครัว เพราะพ่อ แม่และผู้ปกครองเป็นแบบอย่างแก่ เด็ก วัยรุ่นจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไปได้แก่ การสร้างความตระหนักให้ควมรู้ เรื่องปัจจัยเสี่ยง/โรค และการป้องกัน/ดูแล/จัดการตนเองของชุมชน

ตัวอย่าง แนวทางปฏิบัติการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากร (ระดับชุมชน)

บุหรี/ เหล้า

- การรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักเพื่อการจัดการตนเอง เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี สุรา การป้องกันและรักษาสิทธิของตนในการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี ตามที่สาธารณะ เช่น สถานีนอนามัย วัด โรงเรียน

- ใช้สื่อบุคคลในการสร้างการเรียนรู้ เรื่อง ปัจจัยเสี่ยง/โรค พิษภัยบุหรี/สุรา พุดคุยปรึกษาโดยผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมในกิจกรรมตามภารกิจของตน เช่น พระ ผู้เฒ่าผู้แก่ เจ้าของร้านค้า นักเรียน ผู้ใหญ่บ้าน ครู กลุ่มแม่บ้าน อบต. อสม.

- ลดปริมาณดื่มสุรา ต่อวัน ชายไม่เกิน 2 แก้วมาตรฐาน หญิงไม่เกิน 1 แก้วมาตรฐาน (1แก้วมาตรฐาน เท่ากับ เบียร์ 1 กระป๋อง (360 cc.), สุรา 1 แก้ว (360cc.), ไวน์ 1 แก้ว (150) cc.)

- งดสูบบุหรี

****สายด่วนเลิกเหล้า 1413,1165**

****ศูนย์บริการเลิกบุหรี 1600**



อาหาร

เริ่มในครอบครัว โดย พ่อ แม่และผู้ปกครองเป็นต้นแบบ และส่งเสริมเรื่องการกินอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสม ตามวัย ได้แก่

- ฝึกนิสัย “ชิมก่อนเติม กินอาหารรสชาติพอดี” ลดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมได้แก่

- ลด/หวาน/มัน/เค็ม (ลดการบริโภคเกลือแกงและผงชูรสให้น้อยลง : เกลื่อน้อยกว่า 5 กรัมหรือ 1 ช้อนชาต่อวัน) เช่น ในอาหารหมักดอง อาหารสำเร็จรูป ซอส ซีอิ๊ว น้ำจิ้ม ผงชูรส (น้ำตาลไม่เกิน 5 ช้อนชาต่อวัน)

- ส่งเสริมการกินผักปลอดสารพิษ (ผักครึ่งหนึ่งของอาหารในแต่ละมื้อ) เพิ่มกินผักหลากหลยสี อย่างน้อยวันละ 4-6 ทัพพีต่อวัน และผลไม้สดไม่หวานจัด

- เพิ่มกินอาหารกากใย เช่น ประเภถั่ว ข้าวซ้อมมือ ธัญพืช



ที่มา : สำนักโภชนาการ กรมอนามัย <http://nutrition.anamai.moph.go.th/>

- อนุรักษ์ตามสถานที่สาธารณะ เช่น สถานีอนามัย วัด (กิจกรรมร่วมทำบุญในเทศกาลต่างๆ) โรงเรียน โดยขอความร่วมมือจากประชาชนในหมู่บ้านเป็นระยะๆ ในการปลูกจิตสำนึกให้ร่วมกันอนุรักษ์ป่าชุมชน ซึ่งเป็นแหล่งอาหาร สมุนไพร วัสดุยางชี้อื่นๆ

ออกกำลังกาย

การเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เดิน วิ่ง ซี่จักรยาน ว่ายน้ำ โยคะ รำไม้พอง เต้นแอโรบิค

- มีการออกกำลังกาย 5 วัน/สัปดาห์ อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง
- ลดกิจกรรมการดูโทรทัศน์/เล่นเกมคอมพิวเตอร์ ไม่เกิน 2 ชั่วโมง/วัน

อารมณ์

การผ่อนคลายความเครียด โดยหยุดกิจกรรมนั้นชั่วคราว ทำงานอดิเรกที่ชอบ (ดูหนัง ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ พักผ่อน) การปฏิบัติศาสนกิจ



บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2558). **คู่มือการจัดการบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ

กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2552). **แนวทางการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI)**. สำนักพิมพ์ บริษัท โอเอ็มซัน อาร์ต จำกัด

กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). **รายงานประจำปี 2558**. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **สถิติการสาธารณสุข พ.ศ. 2559**. นนทบุรี

จรีพร คงประเสริฐ และทัศนีย์ เอกวานิช. “บทบาทภาคีเครือข่าย สุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ”. ใน **คู่มือการปฏิบัติงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)** สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

ทักษพล ธรรมรังสี. (บรรณาธิการ). (2557). **รายงานสถานการณ์ โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม** (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักวิจัยนโยบาย สร้างเสริมสุขภาพ (สวณ.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

ประนอมพร โรจน์บวรวิทยา. **เอกสารอธิบายแนวคิดและหลักการของ สร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion 26 มกราคม 2556**. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2559 จาก www.med.mahidol.ac.th/commed/sites/default/files/....//HP

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. *กลุ่มโรค NCDs*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2559, จาก www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์, 2559

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2560, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020&searchText=&pn=1>

อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. *รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 “Kick off to The Goals”* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2560 จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>



“ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”



กรมควบคุมโรค
สำนักโรคไม่ติดต่อ