

การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในประเทศไทย

(พ.ศ. 2547-2552)

Non-Communicable Diseases Prevention and Control Program Based on Community Base Intervention in Thailand (2004 -2009)

เพชรารัตน์ สมบูรณ์บุรณะ พย.บ.,ส.ม.

Petcharaporn Somboonburana B.N.(Nursing), M.P.H.

สำนักโรคไม่ติดต่อ

Bureau of Non-Communicable Diseases

กรมควบคุมโรค

Department of Diseases Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ร่วมกับเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2552 มีการทบทวนข้อมูลจากเอกสารหลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดและบทเรียนจากประสบการณ์การดำเนินงานของต่างประเทศ ผลจากการศึกษาพบว่า การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานของไทยในช่วงปี พ.ศ. 2547-2552 ทำให้ 1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีโอกาสเข้าถึงและได้รับบริการคัดกรองโรคและปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งได้รับความรู้และแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อมากขึ้น 2) ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้รับทราบนโยบาย เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ วางแผนการดำเนินงานปรับกระบวนการทัศน์ เน้นป้องกันเชิงรุก และนำสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่มากขึ้น 3) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดำเนินงานในระดับชุมชนทุกภูมิภาคของประเทศ 4) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ในชุมชนยังไม่สามารถวัดได้อย่างชัดเจน เนื่องจากการดำเนินงานในแต่ละปีมีระยะเวลาอันสั้น เมื่อพิจารณา เปรียบเทียบกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐานของต่างประเทศพบว่า มีความแตกต่างกัน ในด้าน 1) กระบวนการออกแบบและพัฒนาโครงการ 2) ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดำเนินงาน 3) ความต่อเนื่องเชื่อมโยงและระยะเวลาในการดำเนินงาน และ 4) ระบบการติดตามประเมินผล พบว่าทุกประเด็นในต่างประเทศ มีระดับความเข้มข้นและต่อเนื่องมากกว่า จึงมีข้อเสนอแนะว่า ลำดับความสำคัญของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อให้เป็นวาระสำคัญที่มีนโยบายและแผนงานรองรับในระดับชุมชน มีการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่นให้มีความเข้มข้นมากขึ้น รวมทั้งมีปรับระยะเวลาและรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และบริบทของแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและปฏิทินชุมชน นอกจากนี้สนับสนุนการศึกษา พัฒนาจากงานประจำ (Routine to Research) รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศและการติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานต่อไป

Abstract

This study aimed to review the Non-Communicable(NCD) prevention and control programs based on community base intervention(CBI) which operated by Bureau of Non-communicable Diseases , Department of Disease Control, Ministry of Public Health and networks during 2004-2009. The documents and

operational experience in country and other countries were reviewed and analysed. The study showed the results of CBI program implementation in Thailand as following items; 1) Target population could access and receive excellent screening services including knowledge and practical guideline for NCD prevention. 2) The health providers in those areas knew the policy, goal and regulation and actively participated in learning of model development and operational planning with CBI concept for appropriate implementation to the local problems and context. 3) Sharing experiences and lessoned learns of implementation for NCD prevention and control widely and linkage among networks though country. 4) The behavior change was not determined obviously because duration of community operation was too short. The implementation in other countries were reviewed in the items of process design and program development, level of participation among multi-sectoral networks, timeline, mechanism of the continuum, and monitoring and evaluation. The findings revealed that NCD prevention and control programs based on CBI of other countries are stronger than in Thailand. The recommendations were; prioritize NCD prevention and control to be important local policy, developing and strengthening the cooperation of networks, adjusting timeline, strategies and activities suitable to situation, context, lifestyle and community calendar of each area. Encourage to do the research and development (R&D) of implementation with CBI by Routine to Research methods. In addition, the information and monitoring and evaluation system should be developed to feedback and improve the NCD prevention and control programs based on CBI.

ประเด็นสำคัญ-

โรคไม่ติดต่อ ฐานชุมชน

Keywords

Non Communicable Disease, Community based intervention

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2552 อัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากรของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า เช่นเดียวกับโรคเบาหวาน มีการเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า ในขณะที่อัตราผู้ป่วยในของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณ 2 เท่า และนอกจากนี้ผลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552)⁽¹⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546-2547)⁽²⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น ภาวะอ้วน (BMI 25kg/m²) เพิ่มขึ้นในเพศชาย จากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 และในเพศหญิง จากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (TC

24.0 mg/dl) เพิ่มขึ้นในเพศชาย จากร้อยละ 13.7 เป็นร้อยละ 16.7 และในเพศหญิง จากร้อยละ 17.1 เป็นร้อยละ 21.4 ในขณะที่ภาพรวม การรับประทานผักและผลไม้ไม่น้อยกว่ามาตรฐาน มากขึ้นจากเดิมประมาณ ร้อยละ 3 ส่วนการออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีอัตราการลดลงประมาณ ร้อยละ 4 อย่างไรก็ตามมีการศึกษาหลายรายงานรวมทั้งองค์การอนามัยโลกพบว่า การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถป้องกัน หรือชะลอการเกิดโรคได้ถึงร้อยละ 80 รวมทั้งเสนอ แนวทางให้ดำเนินการลดหลายปัจจัยเสี่ยงไปพร้อมกัน โดยเน้นหนักในการป้องกันระดับปฐมภูมิ⁽³⁾ ในทางปฏิบัติ แม้ว่าในปัจจุบันนี้จะมีหลักฐานความรู้ที่เพียงพอในการจัดการปัญหา มียุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยเสี่ยง แต่ยังมีช่องว่างระหว่างความรู้ทางการแพทย์กับวิถีชีวิตของผู้คนในสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบริบทของแต่ละพื้นที่ได้แก่ วัฒนธรรม การเมือง

เศรษฐกิจ ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม⁽⁴⁾ ดังนั้น การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อให้ได้ผลและเกิดความยั่งยืนจะต้องอาศัยพลังความร่วมมือของ ประชาชน เป็นรากฐาน รวมทั้งการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ของทุกภาคส่วน จึงได้มีความพยายามพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชน เป็นฐาน (community-based intervention หรือ CBI) ที่เน้นให้ "ชุมชน" เป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ประชาชนและ ชุมชน ก้าวข้ามอุปสรรคที่เป็นบริบททางสังคมไปสู่การมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี⁽⁴⁾

ในช่วงปี พ.ศ. 2547- 2552 ประเทศไทย โดยสำนักโรคไม่ติดต่อร่วมกับเครือข่ายต่างๆ ทั้งหน่วยงานในส่วนกลางและระดับท้องถิ่น ได้ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐานในบริบทของประเทศไทย แต่ยังไม่มีการรวบรวมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบถึงผลการดำเนินการ ปัจจัยต่างๆ ต่อการดำเนินการตลอดจนแนวทางการพัฒนาโครงการต่อไปในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทบทวนและวิเคราะห์การดำเนินงานดังกล่าว โดยใช้แนวคิด และบทเรียนจากประสบการณ์การดำเนินงานของต่างประเทศ เป็นกรอบแนวคิด เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำผลที่ได้ไปปรับประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ให้มีความเหมาะสมและตอบสนองต่อปัญหา และบริบทของแต่ละพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การทบทวนรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2552 มีขั้นตอนการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานของต่างประเทศ ได้แก่ The North Karelia Project ของประเทศฟินแลนด์ The Stand Ford Five-City Project, The Minnesota Heart Health Program และ The

Pawtucket Heart Health Program ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเผยแพร่ในรูปแบบของบทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลสากล (Pubmed) โดยมีประเด็นในการพิจารณา ได้แก่ แนวคิดและบทเรียนจากประสบการณ์การดำเนินงานที่สำคัญ

2. ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานที่ดำเนินงานโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ร่วมกับหน่วยงานและเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552 ประกอบด้วย เอกสารข้อเสนอโครงการ (proposal) รายงานสรุปผลการดำเนินงาน และรายงานประจำปีของสำนักโรคไม่ติดต่อ โดยมีประเด็นในการพิจารณา ได้แก่ ภาพรวมของการดำเนินงาน กระบวนการและขั้นตอนในการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน และบทเรียนที่สำคัญจากการดำเนินงาน

3. อภิปรายความแตกต่างระหว่างการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในบริบทของต่างประเทศกับของประเทศไทย และนำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

ผลการศึกษา

แนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน

เนื่องจากสุขภาพของประชาชนในแต่ละชุมชน มีความสัมพันธ์กับวิถีของชุมชน ตลอดจนความเชื่อ บรรทัดฐาน และค่านิยมของสังคม ด้วยเหตุนี้จึงเป็นการยากที่จะทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิถีชีวิตของตนเองโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงในชุมชนและสังคมโดยรวม ดังนั้น โครงการป้องกันควบคุมโรคที่ประสบความสำเร็จจะเน้นการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของชุมชน เพราะสิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติของแต่ละปัจเจกบุคคล ที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาพดี⁽⁵⁾ แนวคิดการดำเนินงานโดยยึดชุมชนเป็นฐานนี้มีพัฒนา

มาอย่างต่อเนื่องนานหลายทศวรรษ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนจากที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องระดับปัจเจกบุคคลสู่การให้ความสำคัญกับบริบททางสังคม และสิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล⁽⁶⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอิทธิพลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นพลวัตกับสภาพแวดล้อมทางสังคมได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กร ชุมชน รวมไปถึงนโยบายระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽⁷⁾ ให้ความสำคัญกับการป้องกันในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) และกลุ่มเป้าหมายในระดับประชากร (population-based perspective) เป็นการดำเนินงานแบบบูรณาการเชิงรุกที่ครอบคลุมแบบครบวงจร และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เครือข่ายทางสังคม โดยส่งเสริมให้ชุมชนมีความกระตือรือร้นในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรในชุมชนร่วมกับระบบบริการสุขภาพ ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และมักจะรวมกลยุทธ์ การปรับเปลี่ยนด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมไว้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการด้วย⁽⁶⁾ โดยคุณลักษณะที่สำคัญของการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน คือ⁽⁷⁾

1. ใช้กรอบแนวคิด “ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม” (ecological frameworks) เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบกิจกรรม

2. มีการออกแบบวิธีการดำเนินงานอย่างปราณีต (tailored approaches) เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนเป้าหมาย กลุ่มเฉพาะต่างๆ และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

3. ให้โอกาสกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากโครงการ เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการดำเนินงาน

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐานในต่างประเทศ

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน เริ่มต้นขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1970s

โดยใช้เป็นแนวทางทดสอบนำร่องเพื่อการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ในขณะนั้นของหลายประเทศ เริ่มดำเนินงานครั้งแรกภายใต้ชื่อโครงการ The North Karelia Project⁽⁸⁾ ในประเทศฟินแลนด์ และ The Stanford Three-Community⁽⁹⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งทั้ง 2 โครงการนี้ มีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การปฏิบัติงานเพื่อแก้ปัญหาในระดับชุมชน โดยการประยุกต์ทฤษฎีด้านสังคมศาสตร์ (Social Science Theory) เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Change) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การเผยแพร่นวัตกรรม (Innovation Diffusion) พฤติกรรม การสื่อสาร (Communication Behavior) รูปแบบการจัดชุมชน (Community Organization Approach) เป็นต้น สู่การพัฒนาและออกแบบวิธีการดำเนินงานที่หลากหลาย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางสังคม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากร⁽⁶⁾

ต่อมาในช่วงทศวรรษที่ 1980s มีการขยายผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยยึดชุมชนเป็นฐานอย่างครบวงจรในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่สำคัญ 3 โครงการ คือ The Stand Ford Five-City Project^(10,11), The Minnesota Heart Health Program⁽¹²⁾ และ The Pawtucket Heart Health Program⁽¹³⁾ ทั้ง 3 โครงการมีเป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือด การสูบบุหรี่ และภาวะอ้วน

ผลการดำเนินการในต่างประเทศ

ผลการดำเนินงานของ The North Karelia Project พบว่า ระดับซีรั่มโคเลสเตอรอลและระดับความดันโลหิตลดลง อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายลดลง อัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มประชากรเพศชายอายุ 35 - 64 ปี ลดลงร้อยละ 68 โรคหัวใจขาดเลือดลดลงร้อยละ 73 มะเร็ง ร้อยละ 44 มะเร็งปอด ร้อยละ 71 และทุกสาเหตุการตายโดยรวมลดลงร้อยละ 49 โดยปัจจัย

ที่ทำให้อัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดลดลง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยเสี่ยงหลักในระดับประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงด้านแบบแผนการบริโภคอาหาร ส่วนผลจากการดำเนินงานของ The Standford Five-City Project, The Minnesota Heart Health Program และ The Pawtucket Heart Health Program พบว่า มีความคล้ายคลึง คือ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับโคเลสเตอรอล และระดับความดันโลหิตลดลง ความชุกของการสูบบุหรี่ และการบริโภคไขมันอิ่มตัวในเพศหญิงลดลง และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เป็นต้น

บทเรียนที่สำคัญ-จากการดำเนินงานของต่างประเทศ

1. ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของ The North Karelia Project คือ “การจัดการชุมชน” มีผู้นำชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ดำเนินงานร่วมกับองค์กร สถาบันต่างๆ ทั้งภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมอาหารในชุมชนมีความพยายามในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม รวมถึงนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่เอื้อต่อสุขภาพ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งกระบวนการเพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานเป็นระยะๆ

2. ประสบการณ์จาก The Stanford Five-City Project แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อมวลชน ที่มีการเลือกใช้สื่ออย่างแตกต่างกันหลายทั้งด้านช่องทาง รูปแบบ และความถี่ในการนำเสนอเนื้อหาข่าวสาร ซึ่งมีประสิทธิผลต่อการเพิ่มความรู้ ความตระหนักและการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรเป้าหมาย รวมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงการเลือกใช้วิธีการดำเนินงานที่หลากหลาย ในสถานที่ต่างๆ กันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเฉพาะ ซึ่งมีความแตกต่างกันในชุมชนได้ เช่น กลุ่มคนทำงาน และนักเรียน เป็นต้น⁽¹¹⁾

3. บทเรียนที่สำคัญจากการดำเนินงานของ The

Minnesota Heart Health Program คือ 1) องค์ประกอบในการดำเนินงานป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การให้ความรู้ การรณรงค์เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคอาหาร ยังเป็นข้อแนะนำที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับบุคคล กลุ่ม ชุมชน และ 2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลเป็นไปได้ยาก หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคม ในชุมชนที่พวกเขาอยู่อาศัย⁽¹⁴⁾

4. บทเรียนจากการดำเนินงานของ The Pawtucket Heart Health Program สะท้อนให้เห็นว่าการบรรลุความสำเร็จในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับชุมชนนั้น สามารถทำได้ แต่การที่จะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นดำรงอยู่อย่างต่อเนื่องยั่งยืนนั้นเป็นไปได้ยาก หากไม่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งอัตราการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อนี้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต้องอาศัยความพยายามและการเสริมหนุนกันอย่างเข้มแข็งของหน่วยงานภาครัฐทั้งในระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นในการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะ กฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการบูรณาการความร่วมมือในการปฏิบัติงานอย่างจริงจัง

5. การออกแบบวิธีการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน ไม่ควรมีลักษณะของการตัดเสื้อโหล one-size-fits-all (การใช้นโยบายหรือมาตรการอย่างเดียวกันต่อคนทุกคนในลักษณะที่เป็น การตัดเสื้อโหล) แต่ควรมีการแบ่งประชากรในชุมชนออกเป็นกลุ่มย่อยต่างๆ เช่น กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน ฯลฯ เพื่อพัฒนาวิธีการที่มีประสิทธิผลสำหรับใช้ดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องและเหมาะสมกับประชากรกลุ่มย่อยต่างๆ ที่มีความแตกต่างกัน โดยจำเป็นต้องมีการออกแบบวิธีการดำเนินงาน รวมทั้งรูปแบบกิจกรรมต่างๆ อย่างประณีตเป็นการเฉพาะให้กับกลุ่มย่อย แต่ละกลุ่มที่แตกต่างกัน ภายใต้เงื่อนไข

และปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ระดับชนชั้นในสังคม ระดับการศึกษา วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมในละแวกที่อยู่อาศัย เป็นต้น เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกันในชุมชนได้อย่างทั่วถึง^(6, 15) เพราะชุมชนประกอบขึ้นด้วยส่วนที่แตกต่างกัน และมีการตอบสนองต่อการดำเนินงานแตกต่างกัน^(16, 17)

6. ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานอยู่ที่ “กระบวนการจัดการชุมชน” โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน สวมบทบาทในฐานะของผู้ให้การสนับสนุนและจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽¹¹⁾ รูปแบบการจัดการชุมชนควรดำเนินงานภายใต้สมมติฐานที่ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยสร้างความรู้สึก “ความเป็นเจ้าของ” ซึ่งจะช่วยเพิ่มพลังในการปฏิบัติงานรวมถึงผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ในขณะที่หากไม่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของให้เกิดขึ้นได้ก็ยากที่จะดำเนินงานให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของความต่อเนื่องยั่งยืน⁽⁶⁾

7. กลยุทธ์การดำเนินงานที่โครงการป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานส่วนใหญ่เลือกใช้และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ คือ การให้ความรู้และสร้างทักษะให้กับกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างเข้มข้นจริงจัง และต่อเนื่อง รวมทั้งการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ผ่านช่องทาง และรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย สำหรับกลุ่มประชากรทั่วไปอย่างครอบคลุมทั่วถึงทั้งชุมชน เช่น การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม และการสื่อสารมวลชน ได้แก่ สื่อโทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งพิมพ์⁽⁶⁾ โดยระดับของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการจำเป็นต้องแข่งขัน ในบริบทของความพยายามอย่างยิ่งของการโฆษณาเพื่อการค้า⁽¹⁰⁾

การดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในประเทศไทย

ภาพรวมของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ในบริบทของ

ประเทศไทย นับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 - 2552 สรุปได้ดังนี้

1. โครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดเพื่อปฏิบัติการบริการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 เป็นโครงการทดสอบนำร่องในการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐานที่มีจุดมุ่งหมาย ให้ชุมชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและสามารถจัดการ ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อได้โดยชุมชนเอง มีการคัดเลือกพื้นที่ตัวอย่าง 1 จังหวัดต่อ 1 เขตพื้นที่สาธารณสุขภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ 1-12 ในพื้นที่เป้าหมาย 12 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี สุพรรณบุรี สมุทรสงคราม จันทบุรี สุรินทร์ หนองคาย มุกดาหาร นครสวรรค์ น่าน ลำปาง กระบี่ และ ตรัง

2. โครงการพัฒนารูปแบบเพิ่มคุณภาพการป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 - 2550 เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากสำนักโรคไม่ติดต่อและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจากพื้นที่เป้าหมายเพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานในพื้นที่และพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน ผลจากการประชุมร่วมกันทำให้ได้แผนงานป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน รูปแบบการสนับสนุนการจัดการในกลุ่มเสี่ยงโดยชุมชนมีส่วนร่วม และแผนสนับสนุนจากเครือข่ายบริการสุขภาพ และเครือข่ายบริการสาธารณสุข นำแผนป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน สู่อำนาจปฏิบัติในพื้นที่เป้าหมาย 13 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี สิงห์บุรี เพชรบุรี จันทบุรี ชัยภูมิ หนองบัวลำภู กาฬสินธุ์ นครสวรรค์ น่าน พะเยา สุโขทัย พังงา และพัทลุง

3. โครงการพัฒนารูปแบบเพิ่มคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้เกิดการเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา คุณภาพระบบฐานข้อมูล และคุณภาพการสื่อสารความเสี่ยง โดยประยุกต์ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) และการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) มาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบเพิ่มคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยเลือกพื้นที่ตัวอย่าง คือ คปสอ.กมลลาไสย-ฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการดำเนินงานทดสอบนำร่อง

4. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ดำเนินงาน 2 โครงการ ได้แก่

1) โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง “สุขภาพดีวิถีไทย” เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยบูรณาการงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อดำเนินงานตามแบบวิถีชีวิตไทย ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยดำเนินงานครอบคลุมทุกจังหวัด อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ชุมชน เพื่อให้ชุมชนและองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้อย่างเหมาะสม

2) โครงการชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบบูรณาการ “ชุมชนไร้พุง มุ่งต้านเบาหวาน” เป็นข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใต้ “แผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญระดับชาติปี 2552” บูรณาการการดำเนินงานระหว่างกรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานครอบคลุมทุกจังหวัดอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ชุมชน (ชุมชนที่พร้อมจะเข้าร่วมโครงการ) เพื่อให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบบูรณาการที่จะส่งผลต่อแนวโน้มการเป็นโรคเบาหวานลดลงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา วิถีชีวิต และบริบทของชุมชน

ผลการดำเนินงานในภาพรวม

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินงาน นำร่องมีโอกาสเข้าถึงและได้รับบริการคัดกรองโรค และปัจจัยเสี่ยงที่มีคุณภาพ ได้รับความรู้และแนวปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อกว่าครึ่ง

2. ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้รับทราบนโยบาย เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน และได้ร่วมเรียนรู้และพัฒนารูปแบบและวางแผนการดำเนินงานภายใต้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทแวดล้อมในพื้นที่

3. ได้รู้รูปแบบของระบบการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เชื่อมต่อการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ รวมทั้งระบบฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและ ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย และระหว่างสถานบริการกับชุมชนในเขตรับผิดชอบ ที่ผ่านการทดสอบในพื้นที่นำร่อง คปสอ. กมลลาไสย-ฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่แสดงให้เห็นว่ามีผลทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพ และคุณภาพระบบฐานข้อมูลเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความรู้ ทักษะ เทคนิคในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค การบูรณาการการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน กระบวนการคิดและบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ และการสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน เพื่อปฏิบัติการเชิงรุกร่วมกับชุมชน ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดและขยายผลการดำเนินงานให้แพร่หลายยิ่งขึ้นต่อไป

4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงาน ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชนของพื้นที่ต่างๆ จากทุกภูมิภาคของประเทศมีความแพร่หลายและเชื่อมโยงถึงกันมากขึ้น

5. ผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ยังไม่สามารถวัดได้อย่างเป็น

รูปธรรมเนื่องจากการดำเนินงานในแต่ละปีมีช่วงระยะเวลาสั้น ส่วนผลกระทบอื่นๆ ในระยะยาวยังไม่สามารถอธิบายได้เนื่องจากยังไม่มี การประเมินผลสรุปภาพรวมอย่างเป็นระบบ

บทเรียนที่สำคัญ-จากการดำเนินงาน

1. โครงการมีความซ้ำซ้อนและมีกรอบระยะเวลาในการดำเนินงานที่กระชั้นชิด การส่งผ่านนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานล่าช้า ขาดความชัดเจน และเป็นเอกภาพ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต้องเร่งรัดกระบวนการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการปฏิบัติงาน

2. การมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ยังไม่ครอบคลุม และขาดความต่อเนื่อง สม่่าเสมอ โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ประชาชนบางส่วนยังไม่เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การประกอบอาชีพของประชาชนส่วนใหญ่ เช่น มีอาชีพรับจ้าง หรือเป็นเกษตรกรทำให้ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนหรือฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิต การจัดกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนงานที่กำหนดไว้ รวมทั้งสภาพวิถีชีวิตความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมในชุมชนบางแห่งไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น งานเลี้ยง เทศกาล ประเพณีต่างๆ มีมาก ทำให้กินมาก และกินไม่เหมาะสม เป็นต้น

3. การส่งคืนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสถานการณ์ด้านสุขภาพ (อัตราป่วย/ตาย ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในชุมชน สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน) สู่ชุมชนผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้าน การประชุมประจำเดือนของชุมชน หรือการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะเป็นการสะท้อนปัญหาให้ชุมชนรับทราบซึ่งจะช่วยให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น

4. การเรียนรู้บริบทและข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับชุมชน อย่างรอบด้าน แล้วใช้เป็นฐานในการปรับเปลี่ยนแนวคิดและออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยตั้งอยู่บนวิถีชีวิตดั้งเดิมของชุมชนจะไม่เกิดการต่อต้าน ได้รับการยอมรับและความร่วมมือในการพัฒนา

5. การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นนโยบายที่สำคัญและกำลังอยู่ในกระแสความสนใจของประชาชน การดำเนินงานอย่างเข้มข้น จริงจัง ต่อเนื่อง โอกาสที่จะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายของการดำเนินงานก็มีความเป็นไปได้มาก

วิจารณ์

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ในบริบทของประเทศไทยที่ดำเนินงานในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2552 เมื่อพิจารณาภายใต้กรอบแนวคิดและประสบการณ์การดำเนินงานของต่างประเทศ พบว่ามีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การออกแบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน มีลักษณะการสั่งการแบบ top down ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและความเป็นเจ้าของ เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่งแตกต่างจากประสบการณ์ของต่างประเทศ ที่การดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาที่รุนแรงในพื้นที่จนทำให้เกิดความต้องการของพื้นที่อันนำไปสู่ความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น

2. ระดับความเข้มข้นของความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่นยังมีไม่มากพอที่จะเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่ความต่อเนื่องยั่งยืนได้นอกจากนี้ การบูรณาการแผนงาน/โครงการ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบส่วนกลางยังไม่มี ความชัดเจน และเป็นเอกภาพเพียงพอ แม้จะมีการกำหนด

ยุทธศาสตร์ร่วมกัน ดังนั้น การดำเนินงานในระยะต่อไป จึงควรพิจารณาให้ความสำคัญกับระดับความเข้มข้นของการมีส่วนร่วมของแต่ละเครือข่ายว่าควรเป็นไปในลักษณะใด รวมทั้งกำหนดกลยุทธ์วิธีการที่จะนำสู่ความร่วมมือที่เข้มแข็งเพียงพอ ที่จะป็นพลังผลักดันการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างเกิดประสิทธิภาพ

3. ระยะเวลาการดำเนินงานในแต่ละปี ค่อนข้างสั้น และมีความกระชั้นชิด สืบเนื่องจากการวางแผนการปฏิบัติงานแบบปีต่อปีตามระบบเงินงบประมาณที่ไม่ได้มีความต่อเนื่องกันอย่างชัดเจน รวมทั้งขั้นตอนการดำเนินงานตามระเบียบของทางราชการที่ไม่คล่องตัว ทำให้ในแต่ละปีมีระยะเวลาปฏิบัติงานในชุมชนอย่างจริงจังเพียง 3 - 4 เดือน ซึ่งน้อยเกินไปกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับประสบการณ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในบริบทของต่างประเทศหลาย ๆ โครงการ จะเห็นได้ว่ามีการวางแผนการดำเนินงานในระยะยาวอย่างน้อยที่สุดคือ 3-5 ปี และมีความเข้มข้นจริงจังต่อเนื่องยาวนานจึงจะทำให้เห็นประสิทธิผลของการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม⁽⁹⁾

4. การดำเนินงานป้องกันโรคโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ที่แท้จริงต้องให้พื้นที่ที่มีอิสระในการดำเนินงานภายใต้กรอบแนวคิดและเป้าหมายเดียวกัน คือ ความเข้มแข็งของชุมชนในการลดเสี่ยงลดโรค แต่วิธีการกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงความคาดหวังต่อผลลัพธ์การดำเนินงาน ให้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ปัญหาตามแต่บริบทของแต่ละพื้นที่ ระบบส่วนกลางควรเข้าไปมีส่วนร่วมในบทบาทของการเป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุนที่เอื้อต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน เช่น ระบบข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ และการจัดสรรงบประมาณ เป็นต้น

5. การดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในประเทศไทยยังไม่ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของการดำเนินงาน ตลอดระยะเวลา 6 ปีที่ผ่านมาอย่างเป็นระบบ ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับการทำงานในต่างประเทศ ที่พบว่า

ให้ความสำคัญกับการติดตามประเมินผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมิน “กระบวนการดำเนินงาน” เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ปรับปรุงวิธีการและรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างทันที่

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนารูปแบบความร่วมมือของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น รวมทั้งบูรณาการดำเนินงานร่วมกันอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2. พัฒนาระบบการดำเนินงานและระบบบริหารจัดการโครงการสู่รูปแบบของการทำงานแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยคำนึงถึงความพร้อมและความต้องการของชุมชนเองเป็นสำคัญ

3. ยกกระดับความสำคัญของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ให้เป็นวาระสำคัญที่มีนโยบายและแผนงานรองรับในระดับชุมชน ซึ่งเกิดจากการวางแผนร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการความรู้ เพิ่มศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกระบวนการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ความรู้และประสบการณ์จากการดำเนินงานที่ผ่านมา นอกจากนี้ ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาและพัฒนารูปแบบจากงานประจำ (Routine to Research)

5. พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ และให้ความสำคัญกับกระบวนการปฏิบัติงาน และนำข้อมูลที่ได้กลับมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาวิธีการดำเนินงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย ที่ได้พยายามผลักดันการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในประเทศไทย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ปฏิบัติงานจากเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งใน ส่วนกลางและระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนข้อมูลที่สำคัญ ทำให้นำไปสู่การศึกษาทบทวนในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร. บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิกโซลูชั่นส์ จำกัด, 2553.
2. เยวรัตน์ ปรบั๊กษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์, บรรณาธิการ. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
3. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2005.
4. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based Noncommunicable Disease Interventions: lessons from developed countries for developing ones. Bulletin of the World Health Organization. 2001; 79(10): 963-970.
5. Alwan A. Noncommunicable diseases: a major challenge to public health in the Region Eastern Mediterranean Health Journal. 1997; 3(1): 6-16.
6. Merzel C. and D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. Am J Public Health. 2003; 93: 557-574.
7. Brownson R.C., Baker E.A. and Novick L.F. Community-Based Prevention: Programs that Work. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc. 1999.
8. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine. 2002; 4(1): 5-7.
9. Fortmann SP, Williams PT, Hulley SB, Haskell WL, Farquhar JW. Effect of health education on dietary behavior: the Stanford three community study. Am. J. Clin. Nutr. 1981;34:2030-38.
10. Farquhar JW, Fortmann SP, Maccoby N, et al. The Stanford Five-City Project: design and methods. Am J Epidemiol. 1985; 122: 323-334.
11. Fortmann SP., Flora JA., Winkleby MA., Schooler C, Baylor C.B, Farquhar JW. Community Intervention Trials: Reflections on the Stanford Five-City Project Experience. American Journal of Epidemiology. 1995; 142(6): 576-587.
12. Luepker RV, Murray DM, Jacobs-DR Jr, et al. Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. Am J Public Health. 1994; 84: 1383-93.
13. Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, McKinlay S. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. Am J Public Health. 1995; 85: 777-85.
14. Mittelmark MB, Hunt MK, Heath GW, Schmid TL. Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. J Public Health Policy. 1993 Winter; 14(4): 437-62.
15. Schooler C., et al. Synthesis of findings and issues from community prevention trials. Annals of Epidemiology, 1997; S7: S54-S68.
16. Sorensen G, Emmons K, Hunt MK, Johnston D. Implications of the results of community intervention trials. Annu Rev Public Health. 1998; 19: 379-416.
17. Slater MD, Flora JA. Health lifestyles: audience segmentation analysis for public health interventions. Health Educ Q. 1991; Summer: 221-233.