

แนวทางการจัดการระบบนิเวศ ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem)

สำหรับ บุคลากรระดับพื้นที่



แนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem)
สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่ ได้ผ่านการตรวจประเมินรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ เพื่อการเฝ้าระวัง
ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค, พ.ศ. 10 มีนาคม 2569

DDC 69009

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการจัดการระบบนิเวศ ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem)

สำหรับ บุคลากรระดับพื้นที่



แนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem)
สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่ ได้ผ่านการตรวจสอบประเมินรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ เพื่อการเฝ้าระวัง
ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค, ณ วันที่ 10 มีนาคม 2569

DDC 69009

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



แนวทางการจัดการระบบนิเวศ
ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ
(NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่
Ecosystem-Based Management Guidelines for the Prevention and
Control of Non-Communicable Diseases (NCDs) for Local Personnel

ที่ปรึกษา : นายแพทย์กฤษฏา หาญบรรเจิด ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ

ทีมบรรณาธิการ : นางนิตยา พันธุเวทย์
นายกฤษชา มานตา
นายณัฐพล พงษ์วิเศษ
สำนักงานเลขาธิการการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อชาติ

จัดพิมพ์โดย : กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ : 1 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 จำนวน 500 เล่ม

ISBN : 978-616-11-5726-5

สำหรับอ้างอิง : Bhanuwate N, Manta T, Pongvisait N. Ecosystem-Based Management Guidelines for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases (NCDs) for Local Personnel. 1sted. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2026.



คำนำ

โรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่ท้าทายทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะ 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (รวมโรคความดันโลหิตสูง) โรคมะเร็ง โรคทางระบบหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ทั้ง 4 โรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30 - 69 ปี) และยิ่งนำไปสู่ความทุพพลภาพ ความสูญเสียด้านคุณภาพชีวิต และการทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs ปีละกว่า 400,000 ราย หรือวันละมากกว่า 1,000 ราย คิดเป็น ร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2562 มีการประมาณการว่าประเทศไทยสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรค NCDs สูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product; GDP) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรค NCDs คือ พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวเร่งปัญหา NCDs มีด้วยกัน 5 ด้านหลัก ได้แก่ การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (physical inactivity) การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และมลพิษทางอากาศ โดยสาเหตุและอิทธิพลที่ส่งผลต่อโรค NCDs ไม่ได้มาจากบุคคลเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับหลายระดับ ตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมในชุมชน ไปจนถึงระดับนโยบาย

ที่ผ่านมาการจัดการโรค NCDs มุ่งเน้นไปที่การปรับพฤติกรรมส่วนบุคคลซึ่งไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมุ่งสู่การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทางกายภาพและสังคม เช่น ปรับพื้นที่ชุมชนให้เอื้อต่อการเดินและออกกำลังกาย จำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ส่งเสริมตลาดอาหารสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและราคาเหมาะสม และสร้างวัฒนธรรมใหม่ ให้การออกกำลังกายและการกินอาหารเพื่อสุขภาพเป็น “ค่านิยม” เป็นต้น การทำงานเช่นนี้จำเป็นต้องอาศัย “การสานพลัง” ของทุกภาคส่วน ตั้งแต่หน่วยงานท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข ภาคการศึกษา ภาคเอกชน และประชาชนในชุมชน

แนวทางฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) ทั้งสังกัดกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ใช้เป็นเครื่องมือและแนวทางในการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีอำนาจในการกำหนดนโยบายท้องถิ่น จัดสรรงบประมาณ และปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ได้โดยตรง ส่วน สอน. และ รพ.สต. ทำงานใกล้ชิดกับประชาชน เข้าใจปัญหาและบริบทพื้นที่ เป็น “ด่านหน้า” ที่สามารถเชื่อมโยงมาตรการกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ทั้งสองหน่วยงานจึงถือเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดการ NCD Ecosystem ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

กองโรคไม่ติดต่อขอขอบคุณคณะทำงานพัฒนาแนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่ ที่ทำให้แนวทางฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีและหวังว่าแนวทางนี้จะพลังเชื่อมโยงทุกภาคส่วนให้ก้าวเดินไปด้วยกัน เพื่อสร้างสังคมไทยที่ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อ

สารบัญ

| | |
|-------------|---|
| คำนำ | ก |
| สารบัญ | ว |
| สารบัญตาราง | ง |
| สารบัญภาพ | จ |

| | |
|------|---|
| บทนำ | 1 |
|------|---|

| | |
|--|----|
| สถานการณ์โรคไม่ติดต่อทั่วโลกและภูมิภาคเอเชีย | 2 |
| สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย | 3 |
| ผลกระทบของโรคไม่ติดต้อระดับประเทศ | 11 |
| คำนิยาม | 13 |
| วัตถุประสงค์ | 14 |
| กลุ่มเป้าหมาย | 14 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 14 |

| | |
|--|----|
| แนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) | 15 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| กรอบแนวคิดทฤษฎี | 16 |
| แนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่ | 17 |
| กลยุทธ์ที่สำคัญของการจัดการระบบนิเวศ | 18 |
| หลักการสำคัญของการจัดการระบบนิเวศ | 21 |
| ขั้นตอนของการจัดการระบบนิเวศ | 25 |

| | |
|--|----|
| บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานหลักในการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) ระดับพื้นที่ | 27 |
|--|----|

สารบัญ (ต่อ)

ตัวอย่างบทเรียนการขับเคลื่อน NCD Ecosystem ในประเทศไทย 31

เอกสารอ้างอิง 50

ภาคผนวก 53

ภาคผนวก ก คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาแนวทางการจัดการระบบนิเวศ
ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem)
สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่ 54

ภาคผนวก ข สารสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุม
โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570) 57

ภาคผนวก ค ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างระบบนิเวศ (NCD Ecosystem)
ที่เอื้อต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยใต้แผนปฏิบัติการ
ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย
(พ.ศ. 2566 - 2570) 59

ภาคผนวก ง ระบบนิเวศเพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม
เพื่อลดโรคไม่ติดต้อมตามมติสมัชชาสุขภาพสมัชชาเฉพาะประเด็น
ว่าด้วยการสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม
เพื่อลดโรคไม่ติดต่อ 64

ภาคผนวก จ แบบฟอร์มแผน รายงานผลการดำเนินงานแผน 69

และสื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

แผนงานป้องกันและลดโรคอ้วน 69

แผนงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน 72

แผนงานป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 74

แผนงานป้องกันโรคมะเร็ง 76

แผนงานป้องกันโรคทางเดินหายใจเรื้อรังในชุมชน 79

แผนงานป้องกันโรคทางสุขภาพจิต 82

ภาคผนวก ฉ เว็บไซต์และโซเชียลมีเดียสำหรับค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม 84

สารบัญตาราง

| | | |
|------------|---|----|
| ตารางที่ 1 | อันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALYs) ปี พ.ศ. 2565 จำแนกตามเพศและสาเหตุ | 8 |
| ตารางที่ 2 | ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง ปี พ.ศ. 2562 แยกตามเพศ | 10 |
| ตารางที่ 3 | สรุปผลการดำเนินงานเปรียบเทียบแต่ละโซน ของกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี | 34 |

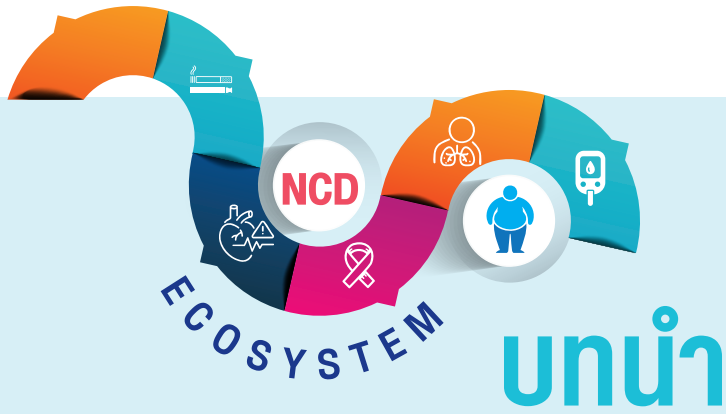
สารบัญภาพ

| | | |
|------------------|---|----|
| ภาพที่ 1 | แผนที่โลกแสดงภาระโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ. 2593 โดยแสดงอัตราการเสียชีวิตตามเกณฑ์ มาตรฐานอายุ (ต่อประชากร 100,000 คน) และปีที่สูญเสียไปจากการมีสุขภาพที่ไม่ดีตามเกณฑ์มาตรฐานอายุ (ต่อประชากร 100,000 คน) ในภูมิภาคต่าง ๆ ของทวีปเอเชีย | 3 |
| ภาพที่ 2 | โอกาสการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก 4 กลุ่มโรคไม่ติดต่อหลัก ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2565 และข้อมูลคาดการณ์ถึงปี พ.ศ. 2573 เปรียบเทียบกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน | 4 |
| ภาพที่ 3 | อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ 5 โรคหลักต่อประชากรแสนคน ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 - 2566 (รวมกรุงเทพมหานคร) | 4 |
| ภาพที่ 4 | อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ 5 โรคหลักต่อประชากรแสนคนของประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2567 (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) | 5 |
| ภาพที่ 5 | ร้อยละของโรคอ้วน โรคอ้วนลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มประชากร 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2546 - 2568 | 6 |
| ภาพที่ 6 | ร้อยละปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรค NCDs ในกลุ่มประชากร 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2546 - 2568 | 7 |
| ภาพที่ 7 | การสูญเสียปีสุขภาพจาก 17 ปัจจัยเสี่ยงหลักของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2562 | 9 |
| ภาพที่ 8 | แบบจำลองสังคม-นิเวศวิทยา (A Socio-Ecological Model) ของ Dr. Urie Bronfenbrenner | 16 |
| ภาพที่ 9 | กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (The Ottawa Charter for Health Promotion) | 17 |
| ภาพที่ 10 | แนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่ | 18 |
| ภาพที่ 11 | แผนที่ยุทธศาสตร์ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี | 33 |



บทนำ





สถานการณ์โรคไม่ติดต่อทั่วโลกและภูมิภาคเอเชีย

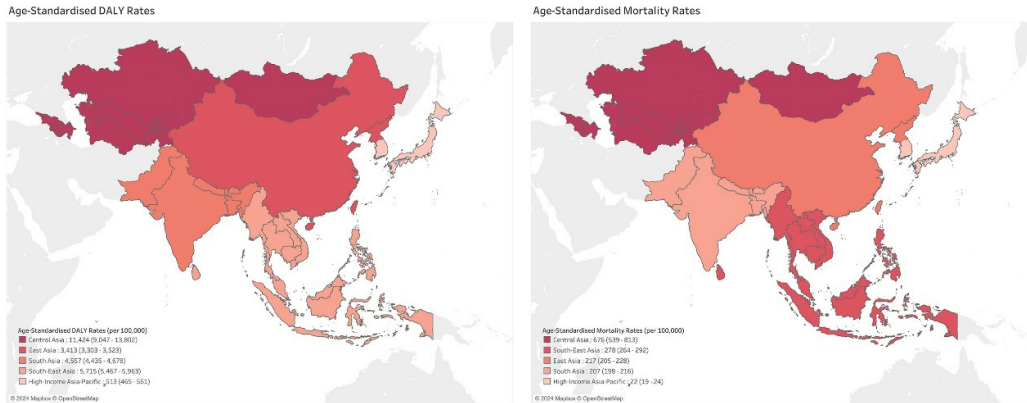
กลุ่มโรคไม่ติดต่อ หรือโรค NCDs (Noncommunicable Diseases) คือ โรคเรื้อรังซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินโรคที่ยาวนาน ไม่สามารถติดต่อหรือแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ เป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม การดำเนินชีวิต (กินอาหารหวาน มัน เค็มเกินความต้องการของร่างกาย การใช้ชีวิตที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ไม่ได้ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา) ปัจจัยทางสรีรวิทยา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางพันธุกรรม โรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก 43 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 75 ในปี พ.ศ. 2564 โดยพบว่าร้อยละ 73 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง แต่หากพิจารณาข้อมูลการเสียชีวิตจากโรค NCDs ก่อนอายุ 70 ปี พบสูงถึง 18 ล้านคน (จาก 43 ล้านคน) โดยพบว่าร้อยละ 82 ของการเสียชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2564 พบโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease: CVD รวมหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรค NCDs มากที่สุด อย่างน้อย 19 ล้านคน รองลงมาคือโรคมะเร็ง 10 ล้านคน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 4 ล้านคน และโรคเบาหวาน มากกว่า 2 ล้านคน (รวมถึงโรคไตที่เกิดจากเบาหวาน) โดยพบว่าทั้ง 4 กลุ่มโรสดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ทั้งหมด⁽¹⁾

โรค NCDs ดังกล่าวข้างต้นก่อให้เกิดภาระด้านสุขภาพที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่นกัน โดยพบว่าประชากรในภูมิภาคนี้เสียชีวิตจากโรค NCDs ร้อยละ 55 หรือประมาณ 9.5 ล้านคน ที่น่ากังวลเป็นพิเศษ คือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ดังกล่าว เกิดขึ้นก่อนวัยอันควร (ก่อนอายุ 70 ปี) สำหรับโรคที่นำไปสู่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่สำคัญ คือโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมหลอดเลือดสมอง⁽²⁾

การคาดการณ์ระหว่างปี พ.ศ. 2568 - 2593 ภูมิภาคเอเชียจะมีการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (crude cardiovascular mortality) เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า โดยคาดว่าความชุกของโรค CVD ในเอเชียจะถึง 729.5 ล้านราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 109.0 จากปี พ.ศ. 2568 ซึ่งจะมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างภูมิภาคย่อย ดังนี้ เอเชียตะวันออก เอเชียใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จะมีการเพิ่มขึ้นที่มากที่สุดของอัตราการเสียชีวิตจากโรค CVD แบบหยาบ ร้อยละ 147.4, 85.3 และ 81.6 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตจากโรค CVD แบบหยาบถูกพยากรณ์ว่าจะเพิ่มขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตจากโรค CVD ปรับตามฐานอายุ (Age-Standardized Cardiovascular Mortality Rate: ASMR) ถูกทำนายว่าจะลดลง ร้อยละ 23.0 แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของประชากรและลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่มีอายุมากขึ้นในเอเชียอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้การเสียชีวิตจากโรค CVD โดยรวมเพิ่มขึ้น โดยเอเชียกลาง เอเชียตะวันออก และเอเชียใต้ พบโรคหัวใจขาดเลือดจะเป็นภาระโรคหลักของการเสียชีวิตจากโรค CVD ที่ปรับตามฐานอายุในปี พ.ศ. 2593 ตามด้วยโรคหลอดเลือดสมองในทางตรงกันข้ามกับภูมิภาคอื่น เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง จะเป็นโรคที่นำหลักของการเสียชีวิตจากโรค CVD ที่ปรับตามฐานอายุในปี พ.ศ. 2593 ตามด้วยโรคหัวใจขาดเลือด⁽³⁾ ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1

แผนที่โลกแสดงภาระโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ. 2593 โดยแสดงอัตราการเสียชีวิตตามเกณฑ์ ปรับฐานอายุ (ต่อประชากร 100,000 คน) และปีที่สูญเสียชีวิตจากการมีสุขภาพที่ไม่ดีตามเกณฑ์ปรับฐานอายุ (ต่อประชากร 100,000 คน) ในภูมิภาคต่าง ๆ ของทวีปเอเชีย



ที่มา: Goh RSJ et al., Lancet Regional Health - Western Pacific, 2024

ปัจจัยเสี่ยงของภูมิภาคเอเชีย ในปี พ.ศ. 2593 พยากรณ์ว่าปัจจัยเสี่ยงด้านการเผาผลาญ (Metabolic Risk Factors) เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตจากโรค CVD ตามด้วยปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีส่วนร่วมต่อภาระโรค CVD ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (High Systolic Blood Pressure) เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่ง รองลงมาคือปัจจัยเสี่ยงด้านอาหาร (Dietary Risks) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูง (High Fasting Plasma Glucose) และการออกกำลังกายน้อย โดยคาดการณ์ว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2568 และ 2593 ดัชนีมวลกายสูง (High Body - Mass Index: BMI) จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด ถือเป็นปัจจัยที่เติบโตเร็วที่สุดที่เกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตแบบหยาบจากโรค CVD (เพิ่มขึ้นร้อยละ 236.5) ตามด้วยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 166.3) และการออกกำลังกายน้อย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 152.6)⁽³⁾



สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญสอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อทั่วโลก และภูมิภาคเอเชีย โรค NCDs ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศไทยอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ที่ก่อให้เกิดภาระโรคจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมถึงภาวะเจ็บป่วยและทุพพลภาพที่ทำให้ผลิตภาพการทำงานลดลง หรือสูญเสียชีวิต โดยคนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ปีละกว่า 400,000 ราย หรือวันละมากกว่า 1,000 คน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ⁽⁴⁾

ข้อมูลการเสียชีวิต การป่วยและปีสูญภาวะที่สูญเสีย (DALYs) จากโรคไม่ติดต่อ

ในอดีตประเทศไทยโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นทั้งด้านอัตราป่วยและอัตราตายในหลายกลุ่มวัยและภูมิภาค รายงานการเฝ้าระวังแสดงแนวโน้มที่เป็นปัญหาสาธารณสุขเร่งด่วน จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปี พ.ศ. 2553 - 2557 พบว่าอัตราการตายและความชุกจาก 4 โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกเขตและทั้งสองเพศ⁽⁵⁾ สำหรับโอกาสการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในประเทศไทย ในกลุ่มอายุ 30 - 70 ปี จาก 4 กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ซึ่งประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง พบว่า ช่วงแรกมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2553 - 2563 โดยลดลงจากร้อยละ 14.8 มาอยู่ที่ ร้อยละ 12.8 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม แนวโน้มดังกล่าวได้ปรับตัวสูงขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 14.6 สถานการณ์ปัจจุบันนี้ถือเป็นความท้าทายอย่างยิ่งต่อเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้สำหรับ ปี พ.ศ. 2568 ที่ร้อยละ 11.07 เนื่องจากข้อมูลคาดการณ์ชี้ว่าอัตราการเสียชีวิตจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 12.6 ซึ่งยังคงสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่วางไว้⁽⁶⁾ ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2

โอกาสการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก 4 กลุ่มโรคไม่ติดต่อหลัก ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2565 และข้อมูลคาดการณ์ถึงปี พ.ศ. 2573 เปรียบเทียบกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน



อ้างอิงจาก BOD.2022 (<https://www.hiso.or.th/ncd/>)

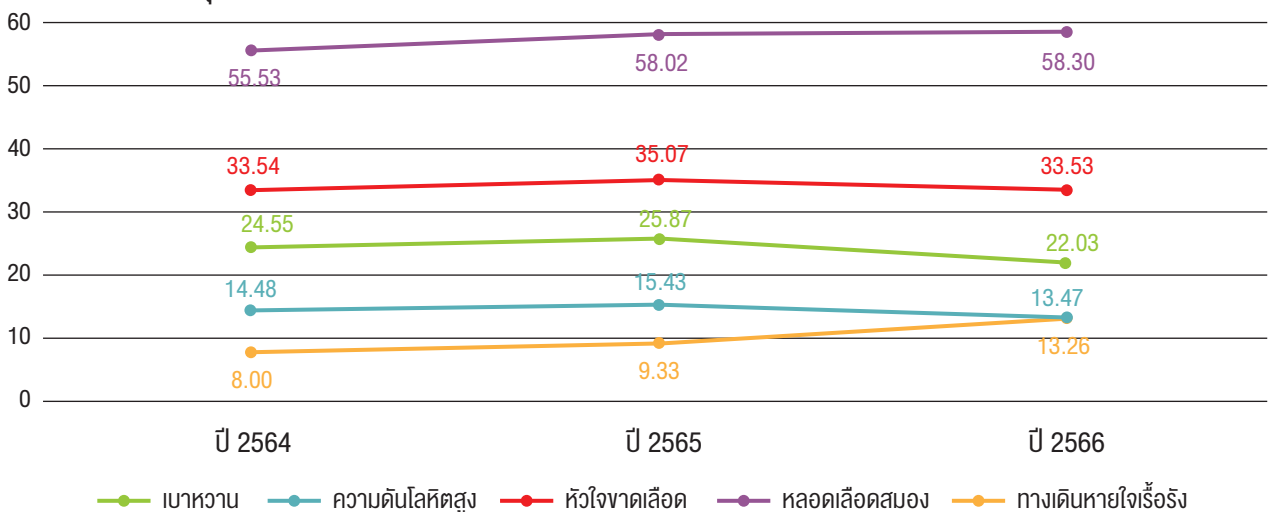
13

ที่มา: รายงานการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570) ครั้งที่ 1/2568, วันที่ 16 มิถุนายน 2568. กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อหลัก 5 โรคต่อประชากรแสนคนของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงที่สุดอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 55.53 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 58.30 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2566 รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีค่าค่อนข้างคงที่ อยู่ระหว่าง 33.54 - 35.07 ต่อแสนประชากร ขณะที่โรคเบาหวาน มีแนวโน้มลดลงจาก 24.55 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564 เหลือ 22.03 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2566 สำหรับโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราการตายอยู่ในอันดับที่ 4 โดยมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ระหว่าง 14.48 - 13.47 ต่อแสนประชากร ในขณะที่โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งมีอัตราการตายต่ำที่สุดในกลุ่มนี้ กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 8.00 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564 เป็น 13.26 ต่อแสนประชากรปี พ.ศ. 2566 (ดังแสดงในภาพที่ 3) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด ยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพของประชากรไทย ขณะที่โรคทางเดินหายใจเรื้อรังมีแนวโน้มทวีความสำคัญมากขึ้นในระยะหลัง ซึ่งควรได้รับความสนใจในการกำหนดนโยบายและมาตรการด้านสาธารณสุข

ภาพที่ 3

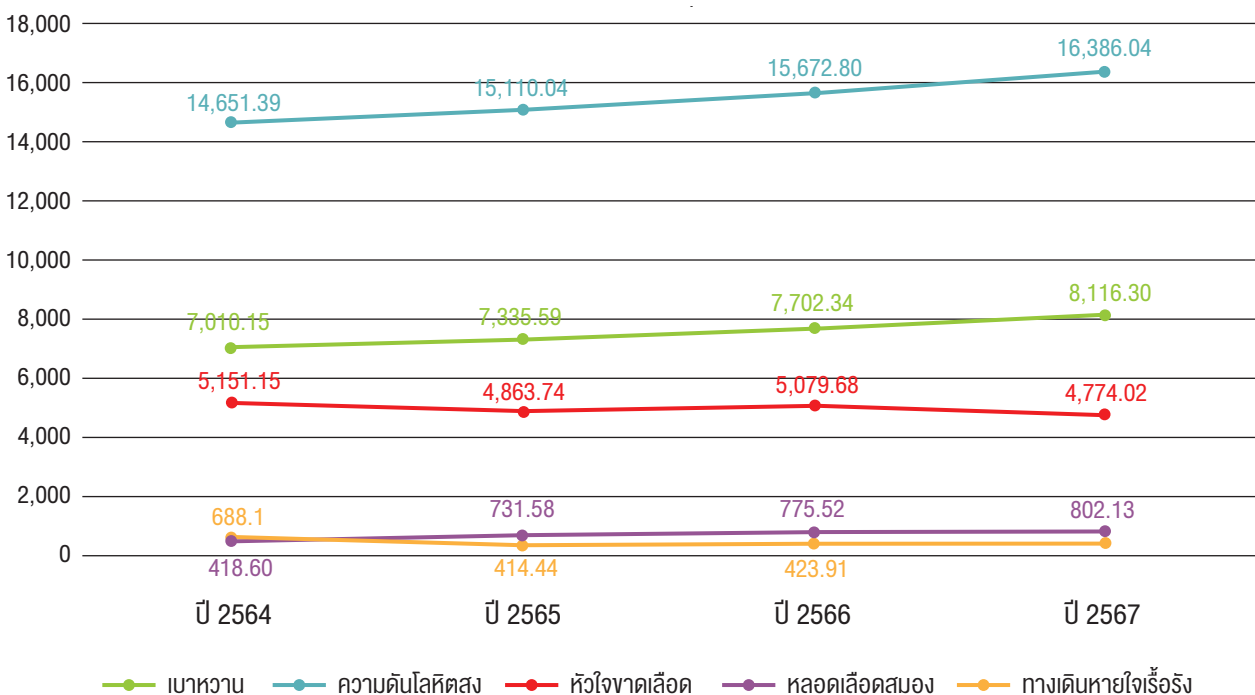
อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ 5 โรคหลักต่อประชากรแสนคนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 - 2566 (รวมกรุงเทพมหานคร)



ที่มา: มรณบัตร กระทรวงมหาดไทย, รวบรวมโดยกลุ่มเทคโนโลยีและระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2567

อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อหลัก 5 โรคต่อประชากรแสนคนของประเทศไทย (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2567 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยสูงสุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 14,651.39 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 16,386.04 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รองลงมาคือโรคเบาหวานซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันจาก 7,010.15 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 8,116.30 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ขณะที่โรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มผันผวน โดยลดลงจาก 5,151.15 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เหลือ 4,774.02 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ส่วนโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยเป็นอันดับ 4 โดยเพิ่มขึ้นจาก 688.1 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 802.13 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สำหรับโรคทางเดินหายใจเรื้อรังซึ่งมีอัตราป่วยต่ำที่สุดในกลุ่มนี้ มีแนวโน้มผันผวนเล็กน้อย โดยมีค่า 418.60 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 429.47 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ดังแสดงในภาพที่ 4) โดยภาพรวมสะท้อนให้เห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานยังคงเป็นภาระสุขภาพสำคัญของประชากรไทย ซึ่งเป็นโรคที่หากไม่มีมาตรการในการป้องกันไม่ให้เกิดโรครายใหม่ หรือควบคุมโรคในผู้ป่วยที่เป็นอยู่ให้อยู่ในระยะสงบ ก็จะนำไปสู่ภาวะโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และตามด้วยการเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคดังกล่าว ฉะนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อการวางมาตรการเฝ้าระวัง และดำเนินการในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ไม่รอให้ประชากรไทยต้องเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นการรักษาโรคที่ปลายน้ำ ซึ่งต้องใช้งบประมาณในการรักษาอย่างมหาศาล ประกอบกับประชากรจะไม่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลต่อผลิตภาพการผลิตและเศรษฐกิจของครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ

ภาพที่ 4 อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ 5 โรคหลักต่อประชากรแสนคนของประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2567 (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

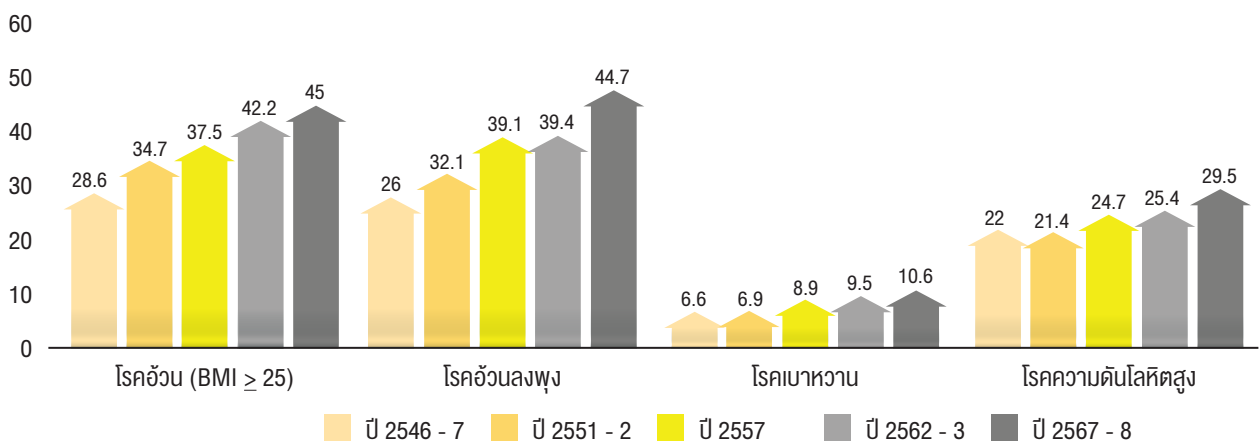


ที่มา: HDC กระทรวงสาธารณสุข, รวบรวมโดยกลุ่มเทคโนโลยีและระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ เดือนมีนาคม 2568

ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) โดยการตรวจร่างกาย (NHES) ครั้งที่ 3 ถึงครั้งที่ 7 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึงปี พ.ศ. 2568 พบว่า แนวโน้มความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค ในประเทศไทย ได้แก่ โรคอ้วน โรคอ้วนลงพุง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของความชุกอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มโรค เมื่อจำแนกตามรายโรค พบว่า กลุ่มโรคอ้วน (BMI \geq 25) มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.6 (ปี พ.ศ. 2546 - 2547) เป็นร้อยละ 45 (ปี พ.ศ. 2567 - 2568) เช่นเดียวกับโรคอ้วนลงพุง ที่มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26 (ปี พ.ศ. 2546 - 2547) เป็นร้อยละ 44.7 (ปี พ.ศ. 2567 - 2568) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในปัจจุบันประชากรเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในภาวะอ้วนหรืออ้วนลงพุง สำหรับโรคเบาหวาน มีอัตราการเพิ่มขึ้นของความชุกอย่างต่อเนื่องเช่นกัน จากร้อยละ 6.6 (ปี พ.ศ. 2546 - 2547) เป็นร้อยละ 10.6 (ปี พ.ศ. 2567 - 2568) และโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22 (ปี พ.ศ. 2546 - 2547) เป็นร้อยละ 29.5 (ปี พ.ศ. 2567 - 2568) โดยสรุปข้อมูลนี้ยืนยันถึงสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยที่มีแนวโน้มความชุกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ (Key Risk Factor) ที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความชุกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชากร⁽⁷⁻¹¹⁾ (ดังแสดงในภาพที่ 5)

สำหรับอัตราการเปลี่ยนแปลงในรอบ 20 ปี (ปี พ.ศ. 2546 - 2568) พบว่าปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว โดยกลุ่มที่มีอัตราการเติบโตสูงที่สุดคือ โรคอ้วนลงพุง ร้อยละ 71.9 โรคเบาหวาน ร้อยละ 60.6 และโรคอ้วนร้อยละ 57.3 ส่วนโรคความดันโลหิตสูงก็มีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ ร้อยละ 34.1 ซึ่งทั้งหมดนี้สะท้อนถึงวิกฤตสาธารณสุขที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นอย่างชัดเจน

ภาพที่ 5 ร้อยละของโรคอ้วน โรคอ้วนลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากร 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2546 - 2568



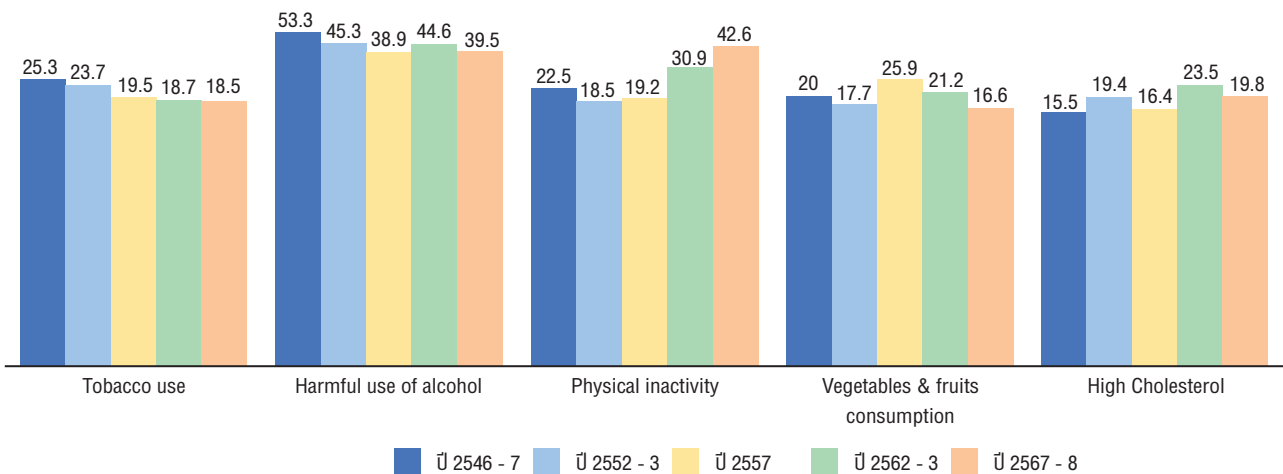
ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546 - 2547) ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552) ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562 - 2563) ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567 - 2568) และรายงานการประชุมเปิดผลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของสุขภาพของคนไทย แนวโน้มและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

แนวโน้มปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรค NCDs ในช่วงปี พ.ศ. 2546 ถึง 2568 พบว่าแต่ละปัจจัยมีทิศทางที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยการสูบบุหรี่ (Tobacco use) เป็นปัจจัยเดียวที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องชัดเจน จากร้อยละ 25.3 (ปี พ.ศ. 2546 - 2547) เหลือร้อยละ 18.5 (ปี พ.ศ. 2567 - 2568) ในขณะเดียวกัน การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย (Harmful use of alcohol) ก็มีแนวโน้มลดลงในภาพรวมจากร้อยละ 53.3 (ปี พ.ศ. 2546 - 2547) เหลือร้อยละ 39.5 (ปี พ.ศ. 2567 - 2568) แม้ว่าจะมีการเพิ่มตัวสูงขึ้นในปี 2563 เป็นร้อยละ 44.6 ก็ตาม ในทางตรงกันข้ามปัจจัยที่น่ากังวลที่สุดคือ การมีกิจกรรมทางกายต่ำ (Physical inactivity) ซึ่งมีแนวโน้มพุ่งสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดเกือบเท่าตัว

จากร้อยละ 22.6 (ปี พ.ศ. 2546 - 2547) เป็นร้อยละ 42.6 (ปี พ.ศ. 2567 - 2568) โดยมีอัตราการเร่งที่ชัดเจนมากในช่วงหลัง ขณะที่อีก 2 ปัจจัยมีความผันผวน คือ การบริโภคผักและผลไม้ (Vegetables & fruits consumption) มีแนวโน้มโดยรวมที่ลดลง จากร้อยละ 20.0 (ปี พ.ศ. 2546 - 2547) เหลือร้อยละ 16.6 (ปี พ.ศ. 2567 - 2568) แม้จะเพิ่มขึ้นไปสูงสุดที่ร้อยละ 25.9 ในปี 2557 ก็ตาม ในส่วนภาวะคอเลสเตอรอลสูง (High Cholesterol) มีความผันผวนมาก โดยพบภาวะคอเลสเตอรอลสูงต่ำสุดร้อยละ 15.5 (ปี พ.ศ. 2546 - 2547) และพุ่งสูงสุดที่ร้อยละ 23.5 (ปี พ.ศ. 2562 - 2563) และกลับมาอยู่ที่ร้อยละ 19.8 (ปี พ.ศ. 2567 - 2568)⁽⁷⁻¹¹⁾ (ดังแสดงในภาพที่ 6)

อัตราการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยง ในช่วงปี พ.ศ. 2546 เทียบกับปี พ.ศ. 2568 พบว่า มีเพียงปัจจัยเดียวที่สถานการณ์แย่งลงอย่างชัดเจน คือ การมีกิจกรรมทางกายต่ำ (Physical inactivity) ซึ่งมีอัตราการเปลี่ยนแปลงเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 88.5 สะท้อนถึงปัญหาที่วิกฤตขึ้นเกือบเท่าตัว รวมถึงปัจจัยเสี่ยง คือ การบริโภคผักและผลไม้ (Vegetables & fruits consumption) ที่มีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 17.0 และภาวะคอเลสเตอรอลสูง (High Cholesterol) ที่มีอัตราการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.7 สำหรับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่มีทิศทางที่ดีขึ้น คือ การสูบบุหรี่ (Tobacco use) มีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 26.9 และการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย (Harmful use of alcohol) ลดลงร้อยละ 25.9

ภาพที่ 6 ร้อยละปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรค NCDs ในกลุ่มประชากร 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2546 - 2568



ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546 - 2547) ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552) ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562 - 2563) ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567 - 2568) และรายงานการประชุมเปิดผลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของสุขภาพของคนไทย แนวโน้มและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อมูลการจัดอันดับภาระการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ปี พ.ศ. 2565 ใน 5 อันดับแรก พบว่า โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยเพศชาย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดอันดับที่ 1 และ 3 - 5 ตามลำดับ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.4 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 6.7 โรคตับแข็ง ร้อยละ 5.1 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 5 ส่วนในเพศหญิง โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะติดอันดับที่ 1 - 3 และ 5 ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.6 ตามด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8 โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 7 และโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 4.1 (ดังแสดงในตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 เพศ พบโรคไม่ติดต่อที่สอดคล้องกันได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ยังคงมีความรุนแรง⁽¹²⁾

ตารางที่ 1

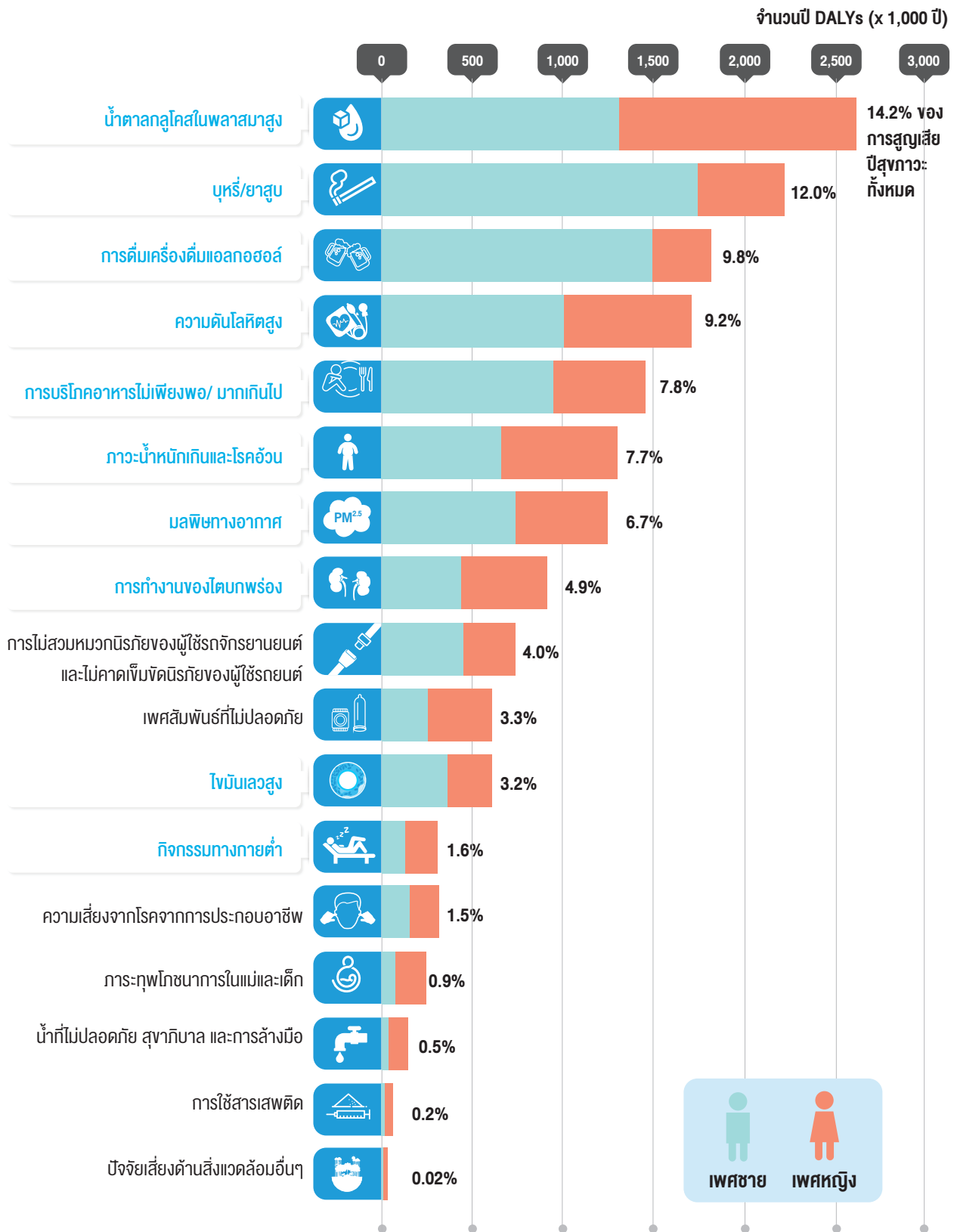
อันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALYs) ปี พ.ศ. 2565 จำแนกตามเพศและสาเหตุ

| ลำดับ | ชาย | | | หญิง | | |
|-------|-----------------------------------|--------------|-----|------|--------------|--------------------------------------|
| | โรค | DALYs ('000) | % | % | DALYs ('000) | โรค |
| 1. | โรคหลอดเลือดสมอง | 1,154 | 9.4 | 9.6 | 792 | โรคหลอดเลือดสมอง |
| 2. | การบาดเจ็บทางถนน | 1,109 | 9.0 | 8.0 | 661 | โรคเบาหวาน |
| 3. | โรคหัวใจขาดเลือด | 826 | 6.7 | 7.0 | 580 | โรคไตเรื้อรัง |
| 4. | โรคตับแข็งและโรคตับเรื้อรังอื่น ๆ | 620 | 5.1 | 4.7 | 388 | การบาดเจ็บทางถนน |
| 5. | โรคเบาหวาน | 608 | 5.0 | 4.1 | 337 | โรคหัวใจขาดเลือด |
| 6. | โรคไตเรื้อรัง | 590 | 4.8 | 3.6 | 294 | โรคโควิด 19 |
| 7. | โรคมะเร็งตับ | 451 | 3.7 | 3.5 | 291 | การพลัดตกหรือล้ม |
| 8. | โรคโควิด 19 | 401 | 3.3 | 3.4 | 279 | โรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมอื่น ๆ |
| 9. | การพลัดตกหรือล้ม | 335 | 2.7 | 2.6 | 217 | โรคมะเร็งเต้านม |
| 10. | ทำร้ายตัวเอง | 325 | 2.7 | 2.5 | 206 | โรคตับแข็งและโรคตับเรื้อรังอื่น ๆ |

ที่มา: รายงานการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2565 (Disability-Adjusted Life Years: DALYs 2022)

การศึกษาภาระโรคที่มีผลจากปัจจัยเสี่ยง 17 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ พบ 5 สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2562 ได้แก่ ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.2 รองลงมาคือบุหรี่ยาสูบ ร้อยละ 12.0 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.8 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.2 และการบริโภคอาหารไม่เพียงพอหรือยากจนเกินไป ร้อยละ 7.8 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดของประชากรไทย (ดังแสดงในภาพที่ 7) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาระโรคหรือการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคเบาหวาน คือ น้ำตาลกลูโคสในพลาสมาสูง บุหรี่/ยาสูบ และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ตามลำดับ ในขณะที่สาเหตุของการสูญเสียหลักจากโรคมะเร็ง มีสาเหตุหลักมาจากบุหรี่ยาสูบ และการสูญเสียจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลอันเนื่องมาจากความดันโลหิตสูง และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน⁽¹³⁾

ภาพที่ 7 การสูญเสียปีสุขภาวะจาก 17 ปัจจัยเสี่ยงหลักของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2562



ที่มา: รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562

เมื่อแยกเพศพบปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกที่ทำให้เกิดภาระโรคมามากที่สุดในเพศชาย ได้แก่ บุหรี่/ยาสูบ คิดเป็นร้อยละ 16.35 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศชาย รองลงมา คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาสูง ซึ่งทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ ร้อยละ 13.99 และร้อยละ 12.75 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศชาย ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมามากที่สุด ได้แก่ น้ำตาลกลูโคสในพลาสมาสูง คิดเป็นร้อยละ 16.36 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศหญิง รองลงมา คือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ ร้อยละ 8.68 และร้อยละ 8.30 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศหญิง ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 2) จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญในเพศชายที่ก่อให้เกิดภาระโรคมามากที่สุดเป็นปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับบุหรี่/ยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ขณะที่เพศหญิงเป็นการสูญเสียจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับด้านเมตาบอลิก ทั้งน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาสูง ความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น⁽¹³⁾

ตารางที่ 2 ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง ปี พ.ศ. 2562 แยกตามเพศ

| ปัจจัยเสี่ยง | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|-------------------------------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | DALYs (x1000) | % of DALYs | DALYs (x1000) | % of DALYs |
| บุหรี่/ยาสูบ | 1,822 | 16.35 | 410.51 | 5.54 |
| การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | 1,559 | 13.99 | 249.75 | 3.37 |
| น้ำตาลกลูโคสในพลาสมาสูง | 1,420 | 12.75 | 1,211 | 16.36 |
| ความดันโลหิตสูง | 1,094 | 9.82 | 614.65 | 8.30 |
| ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน | 796.05 | 7.10 | 642.34 | 8.68 |
| การบริโภคอาหารไม่เพียงพอ/ มากเกินไป | 1,029 | 9.24 | 410.68 | 5.55 |
| กิจกรรมทางกายต่ำ | 158.97 | 1.43 | 139.66 | 1.89 |
| มลพิษทางอากาศ | 809.31 | 7.26 | 433.61 | 5.86 |

ที่มา: รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562

จากข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อที่นำไปสู่การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2562 สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตและภาวะโภชนาการ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เพียงพอ/ มากเกินไป ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ยังคงเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย ซึ่งควรให้ความสำคัญสำหรับการวางแผนดำเนินการในเชิงมาตรการป้องกันและควบคุมอย่างเร่งด่วน ตลอดจนประเมินติดตามความเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยอย่างต่อเนื่อง



ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อระดับประเทศ

ผลกระทบจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ถือเป็นประเด็นปัญหาหลักของประเทศไทยที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตคนไทย และสร้างภาระอันหนักหน่วงให้กับสังคมไทยในทุกมิติ ทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจ และระบบสาธารณสุข

ผลกระทบทางสุขภาพ

โรคไม่ติดต่อได้กลายเป็นภัยเงียบที่คร่าชีวิตประชากรไทยในปัจจุบัน โดยข้อมูลจากการศึกษา พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อกว่าปีละกว่า 400,000 ราย ประชากรไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs - Disability-Adjusted Life Years) รวมทั้งสิ้น 18.5 ล้านปี โดยเพศชายมีการสูญเสียมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.5 เท่า เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรค พบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อกี่มีส่วนสูงถึงร้อยละ 73 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด รองลงมาคือกลุ่มการบาดเจ็บ ร้อยละ 18 และกลุ่มโรคติดเชื้อ ความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิด และภาวะโภชนาการบกพร่อง ร้อยละ 9⁽¹⁴⁾ สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จึงต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับต้น ๆ ในการดำเนินการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยจากโรคไม่ติดต่อ

ผลกระทบทางเศรษฐกิจและทางระบบสาธารณสุข

โรคไม่ติดต่อไม่ได้ส่งผลกระทบเฉพาะต่อสุขภาพของประชาชนเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรงต่อประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรค NCDs รวมมูลค่าสูงถึง 1.637 ล้านล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product; GDP) ความสูญเสียดังกล่าวสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม โดยต้นทุนทางตรงประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (36,800 ล้านบาท) โรคมะเร็ง (24,900 ล้านบาท) โรคเบาหวาน (4,400 ล้านบาท) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (7,200 ล้านบาท) และโรคไม่ติดต่อกอื่น (66,100 ล้านบาท) รวมทั้งหมดคิดเป็น 139,300 ล้านบาท และสำหรับต้นทุนทางอ้อม ซึ่งครอบคลุมถึงการสูญเสียผลิตภาพแรงงาน มีมูลค่ารวมกว่า 1,498,200 ล้านบาท โดยแบ่งเป็นความสูญเสียจากการออกจากตลาดแรงงานก่อนวัยอันควรถึง 1,406,800 ล้านบาท ภาวะการทำงานไม่เต็มประสิทธิภาพ 56,900 ล้านบาท และการขาดงานจากการเจ็บป่วย 34,600 ล้านบาท⁽¹⁴⁾

นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค NCDs ยังสร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจสูงเช่นกัน โดยพบว่าการใช้จ่ายสุขภาพสร้างความเสียหายกว่า 352,000 ล้านบาท ขณะที่มลพิษทางอากาศภายนอกอาคารมีมูลค่าความเสียหาย 163,800 ล้านบาท การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง 100,800 ล้านบาท การดื่มแอลกอฮอล์ 93,200 ล้านบาท มลพิษทางอากาศภายในอาคาร 37,700 ล้านบาท และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ 21,400 ล้านบาท⁽¹⁵⁾ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อกเป็นมากกว่าปัญหาทางสาธารณสุข หากแต่เป็นภาระเชิงโครงสร้างที่ส่งผลโดยตรงต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ

ผลกระทบของภาระค่ารักษาพยาบาลต่อระบบสาธารณสุข โรคไม่ติดต่อก ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด มะเร็ง และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง กำลังกลายเป็นภาระสำคัญของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในแง่ของงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นและแนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศ จากรายงานประมาณการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า ระบุว่าหากประชากรจำนวน 18.25 ล้านคนที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อกทั้ง 5 กลุ่มหลักเข้ารับการรักษาทุกคนจะก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายรวมสูงถึง 335,300 ล้านบาทต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 2.94 ของ GDP ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงมากในเชิงมหภาค เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนตามกลุ่มโรค พบว่า โรคเบาหวานมีค่าใช้จ่าย 8,248 บาท/คน/ปี โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) มีค่าใช้จ่าย 4,545 บาท/คน/ปี⁽¹⁶⁾ ซึ่งมีคนเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก ทำให้ภาระของระบบสาธารณสุขสูง แต่หากพิจารณาถึงผลกระทบด้านผลิตภาพแรงงานที่รายงานในข้อมูลนี้มีค่าน้อยกว่าโรคอื่น โดยพบว่าการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานลดลงร้อยละ 1.5 และการขาดงานเพียงร้อยละ 0.5⁽¹⁷⁾ ส่วนโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) มีค่าใช้จ่าย 14,842 บาท/คน/ปี ซึ่งจัดเป็นกลุ่มโรคสำคัญที่สร้างภาระทางระบบสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง โดยครอบคลุมทั้งโรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบด้านผลิตภาพแรงงาน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการลดลงของประสิทธิภาพการทำงาน (Presenteeism) ถึงร้อยละ 3.7 และมีการขาดงาน (Absenteeism) สูงถึง

ร้อยละ 9.0 ส่งผลให้จำนวนชั่วโมงการทำงานโดยรวมลดลงอย่างชัดเจน สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบว่า มีผลกระทบต่อศักยภาพแรงงานมากเป็นพิเศษ โดยผู้ป่วยมีแนวโน้มออกจากตลาดแรงงานสูงถึงร้อยละ 18 อีกทั้งยังสูญเสียชั่วโมงการทำงานร้อยละ 9.0 และประสิทธิภาพการทำงานลดลงร้อยละ 3.7 ในขณะที่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) ส่งผลให้ผู้ป่วยออกจากกำลังแรงงานในอัตราสูงถึงร้อยละ 11 โรคเบาหวาน (Diabetes) เป็นอีกหนึ่งภาวะที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อกำลังแรงงานอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าความรุนแรงของผลกระทบแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี มีการลดลงของการมีส่วนร่วมในแรงงานเพียงร้อยละ 0.001 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี พบการลดลงอย่างชัดเจนถึงร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังมีการขาดงานร้อยละ 1.7 และประสิทธิภาพการทำงานลดลงร้อยละ 1.0 สำหรับกรณีกลุ่มโรคมะเร็ง (Cancer) ซึ่งรวมถึงชนิดย่อยที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการออกจากตลาดแรงงานสูงถึงร้อยละ 12.5 มีการขาดงานร้อยละ 5.1 และประสิทธิภาพการทำงานลดลงร้อยละ 5.2⁽¹⁷⁾ และมีค่าใช้จ่าย 23,600 บาท/คน/ปี โรคถุงลมโป่งพอง มีค่าใช้จ่าย 13,451 บาท/คน/ปี ในกรณีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายชนิด (Multimorbidity) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยอาจสูงถึง 18,000 - 27,000 บาท/คน/ปี ซึ่งเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขอย่างมาก แนวโน้มค่าใช้จ่ายยังสัมพันธ์โดยตรงกับอายุของประชากร โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญ เช่น อายุ 60 - 69 ปี มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล 11,350 บาท/คน/ปี อายุ 70 - 79 ปี มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล 14,117 บาท/คน/ปี อายุ 80 ปีขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล 17,201 บาท/คน/ปี เทียบกับกลุ่มวัยทำงานอายุ 20 - 29 ปี ที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเพียง 2,915 บาท/คน/ปี นอกจากนี้รายงานยังประเมินว่า หากไม่มีมาตรการควบคุมอย่างเป็นระบบ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2580 อาจเพิ่มขึ้นเกิน 1 ล้านล้านบาทต่อปี โดยกว่าร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยจะเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อโดยตรง⁽¹⁶⁾ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อไม่เพียงแต่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน แต่ยังเป็นปัญหาด้านงบประมาณและการบริหารจัดการของระบบสาธารณสุขในระยะยาว

สำหรับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนที่กำลังเป็นภาวะวิกฤตสาธารณสุขของประเทศไทย จากสถานการณ์ความชุกโรคอ้วนในประเทศไทย ร้อยละ 45⁽¹⁰⁾ หรืออาจกล่าวได้ว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน จะมี 1 ใน 2 คน ที่อ้วน ซึ่งการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานหรือโรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด^(18,19) และโรคมะเร็งบางชนิด⁽²⁰⁾ ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างชัดเจน ทั้งในด้านภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของประเทศ จากรายงานการศึกษาประเมินผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2552 ต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย มีมูลค่ารวมสูงถึง 12,142 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.13 ของ GDP ในปีเดียวกัน เมื่อคิดเฉพาะมูลค่าต้นทุนทางตรง คิดเป็นร้อยละ 0.06 ของ GDP ในส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีมูลค่าสูงถึง 5,580.8 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.01 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ เมื่อคิดเฉพาะมูลค่าต้นทุนทางตรง คิดเป็นร้อยละ 0.06 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ในปีเดียวกัน โดยจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายจากการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 847.4 ล้านบาท (ร้อยละ 15) และในแผนกผู้ป่วยใน 4,733.4 ล้านบาท (ร้อยละ 85)⁽²¹⁾ ซึ่งต่อมามีการคาดการณ์ว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ประมาณ 281,000 ล้านบาทต่อปี หรือเทียบเท่ากับ 4,000 บาทต่อคน ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 1.5 ของ GDP ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562⁽²²⁾ หรือจะกล่าวได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจของประเทศเพิ่มขึ้นประมาณ 23 เท่าในรอบ 10 ปี

การจัดการที่รากของปัญหาให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นวิธีที่มีความยั่งยืนและสามารถป้องกันโรค NCDs ได้มากถึงร้อยละ 80 สถานการณ์ดังกล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าประเทศไทย ยังคงมีประเด็นที่เป็นความท้าทายและโอกาสพัฒนาการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายการลดโรคไม่ติดต่อของประเทศ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค NCDs ในระยะต่อไป จำเป็นต้องมีมาตรการและกลไกเพิ่มเติมบนพื้นฐานองค์ความรู้ใหม่ที่ทันต่อสถานการณ์ ซึ่งมีความแตกต่างของบริบทระหว่างภูมิภาคย่อยทั้งความหลากหลายทางวัฒนธรรมชาติพันธุ์ ระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ ประกอบกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ที่เปลี่ยนแปลงไป จึงควรพิจารณาข้อมูลเชิงลึกของบริบทเพื่อวางกลยุทธ์ จัดทำแผนงาน โครงการที่เฉพาะเจาะจงในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

อย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ รวมทั้งการสร้างความเข้มแข็งและเพิ่มประสิทธิภาพมาตรการและกลไกที่มีอยู่ในพื้นที่ ทั้งนี้ การจัดการโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงใดเพียงกระทรวงหนึ่ง หรือภาครัฐเท่านั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานเครือข่ายทุกภาคส่วนในสังคมอย่างจริงจัง การดำเนินการของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้ร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ในจัดทำ "แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570)" โดยมียุทธศาสตร์สำคัญหนึ่งคือ "การสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อสุขภาพ" ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่ 3 โดยการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ไปสู่การปฏิรูปโครงสร้างและสภาพแวดล้อมทั้งระบบ⁽²³⁾ และได้ขับเคลื่อนผ่านมิติสัมชชาเฉพาะประเด็นว่าด้วยการสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ โดยใช้หลักการ 3: 5: 5 เริ่มต้นจาก 3 หลักการสำคัญ (เศรษฐศาสตร์ พฤติกรรม กลไกการคลัง กลไกเครดิตทางสังคม) และขับเคลื่อนผ่าน 5 ระบบและกลไกกระบวนการที่หนุนเสริมขับเคลื่อนมาตรการ (การพัฒนาเครื่องมือนโยบาย/มาตรฐาน การออกแบบ พัฒนานวัตกรรม โมเดล ขยายผลเชิงระบบ การสนับสนุน การเฝ้าระวัง การพัฒนาระบบตัดสินใจ การพัฒนาระบบกำกับ ติดตามและประเมินผล) และ 5 มาตรการหลัก ซึ่งแบ่งตามมิติของอุปทาน (Supply: product price place) ได้แก่ 1. การจัดระเบียบและลดการเข้าถึงสินค้าทำลายสุขภาพ ควบคุมการจำหน่ายสินค้าหวาน มัน เค็ม และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในพื้นที่รอบสถานศึกษา 2. การส่งเสริมการเข้าถึงสินค้าและบริการที่ดีต่อสุขภาพ สนับสนุนให้มีตลาดสีเขียวและร้านอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพในชุมชน 3. การสร้างสิ่งแวดล้อมและพื้นที่สุขภาพ พัฒนาสวนสาธารณะ ลานกีฬา ทางเดิน ทางจักรยานที่ปลอดภัยและนำไปใช้งาน และอุปสงค์ (Demand: promote people) ได้แก่ 4. การสร้างความรอบรู้และสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย และเฝ้าระวังโฆษณาที่บิดเบือน 5. การสร้างโอกาสและกิจกรรมส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพดี จัดกิจกรรมออกกำลังกาย และพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพในพื้นที่

จากสถานการณ์และข้อมูลข้างต้น การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีไม่เพียงแต่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตเท่านั้น แต่ยังสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อเศรษฐกิจในวงกว้าง ทั้งการเพิ่มผลิตภาพการทำงาน ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ลดการขาดงาน และลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาตัว ซึ่งล้วนบรรเทาภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ซึ่งการทำให้คนมีสุขภาพดีและอายุยืนยาวขึ้นอยู่กับระบบบริการสุขภาพเพียงร้อยละ 9 ปัจจัยทางพันธุกรรม ร้อยละ 16 พฤติกรรมร้อยละ 51 และสิ่งแวดล้อมร้อยละ 24 ฉะนั้นการลงทุนพัฒนาระบบการแพทย์ สร้างโรงพยาบาล มียามิครูภัณฑ์อุปกรณ์การแพทย์ราคาแพงมากมายขนาดไหน กลับช่วยให้คนมีสุขภาพดีได้แค่ร้อยละ 9 ขณะที่สาเหตุปัจจัยหลัก ร้อยละ 75 ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม⁽²⁴⁾ จึงควรกลับมาให้ความสำคัญกับจัดการระบบนิเวศ (Ecosystem) ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้คนมีสุขภาพดี จากการเข้าถึงสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดโอกาสเกิดความเสียหายต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ด้วยเหตุนี้ จึงจัดทำแนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่ เพื่อให้บุคลากรระดับพื้นที่ใช้เป็นเครื่องมือและแนวทางในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพิ่มโอกาสการเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพ ปลูกฝังค่านิยม วัฒนธรรม และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะการสร้าง Ecosystem ที่แข็งแกร่งจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืนในระดับพื้นที่ สร้างสังคมไทยที่ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อ สร้างสังคมสุขภาพที่ยั่งยืนให้เกิดขึ้นจริงสำหรับคนไทยทุกคน



คำนิยาม

ระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) หมายถึง ระบบและกลไกที่ทำงานร่วมกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักหลายมิติ ได้แก่ บุคคล ครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ระบบเศรษฐกิจและการตลาด นโยบายและการปกครอง กฎหมาย มาตรการภาษี การควบคุมการโฆษณา แต่ละมิติสัมพันธ์กัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบโดยรวม เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เชื่อมโยงกับโครงสร้างสังคมมีความซับซ้อน (complexity) และความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกัน

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมที่จับต้องได้รอบตัวเรา ซึ่งถูกสร้างขึ้นหรือเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และมีผลโดยตรงต่อการส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพดี ตัวอย่างเช่น ผังเมือง การมีทางเท้าที่กว้างและปลอดภัย ทางจักรยาน สวนสาธารณะที่เข้าถึงง่าย และสนามเด็กเล่น ล้วนส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางกาย การเข้าถึงอาหาร ระยะห่างระหว่างบ้านกับตลาดสดหรือร้านอาหารสุขภาพ เทียบกับร้านอาหารฟาสต์ฟู้ดและร้านสะดวกซื้อ คุณภาพสิ่งแวดล้อม ปัญหามลพิษทางอากาศ เช่น PM2.5 ที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายกลางแจ้ง

สิ่งแวดล้อมทางสังคม หมายถึง บรรทัดฐาน วัฒนธรรม และเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมที่หล่อหลอมการรับรู้และพฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้คน ประกอบด้วยค่านิยมและวัฒนธรรม เช่น วัฒนธรรมการกินอาหารรสจัด (หวาน, มัน, เค็ม) อิทธิพลจากคนรอบข้าง พฤติกรรมสุขภาพของคนในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน สื่อและการตลาด การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภค โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน

โครงสร้างสังคม หมายถึง ระบบ กฎเกณฑ์ และนโยบายที่เป็นรากฐานของสังคม ซึ่งกำหนด "กติกา" ที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในภาพใหญ่ เช่น นโยบายเศรษฐกิจและการคลัง เช่น การจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ภาษีโซเดียม หรือการอุดหนุนราคาผักและผลไม้ ระบบการศึกษา การบรรจุหลักสูตรเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และโภชนาการในโรงเรียน กฎหมาย การควบคุมการโฆษณา การกำหนดฉลากโภชนาการ และกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่

บุคลากรระดับพื้นที่ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลในชุมชนที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน และนำนโยบายด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติจริง ได้แก่ บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) ทั้งสังกัดกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้นำหลักในพื้นที่ที่จะขับเคลื่อนเครือข่ายในพื้นที่ให้ร่วมเข้าใจสถานการณ์ ปัญหาของพื้นที่ ร่วมวางแผน จัดสรรงบประมาณและกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพในพื้นที่



วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นเครื่องมือและแนวทางในการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) ในระดับพื้นที่



กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) ทั้งสังกัดกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. อัตราการเกิดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใหม่ของประชาชนในพื้นที่ลดลง
2. ยกระดับคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ประชาชนที่มีสุขภาพดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนและขับเคลื่อนเศรษฐกิจท้องถิ่นให้เติบโตต่อไป

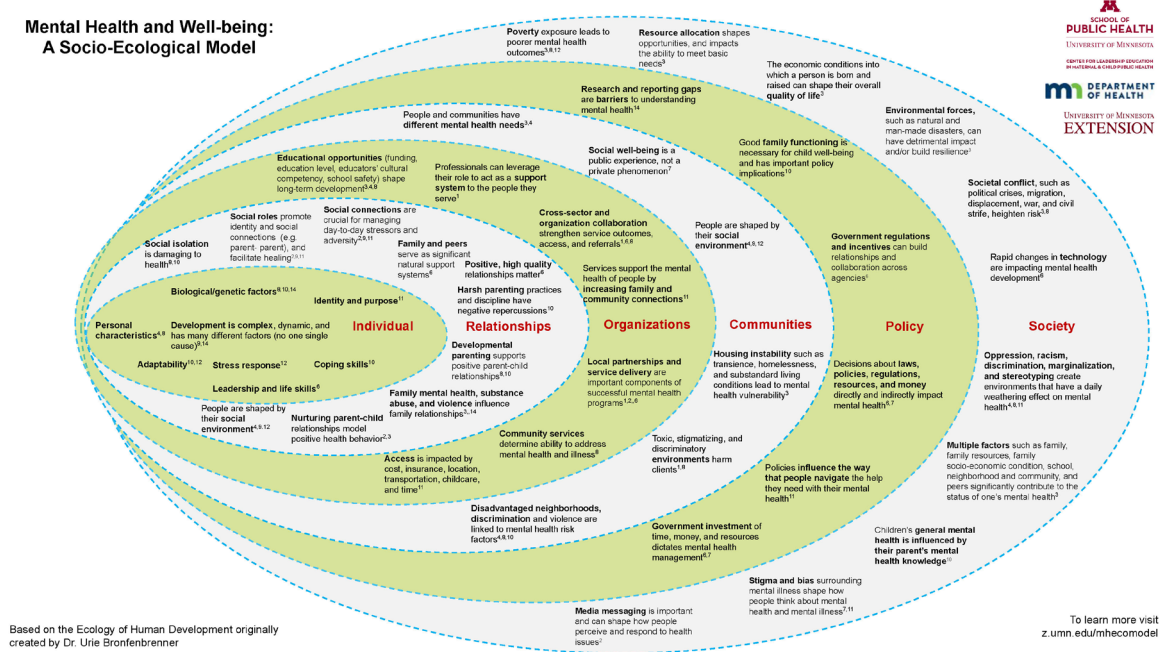


แนวทาง การจัดการระบบนิเวศในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem)

กรอบแนวคิดทฤษฎี

แนวทางฉบับนี้ได้ประยุกต์จากกรอบแนวคิดแบบจำลองสังคม-นิเวศวิทยา (A Socio-Ecological Model) ของ Dr. Urie Bronfenbrenner⁽²⁵⁾ และกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (The Ottawa Charter for Health Promotion)⁽²⁶⁾ แบบจำลองสังคม-นิเวศวิทยา (A Socio-Ecological Model) ของ Dr. Urie Bronfenbrenner นี้ถูกสร้างขึ้นเพื่อแสดงให้เห็นปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว องค์กร ชุมชน สังคม วัฒนธรรม รวมไปถึงระดับนโยบายที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของแต่ละบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นเกี่ยวกับวิถีที่สุขภาพจิตของผู้คนได้รับผลกระทบในเชิงบวกและลบ ในทุกระดับ สำหรับผลกระทบเชิงบวก จะเป็นจุดแข็งเปลี่ยนจากความเจ็บป่วยไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดี สามารถสะท้อนวิธีการรับรู้ (ซึ่งข้ามไปมาในหลายระดับ) และการกระทำของบุคคล ความเป็นคนทั้งคน และครอบคลุมตลอดช่วงชีวิต แต่ทั้งนี้การส่งผลกระทบต่อผู้คนจะมีความแตกต่างกัน โดยอิงจากประสบการณ์สะสมของแต่ละบุคคล (ดังแสดงในภาพที่ 8)⁽²⁵⁾

ภาพที่ 8 แบบจำลองสังคม-นิเวศวิทยา (A Socio-Ecological Model) ของ Dr. Urie Bronfenbrenner



ที่มา: University of Minnesota Extension et al. *Mental Health and Well-being: A Socio-Ecological Model*. Minnesota: University of Minnesota Extension; 2021.

กฎบัตรออตตาวา (The Ottawa Charter) เป็นกรอบการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้บุคคลเพื่อให้สามารถควบคุมและยกระดับสุขภาพ เพื่อไปสู่ความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา โดยบุคคลมีความสามารถที่จะกำหนดแรงจูงใจ และสามารถบรรลุความต้องการและความคาดหวังของตนเองได้ สามารถที่จะปรับตัวหรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพนั้นไม่ใช่เป็นความรับผิดชอบของภาคส่วนสุขภาพ (Health sector) เท่านั้น แต่รวมถึงมิติของทรัพยากรหรือสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องในวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องสุขภาพอีกด้วย

กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy) ได้แก่ การให้ข้อเสนอแนะ (Advocate) เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การเพิ่มความสามารถ (Enable) เน้นการทำให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ และการเจรจาต่อรอง (Mediate) การบูรณาการ การดำเนินการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคมทั้งภาคส่วนสุขภาพและนอกภาคส่วนสุขภาพ (Non Health sectors) โดยกลยุทธ์และแผนงานการส่งเสริมสุขภาพต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ และความเป็นไปได้ของแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกันทั้งในระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ

สำหรับขอบเขตดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action Areas) มี 5 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Building Healthy Public Policy) 2) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Created supportive Environment) 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthened Community Actions) 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reoriented Health Services) บทบาทของภาคส่วนสุขภาพต้องมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น นอกเหนือจากการให้บริการทางคลินิกหรือการรักษาพยาบาล (ดังแสดงในภาพที่ 9)⁽²⁶⁾

ภาพที่ 9 กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (The Ottawa Charter for Health Promotion)



ที่มา: The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health. 1987

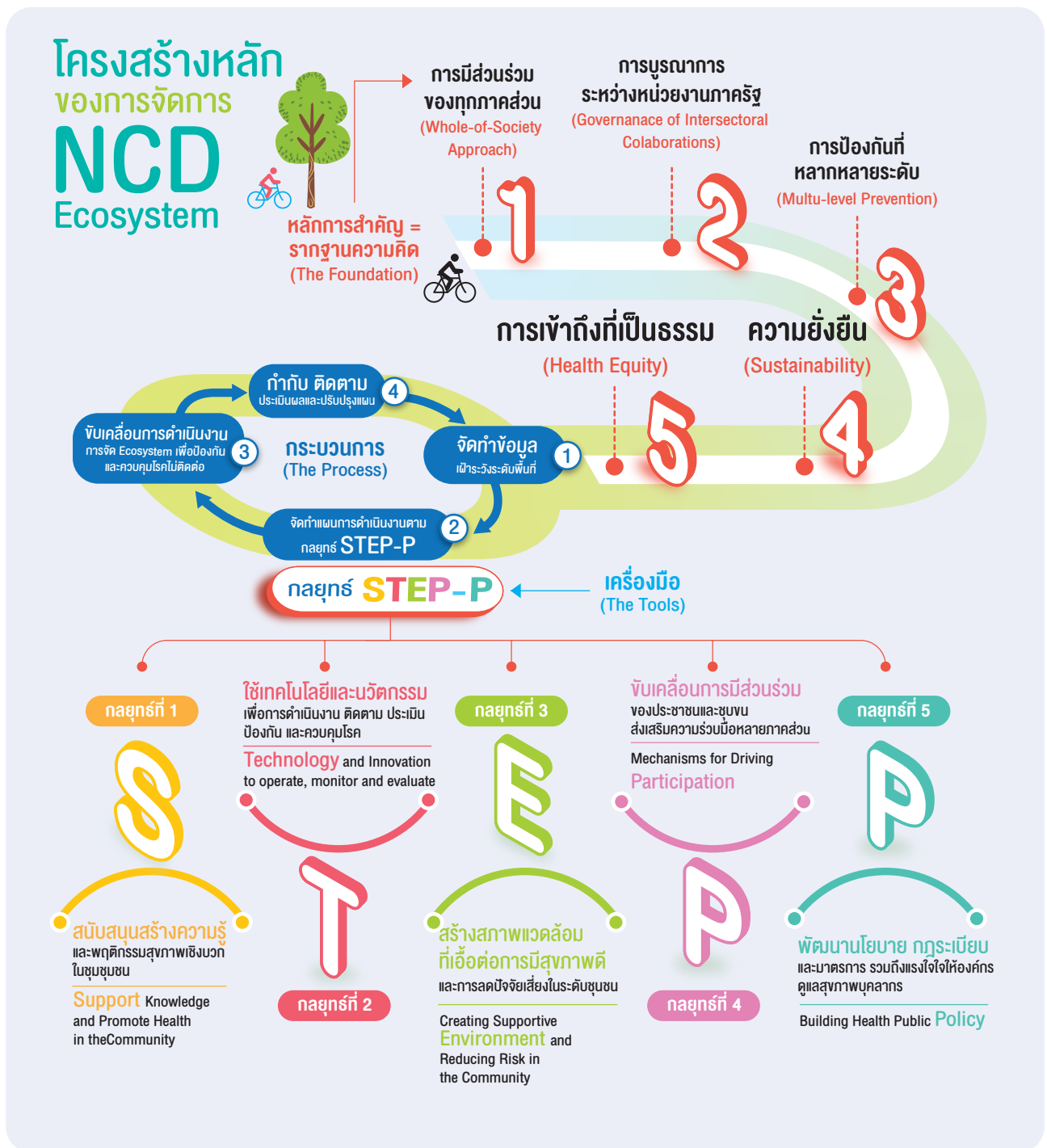


แนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่

แนวทางฉบับนี้ มุ่งเน้นการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) ในระดับพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในแต่ละพื้นที่ ดำเนินชีวิตในระบบนิเวศที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากสาเหตุและอิทธิพลที่ส่งผลต่อ NCDs ไม่ได้มาจากบุคคลเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องความสัมพันธ์และได้รับอิทธิพลจากหลายระดับ ตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคล

ครอบครัว ชุมชน องค์กร สังคม วัฒนธรรมรวมไปถึงระดับนโยบาย (ดังแสดงในภาพที่ 10) โดยมีการศึกษาที่ได้กำหนด คำน้ำหนักให้กับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health: พฤติกรรม การดูแลทางคลินิก ปัจจัยทางสังคม/เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม) ดังนี้ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic factors) มีผลต่อสุขภาพ ร้อยละ 40 ปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) มีผลต่อสุขภาพ ร้อยละ 10 พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors) มีผลต่อสุขภาพ ร้อยละ 30 และการดูแลรักษาทางคลินิก/บริการทางการแพทย์ (Clinical care) มีผลต่อสุขภาพ ร้อยละ 20⁽²⁷⁾ ฉะนั้นหาก มีการจัดการระบบนิเวศต่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในแต่ละระดับ ตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กร สังคม วัฒนธรรมรวมไปถึงระดับนโยบายที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลต่อการลดผู้โรคไม่ติดต่อรายใหม่ หรือหากป่วยแล้วก็สามารถที่จะ ควบคุมโรคได้ดีขึ้น และเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา

ภาพที่ 10 แนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่





กลยุทธ์ที่สำคัญของการจัดการระบบนิเวศ

กลยุทธ์ที่สำคัญ 5 ประการ คือ STEP-P strategy ซึ่งประกอบด้วย

1. สนับสนุนสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในชุมชน (Support Knowledge and Promote Health in the Community)
2. ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อการดำเนินงาน ติดตาม ประเมินการป้องกันและควบคุมโรค (Technology and Innovation to operate, monitor, and evaluate)
3. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Created Supportive Environment) และการลดปัจจัยเสี่ยงในระดับชุมชน (Reduce Risk in the Community) โดยการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพในท้องถิ่นที่ประชาชนเข้าถึงได้ (3.1 การพัฒนาเชิงกายภาพ 3.2 การสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่เข้าถึงได้)
4. ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ส่งเสริมความร่วมมือหลายภาคส่วน (Mechanisms for Driving Participation)
5. พัฒนานโยบาย กฎระเบียบ และมาตรการ รวมถึงแรงจูงใจให้องค์กรดูแลสุขภาพบุคลากร (Building Healthy Public Policy)

รายละเอียดของกลยุทธ์ที่สำคัญ 5 ประการ

1. สนับสนุนสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในชุมชน (Support Knowledge and Promote Health in the Community)

- การให้ข้อมูลและการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ
 - การส่งเสริมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่สมดุล
 - การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การฝึกโยคะ การเดินเล่นในสวนสาธารณะ รมณรงค์ด้านโภชนาการที่ดี
 - การจัดทำช่องทางสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ เพื่อให้คนในชุมชนเข้าถึง เรียนรู้ข่าวสาร ความรู้วิชาการ ที่ถูกต้อง และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ที่ดีเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในวิถีของแต่ละบุคคล
 - การรณรงค์ให้ประชาชนในชุมชนบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง และเกลือสูง
 - การจัดทำป้าย/โปสเตอร์หรือสื่ออื่น ๆ ที่ใช้สื่อสารเรื่องสุขภาพจัดวางในจุดที่เหมาะสม เช่น ร้านอาหาร ติดป้าย “ลดเค็ม ลดโรค NCDs”, “หวานน้อย สั่งได้”, “ชิมก่อนปรุง”, มีข้อมูลพลังงานของอาหารแต่ละประเภท, หนังสือนิทาน มีป้ายเตือน “ขึ้นบันได 1 ชั้น ใช้พลังงาน 1 แคลอรี”, “เดินขึ้นบันได ได้ใช้พลังงาน ร่างกายแข็งแรง” เป็นต้น

2. ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อการดำเนินงาน ติดตาม ประเมิน ป้องกันและควบคุมโรค (Technology and Innovation to operate, monitor and evaluate)

- การใช้แอปพลิเคชันเพื่อการติดตามสุขภาพ/ ระบบฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน เช่น การนับก้าวเดิน การคำนวณแคลอรี โลเคชั่นร้านค้าสุขภาพ สถานที่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สถานีอากาศปลอดฝุ่นแจ้งสถานะ PM2.5 เป็นต้น
- การคิดค้นนวัตกรรมในการลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เช่น การใช้ salt meter วัดปริมาณโซเดียมในอาหาร ช้อนมีรูใช้ตักเกลือ น้ำตาล สายวัดรอบเอวคำนวณค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น



3. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Created Supportive Environment) และการลดปัจจัยเสี่ยงในระดับชุมชน (Reduce Risk in the Community) โดยการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพในท้องถิ่น

3.1 การพัฒนาเชิงกายภาพ

- การจัดหา ส่งเสริมและออกแบบพื้นที่สาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย/ การออกกำลังกาย เช่น สวนสาธารณะ สนามกีฬา สร้างเส้นทางจักรยาน สวนสุขภาพ จัดวางผังเมือง ระบบขนส่งสาธารณะ ที่กระตุ้นการเคลื่อนไหว ลู่วิ่ง สนามเด็กเล่น เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน การใช้จักรยานและการเดินแทนการใช้รถยนต์ เป็นต้น
- การส่งเสริมการเข้าถึงอาหารสุขภาพ เช่น สร้างตลาดอาหารสุขภาพ มีอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพจำหน่าย ร้านค้าชุมชน เป็นต้น
- การส่งเสริมวัฒนธรรมการบริโภคท้องถิ่น เช่น มีอาหารประจำถิ่นที่ใช้สมุนไพรเพื่อลดโซเดียม เพิ่มผัก ธัญพืช ควบคุมการโฆษณาอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ร้านอาหารเก็บพวกเครื่องปรุง หากอยากได้ให้ร้องขอ เป็นต้น
- การสนับสนุนเกษตรอินทรีย์ สนับสนุนการปลูกผักและผลไม้ในชุมชน เช่น จัดตั้งตลาดสด ที่จำหน่ายอาหารสด ผักปลอดสารพิษ และอาหารแปรรูปที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เป็นต้น
- การควบคุมมลพิษทางอากาศ เช่น จัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างพื้นที่สีเขียว ส่งเสริมการปลูกต้นไม้ สนับสนุนการใช้รถสาธารณะปลอดภัย Car pool เข้มงวดกับการตรวจสอบสภาพรถ ตรวจควันดำรถบรรทุก รถโดยสารบนท้องถนน การปล่อยควันจากโรงงาน การเผาตอซังข้าวโพด การจัดการระบบสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น

3.2 การสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่เข้าถึงได้

- การสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้นในระดับชุมชน ท้องถิ่น เช่น การจัดตั้งสถานีสุขภาพ (health station) ให้คนในชุมชนสามารถเข้าถึงและรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง และหากมีความผิดปกติทราบการดำเนินการเบื้องต้น มีศูนย์สุขภาพชุมชน/คลินิกสุขภาพชุมชนที่มีบริการตรวจสุขภาพ คัดกรองสุขภาพเชิงรุก ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และเป็นจุดในการติดตามการนัดหมายพบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อลดความแออัด ลดการรอคอย
- การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น จัดหาทรัพยากรที่เพียงพอ เช่น อุปกรณ์ตรวจสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ในระดับท้องถิ่น

4. ขบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ส่งเสริมความร่วมมือหลายภาคส่วน (Mechanisms for Driving Participation)

- การจัดเวทีชุมชนเพื่อหารือเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่และวางแผนร่วมกัน
- การพัฒนาแกนนำให้มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในโรงเรียนและการประชุมชุมชน เช่น จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อและวิธีการป้องกันให้แกนนำ (เช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน พระ เป็นต้น) เพื่อให้แกนนำได้การกระจายข่าวสาร หรือขยายความรู้ต่อไป
- การสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข, Workplace Policy ในองค์กร เป็นต้น
- การจัดตั้งโครงการเครือข่ายสุขภาพในท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกันบูรณาการระหว่างหน่วยงาน เช่น ทำงานร่วมกับโรงพยาบาล โรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรต่าง ๆ เพื่อบูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค เป็นต้น
- การจัดเวทีสาธารณะเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง อปท. ภาคเอกชน และองค์กรต่าง ๆ

5. พัฒนานโยบาย กฎระเบียบ และมาตรการ รวมถึงแรงจูงใจให้ชุมชน/ท้องถิ่น/องค์กร ดูแลสุขภาพคนตามบริบท (Building Healthy Public Policy)

- การสนับสนุน ออกนโยบาย มาตรการชุมชน กฎระเบียบควบคุมปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่สาธารณะ (การห้ามสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชุมชนปลอดเครื่องดื่มหวานและมันในงานศพ งานบุญ) การจำกัดการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในชุมชน การออกนโยบาย “ดูแลสุขภาพ น้ำหนักลดแลกของกิน ของใช้”
- การกำหนด ส่งเสริมมาตรการภาษีเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การขึ้นภาษีน้ำตาล, ลดภาษีผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ



หลักการสำคัญของการจัดการระบบนิเวศ

การจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่ ควรคำนึงถึงหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Whole-of-Society Approach)
2. การบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ (Governance of Intersectoral Collaborations)
3. การป้องกันที่หลากหลายระดับ (Multi-level Prevention)
4. ความยั่งยืน (Sustainability)
5. การเข้าถึงที่เป็นธรรม (Health Equity)

รายละเอียดของหลักการสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Whole-of-Society Approach)

แนวคิดที่ว่า การจัดการปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนอย่างโรคไม่ติดต่อ ไม่สามารถสำเร็จได้โดยอาศัยเพียงภาคส่วนสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกองค์ประกอบในสังคม ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม สื่อมวลชน และที่สำคัญที่สุดคือตัวประชาชนและชุมชนเอง

ความสำคัญ เพราะปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อนั้น มีอยู่ทุกที่ในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่อาหารที่กิน การเดินทาง สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ไปจนถึงสื่อที่เสพ ดังนั้นทุกภาคส่วนจึงมีบทบาทในการสร้าง "สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ"

💡 ตัวอย่าง: การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ

- ภาคเอกชน: บริษัทออกนโยบายองค์กรสุขภาพดี (Healthy Workplace) เช่น มีโรงอาหารเพื่อสุขภาพ จัดพื้นที่ออกกำลังกาย หรือสนับสนุนค่าใช้จ่ายฟิตเนสให้พนักงาน
- ภาคประชาสังคม: มูลนิธิหรือองค์กรชุมชนจัดกิจกรรมรณรงค์เรื่องการลดหวาน มัน เค็ม หรือจัดกิจกรรม "เดิน - วิ่ง" เพื่อสุขภาพ
- ภาควิชาการ: มหาวิทยาลัยทำการวิจัยเพื่อค้นหานวัตกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือพัฒนาองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2. การบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ (Governance of Intersectoral Collaborations)

แนวทางที่เน้นการทำงานร่วมกัน "ระหว่างหน่วยงานภาครัฐต่างกระทรวง เพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) เป็นการหลายกำแพงการทำงานแบบแยกส่วนและมองว่า "สุขภาพ" เป็นผลลัพธ์ร่วมกันของทุกกระทรวง (Health in All Policies: HiAP)

ความสำคัญ นโยบายของกระทรวงหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ เช่น นโยบายด้านผังเมือง การเกษตร หรือการศึกษา หากทำงานร่วมกันจะเกิดพลังและประสิทธิภาพที่สูงกว่า

💡 ตัวอย่าง: การบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ

- กระทรวงคมนาคม ร่วมกับ กทม./อปท.: สร้างทางเท้าที่เดินสะดวกและทางจักรยานที่ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน
- กระทรวงการคลัง ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข: กำหนดมาตรการทางภาษี เช่น ภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล (Sugar Tax) เพื่อลดการบริโภคและนำรายได้มาสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวอย่าง: การบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ (ต่อ)

- กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข: บรรจุหลักสูตรความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และโภชนาการที่เหมาะสมในโรงเรียน ควบคุมคุณภาพอาหารและเครื่องดื่มในและรอบรั้วโรงเรียน ส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมและจัดการสภาพแวดล้อมให้เด็กและเยาวชนออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พัฒนาระบบติดตามพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนรายบุคคล
- กระทรวงมหาดไทย ร่วมกับ อปท./ กระทรวงสาธารณสุข/ กระทรวงพาณิชย์/ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์: สนับสนุน อปท. ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ควบคุมโฆษณาอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ส่งเสริมการจัดเก็บภาษีท้องถิ่นแบบจูงใจลดโรค เช่น ภาษีร้านขายเครื่องดื่มน้ำตาลสูง พัฒนาโครงการ "เมืองแห่งการเดิน" (Walkable City) ด้วยทางเดินที่ปลอดภัย สร้างตลาดเกษตรกรรายสัปดาห์ในทุกชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงผักผลไม้สด จัดตั้งศูนย์กิจกรรมสุขภาพชุมชนที่มีโปรแกรมครบวงจร
- กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ร่วมกับ อปท./ กระทรวงสาธารณสุข: ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และกิจกรรมกีฬาต่าง ๆ เช่น ตลาดอาหารสุขภาพ ปันจักรยานชุมชน สนับสนุนโครงการ "เมืองกีฬา - Sport City" สนับสนุนลงทุนกับโครงสร้างพื้นฐานด้านกีฬา พัฒนาแอปพลิเคชัน "เที่ยวเพื่อสุขภาพ" เชื่อมโยงสถานที่ท่องเที่ยวกับกิจกรรมออกกำลังกาย สร้างเส้นทางวิ่งและปั่นจักรยานในแหล่งท่องเที่ยวทั่วประเทศ จัดงานกีฬาเพื่อสุขภาพเป็นประจำทุกเดือนในแต่ละจังหวัด

3. การป้องกันที่หลากหลายระดับ (Multi-level Prevention)

การดำเนินมาตรการป้องกันโรคในทุกระดับอย่างสมดุลเพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่ให้เกิดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อยุโรปใหม่ และผู้ป่วยเดิมสามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระยะสงบลงได้ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย ด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ควรต้องมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น นอกเหนือจากการให้บริการทางคลินิกหรือการรักษาพยาบาล

ความสำคัญ ในอดีตระบบสาธารณสุขมักมุ่งแพทย์รักษาไปที่การรักษาแบบทุติยภูมิและตติยภูมิเป็นหลัก ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงและเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ การลงทุนในการป้องกันระดับพื้นฐานและปฐมภูมิจึงเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ และคุ้มค่าที่สุดในระยะยาว สำหรับการป้องกันในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ จะช่วยการตรวจจับโรคในระยะก่อนอาการ ช่วยเพิ่มโอกาสประสบความสำเร็จของการแทรกแซงและลดภาระโรคระยะยาว ลดภาระต่อบุคคลและระบบสุขภาพ (ลดการนอนโรงพยาบาล ชี้อ่อนของการรักษา) และปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้

การป้องกันโรค แบ่งออกเป็น 4 ระดับ

3.1 การป้องกันระดับพื้นฐาน (Primordial prevention) เป็นการ “ป้องกันก่อนเกิดปัจจัยเสี่ยง” หรือเรียกง่าย ๆ ว่า ป้องกันตั้งแต่ต้นตอของปัญหา โดยมุ่งลดและควบคุมสาเหตุเชิงระบบ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

เป้าหมาย สร้างสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีตั้งแต่แรกเริ่ม ไม่ปล่อยให้ปัจจัยเสี่ยงเกิดขึ้น เช่น นโยบาย/สภาพแวดล้อม/วัฒนธรรมที่ทำให้คนมีพฤติกรรมที่ดี ทั้งนี้ในชุมชนมีประชาชนหลายกลุ่มวัย ซึ่งเส้นทางชีวิตในแต่ละช่วงวัยและสถานที่ (Journey in each setting) หรือบริบทที่คนแต่ละวัยใช้ชีวิต จะมีความแตกต่างกัน การดำเนินงานป้องกันระดับพื้นฐานจึงควรออกแบบให้เหมาะกับแต่ละช่วงชีวิต (วัยเรียน - สถานศึกษา วัยทำงาน - สถานที่ทำงาน/สถานประกอบการ วัยสูงอายุ - ชุมชน/ศาสนสถาน/ครัวเรือน)

ตัวอย่าง



วัยเรียน - สถานศึกษา



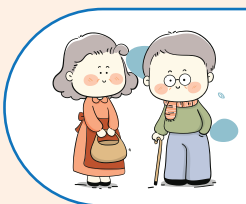
การมีนโยบายและสร้างสภาพแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพในและรอบรั้วโรงเรียน เช่น จำกัดอาหารและเครื่องดื่มหวาน - มัน - เค็ม ปลอดบุหรี่และแอลกอฮอล์ จัดให้น้ำดื่มสะอาดและพื้นที่กิจกรรมทางกาย/สนามเรียนรู้ ควบคุมหลักสูตร รอบรู้สุขภาพและกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ รวมถึงชมรมกีฬา เดิน - ปั่น

วัยทำงาน - สถานที่ทำงาน/สถานประกอบการ



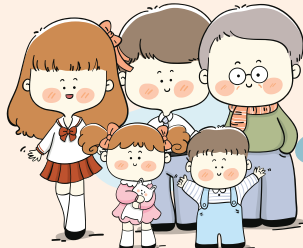
การมีนโยบายโรงอาหารและร้านค้าให้มีเมนูสุขภาพพร้อมฉลากโภชนาการ และออกแบบเวลา - พื้นที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหว เช่น บันไดชวนเดิน ลานยืดเหยียด ทางเดิน - จักรยานเสริมด้วยโครงการสร้างเสริมสุขภาพในเวลางาน เช่น พักยืด 5 นาทีต่อชั่วโมง แข่งก้าวเดิน สื่อความรู้ 4อ.2ส.1น. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อากาศ ไม่สูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา นอนหลับเพียงพอ) และบริการเลิกบุหรี่/ลดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

วัยสูงอายุ - ชุมชน/ศาสนสถาน/ครัวเรือน



การสร้างและพัฒนาชุมชน “เดินได้ - ปลอดภัย” มีทางเดิน ราวจับ จุดพัก ตลาดและครัวเรือนสนับสนุนเมนูอ่อนเค็ม - ไขมันต่ำ และบ้านปลอดลิ่ม (แสงสว่าง/พื้นไม่ลื่น) ส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุให้ทำทำบริหารร่างกาย - ทรงตัว โภชนาการโปรตีนเพียงพอ และกิจกรรมจิต - สังคมในศาสนสถาน/ศูนย์ผู้สูงอายุ

ภาพรวมทุกกลุ่มวัย



มีนโยบายสาธารณะห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ, การควบคุมมลพิษทางอากาศ ห้ามโฆษณาอาหารหวาน - มัน - เค็มให้เด็ก, ออกแบบเมืองให้คนเดินได้ เพิ่มพื้นที่สีเขียว ลดการเข้าถึงอาหารแปรรูปราคาถูกลง ลดภาษีร้านขาย เครื่องออกกำลังกาย ปลูกผัก กินผักปลอดสารพิษ เป็นต้น

3.2 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) ป้องกันการเกิดโรคในคนที่มีสุขภาพดี ยังไม่ป่วย ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีปัจจัยเสี่ยง โดยไปลดปัจจัยเสี่ยงระดับพฤติกรรมหรือเพิ่มการป้องกันทางคลินิก

เป้าหมาย ป้องกันไม่ให้บุคคลที่ยังไม่มีโรคพัฒนาเป็นโรค (ลดการสัมผัส หรือเพิ่มภูมิคุ้มกัน)

ตัวอย่าง

การฉีดวัคซีน การจัดออกกำลังกายในชุมชน โปรแกรมเลิกบุหรี่ โปรแกรมให้คำปรึกษาเรื่องโภชนาการสำหรับวัยรุ่น โภชนาการและการออกกำลังกายเชิงกลุ่ม/คลินิก เป็นต้น

3.3 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรือป่วย ในระยะแรกเริ่ม "เพื่อตรวจจับและรักษาให้เร็วที่สุด"

เป้าหมาย ตรวจพบโรคในระยะต้น (ก่อนอาการรุนแรง) และรักษา/แทรกแซงให้หายหรือชะลอความรุนแรง

ตัวอย่าง

การคัดกรอง BMI/รอบเอวในโรงเรียนหรือโรงงาน เพื่อตรวจพบกลุ่มน้ำหนักเกินตั้งแต่เนิ่น ๆ และให้โปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (โภชนาบำบัด บำบัดพฤติกรรม) การตรวจคัดกรองเบาหวานในชุมชนสำหรับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงเพื่อค้นหาเบาหวานระยะเริ่มแรกและให้การรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.4 การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) การดูแลผู้ที่ป่วยแล้ว "เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการ"

เป้าหมาย ลดความพิการ/ภาวะและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว

ตัวอย่าง

การจัดโปรแกรมให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หรือการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาเบาหวานอย่างเข้มข้นเพื่อป้องกันไตวาย หัวใจวาย การจัดการโรคหัวใจและภาวะแทรกซ้อนด้วยการฟื้นฟูหัวใจ การใส่ยาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต/การกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น

4. ความยั่งยืน (Sustainability)

การออกแบบและดำเนินโครงการหรือนโยบายที่สามารถดำเนินต่อไปได้ในระยะยาว แม้จะสิ้นสุดงบประมาณสนับสนุนจากภายนอก หรือมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรก็ตาม หัวใจสำคัญคือการสร้างความเป็นเจ้าของ (Ownership) ให้กับชุมชนและหน่วยงานในพื้นที่

ความสำคัญ ปัญหาโรคไม่ติดต่อ เป็นปัญหาเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไข การดำเนินงานจึงต้องมีความต่อเนื่อง หากโครงการจบลงเมื่อหมดงบประมาณ ปัญหาก็จะกลับมาเหมือนเดิม

ตัวอย่าง

- การใช้กลไกท้องถิ่น บรรจุแผนงานป้องกัน NCDs เข้าไปในแผนพัฒนาของ อปท. และใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง
- การสร้างผู้นำสุขภาพ (Health Leader) พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน เช่น อสม. หรือผู้นำกลุ่มออกกำลังกาย ให้สามารถจัดกิจกรรมได้เองอย่างต่อเนื่อง
- การออกเป็นข้อบัญญัติท้องถิ่น เช่น การกำหนดให้ตลาดในชุมชนเป็น "ตลาดสดนำซื้ออาหารปลอดภัย" หรือการกำหนดพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่และแอลกอฮอล์

5. การเข้าถึงที่เป็นธรรม (Health Equity)

การสร้างหลักประกันว่า ทุกคนในสังคมมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยไม่มีใครถูกทิ้งไว้ข้างหลัง ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม เชื้อชาติ หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลเพียงใดก็ตาม เป็นการลดช่องว่างและความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

ความสำคัญ กลุ่มประชากรที่เปราะบางและด้อยโอกาสมักมีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อสูงกว่า แต่กลับเข้าถึงบริการสุขภาพและทรัพยากรได้น้อยที่สุด หากไม่คำนึงถึงมิตินี้ ปัญหาสุขภาพในภาพรวมของประเทศ จะไม่ถูกแก้ไขอย่างแท้จริง

ตัวอย่าง

- จัดบริการเชิงรุก จัดหน่วยคัดกรองสุขภาพเคลื่อนที่เข้าไปในชุมชนแออัด หรือพื้นที่ห่างไกล
- สื่อสารที่เหมาะสม พัฒนาสื่อให้ความรู้ที่คนทุกระดับการศึกษาสามารถเข้าใจได้ง่าย หรือจัดทำเป็นภาษาท้องถิ่น
- ลดอุปสรรคทางเศรษฐกิจ สนับสนุนการเข้าถึงอาหารสุขภาพราคาถูก เช่น โครงการผักสวนครัว หรือมีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เช่น การใช้พื้นที่สาธารณะ



ขั้นตอนของการจัดการระบบนิเวศ

การจัดการระบบนิเวศ (Ecosystem Approach) เป็นแนวทางเชิงบูรณาการที่มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักการวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการจัดการ Ecosystem ที่มีประสิทธิภาพ โดยการจัดการปัจจัยกำหนดพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ มีผลต่อสุขภาพ ได้ถึงร้อยละ 50⁽²⁷⁾ โดยควรมีขั้นตอน ดังนี้

1. **จัดทำข้อมูลเฝ้าระวังระดับพื้นที่** จากการสำรวจและคืนข้อมูลผ่านเวทีที่มีเครือข่ายในพื้นที่/ชุมชนโดยรวบรวมและใช้ข้อมูลสถานการณ์โรค ปัจจัยเสี่ยง และบริบทของพื้นที่จากจังหวัด หรือข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือจากการสำรวจเก็บข้อมูลในพื้นที่

2. **จัดทำแผนการดำเนินงานตามกลยุทธ์ที่สำคัญของการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (STEP-P Strategy) 5 ประการ** โดยการจัดทำแผนร่วมกันกับภาคีเครือข่าย มีการระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ตั้งตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เหมาะสม เช่น อัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน คุณภาพสิ่งแวดล้อม ประชาชนอ้วนลดลง ประชาชนผู้รับบริการมีความรอบรู้ และความพึงพอใจของประชาชน เป็นต้น ระบุกิจกรรมที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย กำหนดระยะเวลาดำเนินงานงบประมาณที่ใช้บทบาทของ Stakeholder (ใคร ทำอะไร) และระบุผู้รับผิดชอบการดำเนินการในแต่ละโครงการ/กิจกรรม เพื่อมีผู้รับผิดชอบที่จะดำเนินงานในกิจกรรม และเพื่อกำกับ ติดตามความก้าวหน้าของโครงการ/กิจกรรมได้ (สำหรับการจัดทำแผนดังกล่าวสามารถบูรณาการกับแผนพัฒนาท้องถิ่น หรือแผนสุขภาพระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด ซึ่งจะมีแหล่งงบประมาณที่เกี่ยวข้อง คือ งบประมาณกองทุนสุขภาพท้องถิ่น)

3. **ขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัด Ecosystem เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ** ตามระยะเวลาที่วางแผนในแต่ละโครงการ/กิจกรรม

4. **กำกับ ติดตาม ประเมินผลและปรับปรุงแผน** โดยการติดตามกระบวนการ ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบและวัดผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงานตามแผนเป็นระยะ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจสาเหตุของความสำเร็จหรือความล้มเหลว หากได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ สามารถนำวิธีการที่ประสบความสำเร็จมาใช้เป็นมาตรฐานในการดำเนินงานต่อไป แต่หากผลลัพธ์ไม่น่าพอใจ/ไม่สำเร็จ อาจต้องวิเคราะห์ปัญหาเพิ่มเติม หาช่องว่างปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงกลยุทธ์และแผนการดำเนินงานให้ได้ผลลัพธ์ของงานที่ดีและประสิทธิภาพขึ้น

โครงสร้างหลัก ของการจัดการ NCD Ecosystem



สรุปภาพรวม : การจัดการระบบนิเวศ NCDs คือการออกแบบเชิงระบบ ที่ผสานการมีส่วนร่วม + การบูรณาการนโยบาย + การป้องกันครบทุกระดับ + ความยั่งยืน + ความเป็นธรรมเพื่อเปลี่ยน “บริบทที่สร้างโรค” ให้กลายเป็น “บริบทที่สร้างสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต” อย่างยั่งยืน



บทบาทหน้าที่ ของหน่วยงานหลักในการจัดการระบบนิเวศ ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) ระดับพื้นที่

| กฎหมายที่เกี่ยวข้อง | บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (รวม รพ.สต. และ สอน. ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย) |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 | <p>เทศบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง ผลักดันให้มีนโยบายและการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) จัดบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษ สิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน จัดให้มีสถานที่สำหรับการกีฬา ออกกำลังกาย หรือสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ สนับสนุนการจัดการและร่วมพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม ระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังระดับจังหวัดระหว่างภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เช่น การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในชุมชนสามารถชี้เป้าหมายในการดำเนินงานลดปัญหาโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ประชาชนในพื้นที่ บูรณาการการทำงานกับภาคีเครือข่าย สร้างกลไกการประสานงานทั้งในคณะกรรมการ NCDs ระดับจังหวัด คณะทำงานระดับอำเภอ และ ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล /จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือหรือความเข้าใจ (MOU) ระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่น สนับสนุนการจัดสรรงบประมาณและการใช้ทรัพยากร กำกับ ติดตามและประเมินผลแผนฯ |

| กฎหมายที่เกี่ยวข้อง | บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (รวม รว.สต. และ สอน. ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย) |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 | <p>องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)</p> <ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง พัฒนาระบบบริการการแพทย์ปฐมภูมิ และเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อ การจัดการสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อ จัดให้มีสถานที่สำหรับการกีฬา พลาศึกษา ออกกำลังกาย หรือสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ พัฒนามาตรการจูงใจ/รางวัลให้ประชาชนที่มีสุขภาพดี เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง อาทิ นำระบบความน่าเชื่อถือทางสังคม (Social credit system) มาเป็นเครื่องมือในการสร้างบรรทัดฐานให้กับประชาชนและธุรกิจ ให้มีค่านิยมและวัฒนธรรมแห่งความซื่อสัตย์ มีคุณธรรม มีจิตสำนึกและรับผิดชอบต่อสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อ ผ่านการสร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัลในรูปแบบต่าง ๆ พัฒนาศึกษาบุคลากร/ การฝึกอบรมให้กับประชาชนในพื้นที่ ประสานงานกับเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมให้มีบทบาทในการดำเนินงาน ฝึการะวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งกลุ่มเปราะบาง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่น สนับสนุนการจัดสรรงบประมาณและการใช้ทรัพยากรร่วมกันของเครือข่าย เพื่อมุ่งเน้นการลดโรคไม่ติดต่อ กำกับติดตามและประเมินผล |
| กฎหมายที่เกี่ยวข้อง | บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด (รวม รว.สต. และ สอน. ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย) |
| <ol style="list-style-type: none"> รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2562 และกฎกระทรวง (พ.ศ. 2541) และฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2541) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ สถานีนอานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564 | <ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง ฝึการะวังปัจจัยเสี่ยงในชุมชน ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ให้บริการส่งเสริมสุขภาพแก่ทุกกลุ่มวัย การดูแลโภชนาการ การดูแลสุขภาพในโรงเรียน และการดูแลสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ควบคุมและป้องกันโรค (Disease Prevention) ดำเนินการเชิงรุกเพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในชุมชน ส่งเสริมการมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจกรรมทางกาย พัฒนาระบบบริการการแพทย์ปฐมภูมิ และเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อ ส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม ส่งเสริม สนับสนุนการฝึกอบรมให้แก่ประชาชน ประสานงานกับเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมให้มีบทบาทในการดำเนินงาน ฝึการะวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งกลุ่มเปราะบาง สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน สนับสนุนการจัดสรรงบประมาณและการใช้ทรัพยากรร่วมกันของเครือข่าย เพื่อมุ่งเน้นการลดโรคไม่ติดต่อ กำกับติดตามและประเมินผล |

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน sw.สศ. และ สอน. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนิยามบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ 3 ประการ⁽²⁸⁾

1. ดำเนินการเชิงรุก มุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุปัญหาสุขภาพ
2. บริการอย่างต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดยมีการปรึกษากับแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยง หากมีกรณีฉุกเฉินให้มีระบบแพทย์ฉุกเฉิน ออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ
3. เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพระดับอื่นในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และ อปท. เพราะทิศทาง sw.สศ. เน้นสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรม

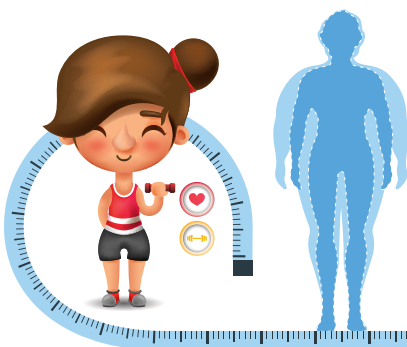
การเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับตำบล sw.สศ. ถูกกำหนดให้มีภาระหน้าที่ที่สำคัญ 5 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

หน่วยงานปฐมภูมิ (กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ คู่มือการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562)

บริการสุขภาพปฐมภูมิมุ่งขอบเขต ดังต่อไปนี้

- (1) บริการสุขภาพแบบองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิค หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่
- (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอก ของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน
- (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่การตั้งครรภ์ การตก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต
- (4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก
- (5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็น เพื่อที่สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ
- (6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพพร้อมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้
- (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การมีส่วนร่วมของชุมชน, นโยบายที่ชัดเจน, การบูรณาการข้ามภาคส่วนนอกแบบเชิงระบบนิเวศสุขภาพ, นวัตกรรมเชิงนโยบาย และการสร้างแรงจูงใจ



การลดน้ำหนักอย่างปลอดภัยและยั่งยืน โดยการรับประทานอาหารครบหมู่และสมดุลกับการออกกำลังกาย ไม่ใช่เรื่องของการลดน้ำหนักเร็วที่สุด แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ที่สามารถรักษาน้ำหนักที่เหมาะสมไว้ได้ และมีความสุขสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต



จำไว้ว่า

“ น้ำหนักที่ดีที่สุดคือ น้ำหนักที่คุณรักษาไว้ได้อย่างมีความสุขและสุขภาพดี ”



ตัวอย่างบทเรียน การขับเคลื่อน NCD Ecosystem ในประเทศไทย



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุมเรียง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้อมูลจาก:

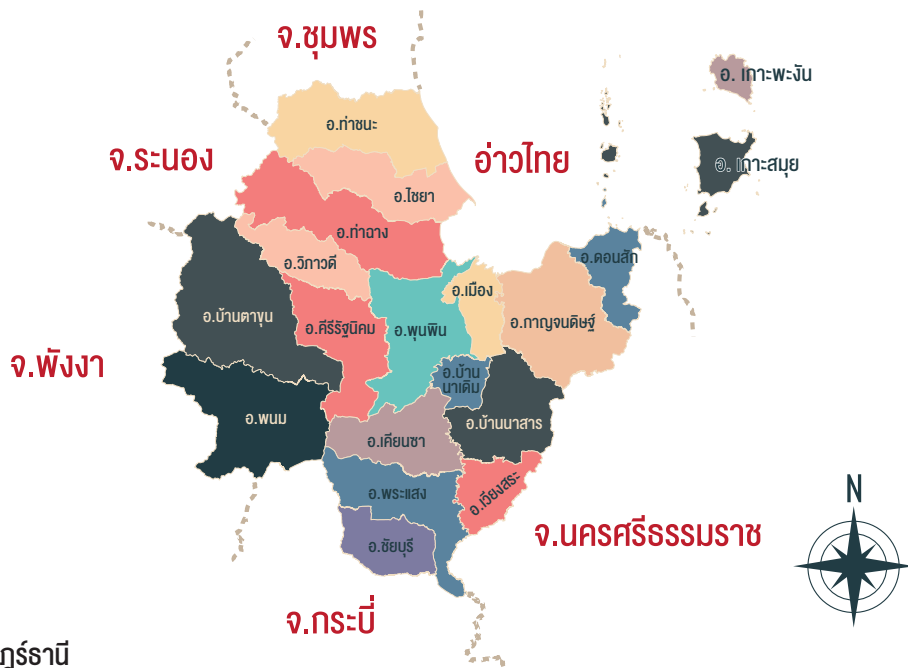


นางนภัค เวกยายงค์
รักษาการพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุมเรียง



นางชนัญตรี ก้าดี
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

แผนที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี



จังหวัดสุราษฎร์ธานี

- แบ่งการปกครองเป็น 19 อำเภอ 128 ตำบล 1,074 หมู่บ้าน
- มีหน่วยการปกครอง 3 รูปแบบ คือ
 - : องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง
 - : เทศบาล 36 แห่ง (เทศบาลนคร 2 แห่ง เทศบาลเมือง 3 แห่ง เทศบาลตำบล 31 แห่ง)
 - : องค์การบริหารส่วนตำบล 101 แห่ง

กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีภารกิจรับผิดชอบด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีหน้าที่หลัก ได้แก่ การบริหารงานสาธารณสุข การวิเคราะห์และจัดทำแผนงานด้านสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล การดำเนินการตามกฎหมายสาธารณสุข คู่มือมาตรฐานและคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพ การให้คำแนะนำทางวิชาการและบริการด้านสาธารณสุข

อบจ. รับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 14 อำเภอ จากทั้งหมด 19 อำเภอ มี รพ.สต. ทั้งหมด 99 แห่ง โดยแบ่งการบริหารจัดการขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็น 5 โซน ดังนี้

- 1) โซนเหนือ ได้แก่ อำเภอท่าชนะ จำนวน 11 แห่ง อำเภอท่าฉาง 5 แห่ง และอำเภอไชยา 5 แห่ง
- 2) โซนตะวันออก ได้แก่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จำนวน 14 แห่ง และอำเภอดอนสัก จำนวน 4 แห่ง
- 3) โซนตะวันตก ได้แก่ อำเภอพนม จำนวน 7 แห่ง อำเภอบ้านตาขุน 3 แห่ง อำเภอเคียนซา 1 แห่ง และอำเภอคีรีรัฐนิคม 4 แห่ง
- 4) โซนกลาง ได้แก่ อำเภอพุนพิน จำนวน 16 แห่ง และอำเภอเมือง จำนวน 8 แห่ง
- 5) โซนใต้ ได้แก่ อำเภอบ้านนาสาร จำนวน 12 แห่ง อำเภอพระแสง 7 แห่ง และอำเภอชัยบุรี 2 แห่ง

การขับเคลื่อนงานของ รพ.สต. หลังการรับการถ่ายโอน ได้แต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและประธานประจำโซน กองสาธารณสุข สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ 126/2567 สังกัด ณ วันที่ 23 กันยายน 2567 เพื่อวางแผนขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ งานวิชาการ และการจัดระบบงานด้านสาธารณสุขประจำโซนพร้อมกับกองสาธารณสุขได้จัดทำแผนสุขภาพระดับพื้นที่ พ.ศ. 2568 - 2570 และปีต่อมาได้แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กองสาธารณสุข สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ 86/2568 สังกัด ณ วันที่ 9 กันยายน 2568 เพื่อกำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สนับสนุน ควบคุม กำกับ วางแผนการประเมิน วิเคราะห์ นิเทศ ติดตามสนับสนุน และพัฒนาการดำเนินงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ทั้งนี้ได้กำหนดตัวชี้วัด ดังนี้

- ประชากรอายุ 35 - 59 ปี ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยตั้งเป้าหมาย คือ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เท่ากับร้อยละ 70 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 เท่ากับร้อยละ 80 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 เท่ากับร้อยละ 90
- ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง โดยตั้งเป้าหมาย คือ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 - 2570 ลดลงได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2 ในแต่ละปี

ตารางที่ 3 สรุปผลการดำเนินงานเปรียบเทียบแต่ละโซน ของกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

| โซน | ผลการคัดกรองเบาหวาน อายุ 35 - 59 ปี | | ผลการคัดกรองโลหิตสูง อายุ 35 - 59 ปี | | ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ลดลงมากกว่า 2%* | | ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ลดลงมากกว่า 2%* | |
|----------|-------------------------------------|---------|--------------------------------------|---------|---------------------------------------|---------|--|---------|
| | ปี 2567 | ปี 2568 | ปี 2567 | ปี 2568 | ปี 2567 | ปี 2568 | ปี 2567 | ปี 2568 |
| เหนือ | 52.32 | 55.28 | 52.01 | 54.49 | -10.04 | 25.92 | 14.52 | -0.96 |
| ตะวันออก | 70.74 | 65.72 | 69.83 | 64.26 | -31.29 | -5.56 | -29.3 | 6.3 |
| ตะวันตก | 55.6 | 47.86 | 55.7 | 46.65 | 2.14 | 27.01 | 3.59 | 11.36 |
| กลาง | 55.49 | 55.53 | 54.75 | 55.59 | -8.56 | 20.82 | -2.89 | 10.33 |
| ใต้ | 67.02 | 80.39 | 66.13 | 80.48 | -18.7 | 4.6 | 0.65 | -13.24 |
| รวม | 56.24 | 57.72 | 55.45 | 57.05 | -10.87 | 15.87 | -2.8 | 3.58 |

ที่มา: ดึงข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 11 พฤศจิกายน 2568 , * ผลลัพธ์เป็นบวกแสดงถึงการดำเนินการที่ดี รายใหม่ลดลงได้



ถอดบทเรียนกรณีตัวอย่าง sw.สต.พุมเรียง อำเภอไชยา (โซนเหนือ) ของ อบจ. สุราษฎร์ธานี ที่มาปัญหาระดับพื้นที่

พื้นที่ตำบลพุมเรียง ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 70 อิสลาม ร้อยละ 30 อาชีพส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพประมง อาชีพรับจ้าง ซึ่งส่วนใหญ่รับจ้างมาดอวน และรับจ้างแกะปู มีโรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 2 แห่ง โรงเรียนมัธยม 2 แห่ง โรงเรียนขยายโอกาส 1 แห่ง ศูนย์เด็กเล็ก 1 แห่ง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ทุ่งไข่ว) 1 แห่ง มีวัด จำนวน 6 วัด มัสยิด 6 แห่ง โรงงาน (อาหารทะเล) 2 แห่ง (คนงานประมาณ 250 คน) สำหรับร้านค้าจำหน่ายอาหาร มีร้านอาหาร จำนวน 21 ร้าน ร้านจำหน่ายเครื่องดื่ม 24 ร้าน ร้านสะดวกซื้อ (7 - 11) 1 แห่ง ซูเปอร์มาร์เก็ต (Big C) 1 แห่ง แผงลอยจำหน่ายอาหาร 9 แผง ตลาดนัด 1 แห่ง (ทุกวันเสาร์กลางวัน) ตลาดสด 1 แห่ง (ตลาดเช้า) ส่วนสถานที่ออกกำลังกาย มีศูนย์ฟิตเนส จำนวน 2 แห่ง สนามกีฬาโรงเรียน 3 แห่ง พื้นที่อาคารเอนกประสงค์โรงเรียนวัดโพธาราม และสวนสาธารณะแหลมโพธิ์

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ชอบการบริโภคอาหาร เครื่องดื่มรสชาติหวาน-มัน-เค็ม ประเพณีทั้งอิสลาม และพุทธมีความหลากหลาย ล้วนแต่มีเรื่องขนมหวานและอาหารมาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะค่านิยมในการรับประทานน้ำชา โรตีสายเป็นอาหารหลัก ข้าวเหนียวไก่ทอดเป็นอาหารมื้อเช้า เพศชาย (พุทธ) ส่วนใหญ่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ส่วนเพศหญิงวัยทำงาน วัยสูงอายุ มีพฤติกรรมนั่งนานวันละ 7 - 12 ชั่วโมง ขยับตัวน้อยจากอาชีพแกะปู ซ่อมอวนประมง ทอผ้า ทั้งนี้ในพื้นที่มีการตั้งชมรม ได้แก่ ชมรมรักษาสภาพตำบลพุมเรียง (สมาชิกประมาณ 80 คน) และชมรมผู้สูงอายุตำบลพุมเรียง (สมาชิกประมาณ 30 คน) ซึ่งมีการออกกำลังกายเป็นประจำ และมีประชาชนบางส่วนออกกำลังกาย โดยใช้พื้นที่ออกกำลังกายในพื้นที่เป็นจำนวนมาก

จากข้อมูลเฝ้าระวังสุขภาพและฐานข้อมูล HDC ประชากรตำบลพุมเรียง มีจำนวน 7,803 คน (ปี 2567) เมื่อจำแนกสถานะสุขภาพตามกลุ่มวัย พบว่าวัยเรียนน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 15.8 วัยรุ่นน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 20 วัยทำงาน มีภาวะอ้วน ร้อยละ 46.2 รอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 63.7 วัยสูงอายุมีภาวะอ้วนร้อยละ 53.6

สำหรับร้อยละของการป่วยด้วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2565 - 2567 ดังนี้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.4, 15.7 และ 16.4 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 6.8, 7.3 และ 8.0 ตามลำดับ สถานการณ์การเสียชีวิตของพื้นที่ ในปี 2561 - 2567 พบว่า ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ จำนวน 85 คน แยกเป็นเสียชีวิตจากโรคหัวใจ จำนวน 30 คน โรคไตวาย 27 คน โรคหลอดเลือดสมอง 16 คน โรคเนื้องอก (ไม่ระบุชนิด) 8 คน และมะเร็งตับ 4 คน นอกจากนี้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) จำนวน 32 คน แต่เมื่อมาวิเคราะห์เชิงลึก พบว่าผู้ที่เสียชีวิตเหล่านั้น เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่เดิม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างได้รับเคมีบำบัด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคตับแข็ง แต่จะมีอยู่ 3 คน ที่ได้รับยา Steroid หรือ HIV จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่เสียชีวิตจาก sepsis ในแต่ละปีของ รพ.สต.พุมเรียงมีกลุ่ม NCD รวมอยู่ด้วย แต่ไม่ได้ถูกนับรวมในกลุ่มเสียชีวิตด้วย NCD

1. ขั้นตอนสำคัญในการทำงาน

การจัดทำแผนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในชุมชน เริ่มจากการประชุมระดมความคิดเห็นของภาคี ได้แก่ รพ.สต.พุมเรียง เทศบาลตำบลพุมเรียง สสอ.ไชยา โรงเรียน วัด ชมรมผู้สูงอายุ อสม. และภาคประชาชน

1.1 นำข้อมูลเข้าที่ประชุมการจัดทำแผนสุขภาพประจำตำบล โดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลพุมเรียง ซึ่งมีเครือข่ายการดำเนินงานแบ่งเป็น 4 setting ดังนี้ setting โรงเรียน, ชุมชน, วัยทำงาน และผู้สูงอายุ

1.2 ร่วมดำเนินการทำแผนงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีกิจกรรมหลัก คือ การขับเคลื่อนงานให้เกิดรูปธรรมแบบมีส่วนร่วม การส่งเสริมความรู้ สร้างความตระหนักและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนตัดสินใจในการจัดการตนเอง การส่งเสริมและจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการใช้สุขภาพดี และการกำกับ ติดตาม ประเมินผลในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย รวมถึงการคืนข้อมูลสุขภาพให้ชุมชนเป็นระยะ เพื่อให้ประชาชนรู้สถานะสุขภาพของตนเองและปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

2. แผนงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง sw.สต.พุมเรียง (5 กลยุทธ์ STEP-P strategy)

กลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนกลุ่มปกติ (ทุกกลุ่มวัย) กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบ

ของ รพ.สต.พุมเรียง

ตัวชี้วัดผลลัพธ์:

- ร้อยละประชาชนอายุ ≥ 35 ปี ได้รับการคัดกรอง DM และ HT
- จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มเสี่ยง DM/HT: น้ำหนักเกินและอ้วน) ที่เข้าร่วมโครงการมีลดน้ำหนัก และลดรอบเอว

ลดลง

- อัตราป่วย DM และ HT รายใหม่ลดลง
- ผู้ป่วย DM/HT ที่เข้าร่วมโครงการ Remission care มีร้อยละของการควบคุมโรคได้ดี

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา | | | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ |
|--|--|----------|------|------|----------------|-------------------------------|----------------------|
| | | 2567 | 2568 | 2569 | | | |
| 1. สนับสนุนสร้างความรู้ และพหุกิจกรรมสุขภาพเชิงบวก (Support Knowledge) | โภชนาการในโรงเรียน (วัยเด็ก) มีการอบรมผู้ปกครอง เสริมสร้างให้มีความรู้ ด้านโภชนาการกับเด็ก พร้อมมีใบเคลอาหาร ติดตาม ตรวจสอบ การประกอบอาหารกลางวันสำหรับเด็ก และเป็นน้ำหนัก ส่วนสูง เองของเด็ก | - | ✓ | ✓ | 13,550 | สว.สศ. พุมเรียง | โรงเรียนบ้านเหนือน้ำ |
| | โครงการส่งเสริมมีนักเรียนไทยยุคใหม่สุขภาพดี (วัยเด็ก) มีการให้ความรู้ เด็กและผู้ปกครอง โดยพยาบาล นักโภชนาการ ผู้นำออกกำลังกาย ชั่งน้ำหนัก ก่อนและหลังโครงการ | - | ✓ | ✓ | 13,550 | สส.ทุกแห่ง | นวก.ณัฐวุฒิ |
| | โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนตำบลกียาเสพติด (วัยเด็ก) | - | ✓ | ✓ | 10,900 | เทศบาลพุมเรียง | สส.บ้านเหนือน้ำ |
| | โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียน (วัยเด็ก) | - | ✓ | ✓ | 6,605 | เทศบาลพุมเรียง | สส.มัธยมพุมเรียง |
| | โครงการวัยใสใส่ใจโรคอ้วน (วัยเด็ก) | - | ✓ | ✓ | 15,305 | เทศบาลพุมเรียง | ศพด. พุมเรียง |
| | โครงการเด็กไทยยุคใหม่ใส่ใจโรคอ้วน (วัยเด็ก) | - | ✓ | ✓ | 7,500 | เทศบาลพุมเรียง | ศพด.บุรีศรีอาสา |
| | โครงการคุณแม่ป่วย (หญิงตั้งครรภ์) มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยหลังคลอด | - | - | ✓ | - | สว.โซยา | พว.เมตตา พว.เม็ก |
| | โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (วัยสูงอายุ) มีการจัดอบรม 30. 2ส. ปู่ฝึกสอนครึ่งวันก็ได้ สาธิตอาหารสุขภาพ ปลูกไม้ดอกไม้ประดับ ออกกำลังกายด้วยยี่ดราไม้พลอง เล่นเกมฝึกสมอง หวีระบำบำบัด และชวนกับเต้น เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียง แปรรูปสนับโพรสายง ฝืนน้ำยาล้างจาน | ✓ | ✓ | - | 20,850 | สว.โซยา ผู้สูงอายุ บ.4 | ผอ.ก้ารณ บวก.ณัฐวุฒิ |
| | โครงการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยให้ความรู้ในชมรมผู้สูงอายุ (วัยสูงอายุ) มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และสาธิตการออกกำลังกาย ทุกวันที่ 25 ของเดือน ตรงสุขภาพ | - | ✓ | - | 38,570 | ชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลพุมเรียง | ผอ.ก้ารณ บวก.ณัฐวุฒิ |
| | โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ One Day Online (วัยสูงอายุ) มีการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ผ่าน การทำกิจกรรมโดยทีมที่ได้รับการฝึกการให้บริการ online ทุกวันที่ 25 ของเดือน | - | - | ✓ | 5,000 | เทศบาลพุมเรียง | พว.เม็ก พว.ฟาริตา |

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา | | | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ |
|--|---|----------|------|------|----------------|---|---|
| | | 2567 | 2568 | 2569 | | | |
| 1. สนับสนุนสร้างความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก (Support Knowledge) (ต่อ) | โครงการ 9 สัปดาห์สู่สุขภาพดี (ผู้สูงอายุ) มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมงโดยตรงสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าโครงการ ให้ความรู้สุขภาพกาย จิต สุขภาพช่องปาก การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน อาหารสาริต ออกกำลังกายไม่พลอง/ยางยืด กิจกรรมนอกสถานที่ ได้แก่ ศึกษา ป่าธรรมชาติ เข้าป่าเรียนรู้ กิจกรรมจิตอาสา | ✓ | - | - | 20,000 | กองทุนสุขภาพตำบล | ผอ.ก้าธ บวก.ปวีฑูฑี |
| | โครงการส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพดี-อายุยืน “Health Life Span-Longevity: (อายุยืน - สุขภาพดี)” โดยนำแนวคิดการดูแลสุขภาพที่ ไม่พึ่งยา มีการตรวจคัดกรอง DM HT ไ้มน BMI รอบเอว มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมัน ภาวะการอักเสบของหลอดเลือด อายุขัยภาพก่อนและหลัง โครงการ ออกแบบ Life style ร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกลุ่มไลน์ | - | - | ✓ | 10,000 | ทีมศูนย์คนไทยห่างไกล NCD, อสม., ประชาชน | สว.สศ. พุมเรียง |
| | โครงการขยายกาย สายชีวิตด้วยการเดินแอโรบิค บาสไลบ (ทุกวัย) จัดกิจกรรมทุกวัน | ✓ | ✓ | ✓ | 12,620 | เทศบาลพุมเรียง | ชมรมรักสุขภาพ |
| | โครงการลดน้ำหนัก ลดพุง ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ทุกวัย) ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค NCD การจัดการ การวางแผนตามปัญหารายบุคคลและการติดตามผลลัพธ์ | ✓ | ✓ | ✓ | 19,750 | ทีมศูนย์คนไทยห่างไกล NCD | ผอ.ก้าธ บวก.ปวีฑูฑี พว.เมกิด พว.อาร์ดี |
| | รณรงค์ลดเค็มลดโรคร่วม Health literacy มีการส่งเสริมปรุงปรุงเป็นอาหาร | - | - | ✓ | - | คณะกรรมการลดเค็ม ชาวพุมเรียง | พว.เมกิด |
| | โครงการสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง (ทุกวัย) มีการตรวจสุขภาพก่อนและหลังโครงการ ให้ความรู้ 3ส. 3อ. 1น. และจัดกิจกรรมทั้งในห้องประชุมและนอกสถานที่ | - | ✓ | - | 100,000 | สสส. มูลนิธิภัย สุขสุด | ทีมศูนย์คนไทยห่างไกล NCD |
| | แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มบุคคลต้นแบบ “สุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง” (ทุกวัย) จัดประชุมกลุ่มงานไลน์ต่อเนื่อง 1 - 2 ครั้ง | - | ✓ | - | 12,000 | สสส. มูลนิธิภัย สุขสุด | ทีมศูนย์คนไทยห่างไกล NCD |
| | คลินิก DPAC ทุก วันพุธ/พฤหัสบดี, คลินิก NCD วันศุกร์ (กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย DM/HT) | ✓ | ✓ | ✓ | - | กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และ อสม. | พว.เมกิด พว.อาร์ดี |
| | DM/HT หายดีที่พุมเรียง (Remission Care) (กลุ่มป่วย DM/HT) | - | - | ✓ | 30,000 | สว.ไชยา | พว.เมกิด พว.อาร์ดี |

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา | | | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ |
|--|--|----------|------|------|----------------|---|---------------------------------|
| | | 2567 | 2568 | 2569 | | | |
| 1. สนับสนุนสร้างความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก (Support Knowledge) (ต่อ) | <u>พัฒนาองค์ความรู้เพื่อใช้ในการสนับสนุนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ</u> | - | ✓ | ✓ | 3,000 | สว.ไชยา | พว.เมกิด |
| | วิจัย “ผลของโปรแกรมการสแกนแบบเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำหนักในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพุมเรียง” | - | ✓ | ✓ | 2,000 | ผู้ป่วยเบาหวาน | พว.เมกิด |
| | งานวิจัย “การพัฒนากระบวนการดูแลและป้องกันโรคเบาหวาน ในยุคดิจิทัล: กรณีศึกษา สว.สต.พุมเรียง | ✓ | ✓ | - | 4,600 | ผู้ป่วยเบาหวาน | พว.เมกิด |
| 2. การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อติดตามประเมิน ป้องกันและควบคุมโรค | ส่งเสริมการใช้นวัตกรรม/เทคโนโลยีที่มีเพื่อเป็นเครื่องมือในการติดตามกำกับ ประเมินพลังงาน/พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ Line OA, Line กลุ่มกิจกรรม, เพจเบาหวานอุ่นใจ, แอป “นับก้าว”, แอป “กินดี” | ✓ | ✓ | ✓ | - | ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยง | พว.เมกิด |
| | ส่งเสริมการใช้นวัตกรรมในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น สายวัดความดัน (ประเมินรอบเอว), ปลายเส้นสุขภาพ (เสริมโปรตีนในถ้วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ) “น้ำพริกปลาสมุนไพร” และ “แมงบัวผักไชยา” (ลดการรับประทานอาหารเค็ม) | ✓ | ✓ | ✓ | 1,500 | ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุ ประชาชนทั่วไป | พว.เมกิด |
| | จัดซื้อเครื่องตรวจ ABI, Body Composition เพื่อใช้ตรวจมวลกล้ามเนื้อ วัตถุประสงค์การใช้งานเพื่อใช้วัดก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | - | - | ✓ | 700,000 | อบจ.สุราษฎร์ธานี | กองสาธารณสุข/ สว.สต. พุมเรียง |
| 3. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี | จัดซื้อเครื่อง Peak Flow Meter เพื่อตรวจวัดการทำงานของปอดในผู้สูบบุหรี่และตรวจคัดกรององในกลุ่ม NCD ที่สูบบุหรี่ก่อน - หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่ | - | - | ✓ | 1,910 | ผู้ที่สูบบุหรี่ | พว.เมกิด |
| | โครงการปลูกและบริโภคน้ำผลไม้ลดสารเคมีในครัวเรือน | ✓ | - | - | 50,000 | สสส | ผอ.ก๊าส บวก.ณัฐวุฒิ |
| | โครงการบ้านสวย สุขภาพดี มีสุข มีการส่งเสริมปลูกไม้ดอกไม้ประดับ ปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ และให้ครัวเรือนปรุงอาหารสุขภาพกินเอง สมาชิกในครัวเรือนครัวออกกำลังกายมากกว่า 150 นาที/สัปดาห์ ประเมินตนเอง น้ำหนัก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน | - | ✓ | - | 20,585 | อสม. | ผอ.ก๊าส บวก.ณัฐวุฒิ พว.เมกิด |

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา | | | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ | |
|--|---|---|--------|-------------|----------------|--|--|-------------------|
| | | 2567 | 2568 | 2569 | | | | |
| 3. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (ต่อ) | กิจกรรมการดำเนินงานต่างพื้นที่ในกลุ่มต้นแบบเพื่อปรับทัศนคติเพิ่ม Health literacy วิทยุกำลังใจให้กับผู้นำด้านการจัดการสุขภาพ และขยายผลการจัดสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนให้เอื้อต่อสุขภาพ | - | - | ✓ | 50,000 | สสส. กับศูนย์คนไทยห่างไกล NCD | ผอ. กำธร วงศ์วัชิตวิบูลย์ พว.เมกิด | |
| | การสร้างสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เรื่องการเตรียมอาหารกลางวันสำหรับเด็ก (ภายใต้โครงการโภชนาการในโรงเรียน) | - | ✓ | ✓ | 13,550 | รพ.สต. พุมเรียง | โรงเรียนบ้านเหนือน้ำ | |
| | การจัดการสิ่งแวดล้อมปลอดภัยในโรงเรียน (ภายใต้ โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนตำบลกษยาเสพต) | - | ✓ | ✓ | 10,900 | เทศบาลพุมเรียง | ทุกโรงเรียนในพื้นที่ | |
| | ปรับปรุงภูมิทัศน์ สถานที่ออกกำลังกาย สวนสาธารณะ: มีการปรับถนนในหมู่บ้านเป็นพื้นที่การออกกำลังกาย (อาทิ ป้ายบอกระยะทางต่อการเผาผลาญแคลอรีในร่างกาย ทำ Health station ก่อนการออกกำลังกาย การเก็บขยะและน้ำเพื่อแลกรางวัล) | ✓ | ✓ | ✓ | 5,000 | อสม. /ชมรมรักสุขภาพ | กองสาธารณสุข/ รพ.สต. พุมเรียง | |
| | 4. ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน | โครงการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อสม.บ้านกลาง | - | ✓ | - | 5,975 | ประชาชนในแต่ละหมู่บ้านอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป | อสม. บ้านกลาง |
| | | โครงการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อสม.บ้านล่าง | - | ✓ | - | 11,320 | | อสม. บ้านล่าง |
| | | โครงการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อสม.แหลมทราย | - | ✓ | - | 12,620 | | อสม. แหลมทราย |
| | | โครงการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อสม.บ้านบ่อเต็ | - | ✓ | - | 11,710 | | อสม. บ้านบ่อเต็ |
| | | โครงการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อสม.บ้านเหนือน้ำ | - | ✓ | - | 12,230 | | อสม. บ้านเหนือน้ำ |
| | | โครงการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อสม.แหลมโพธิ์ | - | ✓ | - | 12,490 | | อสม. แหลมโพธิ์ |
| โครงการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อสม.หัวไ | | - | ✓ | - | 12,490 | อสม. หัวไ | | |
| โครงการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อสม.บ้านเหนือ | | - | ✓ | - | 11,710 | อสม. บ้านเหนือ | | |
| โครงการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อสม.นอกนา | - | ✓ | - | 12,230 | อสม. นอกนา | | | |
| 5. ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย | ขับเคลื่อนเครือข่ายการมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการ 5 Step Design NCD Process in Phum Reang (ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การคัดกรอง จัดทำแผน ไปจนถึงการสรุปผลพัลพรสุขภาพ) | - | ✓ | ✓ | - | เทศบาลพุมเรียง รพ.สต. และเครือข่ายในชุมชน | นายกัธร รักภาพราหมณ์ (ผอ. รพ.สต. พุมเรียง) | |
| | พัฒนาระบบรณรงค์แบบนำร่องไปขยายผลการดำเนินงาน ร่วมกับ “ Exclusive Prevention NCD” ประกอบด้วย NCM-DM/HT, NP, นวัตกรรมอาหาร (ข้างเพิ่ม), นวัตกรรมศาสตร์การกีฬา (ข้างเพิ่ม) หรือกายภาพ, แพทย์แผนไทย, วงก.สาธารณสุข, จมก.สนับสนุนงาน NCD, อสม.ศูนย์คนไทยห่างไกล NCD | - | ร.ค.68 | มค.-มี.ค 69 | 60,000 | • อสม. องจ.สุราษฎร์ธานี (ผอ. รพ.สต. พุมเรียง) พว.เมกิด | นายกัธร รักภาพราหมณ์ (ผอ. รพ.สต. พุมเรียง) | |

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา | | | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ |
|--|---|----------|------|------|----------------|---|---|
| | | 2567 | 2568 | 2569 | | | |
| 4. ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน (ต่อ) | พัฒนาทีมศูนย์คนไทยห่างไกล NCD จัดประชุม กำหนดกลุ่มเป้าหมาย การติดตามกลุ่มเสี่ยง การจัดการสิ่งแวดล้อม และการจัดกิจกรรมด้านการจัดการอาหาร การออกกำลังกาย สรุปการดำเนินงานรายเดือน | - | - | ✓ | 20,000 | อสม. | นวก.ณัฐวุฒิ พว.เม็ก |
| | | - | ✓ | ✓ | 20,585 | ทีมศูนย์คนไทยห่างไกล NCD | นวก.ณัฐวุฒิ พว.เม็ก |
| | พัฒนาศักยภาพ อสม. ต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “บ้านสวยสุขภาพดี มีสุข” | - | - | - | รอดัง งบประมาณ | เทศบาลพุเมเรียง อสม. ผู้นำชุมชน สว.สต.พุเมเรียง สมัชชา จ.สุราษฎร์ธานี อบจ.สุราษฎร์ธานี สสอ.ไชยา | กองสาธารณสุข คณะทำงาน “พุเมเรียงสร้างสุข” |
| | โครงการพัฒนาศักยภาพการทำแผนพัฒนาสุขภาพตำบลพุเมเรียง | - | ✓ | - | 50,000 | สสส | ผอ.ก๊อริส นวก.ณัฐวุฒิ |
| | ประชาสัมพันธ์เรื่องเทศกาลชุมชนเรื่องทางเดินและบริเวณใกล้ที่พักปลอดภัยในครัวเรือน | - | - | ✓ | 5,000 | สว.สต.พุเมเรียง | เทศบาลพุเมเรียง ผู้นำกลุ่มจิตอาสา |
| | พัฒนานโยบาย/มาตรการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ | - | - | ✓ | 5,000 | เทศบาลพุเมเรียง อสม. ผู้นำชุมชน สว.สต.พุเมเรียง สมัชชา จ.สุราษฎร์ธานี อบจ.สุราษฎร์ธานี สสอ.ไชยา วัด ไร่เรียง ร้านอาหารในชุมชน | กองสาธารณสุข เทศบาลพุเมเรียง คณะทำงาน “พุเมเรียงสร้างสุข” |
| 5. พัฒนานโยบาย มาตรการ | ขับเคลื่อนนโยบาย “เมืองสุขภาพดีปลอดภัย NCD” “ร้านอาหาร ปลอดภัย NCD” และ “ตลาดสุขภาพ” | - | - | ✓ | 5,000 | เทศบาลพุเมเรียง | กองสาธารณสุข เทศบาลพุเมเรียง |
| | ผลักดันมาตรการ “ลดการบริโภคเกลือ Na ใน อสม. พุเมเรียง” | - | - | ✓ | 20,000 | อสม. ผู้นำชุมชน | อสม. ผู้นำชุมชน |
| | | - | - | ✓ | 5,000 | สมัชชา จ.สุราษฎร์ธานี | “พุเมเรียงสร้างสุข” |
| | ผลักดันมาตรการ “งานศพปลอดภัย/สิ้นสุภาพไม่เลี้ยงงมหวาน - เพิ่มเมนูผัก” | - | - | ✓ | 5,000 | อบจ.สุราษฎร์ธานี | อบจ.สุราษฎร์ธานี |
| | | - | - | ✓ | 5,000 | สสอ.ไชยา วัด ไร่เรียง | สสอ.ไชยา วัด ไร่เรียง |
| | ผลักดันมาตรการ “ตลาดดีสุขภาพ” | - | - | ✓ | 5,000 | ร้านอาหารในชุมชน | ร้านอาหารในชุมชน |

3 กำาแผนตามกรอบ STEP-P Strategy โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ด้านการสนับสนุนสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในชุมชน (Support Knowledge and Promote Health in the Community) การดำเนินการตามกลุ่มวัย/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย

มีการดำเนินการทุกช่วงวัยในการสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ อาทิ กิจกรรมรณรงค์ อบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมออกกำลังกาย และกิจกรรมปลูกผักสวนครัว

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมาย บางโครงการมีสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ยกเว้น 2 โครงการมีผู้เข้าร่วมน้อยกว่ากลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แก่ โครงการบ้านสวยสุขภาพดีมีสุข ตั้งกลุ่มเป้าหมาย คือ อสม.ครบร้อยละ 100 แต่มี อสม. เข้าร่วม 59 คนจากทั้งหมด 141 คน คิดเป็น ร้อยละ 41.8 และโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย มีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมเพียงร้อยละ 30

สำหรับผลการศึกษาระบาดวิทยาพฤติกรรมบริโภคเค็มในปี 2568 พบว่าร้อยละ 80 ของคนในพื้นที่บริโภคเค็มมาก จึงนำข้อมูลไปสู่การจัดกิจกรรม “ลดเค็ม ลดโรค” ในปี 2569

โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีผู้เข้าร่วมจำนวน 83 คน พบว่าการบริโภคอาหารเหมาะสมจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 75.3 มีการออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ 59 คน คิดเป็นร้อยละ 72.8 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีความสุขเพิ่มขึ้น 80 คน คิดเป็นร้อยละ 98.8, โครงการ 9 สัปดาห์สู่สุขภาพดี จำนวนผู้สูงอายุเข้าร่วม 50 คน พบว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น รอบเอวลดลง ร้อยละ 16.6 และมีความสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100

คลินิก DPAC ทุกวันพุธ/พฤหัสบดี คลินิก NCD ในวันศุกร์ โดยทำร่วมกับโรงพยาบาลไชยา มีผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการ ปี 2567 จำนวน 628 คน และ ในปี 2568 จำนวน 620 คน พบว่าปี 2566 ผู้ป่วยเบาหวานคุมได้ (HbA1c < 7) เพียงร้อยละ 37 หลังเข้าร่วมคลินิก พบว่าผู้ป่วยเบาหวานคุมได้ ในปี 2567 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 43 และในปี 2568 เป็นร้อยละ 49 ผลลัพธ์ภาพรวมการดำเนินงานพบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่เบาหวานจากกลุ่ม Pre-DM ในปีก่อนหน้า ตั้งแต่ปี 2565 - 2567 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.79, 1.92, 2.41 ตามลำดับ เมื่อมีความเข้มข้นของการดำเนินโครงการในปี 2568 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงเหลือร้อยละ 1.27 สำหรับกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หญิงไทยรายหนึ่งอายุ 53 ปีป่วยเบาหวาน 5 ปี ประวัติ Uncontrol และมีภาวะ Hyperglycemia/ Hypoglycemia เดือนละ 1 - 3 ครั้ง ใช้ Mixtard 18 - 0 - 10 units หลังเข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 เดือนสามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น จนปัจจุบันลดยาเป็น Mixtard 6 - 0 - 0 units และมีเป้าหมายร่วมกันที่จะหยุดยาในอนาคต



3.2 ด้านการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อการดำเนินงาน ติดตาม ประเมินการป้องกัน และควบคุมโรค (Technology and Innovation to operate, monitor, and evaluate)

การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพกับประชาชน โดยการสื่อสารแลกเปลี่ยนซักถาม เรียนรู้ด้านสุขภาพ (โภชนาการอาหาร การนึ่งข้าว การเผาผลาญพลังงาน คลิวิตีโอริซการด้านสุขภาพ ฯลฯ) พร้อมทั้งกำกับ ติดตาม ประเมินตนเอง และจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ นอกจากนี้ในแผนมีการคิดค้นนวัตกรรมการปรับสูตรอาหารเพื่อใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ อาทิ การใช้นวัตกรรม “สายวัดกาญจนนา” ในการติดตามรอบเอว เป็นเครื่องมือสุขภาพง่าย ๆ ที่กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงสามารถนำไปติดตามรอบเอวด้วยตนเอง เพื่อช่วยสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องของรอบเอวเกิน และจัดการเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย มีผู้เข้าร่วมจำนวน 30 คนพบว่า ผู้ใช้สายวัดกาญจนนาอย่างต่อเนื่องสามารถ

ลดรอบแหวะเฉลี่ยได้ 3 - 7 เซนติเมตรในระยะเวลา 3 เดือน ร้อยละ 93.3 (28 คน ใน 30 คน) และมีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสูงขึ้น โดยมีการขนานนามว่าเป็น "เครื่องมือผ่าตัดพุงแบบไม่ใช้มีด"

ได้นวัตกรรมเพื่อพัฒนาปรับสูตรอาหารเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ดังนี้ ปี 2567 ได้นวัตกรรม 1 ชิ้น คือ “สายวัดกาญจนา” และในปี 2568 ได้นวัตกรรมเพิ่มจำนวน 3 ชิ้น คือ “ปลาเส้นสุขภาพ” “น้ำพริกปลาสมุนไพรร” และ “ผงบัวผัดไสยา” นอกจากนี้บุคลากรด้านสาธารณสุขใช้เทคโนโลยีในการเก็บ วิเคราะห์ข้อมูล ติดตามผลสุขภาพรายบุคคล เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) และความดันโลหิตสูง ผ่านฐานข้อมูล HDC และระบบสารสนเทศของ สสอ.ไชยา รวมถึงใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากพื้นที่เหล่านี้ในการทบทวนและปรับปรุงแผน การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งคืนข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ทุกเดือน



3.3 ด้านการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Created Supportive Environment) และการลดปัจจัยเสี่ยงในระดับชุมชน (Reduce Risk in the Community) มีการดำเนินการปลูกผักปลอดสารพิษบริโภคเองในครัวเรือน การจัดการพื้นที่สาธารณะเพื่อใช้ในการออกกำลังกาย และการผ่อนคลาย การเพิ่มความตระหนักโดยติดป้ายการใช้พลังงาน เพื่อเป็นการสะกิดพฤติกรรมให้คนในชุมชนเพิ่มกิจกรรมทางกาย ป้ายไม่สูบบุหรี่เพื่อสะกิดความสนใจ และการสร้างความตระหนักรู้ รวมถึงการจัดการอาหารที่เหมาะสม การชักชวนประชาชนมาออกกำลังกายโดยแกนนำบุคคลต้นแบบ ในชมรมรักสุขภาพ จนมีผลลัพธ์การลดเสี่ยง ลดยา เป็นต้น

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ อาทิ โครงการปลูกและบริโภคผักปลอดสารเคมีในครัวเรือน มีคณะทำงานเข้าร่วมจำนวน 11 คน มีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 78 คน ผลพบว่าครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการปลูกผักเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 5 ชนิด จำนวน 63 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 80.8 ครัวเรือน บริโภคผักที่ปลูกในครัวเรือนเฉลี่ย 4 วัน/สัปดาห์ จำนวน 65 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 83.3 ค่าใช้จ่ายในการซื้อผักลดลง จากเดิมซื้อผักมาบริโภคเฉลี่ย 280 บาทต่อสัปดาห์ ลดลงเหลือ 120 บาทต่อสัปดาห์ มีรายได้จากการขายผักที่ปลูกในครัวเรือนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 50 บาท/สัปดาห์ และมีครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาเป็นแหล่งศูนย์การเรียนรู้ให้กับชุมชน จำนวน 2 แห่ง

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนด้านภัยยาเสพติด มีโรงเรียนมัธยม 2 โรงเรียน โรงเรียนประถมศึกษา 3 โรงเรียน มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านยาเสพติด ในปี 2568 มีการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่โดยติดป้ายโรงเรียนสีขาวที่รั้วโรงเรียน ทำ MOU ร่วมกันระหว่าง รพ.สต. ผู้นำท้องถิ่น และตำรวจในพื้นที่เพื่อจัดการปัญหาเสพติด และบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน เป็นต้น ผลพบว่านักเรียนมีความตระหนักเรื่องบุหรี่/ยาเสพติดเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้ ได้พัฒนาโครงการในปีถัดมา คือ โครงการบ้านสวย สุขภาพดี มีสุข โดยให้ครัวเรือนที่เข้าร่วมปลูกผักสวนครัวเรือนและนำผักมาปรุงอาหารเพื่อสุขภาพรับประทานเอง เพิ่มกิจกรรมให้สมาชิกในครัวเรือน ออกกำลังกายอย่างพอเพียง มีชุมชนเข้าร่วม จำนวน 9 ชุมชน รวม 63 ครัวเรือน และได้พัฒนาเป็นต้นแบบครัวเรือนสุขภาพดี เพื่อให้คนในชุมชน ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำขยายผลต่อ จำนวน 17 ครัวเรือน

นอกจากนี้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงอาหารสุขภาพปลอดภัยโดยการนำนวัตกรรม “ปลาเส้นสุขภาพ”, “ผงนัวผักไชยา”, “น้ำพริก ปลาสมุนไพรวร” ในปี 2568 และมีพื้นที่ให้ประชาชนออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น รวมถึงมีแหล่งเรียนรู้การปรับพฤติกรรมสุขภาพใน “ศูนย์คนไทยห่างไกล NCD” นอกจากนี้ยังมีการจัดการในเรื่องอาหารลดหวาน - มัน - เค็ม และส่งเสริมเมนูสุขภาพในโรงเรียน



3.4 ด้านการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ส่งเสริมความร่วมมือ หลายภาคส่วน (Mechanisms for Driving Participation) การดำเนินการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดย อสม. ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.พุมเรียง ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการจัดทำแผนแบบฉันทมติชุมชน ภายใต้กรอบ STEP-P Strategy โดยให้ทุกหน่วยร่วมกำหนดเป้าหมายและบทบาทของตนเอง รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะแกนนำเพื่อไปขยายผลการดำเนินงาน เช่น การสร้างทีม “Exclusive Prevention NCD” และพัฒนาทีมศูนย์คนไทยห่างไกล NCD เป็นต้น

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ มีภาคีเครือข่ายหลักที่เข้าร่วม ดังนี้

- รพ.สต.พุมเรียง มีบทบาทเป็นแกนกลางดำเนินงานและติดตามข้อมูล
- อสม. มีบทบาทในการคัดกรอง ติดตาม และสื่อสารความรู้สู่ครัวเรือน
- เทศบาลตำบลพุมเรียง มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณและจัดพื้นที่สาธารณะ เพื่อกิจกรรมสุขภาพ
- โรงเรียน มีบทบาทในการเป็นพื้นที่ต้นแบบโภชนาการและเขตปลอดบุหรี่
- ชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทในการจัดกิจกรรมออกกำลังกายและสร้างแรงจูงใจในกลุ่มวัยเกษียณ



3.5 ด้านการพัฒนา นโยบาย กฎระเบียบ และมาตรการ รวมถึงแรงจูงใจให้องค์กรดูแลสุขภาพบุคลากร (Building Healthy Public Policy) มีการดำเนินการโดยการชี้แจงข้อมูลความเสี่ยงในพื้นที่กับเครือข่ายและร่วมผลักดันนโยบาย/มาตรการที่ร่วมคิด

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

- เทศบาลตำบลพุมเรียงได้บรรจุนโยบายแนวทาง “เมืองสุขภาพดีปลอด NCD” ลงในแผนพัฒนาท้องถิ่น
- ประกาศนโยบาย “สุราษฎร์ธานีคนไทยห่างไกล NCD” และบรรจุในยุทธศาสตร์จังหวัด
- หน่วยงานท้องถิ่นมีนโยบาย องค์กรต้นแบบสุขภาพดี เช่น มีมุมสุขภาพในที่ทำงานและกิจกรรมออกกำลังกาย

ประจำสัปดาห์

- จัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูเกียรติ “ครอบครัวต้นแบบสุขภาพดี” และ “อสม. ต้นแบบลดเค็ม ลดพุง” เพื่อเสริมแรงจูงใจให้บุคคล/ทีมที่ดำเนินงานต้นแบบ
- มีระบบติดตามผลการดำเนินงานเชิงนโยบายผ่านการประชุมสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงนโยบาย จากระดับพื้นที่สู่นโยบายระดับอำเภอและจังหวัด ที่สำคัญทำให้ภาคีท้องถิ่นมีทิศทางร่วมกันในการลดภาระโรค NCDs และส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในองค์กร



4. กำกับ ติดตาม ประเมินผล และผลลัพธ์

การประชุมติดตามทุกเดือน วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพจริงจากระบบ HDC, DPAC ระบบสารสนเทศของ สสอ.ไชยา พร้อมประเมินผลร่วมกับภาคีในพื้นที่ เพื่อปรับแนวทางดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดย ปี 2567 ได้ดำเนินการคืนข้อมูลให้กับแกนนำชุมชน โดยเน้นในกลุ่ม อสม. และชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนซึ่งเป็นแกนนำสุขภาพในชุมชน ทำให้มีการจัดทำโครงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพในภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น แต่ยังมี GAP ทำให้ ปี 2568 ได้เพิ่มโครงการส่งเสริมนักเรียนไทยยุคใหม่สุขภาพดี โครงการโภชนาการนักเรียน โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการเข้าร่วมโครงการสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง โดยใช้ทรัพยากรจากธรรมชาติในพื้นที่ เช่น ชายหาด บ่อน้ำร้อนและใช้เทคโนโลยี นวัตกรรมใหม่ ๆ รวมทั้งแนวคิดการมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาพดีและมีคุณภาพ (Longevity) มาใช้ในส่วนของผลลัพธ์จากการดำเนินงานโครงการแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จอย่างชัดเจนในหลายด้าน ทั้งในเชิงสุขภาพประชาชนและผลกระทบทางเศรษฐกิจสุขภาพ ได้แก่ การมี Role Model ที่สามารถลดน้ำหนัก ลดรอบเอวได้ ร้อยละ 90 (กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย 30 คน ลดน้ำหนักและรอบเอวได้ 27 คน) อีกทั้งกลุ่มเสี่ยงภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM) ที่เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยลดลง ร้อยละ 33.9 (เปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre-DM ปี 2566 ร้อยละ 1.92 และปี 2568 ร้อยละ 1.27) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันและการดูแลสุขภาพในชุมชน ในด้านการควบคุมโรคผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C < ร้อยละ 7) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37 เป็นร้อยละ 43 และ 49 ตามลำดับ (ปี 2566 - 2568) และในกลุ่มที่ควบคุมได้ดีมาก (HbA1c < ร้อยละ 6.5) ก็เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.7 เป็นร้อยละ 68 (ปี 2567 - 2568) ซึ่งเป็นสัญญาณบวกของการป้องกันควบคุมโรคจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ ยังเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงสิ่งแวดล้อมและสังคม โดยมีการพัฒนาสภาพแวดล้อมสุขภาพให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตที่ดี เช่น การจัดตั้งโครงการ “บ้านสวย สุขภาพดี มีสุข” การปรับเมนูอาหารในร้านค้าและโรงเรียนให้มีความเหมาะสม ลดเค็ม มัน และหวาน รวมถึงการจัดตั้ง “ศูนย์คนไทยห่างไกล NCD” และชมรมสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในด้านเศรษฐกิจสุขภาพ ผลจากการดำเนินงานยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและค่ายารักษาโรค ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น ควบคู่ไปกับการลดภาระต่อระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศ



กิจกรรมและนวัตกรรมสำคัญ

จากการดำเนินงานสะท้อนให้เห็นถึงความคิดสร้างสรรค์และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเกิดนวัตกรรมที่โดดเด่นคือ

- 1) **ด้านการประเมินสุขภาพ:** “สายวัดกายจนา” ซึ่งเป็นเครื่องมือง่าย ๆ ราคาถูกที่ช่วยติดตาม ประเมินผลสุขภาพ (รอบเอว) ด้วยตนเอง ช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและนำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพได้
- 2) **ด้านโภชนาการปรับสูตรอาหาร:** ชุมชนได้พัฒนาอาหารสุขภาพต้นแบบหลากหลายชนิด เช่น “ปลาเส้นสุขภาพ” “น้ำพริกปลาสมุนไพร” และ “ผงบัวผักไชยา” ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ทั้งอร่อยและดีต่อสุขภาพ พร้อมสามารถต่อยอดเป็นสินค้าเศรษฐกิจชุมชนได้ในอนาคต
- 3) **ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม:** โครงการ “บ้านสวย สุขภาพดี มีสุข” ส่งเสริมให้ครัวเรือนปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและโภชนาการให้เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดี และ “โครงการปลูกผักปลอดสารพิษ” ซึ่งช่วยสร้างแหล่งอาหารสุขภาพในครัวเรือนลดรายจ่าย และส่งเสริมการบริโภคผักปลอดสารพิษ
- 4) **ด้านการบริการสุขภาพ:** การจัดตั้ง “คลินิก DPAC” และ “คลินิก NCD” ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและติดตามกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยเป็นรายกรณี เพื่อให้การดูแลสุขภาพเป็นระบบและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น
- 5) **ด้านพัฒนาองค์ความรู้วิชาการ:** วิจัยพฤติกรรมบริโภคเค็ม พบว่า ร้อยละ 80 ของคนในพื้นที่บริโภคเค็มมาก จึงนำข้อมูลไปสู่การจัดกิจกรรม “การรณรงค์ลดการบริโภคเค็ม ลดโรค” และการค้นหาแนวทางที่เหมาะสม ในการปรับพฤติกรรมบริโภคและสร้างแบบอย่างชุมชนสุขภาพดีอย่างยั่งยืน



ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จ

จากการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม พบว่าหลักการสำคัญตามแนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ ต่างมีความเชื่อมโยงและเสริมพลังกัน จนเกิดผลลัพธ์ที่นำไปสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งและยั่งยืน สำหรับปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จ คือ

- 1) **การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและกำหนดบทบาทในการดำเนินงานชัดเจน** ซึ่งถือเป็นหัวใจของการดำเนินงานสุขภาพชุมชน สำหรับการดำเนินงานตามแผนฯ เกิดความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น อสม. สถานศึกษา วัด ครอบครัว สมัชชาจังหวัดสุราษฎร์ธานี เทศบาลตำบลพุมเรียง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น ทำให้แผนงาน/โครงการขยายผลและเป็นต้นแบบในการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน
- 2) **การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน** ความสำเร็จของพื้นที่ไม่ได้เกิดจากการทำงานของฝ่ายใด ฝ่ายหนึ่งแต่เป็นผลจากการผสมผสานองค์ความรู้ ทรัพยากร และภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับกระบวนการทางวิชาการ ตัวอย่างเช่น นวัตกรรม “สายวัดกายจนา” ที่เกิดจากชุมชนเอง เป็นการนำสิ่งที่คุ้นเคยในท้องถิ่นมาพัฒนาให้เป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและใช้งานได้จริง สะท้อนถึงการบูรณาการอย่างเหมาะสมระหว่างความรู้พื้นบ้านและแนวทางมาตรฐานทางสาธารณสุข
- 3) **ผู้นำ (ตัวจริง) ในการทำงานในพื้นที่เกาะติดและมีความมุ่งมั่น พร้อมทั้งผู้บริหารให้การสนับสนุน** ความสำเร็จของงานไม่ได้หยุดอยู่เพียงโครงการจบหรือเสร็จกิจกรรมโครงการ แต่เกิดจากการพิจารณา วิเคราะห์ข้อมูล ตั้งเป้าหมาย วางแผน กำกับติดตาม ประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (PDCA) โดยเฉพาะการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ จะไม่เห็นผลลัพธ์ (Outcome, Impact) ที่ได้อย่างรวดเร็ว แต่ต้องมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผู้นำ/ทีมงานที่เกาะติดต้องทำงานด้วยความตั้งใจ มีความตั้งใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ เมื่อเห็นผลลัพธ์ระยะสั้น (Output) จะเกิดความภาคภูมิใจ เกิดแรงบันดาลใจในการทำงานต่อเนื่อง โดยการสานพลังจากทุกภาคส่วน สุดท้ายจึงจะเกิดความยั่งยืนในพื้นที่
- 4) **การสื่อสารกับทีมงาน เครือข่าย รวมถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ** ถือเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่ง เพราะช่วยเสริมสร้างการมีส่วนร่วมให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น ทำให้ทีมงานและประชาชนในพื้นที่รู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา เข้าใจสถานการณ์ และพร้อมที่จะร่วมกันคิด แก้ไข และพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน

5) การวางแผนและติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้ข้อมูลจริงในระดับพื้นที่ มีการกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายร่วมกัน ทำให้เกิดออกแบบกิจกรรมป้องกันที่เหมาะสมในแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ไปจนถึงระดับชุมชน และเกิดการป้องกันที่เป็นธรรมชาติ มีความครอบคลุมทั้งเชิงรุกและเชิงรับตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเท่าเทียม ช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ และสร้างความมั่นใจว่าทุกคนในชุมชนได้รับโอกาสดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง



ปัญหาและข้อเสนอแนะ

1) การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้การติดตามผลและการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพขาดความต่อเนื่อง จึงควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพร่วมที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นปัจจุบัน

2) บุคลากรสาธารณสุขยังมีภาระงานจำนวนมาก และหลากหลายไม่เฉพาะงาน NCD ส่งผลต่อความต่อเนื่องของกิจกรรมในพื้นที่ ทำให้ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม หากไม่มีบุคลากรและเครื่องมือที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันที่มีประสิทธิภาพ จะไม่สามารถแก้ปัญหา จึงควรเสริมกำลังการพัฒนาอาสาสมัครและพี่เลี้ยงสุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพในการช่วยดูแลและติดตามกลุ่มเป้าหมายได้อย่างใกล้ชิด รวมทั้งการเพิ่มบุคลากรที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันโรคในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่

- พยาบาลหรือผู้จัดการระบบป้องกันโรค NCD ที่มีความรู้เชิงลึกและสามารถจัดการเชิงระบบ

• นักวิทยาศาสตร์การกีฬาที่มีความเชี่ยวชาญในการออกแบบการออกกำลังกายเพื่อจัดการด้านกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมรายบุคคลในประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มโรคอ้วน โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มักมีข้อจำกัดในเรื่องความรู้การออกกำลังกาย

• นักกำหนดอาหารหรือนักวิทยาศาสตร์ด้านอาหารเพื่อสนับสนุนการจัดการด้านอาหารที่ลดเสี่ยงทั้งรายบุคคลและชุมชน

• นักกิจกรรมบำบัดสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์และสนุกสนานทำให้เกิดแรงจูงใจของการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

การเพิ่มโครงสร้างและจัดสรรบุคลากรให้ รพ.สต. อย่างเหมาะสม เพื่อจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ซึ่งเป็นภัยสุขภาพหลักของประชาชน ถือเป็นลงทุนที่สำคัญเพราะเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด หากงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จ จะช่วยลดปัญหา NCD ลดภาระงาน และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

3) ทรัพยากรสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีจำกัด (งบประมาณและเครื่องมือ) ทำให้หลายโครงการไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ จึงควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อบริหารจัดการโครงการหรือจัดหาเครื่องมือที่จำเป็น โดยเฉพาะเครื่องมือ/อุปกรณ์ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เครื่องวัดมวลกล้ามเนื้อ ไขมันในช่องท้อง และระดับการอักเสบของหลอดเลือด เป็นต้น เนื่องจากจะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักรู้ และเห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมจากการปรับพฤติกรรม สร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

4) ความตระหนักต่อการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน เนื่องจากโรคไม่ติดต่อมีระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนาน ประชาชนและกลุ่มเป้าหมายบางส่วนยังขาดการตระหนักรู้ถึงความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการ โดยมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับประเด็นของเสถียรภาพทางเศรษฐกิจในครัวเรือนเป็นลำดับแรก การเปลี่ยนแปลงกรอบความคิดของประชาชนจึงเป็นกระบวนการที่ทำหายและต้องใช้เวลา ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะให้เสริมสร้างกลยุทธสื่อสารความเสี่ยงเพื่อยกระดับความตระหนักรู้และการรับรู้ความเสี่ยงของประชาชน เพิ่มการใช้กลไกภาครัฐสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมและป้องกันโรค NCD หรือการออกกฎ/ระเบียบ/มาตรการชุมชน จากความร่วมมือของชุมชน เช่น การลดภาษีในกลุ่มสุขภาพดี จ่ายคนละครึ่งในกลุ่มที่มีการคัดกรองโรคพื้นฐาน กิจกรรมลดน้ำหนัก แลกแต้ม แลกของใช้ เป็นต้น เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนเชิงบวกในการดูแลสุขภาพของประชาชนและเพิ่มการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เป็นรูปธรรม และหากมีการดำเนินงานที่เพิ่มความเข้มข้นและต่อเนื่อง คาดว่าจะช่วยในการลดภาระของระบบสาธารณสุข ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว ชุมชน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย

5) **ความครอบคลุมของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ** ควรขยายผลการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จไปยังตำบลอื่นในอำเภอไชยา เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงได้รับประโยชน์จากแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน สรุปรวมของ รพ.สต. พุมเรียง การขับเคลื่อน NCDs Ecosystem ตำบลพุมเรียง เป็นตัวอย่างความสำเร็จของการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ข้อมูลจริงจากพื้นที่และนวัตกรรมชุมชนเป็นเครื่องมือหลัก ทำให้สามารถ “พลิกสถานการณ์โรคเบาหวาน” จากแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ให้ลดลงได้ถึงร้อยละ 33.9 ในปี 2568 พร้อมยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และสร้างต้นแบบ “ชุมชนสุขภาพดีอย่างยั่งยืน” ให้กับจังหวัดสุราษฎร์ธานี



สรุปภาพรวมของ อบจ. สุราษฎร์ธานี

อบจ. สุราษฎร์ธานี โดยคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กองสาธารณสุข สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จัดประชุมเพื่อถอดบทเรียนแต่ละโซน พร้อมทั้งสรุปผลการถอดบทเรียนในการประชุม ผอ.รพ.สต. ประจำเดือนตุลาคม 2568 พบว่า แต่ละโซนมีจุดเด่น ดังนี้

โซนเหนือ เช่น อำเภอไชยา รพ.สต.พุมเรียง การจัดทำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม NCDs Remission และ NCDs Ecosystem โดยการพัฒนากระบวนการดูแลและป้องกันโรคเบาหวานในยุคดิจิทัล ในกรณีศึกษา รพ.สต.พุมเรียง เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคเบาหวาน ทำได้โดยการคัดกรองและการระบุกลุ่มเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะ ให้ผู้ป่วยที่สามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น (DSMES) การดูแลแบบองค์รวมและสหวิชาชีพ การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น ผลการดำเนินงานสามารถลดอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ ในปี 2567 คือร้อยละ 2.41 เป็น 1.27 ในปี 2568 และผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้ดี (HbA1c < 7%) ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมีแนวโน้มดีขึ้น

โซนตะวันออก เช่น อำเภอกาญจนดิษฐ์ รพ.สต.กรูด มีผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบ จำนวน 566 คน และได้เข้าร่วม Remission Clinic ตามแนวคิด DM TEAM จำนวน 136 ราย หลังจากดำเนินงาน Remission Clinic พบว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 13.97) ปรับลดยาได้ จำนวน 93 ราย (ร้อยละ 68.38) และอยู่ในระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 17.65) และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 270 ราย ร้อยละ 46.07 และยังเป็นศูนย์การเรียนรู้ในการให้บริการระดับปฐมภูมิ เรื่องการจัดการบริการ Remission clinic ของเขตสุขภาพที่ 1 และ 12

โซนตะวันตก เช่น อำเภอบ้านตาขุน รพ.สต.เขาพัง การจัดทำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม NCDs Remission และ NCDs Ecosystem

โซนกลาง เช่น อำเภอพุนพิน รพ.สต.ศรีวิชัย มีนวัตกรรมการคืนข้อมูลให้กับผู้รับบริการ โดยใช้ “เช็ทสุขภาพ” ซึ่งใช้แนวคิดสีจางจร (เขียว - เหลือง - แดง) เพื่อสื่อสารระดับความเสี่ยงสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าใจง่าย กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ดึงดูด และสร้างแรงจูงใจให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงลดลงจากปีที่ผ่านมา คือ มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปี 2566 จำนวน 17 ราย และปี 2567 พบจำนวน 13 ราย แสดงว่ามีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงร้อยละ 23.53 และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปี 2567 จำนวน 13 ราย และปี 2568 พบจำนวน 11 ราย แสดงว่ามีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงร้อยละ 15.38 และสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ปี 2566 จำนวน 509 ราย และปี 2567 มีจำนวน 440 ราย แสดงว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงร้อยละ 86.44 และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ปี 2567 จำนวน 449 ราย และปี 2568 จำนวน 350 ราย แสดงว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงร้อยละ 70.14 ข้อมูลจาก HDC (ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2568)

โซนใต้ เช่น อำเภอบ้านนาสาร ซึ่งเป็น รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนภารกิจทั้งอำเภอ พบว่า รพ.สต. บ้านยางอุง มีผลการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ปี 2568 ร้อยละ 87.35 และ 86.78 ตามลำดับ (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 22 ตุลาคม 2568) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้



สรุปปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานภาพรวมของ อบจ. สุราษฎร์ธานี

ปัญหาด้านข้อมูลและระบบติดตาม ปัญหาด้านบุคลากรและทีมงาน ปัญหาด้านประชาชน และกลุ่มเป้าหมาย ปัญหาด้านทรัพยากรและเครื่องมือ และปัญหาเชิงบริหารจัดการ ซึ่งมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลประชากร และการติดตามผลแบบ real-time ให้เป็นปัจจุบัน จัดอบรมเพิ่มศักยภาพให้แก่ อสม. และเจ้าหน้าที่ด้านการใช้เครื่องมือ และเทคนิคการสื่อสาร วางแผนกระจายบุคลากรและอุปกรณ์ให้เหมาะสมตามพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่เป้าหมาย สร้างกิจกรรมรณรงค์และให้ความรู้ประชาชนเพื่อเพิ่มการยอมรับและลดความกลัว กำหนดแผนงานและเป้าหมายให้ชัดเจน พร้อมกลไกติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ และเพิ่มงบประมาณสนับสนุนการจัดการเครื่องมือ เวชภัณฑ์ และกิจกรรมกระตุ้นการมีส่วนร่วม และทำแบบคัดกรองความเสี่ยงเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง อายุ 35 - 59 ปี พร้อมทั้งเชิมนสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง รพ.สต. ส่งกักต่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี และกองสาธารณสุขมีการวางแผนติดตามการดำเนินงานโดยมีการลงพื้นที่เพื่อซักซ้อมแนวทางการดำเนินงานในกรณีที่เกิดการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้น้อยกว่าเป้าหมาย เพื่อหาปัญหาที่แท้จริงร่วมกับหาแนวทางการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ และส่งคืนข้อมูลผลการดำเนินการทุกไตรมาสในเวทีประชุม ผอ.รพ.สต. ประจำเดือน เวทีประชุมกลุ่มการพยาบาลทุกไตรมาส และขยายผลการดำเนินงานที่เป็นจุดเด่นของแต่ละที่เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการดำเนินงานพื้นที่ ซึ่งจะมีทีมผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานีเข้าร่วมประชุม หรือในไลน์กลุ่ม ผอ.รพ.สต. และในเฟซบุ๊ก กองสาธารณสุข





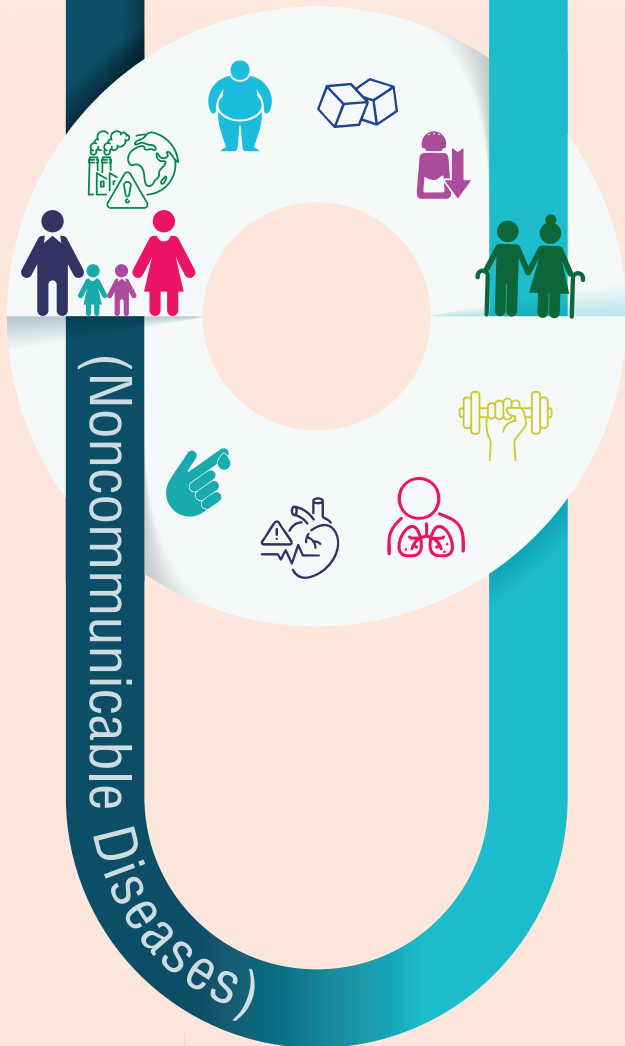
เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. WHO Fact sheets [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Noncommunicable diseases. WHO SEARO Health topics [Internet]. [cited 2025 Sep 23]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/noncommunicable-diseases>.
3. Goh R. S. J., Chong B., Jayabaskaran J., Jauhari S. M., Chan S. P., Kueh M. T. W., et al. The burden of cardiovascular disease in Asia from 2025 to 2050: a forecast analysis for East Asia, South Asia, South-East Asia, Central Asia, and high-income Asia Pacific regions. The Lancet Regional Health - Western Pacific. 2024;49.
4. WHO U., UNIATE. เหตุผลที่สนับสนุนการลงทุนในมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย 2562.
5. Srivanichakorn S. Morbidity and mortality situation of noncommunicable diseases: type 2 diabetes and cardiovascular diseases in Thailand, 2010 - 2014. Disease Control Journal. 2017;43:379-90.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570) ครั้งที่ 1/2568. การประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผน NCDs ครั้งที่ 1/2568; 16 มิ.ย. 2568; นนทบุรี ประเทศไทย: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
7. วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว, กนิษฐา ไทยกล้า, หทัยชนก พรรดเจริญ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
8. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
9. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
10. เรืองฤดี ปธานวนิช, วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567 - 2568). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568. Report No.: 978-616-622-066-7.
11. เรืองฤดี ปธานวนิช. ผลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของคนไทย: แนวโน้มและข้อเสนอเชิงนโยบาย (จาก NHES ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2568.

12. โครงการเสริมสร้างศักยภาพการศึกษาชั้นนี้ภาวะโรคแห่งประเทศไทย. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2565. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2022. Report No.: 978-616-8019-34-4.
13. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2566. Report No.: 978-616-8019-30-6.
14. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, แผนงานพัฒนาดัชนีภาวะโรคแห่งประเทศไทย. การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Years: DALYs รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: บริษัท แอนดี เพรส จำกัด; 2023.
15. World Health Organization, Ministry of Public Health. NCD investment case: Thailand (Thai version). Bangkok: WHO Thailand; 2022.
16. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ประมาณการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2018.
17. World Health Organization United Nations Interagency Task Force on the Prevention Control of Noncommunicable Diseases. เหตุผลที่สนับสนุนการลงทุนในมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก ประเทศไทย; 2019.
18. Balasundaram P., Daley S. F. Public Health Considerations Regarding Obesity. StatPearls [Internet]. 2025 [cited 2025 OCT 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572122/>.
19. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2024. World Obesity Atlas [Internet]. 2024 [cited 2025 OCT 3]. Available from: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>.
20. Emmerich S. D., Fryar C. D., Stierman B., Ogden C. L. Obesity and severe obesity prevalence in adults: United States, August 2021–August 2023. NCHS Data Brief [Internet]. 2024. Available from: <https://dx.doi.org/10.15620/cdc/159281>.
21. ไพบูลย์ พิทยาเจริญนันต์, รักมณี บุตรชน, จอมขวัญ โยธาสุมุท, วิชัย เอกพลากร, ยศ ตีระพัฒนานันท์, เนติ สุขสมบูรณ์, et al. ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2011;5(3):287-98.
22. World Health Organization. Thailand’s leadership in the fight against obesity: Changing the system for healthier lives. WHO Thailand Feature Stories [Internet]. 2025 [cited 2025 OCT 3]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailand-s-leadership-in-the-fight-against-obesity>.
23. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2567.
24. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ปัจจัยกำหนดสุขภาพ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568 [Available from: <https://old.nationalhealth.or.th/th/node/4952>].

25. University of Minnesota Extension, university of Minnesota Center for Leadership Education in Maternal and Child Public Health, University of Minnesota Children, Youth and Family Consortium, University of Minnesota Office of Human Resources, Minnesota Department of Health, et al. Mental Health and Well-being:A Socio-Ecological Model: A Socio-Ecological Model [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 25]. Available from: <https://z.umn.edu/mhecomodel>.
26. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health. 1987:16-7.
27. Booske B. C., Athens J. K., Kindig D. A., Park H., Remington P. L. Different Perspectives for Assigning Weights to Determinants of Health. Working Paper. University of Wisconsin Population Health Institute; 2010.
28. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวิณิชากร, เกษม เวชสุทรานนท์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.

NCDs



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่



คำสั่งกรมควบคุมโรค
ที่ ๑๘๖๘ /๒๕๖๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ด้วยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ซึ่งแผนนี้ถือเป็นแนวทางการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อระดับประเทศ โดยมีเป้าหมายคือลดตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดตอลงร้อยละ ๒๕ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ ทั้งนี้ ภายใต้แผนปฏิบัติการฯ ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ สร้างระบบนิเวศ (NCD Ecosystem) ที่เอื้อต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย กองโรคไม่ติดต่อเล็งเห็นถึงความสำคัญของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่และมีความใกล้ชิดกับประชาชนในแต่ละบริบทเป็นอย่างดี จึงได้พัฒนาแนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรในระดับพื้นที่ใช้เป็นเครื่องมือและแนวทางในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะการสร้างระบบนิเวศ (NCD Ecosystem) ที่เอื้อต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ กรมควบคุมโรค จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|--|------------------|
| ๑.๑ | นายกฤษฏา หาญบรรเจิด ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | ประธานคณะกรรมการ |
| ๑.๒ | นายวิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน | คณะกรรมการ |
| ๑.๓ | นางสาวเพ็ญ สุขมาก ผู้อำนวยการสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | คณะกรรมการ |
| ๑.๔ | ผู้อำนวยการสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) หรือผู้แทน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ | คณะกรรมการ |
| ๑.๕ | นายชานนท์ วงษ์พจน์ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | คณะกรรมการ |
| ๑.๖ | นางสาวสุจิตรา ดาวเรือง ผู้อำนวยการกลุ่มงานป้องกันโรค กองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | คณะกรรมการ |

๑.๗ นายสุพจน์...

- ๒ -

- | | |
|---|----------|
| ๑.๗ นายสุพจน์ ชดช้อย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (ระดับกลาง) องค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ | คณะทำงาน |
| ๑.๘ นางปานัสสนา สายเกียรติวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน | คณะทำงาน |
| ๑.๙ นางจุณี คงทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน | คณะทำงาน |
| ๑.๑๐ นางนภัก เวทยายงค์ รักษาการพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุมเรียง | คณะทำงาน |
| ๑.๑๑ นางชนัญฉัตร กำดี นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี | คณะทำงาน |
| ๑.๑๒ นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๓ นายกรฤทธิ ชุมบุรีรักษ์ ผู้เชี่ยวชาญ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๔ นางนันทิยา ลีวลักษณ์ ผู้อำนวยการ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๕ นางสาวอรทัย วลีวงศ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะทำงาน |
| ๑.๑๖ นางเนือทิพย์ หมุ่มมาก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี | คณะทำงาน |
| ๑.๑๗ นางสาววิภาวี แก้วจอมแพง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก | คณะทำงาน |
| ๑.๑๘ นางสาวสุธาทิพย์ ภัทธกุลวณิชย์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | คณะทำงาน |
| ๑.๑๙ นายอรรถกร บุตรชุมแสง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | คณะทำงาน |
| ๑.๒๐ นางสาวณัฐธิดา ช่วยเมือง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | คณะทำงาน |

๑.๒๑ นางนิตยา...

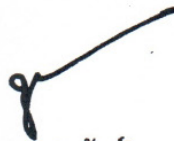
- ๓ -

- | | |
|---|-----------------------------------|
| ๑.๒๑ นางนิตยา พันธุ์เวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | คณะกรรมการ และเลขานุการ |
| ๑.๒๒ นายทัชชา มานตา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | คณะกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๒๓ นายณัฐพล พงษ์วิเศษ นักวิชาการสาธารณสุข กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | คณะกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ |

๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ จัดทำกรอบเนื้อหาแนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่
 - ๒.๒ รวบรวมข้อมูลและสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - ๒.๓ ร่วมพิจารณาให้ข้อเสนอแนะ เนื้อหาร่างแนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่
 - ๒.๔ ส่งร่างแนวทางการจัดการระบบนิเวศในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) สำหรับบุคลากรระดับพื้นที่ เพื่อขอรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์กรมควบคุมโรค
- ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายนิติ เหตานุรักษ์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมควบคุมโรค

ภาคผนวก V

สาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570)

วัตถุประสงค์

เพื่อเสนอแนวทางให้ทุกภาคส่วนนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย การวางแผนและทิศทางการดำเนินงานติดตามและกำกับดูแลการดำเนินงาน ประเมินผลความสำเร็จของงาน โดยคำนึงถึงปัจจัยสนับสนุน การทำงานที่สำคัญที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานอย่างสร้างสรรค์และเป็นระบบจากทุกภาคส่วน ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรค NCDs ทั้งในมิติเฝ้าระวัง สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และยกระดับการมีสุขภาพที่ดีของประชากรไทย

วิสัยทัศน์

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความร่วมมือของทุกภาคส่วน สนับสนุนให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองให้พ้นจากโรค NCDs ที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน ภายในปี พ.ศ. 2570

คำนิยาม

“ประชาชน” หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

“ยั่งยืน” หมายถึง มีความต่อเนื่องของระบบกระบวนการและการจัดการป้องกันควบคุมโรค NCDs ของประชาชนและภาคีเครือข่าย

“จัดการสุขภาพตนเอง” หมายถึง ความสามารถของประชาชนในการดูแลตนเอง และจัดการปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการเพิ่มความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพ โดยเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน

“โรค NCDs” หมายถึง โรคไม่ติดต่อ 5 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และสุขภาพจิต ที่สามารถป้องกันได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (มีน้ำตาลสูง ไขมันสูง โซเดียมสูง และ/หรือปริมาณเกินความต้องการของร่างกาย) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่/ยาสูบ และการได้รับมลพิษทางอากาศ

เป้าประสงค์

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570) มีเป้าประสงค์ให้ประเทศไทยโดยทุกภาคส่วนมีการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งในการคุ้มครอง ป้องกัน ควบคุมโรค NCDs อย่างเป็นธรรม เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองให้พ้นจากโรค NCDs ที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน ส่งผลให้ “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชนจากโรค NCDs ลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2570 (เทียบจากปี พ.ศ. 2553)”

พันธกิจ

สร้างความเข้มแข็งของประเทศไทยในการคุ้มครอง ป้องกัน ควบคุมโรค NCDs อย่างเป็นธรรม ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 1 พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ กฎหมาย มาตรการ และดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนได้รับความคุ้มครอง และการป้องกันควบคุมโรค NCDs
- 2 สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพด้วยตนเอง
- 3 สร้างระบบนิเวศ เพื่อป้องกันและควบคุมโรค NCDs

- 4 พัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพ เน้นการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ ที่บูรณาการกับการบริการรักษาให้มีประสิทธิภาพและยืดหยุ่น
- 5 พัฒนาระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ ให้กับทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรค NCDs

คำนิยามหลัก

คุณค่าหลักในการดำเนินงานร่วมกัน (shared value) ในการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ของประเทศไทย ประกอบด้วย 4 คุณค่า “N-C-D-S”

- N Networking - เครือข่าย**

หมายถึง กลุ่มภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่มีความสนใจในประเด็นโรค NCDs มาแลกเปลี่ยนข้อมูล/ข่าวสาร หรือมีการดำเนินงานร่วมกันและมุ่งช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570)
- C Cooperation, Coordination, Collaboration - ความร่วมมือ ประสานงาน การทำงานร่วมกัน**

หมายถึง การทำงานร่วมกันโดยมีการประสานความร่วมมือของเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรค NCDs
- D Deployment, Development - การนำไปใช้ และการพัฒนา**

หมายถึง การถ่ายทอดแผนในการป้องกันควบคุมโรค NCDs สู่การปฏิบัติ รวมทั้งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น
- S Smart - ความชาญฉลาด**

หมายถึง ระบบการทำงาน และวิธีการทำงานที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และใช้เทคโนโลยี/นวัตกรรมที่ทันสมัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

ตัวชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมาย

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย |
|--|--------------|
| 1 การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอายุ 30 - 69 ปี จากโรค NCDs (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง) ลดลงร้อยละ 25 | ร้อยละ 11.07 |
| 2 ความชุกความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ลดลงร้อยละ 25 | ร้อยละ 16.95 |
| 3 ความชุกเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้น | ร้อยละ 7.3 |
| 4 ความชุกโรคอ้วนในประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้น | ร้อยละ 36.2 |

หมายเหตุ : 1) ตัวชี้วัด 1 - 4 เป้าหมายเทียบกับปีอ้างอิง (พ.ศ. 2552 หรือ 2553) ให้สอดคล้องกับเป้าหมายลดโรคไม่ติดต่อดระดับโลก
2) ตัวชี้วัดตาม 9 เป้าหมายโลกอื่น ๆ และตัวชี้วัดสุขภาพจิต ยังคงมีการติดตามภายใต้แผนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570) ประกอบไปด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 บูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วนในการจัดการโรค NCDs (Smart NCD Network)
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (NCD Health Literacy) ความตระหนักรู้ รู้เท่าทัน และค่านิยมในการป้องกันควบคุมโรค NCDs ของคนในชาติ
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างระบบนิเวศ (NCD Ecosystem) ที่เอื้อต่อการจัดการโรค NCDs ของประเทศ

ภาคผนวก ก

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างระบบนิเวศ (NCD Ecosystem) ที่เอื้อต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570)

ยุทธศาสตร์ที่ 3

สร้างระบบนิเวศ (NCD Ecosystem)
ที่เอื้อต่อการจัดการโรค NCDs ของประเทศ

4 เป้าหมายย่อย 6 ตัวชี้วัด

เป้าประสงค์

ปฏิรูปโครงสร้างพื้นฐานในระบบนิเวศของประเทศไทยที่เอื้อต่อการลดความเสี่ยงและการจัดการโรค NCDs

คำนิยาม

“ระบบนิเวศ” หมายถึง นโยบาย กฎหมาย สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตน แบ่งเป็นระบบนิเวศที่มีผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพปัญญา หมายรวมถึงรวมทั้งโครงสร้างเชิงระบบ 7 ด้าน ได้แก่

- (1) ด้านบริการสาธารณสุข (health service system) และข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- (2) ด้านการเงินการคลัง (รวมภาษี) และเศรษฐกิจ
- (3) ด้านการศึกษา
- (4) ด้านวัฒนธรรม กีฬา แรงงาน และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
- (5) ด้านสื่อสารมวลชนเทคโนโลยีสารสนเทศ
- (6) ด้านการเมือง
- (7) ด้านสวัสดิการและสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 3

NCD Ecosystem

เป้าประสงค์ย่อยที่ 3.1 ประชาชนเข้าถึงระบบนิเวศและข้อมูลที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย

| ตัวชี้วัด | หน่วยนับ | ค่าเป้าหมาย | | | | |
|--|----------|-------------|------|------|------|------|
| | | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 |
| 3.1 ร้อยละของประชาชนตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไปเข้าถึงระบบนิเวศที่สร้างเสริมสุขภาพที่เอื้อต่อการจัดการโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยง | ร้อยละ | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 |

กลยุทธ์

พัฒนาระบบบริหารจัดการโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเพิ่มทรัพยากรและการลงทุนด้านโรค NCDs

แนวทางการดำเนินงาน

- 1 บูรณาการการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารชุมชน หมู่บ้านใน 5 ประเด็นปัจจัยเสี่ยง (ยาสูบ แอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย และ PM 2.5) และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนและเครือข่าย
- 2 เสริมสร้างกลไกการมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคม
- 3 พัฒนาเครื่องมือ นโยบาย กฎหมาย ระเบียบ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้าง และการเข้าถึงระบบนิเวศที่เอื้อต่อการลดโรค NCDs
- 4 สนับสนุนการจัดโครงการค่ายการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ด้อยโอกาสและคนยากจนให้สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานของภาครัฐ และสินค้าที่ดีต่อสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3

NCD Ecosystem

เป้าประสงค์ย่อยที่ 3.2 มีการปฏิรูปโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อโรค NCDs และการดำเนินงานจัดการโรค NCDs

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย

| ตัวชี้วัด | หน่วยนับ | ค่าเป้าหมาย | | | | |
|---|----------------|-------------|------|------|------|------|
| | | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 |
| 3.2 จำนวนระบบ/โครงสร้างที่มีการพัฒนาต่อยอดจากการปฏิรูปประเทศ และมีผลกระทบเชิงบวกเพื่อสร้างความเข้มแข็งต่อการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรค NCDs | ด้านละ (สะสม) | 1 | 3 | 7 | 7 | 7 |
| 3.3 จำนวนมาตรการใหม่ที่เอื้อต่อการจัดการโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยง | มาตรการ (สะสม) | 2 | 4 | 6 | 8 | 9 |

กลยุทธ์

พัฒนา ต่อยอด และจัดโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) รูปแบบใหม่รองรับงาน NCDs ทั่วประเทศ ให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงและการดำเนินงานจัดการโรค NCDs

แนวทางการดำเนินงาน

1

บูรณาการปฏิรูปประเทศทุกด้านที่เกี่ยวข้อง เพื่อการแลกเปลี่ยนและร่วมดำเนินการ

1.1 ด้านบริการสาธารณสุข (health service system) และข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information system) อาทิ พัฒนาแนวทางบริการโดยการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) มาใช้เปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ชีวิตของประชาชน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (DM remission)

1.2 ด้านการเงินการคลัง (รวมภาษี) และเศรษฐกิจ อาทิ ส่งเสริมและยกระดับสหกรณ์และวิสาหกิจเพื่อสังคมในพื้นที่/ระบบภาษีสรรพสามิตเพื่อสุขภาพ โดยจัดทำมาตรการทางภาษี และราคาของผลิตภัณฑ์ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงผลิตภัณฑ์และบริการที่ดีต่อสุขภาพ และควบคุมผลิตภัณฑ์และบริการที่มีผลเสียหรืออันตรายต่อสุขภาพ

1.3 ด้านการศึกษา อาทิ พัฒนาการศึกษา การเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้และสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs ให้กับผู้เรียน

1.4 ด้านวัฒนธรรม กีฬา แรงงาน และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ อาทิ ส่งเสริมให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการสร้างวิถีชีวิตทางกีฬา ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อมวลชน/สนับสนุนการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ เพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน

1.5 ด้านสื่อสารมวลชน เทคโนโลยีสารสนเทศ อาทิ กำกับดูแลสื่อออนไลน์ และการยกระดับการรู้เท่าทันสื่อให้กับประชาชน

1.6 ด้านการเมือง อาทิ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบายสาธารณะทุกระดับ

1.7 ด้านสวัสดิการและสังคม อาทิ จัดให้มีฐานข้อมูลทางสังคม และคลังความรู้ระดับพื้นที่ส่งเสริมการศึกษาวิจัย และการติดตามประเมินผลกระทบการพัฒนา นโยบายสาธารณะ/มาตรการในการสร้างปัจจัยเอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นช่องว่าง

ยุทธศาสตร์ที่ 3

NCD Ecosystem

เป้าประสงค์ย่อยที่ 3.3 มีกลไกเชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินงานปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการปัจจัยแวดล้อมของโรค NCDs ทุกกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย

| ตัวชี้วัด | หน่วยนับ | ค่าเป้าหมาย | | | | |
|---|----------------|-------------|------|------|------|------|
| | | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 |
| 3.4 ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาฐานข้อมูลระบบนิเวศ | ระดับ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.5 จำนวนโครงการต่อยอดจากการปฏิรูปประเทศในทุกด้าน เพื่อสร้างความเข้มแข็งต่อการดำเนินงานโรค NCDs | โครงการ (สะสม) | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |

กลยุทธ์

ส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศ การเผยแพร่บน Platform ต่างๆ เพื่อลดอัตราการเกิดโรค NCDs

แนวทางการดำเนินงาน

- 1 พัฒนากลไกและระบบข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสำหรับการบริหารการพัฒนา ระบบบริการสร้างเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค NCDs รวมถึงการติดตามประเมินผลเชิงนโยบาย
- 2 บูรณาการแหล่งข้อมูลระบบนิเวศที่เอื้อต่อการลดโรค NCDs เพื่อการตัดสินใจ
- 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- 4 นำเทคโนโลยีมาปรับปรุงการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 5 พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ และการปรับสิ่งแวดล้อมโดยใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม เช่น Application, Telemedicine เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3

NCD Ecosystem

เป้าประสงค์ย่อยที่ 3.4 มีมาตรการปรับระบบนิเวศที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs ระดับองค์กร/หน่วยงาน

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย

| ตัวชี้วัด | หน่วยนับ | ค่าเป้าหมาย | | | | |
|--|----------|-------------|------|------|------|------|
| | | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 |
| 3.6 ร้อยละหน่วยงาน/องค์กรที่มีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs | ร้อยละ | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 |

กลยุทธ์

พัฒนาระบบบริหารจัดการโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเพิ่มทรัพยากรและการลงทุนด้านโรค NCDs

แนวทางการดำเนินงาน

- 1 ส่งเสริมให้มีนโยบายสาธารณะระดับองค์กร ชุมชน เช่น สถานที่ทำงานของรัฐ สถานประกอบการ สถานศึกษา ศาสนสถาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs อาทิ องค์กรสุขภาพดี (Healthy Workplace Policy) /ยกระดับมาตรฐานโรงแรม ร้านอาหาร ผู้ผลิตอาหาร ผู้จำหน่ายอาหารและบริการ
- 2 พัฒนากลไกสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs ในระดับองค์กร/ชุมชน
- 3 พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในการเฝ้าระวังทางสังคม เพื่อป้องกันและควบคุมโรค NCDs ในระดับองค์กร/ชุมชน
- 4 สนับสนุนการพัฒนารูปแบบ/นวัตกรรมในการสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการลดโรค NCDs ระดับองค์กร/ชุมชน
- 5 พัฒนาสมรรถนะหน่วยงานเครือข่ายที่มีหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมาย และดำเนินการตามมาตรการป้องกัน และควบคุมโรค NCDs

ภาคผนวก ง

ระบบนิเวศเพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ ตามมติสมัชชาสุขภาพสมัชชาเฉพาะประเด็นว่าด้วย การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย

เอกสารมติ

การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม

๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

เพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

รับทราบ ว่า โลกและประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤติ ความรุนแรงและปัญหาโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้คนไทยเสียชีวิต ภาระโรคไม่ติดต่อห้าโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพจิต เป็นผลมาจากห้าพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคอาหารหวานมันเค็มไม่เหมาะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ และปัญหามลพิษทางอากาศ

กังวลว่า ภาระโรคไม่ติดต่อเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศที่สำคัญของประเทศไทย จากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์มูลค่ามหาศาลจากผลิตภาพและศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ที่ลดลงจากความเจ็บป่วยของประชากรวัยทำงานและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

รับทราบ วาระการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป็นวาระทางการเมืองที่รับรองจากการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีนโยบาย ยุทธศาสตร์ และเป้าหมายระดับโลกที่ประเทศไทยได้รับนโยบายมาดำเนินการ รวมถึงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal: SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมาย SDG ๓.๔.๑ การส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคน ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลงหนึ่งในสาม

ตระหนักว่า ปัจจัยสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม การเข้าถึงสินค้าทำลายสุขภาพที่ง่ายและสะดวก (อาทิ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอาหารที่ผ่านกระบวนการอุตสาหกรรมแปรรูปขั้นสูง (ultra-processed food) รวมถึงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง) การเข้าถึงสินค้าบริโภคและบริการที่ติดต่อสุขภาพ (อาทิ สินค้าเกษตรผักผลไม้ปลอดภัย) สภาวะแวดล้อมทางกายภาพ (เช่น โครงสร้างถนนและทางเท้า สิ่งปลูกสร้าง) ที่ไม่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงหรือเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตการทำงานและการเดินทางในชุมชน การได้รับโฆษณาและกิจกรรมการตลาดสินค้าทำลายสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นปัจจัยคุกคามที่ส่งผลต่อภาระโรคไม่ติดต่อและสามารถเข้าไปจัดการแทรกแซงปรับสภาพได้

ตระหนักว่า การสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ สอดคล้องตามมาตรา ๕ ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ แผนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๘๐) ประเด็น ๑๓ (การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี) และ ประเด็น ๑๑ (การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต) และแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๘๐) ยุทธศาสตร์ที่ ๕ (การสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพกับทุกกลุ่มวัย) แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) และแผนระดับ ๓ อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กังวลว่า การเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ (aged society) ส่งผลต่อสัดส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ในประชากร การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพเศรษฐกิจและสังคม การขยายตัวของความเป็นเมือง ความก้าวหน้าเทคโนโลยี การเดินทาง การสื่อสาร การผลิตสินค้า ปัจจัยการค้ำกำหนดสุขภาพ (commercial determinants of health) ได้แก่ กระแสการค้าเสรีระหว่างประเทศที่เกิดขึ้นทั่วโลกและในประเทศไทย การค้าสมัยใหม่ (modern trade) ซึ่งส่งผลต่อห่วงโซ่การผลิต กระจายสินค้า การโฆษณาและการทำกิจกรรมการตลาด โดยเฉพาะสินค้าที่ไม่เหมาะสมทางโภชนาการหรือทำลายสุขภาพ รวมถึงระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพรวมทั้งข้อมูลปลอม ทูจจริต หลอกหลวงในสื่อออนไลน์ เหล่านี้ ล้วนเป็นบริบทในระดับมหภาคที่ส่งผลต่อแบบแผนการดำรงชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชากรเปราะบาง ได้ทั้งทางบวกและทางลบ กรณีทางลบ หากไม่มีการบริหารจัดการที่ดีพอ จะยิ่งทำให้สถานการณ์ปัญหาภาระโรคไม่ติดต่อของประเทศแย่ลง และเพิ่มภาระทางการคลังของรัฐบาลโดยเฉพาะในงบสวัสดิการการรักษาโรค

เห็นว่า การสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมให้เอื้อต่อการลดการได้รับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดโรคไม่ติดต่อ เป็นการขับเคลื่อนงานที่สำคัญและช่วยเติมเต็มระบบงานที่มีการดำเนินการอยู่ที่ผ่านมา จะช่วยลดความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ เพิ่มความเข้มแข็งการพัฒนาศักยภาพคนไทย ให้มีช่วงคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น มีความพร้อมในการปรับตัว สามารถแข่งขัน ตลอดจนเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันหลากหลายภาคส่วนประสานงานและดำเนินการร่วมกันอย่างเป็นระบบ

จึงเห็นชอบต่อกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) ดังนี้

ทุกภาคส่วนร่วมเป็นหุ้นส่วนและเครือข่ายในการสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ควบคู่กับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม ลดอาหารหวานมันเค็ม งดและลดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และเพิ่มผักผลไม้ การมีกิจกรรมทางกายให้เพียงพอ ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง การไม่บริโภคบุหรี่ยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้า การงด ลด เลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการลดการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก ส่งผลให้ประชาชนบนผืนแผ่นดินไทยทุกช่วงวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นอย่างเป็นธรรม ไม่ป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ เพิ่มความเข้มแข็งการพัฒนาศักยภาพคนไทย ประเทศมีความพร้อมในการปรับตัว ตลอดจนเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศและการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป โดยใช้มาตรการหลักเพื่อจัดการสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม รวมถึงหลักการทางเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม กลไกเครดิตทางสังคมและกลไกการคลังสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เป็นหลักประกันทางสังคมแก่ประชาชน



ภาพประกอบที่ ๑ ระบบนิเวศเพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

โดยมีสาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางนโยบาย ดังนี้

๑.) พัฒนาระบบนิเวศเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดโรคไม่ติดต่อ ผ่านกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) หลักการคุ้มครองผู้บริโภค การเอาผู้บริโภคเป็นศูนย์กลางและพื้นที่เป็นตัวตั้ง การสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและสังคมและการพัฒนาที่ยั่งยืน และการสร้างความตระหนักว่าพฤติกรรมของประชาชนและธุรกิจมีผลกระทบต่อภาระของระบบบริการสุขภาพ ต้นทุนทางสังคม (social costs) รวมถึงสังคมโดยรวม และเป็นหน้าที่ของทั้งประชาชนและธุรกิจที่จะต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) (อาทิ สถานประกอบการที่มีหน้าที่สร้างเสริมและดูแลสุขภาพของพนักงานหรือลูกจ้างของตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม) รวมถึงการใช้หลักการด้านเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม เพื่อสร้างเงื่อนไขหรือทางเลือกที่โน้มน้าว จูงใจ กระตุ้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยหรือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่าง ๆ ตัดสินใจทำพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผ่านความรู้ทางด้านเศรษฐศาสตร์และจิตวิทยา และในการพัฒนาเชิงระบบเน้นการใช้หลักการกลไกการคลังสร้างแรงจูงใจ ผ่านรูปแบบตัวเงิน (เช่น ภาษี บัตรกำนัล เงินอุดหนุน) เพื่อเป็นแรงจูงใจทั้งในระดับบุคคลหรือตัวผู้บริโภคในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และระดับหน่วยงานหรือผู้ประกอบการในห่วงโซ่อุปทานในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงสินค้าและบริการที่ดีต่อสุขภาพ หรือดูแลสร้างเสริมสุขภาพบุคคลากรในหน่วยงาน (อาทิ มาตรการจูงใจทางภาษีแก่ผู้ประกอบการที่ทำกิจการเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ระบบเครดิตภาษีเพื่อสุขภาพ มาตรการให้เงินอุดหนุนหรือการลดภาษีมูลค่าเพิ่มอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น ผักและผลไม้ มาตรการการลดหย่อนภาษีสำหรับสถานประกอบการที่จัด

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพนักงาน) และการใช้หลักการกลไกเครดิตทางสังคม ซึ่งเป็นการใช้กลไกแรงจูงใจที่ใช้สิทธิประโยชน์อื่นในรูปแบบที่ไม่ใช่ตัวเงินร่วมด้วย (อาทิ โครงการ Calories Credit Challenge (CCC) ที่ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนตื่นตัวกับการมีกิจกรรมทางกาย สะสมแคลอรีในแอปพลิเคชันและจูงใจด้วยการแลกของรางวัลจากมูลค่าแคลอรีที่สะสม) (ภาพประกอบที่ ๑)

๒.) ระบุมาตรการหลักเพื่อจัดการสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ให้ความสำคัญหลักที่แนะนำ ประกอบด้วย (๑) จัดระเบียบและลดการเข้าถึงสินค้าทำลายสุขภาพ อาทิ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารที่ผ่านกระบวนการอุตสาหกรรมแปรรูปขั้นสูง รวมถึงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง (๒) ส่งเสริมการผลิต กระจายพัฒนามาตรฐานเพื่อเพิ่มการเข้าถึงวัตถุดิบ สินค้า และบริการที่ดีต่อสุขภาพ รวมถึงการจัดบริการอาหารในระบบของรัฐและเอกชน (เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานศึกษา สถานพยาบาล สถานที่ทำงาน สถานสงเคราะห์) (๓) สร้างสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง (built environment) หรือการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งปลูกสร้าง อาคาร สถานที่ โครงสร้างถนนที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงและมีกิจกรรมทางกายในการทำงานและการเดินทางในชีวิตประจำวัน รวมถึงสร้างพื้นที่สภาวะ (healthy space) ที่เข้าถึงได้ สะดวก ปลอดภัยและเหมาะสมกับประชาชนแต่ละช่วงวัย และทุกกลุ่มรวมถึงกลุ่มเปราะบางและผู้มีรายได้น้อย (๔) สร้างความตระหนักรู้ ความรอบรู้ และสื่อสารข้อมูลข่าวสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และจำกัดสื่อโฆษณาที่บิดเบือน ขาวปลอม และสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์ทำลายสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้นำหรือต้นแบบสร้างแรงบันดาลใจ และ (๕) เปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับประสบการณ์ในกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสภาวะ โดยบูรณาการกับกิจกรรมด้านสันตนาการ การท่องเที่ยว การพัฒนาอาชีพ ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคม

ซึ่งมาตรการเหล่านี้ใช้เป็นแนวทางในการระบุประเด็นที่เป็นวาระสำคัญ หรือวาระนโยบาย สาธารณะที่ต้องการขับเคลื่อนตามความจำเป็น ความเร่งด่วน และความต้องกระดับประเทศ จังหวัด ท้องถิ่นและชุมชน

๓.) พัฒนาระบบและกลไกกระบวนการที่สนับสนุนการขับเคลื่อนมาตรการหลักในการสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมทุกระดับ ได้แก่

๓.๑) การพัฒนาเครื่องมือนโยบาย (policy instruments) และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลและคุ้มค่า เครื่องมือนโยบายหมายถึงกฎหมาย ลำดับต่าง ๆ ประกาศ ระเบียบ ข้อบังคับคำสั่ง หรือคำแถลงการณ์ของผู้นำประเทศที่จะถูกรับรองและใช้เป็นแนวทางการดำเนินการของสังคมโดยรวมทั้งประเทศซึ่งมิได้หลายกลไกทั้งการจำกัดควบคุม การจัดสรรการกระจายทรัพยากร การส่งเสริมและคุ้มครอง เป็นต้น สำหรับการพัฒนามาตรฐาน อาทิ แนวปฏิบัติหรือคู่มือสำหรับวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ มาตรฐานด้านความปลอดภัยและคุณภาพของสินค้าบริโภคสำหรับผู้ผลิตและผู้ประกอบการ ทั้งนี้ ให้พิจารณาแผนการนำนโยบายไปดำเนินการหรือบังคับใช้ได้จริงร่วมด้วย

๓.๒) การออกแบบ พัฒนานวัตกรรม โมเดล และขยายผลเชิงระบบ กล่าวคือ สนับสนุนและพัฒนา ศักยภาพให้มีการพัฒนานวัตกรรม เครื่องมือ อุปกรณ์ การใช้เทคโนโลยี การออกแบบด้วยมุมมองใหม่ (redesign) หรือการร่วมออกแบบ (co-creation) เพื่อเพิ่มคุณค่าและอรรถประโยชน์ ความริเริ่มใหม่ ๆ ในการจัดการปัญหา จากประสบการณ์ทำงานและการเอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง การสร้างโมเดลการทำงานต้นแบบ กลไกจัดการความรู้ การถ่ายทอดความเชี่ยวชาญและทักษะและจุดประกายการทำงานระหว่างพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานที่มีภารกิจ เกี่ยวข้องนำไปพัฒนาเป็นนโยบายและแผนงานโครงการให้เกิดการดำเนินการอย่างกว้างขวางและมีเป้าหมายเชิง ผลลัพธ์

๓.๓) การสนับสนุนการเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมายและความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ที่มีการ เปลี่ยนแปลงตามพลวัตของบริบททางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม โดยเครือข่ายทางสังคม บทบาทของ ครอบครัวและประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดหน่วยงานดูแลระบบเฝ้าระวัง ระบบแจ้งเรื่องร้องเรียน สื่อสารเตือนภัยและ ตอบสนองต่อความเสี่ยงสถานะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เกิดขึ้นได้อย่างทันการณ์ และประชาชนมีส่วนร่วม

๓.๔) การพัฒนาระบบกำกับ ติดตามและประเมินผลลัพธ์ รวมถึงการจัดทำฐานข้อมูลกลาง รายการ ตัวชี้วัดผลลัพธ์และตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ ค่าเป้าหมายที่ท้าทายและเหมาะสม รายงานสถานการณ์และ ความก้าวหน้าในการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับประเทศและจังหวัด เพื่อให้กำหนดประเด็นหรือนโยบายสำคัญได้ โดยสนับสนุนให้มีหน่วยงานหรือคณะทำหน้าที่โดยเฉพาะและมีความเป็นอิสระ พร้อมระบบวงจร รับฟังความคิดเห็นย้อนกลับ (feedback loop) เชื่อมโยงกับระบบตัดสินใจเชิงนโยบาย

๓.๕) การพัฒนาระบบตัดสินใจ บริหาร และสนับสนุนการลงทุน (governance) (อาทิ คณะกรรมการ ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย คณะกรรมการสุขภาพระดับ พื้นที่และท้องถิ่น) โดยยกระดับประเด็นระบบนิเวศเพื่อสร้างสถานะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ ติดต่อ อยู่ในวาระนโยบาย แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณระดับของหน่วยงานองค์กรทุกระดับ รวมถึงการ พัฒนาแผนและการระดมทุนในระดับจังหวัดและท้องถิ่น (อาทิ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น กองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่) โดยมีหน่วยเฉพาะ (อาทิ การจัดตั้งคณะอนุกรรมการภายใต้ตาม คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ คณะกรรมการบริหารแผนงานร่วมทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ จังหวัด) ทำหน้าที่ขับเคลื่อนงาน สื่อสารการดำเนินการ และบริหารเครือข่ายทำงานทั้งองค์การพหุภาคีแผนงาน อย่างมีประสิทธิภาพทั้งนี้ ในระดับจังหวัดให้สอดคล้องตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการบริหารเชิงพื้นที่แบบ บูรณาการ พ.ศ. ๒๕๖๕

ภาคผนวก จ

แบบฟอร์มแผน รายงานผลการดำเนินงาน และสื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

ตัวอย่าง

1. แผนงานป้องกันและลดโรคอ้วน

ชุมชน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

กลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนอายุ ≥ 35 ปี ที่มี BMI ≥ 25 kg/m²

ตัวชี้วัดผลลัพธ์: ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมี BMI ลดลง, น้ำหนักตัว/รอบเอวลดลง เป้าหมายตัวชี้วัด..... BMI ลดลง 10% หรือ รอบเอวลดลง 10%

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา (ปี/ช่วงเวลา) | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน |
|---|---|------------------------|----------------|--|---|
| 1. สนับสนุนสร้างความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> การให้ข้อมูลและการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ พฤติกรรมเนือย บัง การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การฝึกโยคะ, การเดินเล่นในสวนสาธารณะ, รณรงค์ด้านโภชนาการที่ดี การจัดทำช่องทางสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ เพื่อให้คนในชุมชนเข้าถึง เร็ยรู้ข่าวสาร ความรู้วิชาการที่ถูกต้อง การรณรงค์ให้ประชาชนในชุมชนบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง และเกลือสูง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับช่วงวัย | ต่อเนื่อง | 3,000 | สถานศึกษา, วัด, อสม., ประชาสัมพันธ์จังหวัด, วิทยุชุมชน | เจ้าหน้าที่สาธารณสุข sw.สต./ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| 2. ใช้เทคโนโลยี และนวัตกรรม | <ul style="list-style-type: none"> การใช้ Smart watch ติดตามกิจกรรมทางกาย ประชุมออนไลน์กลุ่มเพื่อนลดอ้วน การใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามสุขภาพ/ ระบบฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน เช่น หมอพร้อม การบันทึกวัด การคำนวณแคลอรี ไลน์ร้านค้าสุขภาพ สถานที่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สถานีอากาศปลอดฝุ่นแจ้งสถานะ PM2.5 เป็นต้น การติดตั้งนวัตกรรมในการลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เช่น การใช้ salt meter วัดปริมาณโซเดียมในอาหาร ช้อนบริโภคเกลือ น้ำตาล สายวัดรอบเอว คำนวณค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น | ทุก 3 เดือน | 5,000 | sw. กุระตี, sw.สต., สอน., อสม., มหาวิทยาลัย, ภาคเอกชน | กองสาธารณสุข อปท. |

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา (ปี/ช่วงเวลา) | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน |
|-----------------------------------|--|------------------------|----------------|--|-----------------------|
| 3. สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> การสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้นในระดับชุมชน ท้องถิ่น เช่น การติดตั้งสถานีสุขภาพ (health station) ให้คนในชุมชนสามารถเข้าถึงและรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง การสร้างสวนสาธารณะ/ลานออกกำลังกาย ร้านค้าชุมชนขายอาหารเพื่อสุขภาพ โรงเรียนอาหารกลางวันปลอดน้ำอัดลม | ต.ค.68 - ก.ย.69 | 10,000 | รพ.สต., กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน, สสอ., อสม., ร้านค้า, สถานศึกษา | กองสาธารณสุขฯ อปท. |
| 4. ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วม | <ul style="list-style-type: none"> ตั้งชมรมคนรักสุขภาพ/ลดอ้วน เวทีชุมชนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ลดน้ำหนัก ประกวด “ครอบครัวสุขภาพดี” บันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการตามมาตรการลดอ้วนสร้างสุขภาพดีในชุมชน | ต่อเนื่อง | 20,000 | ชมรมผู้สูงอายุ, อสม., กลุ่มแม่บ้าน, ผู้นำชุมชน, สมัชชาสุขภาพจังหวัด สสส., ภาคเอกชน | กองสาธารณสุขฯ อปท. |
| 5. พัฒนानโยบายและมาตรการ | <ul style="list-style-type: none"> ออกข้อกำหนดงดจำหน่ายน้ำอัดลมในโรงเรียน อบต. ออกนโยบายสนับสนุนตลาดอาหารสุขภาพ ส่งเสริมมาตรการวันออกกำลังกายชุมชน ธรรมาภิบาลอำเภอ | 1 ปี | 40,000 | สสจ., สสส., สถานศึกษา, อบต., สสอ., สมัชชาสุขภาพจังหวัด | กองสาธารณสุขฯ อปท. |


ตารางติดตามผลลัพธ์

| ลำดับ | อายุ | เพศ | ส่วนสูง | ก่อน (น้ำหนัก/BMI/รอบเอว) | หลัง 3 เดือน | หลัง 6 เดือน | หลัง 9 เดือน | การเปลี่ยนแปลง (น้ำหนัก/BMI/รอบเอว) |
|-------|------|-----|---------|---------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| 1 | 45 | ชาย | 170 | 85 กก./ 29.4/ 100 ซม. | 82 กก./ 28.4/ 95 ซม. | 80 กก./ 27.7/ 92 ซม. | 78 กก. / 27.0/ 90 ซม. | ลด 7 กก./ 2.4/ 10 ซม. |
| 2 | | | | | | | | |
| ... | | | | | | | | |

ภาพรวมชุมชนในรอบ 9 เดือน

- น้ำหนักลดลง กก.
- ผู้มี BMI ลดลง %
- ผู้มีรอบเอวลดลง %

สื่อสำหรับโรคฉับ

| ประเภทสื่อ | ลิงค์สำหรับเข้าถึง | QR code |
|-------------|---|--|
| อินโฟกราฟิก | https://shorturl-ddc.moph.go.th/qaqbc |  |
| วิดีโอ | <p>ตอนที่ 3 "อ้วนหรือผอม" รู้ได้อย่างไร ?</p> https://shorturl-ddc.moph.go.th/PYlaG |  |
| | <p>อาหารป้องกันโรคไม่ติดต่อ</p> https://shorturl-ddc.moph.go.th/GijCu |  |

2. แผนงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

ชุมชน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

กลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนอายุ ≥ 35 ปี ที่มีความเสี่ยง/ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
 ตัวชี้วัดผลลัพธ์: ผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานไม่เพิ่มขึ้น/ ค่า HbA1c ลดลง, ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์
 เป้าหมายตัวชี้วัด.....ผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานไม่เพิ่มขึ้น หรือ ค่า HbA1c ลดลง ร้อยละ 10%, ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 50%

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา (ปี/ช่วงเวลา) | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน |
|---|--|------------------------|----------------|---|---|
| 1. สนับสนุนสร้างความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> จัดอบรม “ลดหวาน มัน เค็ม” และ Workshop ทำอาหารสุขภาพ สำหรับผู้ดูแล/ ผู้ป่วยเบาหวาน ส่งเสริมเลือกซื้ออาหาร/อ่านฉลากโภชนาการ จัดกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น แอโรบิก เดมริ่ง โยคะ | ต่อเนื่อง | 8,000 | รพ.สต., สถานศึกษา, วัด, อสม., ประชาสัมพันธ์จังหวัด, วิทยุชุมชน | เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| 2. ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม | <ul style="list-style-type: none"> ใช้แอปพลิเคชัน/Line บันทึกค่าน้ำตาล (FBS/HbA1c) ระบบเตือนนัดตรวจ และส่งผลตรวจผ่านมือถือ ผลิตสื่อออนไลน์/คลิปสั้น “รู้จักเบาหวาน” เผยแพร่ในชุมชน | ราย 3 เดือน | 5,000 | รพ.สต., อสม., สถานศึกษา, ภาคเอกชน | กองสาธารณสุข อปท. |
| 3. สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมร้านอาหาร “เบาหวานเป็นมิตร” (อาหารลดน้ำตาล) จัดทำตลาดชุมชนผักผลไม้สดราคาถูก สร้างลานออกกำลังกายในหมู่บ้าน/วัด ปรับสูตรอาหารที่จำหน่ายในร้านอาหารของชุมชน/ รมหากว๊าก ปรับสูตรผลิตภัณฑ์อาหาร (OTOP) | 6 เดือน | 10,000 | รพ.สต., กำปั่น - ผู้ใหญ่บ้าน, สสอ., อสม., สถานศึกษา | กองสาธารณสุข อปท. |
| 4. จับคู่สื่อมวลชนร่วม | <ul style="list-style-type: none"> ตั้ง “ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน” เพื่อให้คำปรึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรม “ครอบครัวลดหวาน” แข่งขันทำอาหารสุขภาพ เวทีชุมชนดูแลสุขภาพก้าวหน้าการลดเบาหวาน | ต่อเนื่อง | 4,000 | ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน, อสม., กลุ่มแม่บ้าน, ผู้นำชุมชน, สบิชาสุขภาพจังหวัด สสส., ภาคเอกชน | กองสาธารณสุข อปท. |
| 5. พัฒนาระบบและมาตรการ | <ul style="list-style-type: none"> ผลักดันให้โรงเรียน/มหาวิทยาลัย/โรงงาน ส่งเสริมการจำหน่ายเครื่องดื่มหวานน้อย เสนอ อย. ออกข้อบัญญัติส่งเสริมตลาดสุขภาพ บูรณาการ “จับออกกำลังกายตำบล” ในแผนพัฒนา นโยบาย Healthy Workplace (การจัดสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานให้เอื้อต่อการจัดการสุขภาพพนักงาน เช่น จุดบริการสุขภาพ พื้นที่ สักขย านออกกำลังกาย Healthy break, Healthy canteen เป็นต้น) | 1 ปี | 2,000 | รพ.สต., สสส., สถานศึกษา, อย.ต., สสอ., สถาบันการศึกษาระดับสูง สบิชาสุขภาพจังหวัด | กองสาธารณสุข อปท. |




ตารางติดตามผลลัพธ์

| ลำดับ | อายุ | เพศ | ปัจจัยเสี่ยง | ก่อน (HbA1c) | หลัง 3 เดือน | หลัง 6 เดือน | หลัง 9 เดือน | การเปลี่ยนแปลง |
|-------|------|------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| 1 | 52 | หญิง | ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c | HbA1c 9.0 | 8.0 | 7.5 | 7.0 | ลดลง 2.0 |
| 2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

ภาพรวมชุมชน:

- ผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีจำนวนเท่าเดิม
- ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลง ... %
- ร้อยละผู้ควบคุมน้ำตาลได้ ... %

สื่อสำหรับโรคเบาหวาน

| ประเภทสื่อ | ลิงค์สำหรับเข้าถึง | QR code |
|-------------|---|---|
| อินโฟกราฟิก | https://shorturl-ddc.moph.go.th/Yt3IV |  |
| วิดีโอ | ตอนที่ 2.1 ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ออกกำลังกายอย่างไรให้ปลอดภัย https://shorturl-ddc.moph.go.th/sWm6W |  |
| | ตอนที่ 2.2 ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ออกกำลังกายอย่างไรให้ปลอดภัย https://shorturl-ddc.moph.go.th/zOTcB |  |

3. แผนงานป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ชุมชน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

กลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนอายุ ≥ 35 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง รอบเอว) **ตัวชี้วัดผลลัพธ์:** ร้อยละของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง เช่น คนที่มีปัจจัยเสี่ยง คือ โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตได้ดี รอบเอวลดลง เป็นต้น **เป้าหมายตัวชี้วัด:** ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง 20%

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา (ปี/ช่วงเวลา) | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน |
|---|--|------------------------|----------------|--|--|
| 1. สนับสนุนสร้างความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> จัดอบรมให้ความรู้ “ลดเค็ม ลดมัน ลดหวาน” แก่กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว สื่อสารผ่านช่องทางวิชาการ และเมนูอาหารสุขภาพทำได้เองในครัวเรือน จัดกิจกรรมออกกำลังกายหมู่ เช่น เอลิติก, โยคะ, เต้น-วิ่งประจำสัปดาห์ | ต่อเนื่อง | 3,000 | สถานศึกษา, วัด, อสม., ประชาสัมพันธ์จังหวัด, วิทยุชุมชน | เจ้าหน้าที่สาธารณสุข sw.สศ./สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| 2. ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม | <ul style="list-style-type: none"> ใช้แอปพลิเคชัน เช่น Thai CV risk score ในการประเมินความเสี่ยง/ Line กลุ่มให้ความรู้ แนะนำปรับพฤติกรรมเสี่ยง มีคณพตรงและติดตามผล จัดทำ QR code หรือ Webpage FB สำหรับความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้เข้าถึงง่าย | ต.ค 68 - ก.ย.69 | 5,000 | sw. กุระติบ, sw.สศ., อสม., อสม., สถานศึกษา, ภาคเอกชน | กองสาธารณสุขสูง อปท. |
| 3. สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> จัดทำโครงการ “ร้านอาหารลดเค็ม” และให้ป้ายรับรอง สนับสนุนตลาดสดขายผักผลไม้สดออร์แกนิก ปลอดสารพิษ พัฒนาพื้นที่สาธารณะ/ลานกีฬาในหมู่บ้าน เช่น สนามเด็กเล่น - วัง เครื่องออกกำลังกาย | ม.ค. - ก.ย.69 | 10,000 | sw.สศ., กำนัน - ผู้ใหญ่บ้าน, สสอ., อสม., ร้านค้า, สถานศึกษา | กองสาธารณสุขสูง อปท. |
| 4. ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วม | <ul style="list-style-type: none"> จัดตั้ง “ชมรมหัวใจแข็งแรง” ประจำหมู่บ้าน เวทีชุมชนแลกเปลี่ยนประสบการณ์/ถอดบทเรียน/ควบคุมความดันโลหิต จัดกิจกรรม “ครอบครัวสุขภาพดี” แข่งขันทำอาหาร/วิ่งเพื่อสุขภาพ | ต่อเนื่อง | 8,000 | ชมรมกีฬา, อสม., กลุ่มแม่บ้าน, ผู้นำชุมชน, สมัชชาสุขภาพจังหวัด, สสส., ภาคเอกชน, | กองสาธารณสุขสูง อปท. |
| 5. พัฒนาระบบนโยบายและมาตรการ | <ul style="list-style-type: none"> ผลิตต้นแบบนโยบาย “โรงเรียนลดเค็ม” งดอาหาร/ขนมรสเค็มจัด เสนอ อปท. ออกข้อบัญญัติส่งเสริมตลาดอาหารสุขภาพ บรรจุมาตรการอื่นออกกำลังกายประจำตำบล/หมู่บ้านในแผนท้องถิ่น | 1 ปี | 10,000 | สสจ., สสส., สถานศึกษา, อมต., สสอ., สมัชชาสุขภาพจังหวัด, ผู้บริหารท้องถิ่น | กองสาธารณสุขสูง อปท. |



ตารางติดตามผลลัพธ์

| ลำดับ | อายุ | เพศ | ปัจจัยเสี่ยง | ก่อน (ความดัน/รอบเอว) | หลัง 3 เดือน | หลัง 6 เดือน | หลัง 9 เดือน | การเปลี่ยนแปลง |
|-------|------|-----|---|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| 1 | 55 | ชาย | อ้วนลงพุง และมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง | 110 cm, 150/95 mmHg | 105, 145/90 | 100, 140/85 | 99, 135/80 | ลดลง 11 cm, ลดลง 15/15 mmHg |
| 2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

ภาพรวมชุมชน

- กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง %
- กลุ่มตัวอย่างที่มีรอบเอวเกิน สามารถลดรอบเอวได้.....คน
- กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคความดันโลหิตสูง สามารถลด/ควบคุมความดันโลหิตได้คน

สื่อสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด

| ประเภทสื่อ | ลิงค์สำหรับเข้าถึง | QR code |
|-------------|--|---|
| อินโฟกราฟิก | https://shorturl-ddc.moph.go.th/2ecH2 |  |
| วิดีโอ | ไบนิตวีดีโอและไบนิตวีร่ายโยคะ https://shorturl-ddc.moph.go.th/hdd9p |  |

4. แผนงานป้องกันโรคมะเร็ง

ชุมชน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

กลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง อาทิ หญิงอายุ 30 - 60 ปี (ปากมดลูก), หญิงอายุ 40 - 69 ปี (เต้านม), ประชาชนอายุ ≥ 50 ปี (ลำไส้ใหญ่) ประชาชนที่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ (มะเร็งตับและท่อน้ำดี), ประชาชนที่สูบบุหรี่/ ได้รับควันบุหรี่มือสอง/ สัมผัส PM2.5 เป็นประจำ (มะเร็งปอด)

ตัวชี้วัดผลลัพธ์: ร้อยละการคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็ง..., ร้อยละการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น

เป้าหมายตัวชี้วัด.....คัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งในกลุ่มเป้าหมาย... $\geq 80\%$ หรือ กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกบุหรี่ได้ $\geq 40\%$

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา (ปี/ช่วงเวลา) | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน |
|--|--|------------------------|----------------|---|--|
| 1. สนับสนุนสร้างความรู้ และ-พฤติกรรมสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> จัดอบรม/เสวนาให้ความรู้ “มะเร็งป้องกันได้” ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยง: บุหรี่, สุรา, อาหารปิ้งย่างไม่กักรั้ม, อาหารเค็มจัด, การลดการเผาไหม้ที่เพิ่มการเกษตร, Safe sex ส่งเสริมตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็ง ได้แก่ Pap smear, Mammogram , การส่องกล้องตรวจลำไส้ ส่งเสริมการฉีดวัคซีน HPV เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก หูดหงอนไก่ | ต่อเนื่อง | 50,000 | สถานศึกษา, วัด, อสม., ประชาสัมพันธ์จังหวัด, วิทยุชุมชน | เจ้าหน้าที่สาธารณสุข sw.สต./สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| 2. ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม | <ul style="list-style-type: none"> จัดทำระบบติดตามการตรวจคัดกรอง (ฐานข้อมูลชุมชน) ใช้ Line/แอป แจ้งเตือนนัดตรวจ, ส่งผลตรวจกลับ จัดทำคลิป/อินโฟกราฟิกให้ความรู้การป้องกันมะเร็ง เผยแพร่ผ่าน Facebook/Line กลุ่ม | ม.ค. - ก.ย. 69 | 10,000 | sw. กุระตัน, sw.สต., สอน., อสม., สถานศึกษา, ภาคเอกชน | กองสาธารณสุข อปท. |
| 3. สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> พัฒนา “ร้านอาหารสุขภาพปลอดภัย” ลดอาหารปิ้งย่างไม่กักรั้ม, อาหารหมักดอง ตลาดชุมชน: ส่งเสริมอาหารปลอดภัย สนับสนุนสถานประกอบการลดบุหรี่/สุรา | ก.พ. - ส.ค. 69 | 10,000 | sw.สต., กำนัน - ผู้ใหญ่บ้าน, สสอ., อสม., ร้านค้า, สถานศึกษา, สถานประกอบการ | กองสาธารณสุข อปท. |
| 4. จับคู่ส่วนร่วม | <ul style="list-style-type: none"> เวทีชุมชน “หยุดบุหรี่ ลดมะเร็ง” รณรงค์เลิกบุหรี่/สุรา จัดตั้งชมรมผู้ช่วยแม่เลี้ยง/ครอบครัวผู้ป่วย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรม “ครอบครัวปลอดภัยจากมะเร็ง” ตรวจสุขภาพร่วมกัน | ต่อเนื่อง | 4,000 | อสม., กลุ่มแม่บ้าน, ผู้นำชุมชน, สมัชชาสุขภาพจังหวัด, ชมรมคนรักสุขภาพ, สส., ภาคเอกชน | กองสาธารณสุข อปท. |
| 5. พัฒนาระบบและมาตรการ | <ul style="list-style-type: none"> ผลักดันนโยบายปลอดบุหรี่ - สุราในสถานที่สาธารณะ/งานบุญประเพณี ออกข้อบัญญัติ “ร้านค้าปลอดบุหรี่ - สุรา” บูรณาการนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งในแผนสุขภาพตำบล, อำเภอ, จังหวัด | ต.ค. 68 - ก.ย. 69 | 2,000 | สสจ., สสส., สถานศึกษา, อมต., สสอ., สมัชชาสุขภาพจังหวัด, ผู้บริหารท้องถิ่น | กองสาธารณสุข อปท. |

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา (ปี/ช่วงเวลา) | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน |
|-------------------------------------|--|------------------------|----------------|---|-----------------------|
| 5. พัฒนาระบบนโยบาย และมาตรการ (ต่อ) | <ul style="list-style-type: none"> ผลักดันนโยบายเขตปลอดบุหรี่ - สุราในสถานศึกษาและสถานประกอบการ/งานบุญประเพณี ออกข้อบัญญัติ "ร้านค้าปลอดแอลกอฮอล์ - สุรา" บูรณาการนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งในแผนสุขภาพตำบล, อำเภอ, จังหวัด | ต.ค. 68 - ก.ย. 69 | 2,000 | สสจ., สสส., สถานศึกษา, อบต., สสอ., สบัชชาสุขภาพจังหวัด, ผู้บริหารท้องถิ่น | กองสาธารณสุข อพท. |




ตารางติดตามผลลัพธ์

| ลำดับ | อายุ | เพศ | คัดกรองความเสี่ยง | ก่อน (คัดกรอง/ไม่) | หลัง 3 เดือน | หลัง 6 เดือน | หลัง 9 เดือน | การเปลี่ยนแปลง |
|-------|------|------|-------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|
| 1 | 45 | หญิง | ไม่เคยตรวจ | ไม่ | คัดกรองแล้ว | - | - | ได้รับการคัดกรอง |
| 2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

ภาพรวมชุมชน:

- คัดกรองความเสี่ยงโรคเมเร็งในกลุ่มเป้าหมาย 89%
- กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกบุหรี่ได้ 50%

สื่อสำหรับโรคมะเร็ง

| ประเภทสื่อ | ลิงค์สำหรับเข้าถึง | QR code |
|-------------|---|--|
| อินโฟกราฟิก | https://dis.fda.moph.go.th/detail-infoGraphic?id=1511 |  |
| อินโฟกราฟิก | https://shorturl-ddc.moph.go.th/mpmYp |  |
| วิดีโอ | https://shorturl-ddc.moph.go.th/mpmYp |  |

5. แผนงานป้องกันโรคทางเดินหายใจเรื้อรังในชุมชน

ชุมชน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

กลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนในชุมชน ทั้งผู้ที่สูบบุหรี่และได้รับบุหรี่มือสอง/เกษตรกร/ประชาชนที่ทำงานเสี่ยงฝุ่น คิววัน
ตัวชี้วัดผลลัพธ์: ลดจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ในชุมชน/อัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจเรื้อรังในชุมชนไม่เพิ่มขึ้น
เป้าหมายตัวชี้วัด: ผู้ที่สูบบุหรี่ในชุมชนลดลง 10%/อัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจเรื้อรังในชุมชนไม่เพิ่มขึ้น

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา (ปี/ช่วงเวลา) | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน |
|---|--|------------------------|----------------|---|--|
| 1. สนับสนุนสร้างความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> อบรมให้ความรู้ ไทย พืช ภัยจากบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่รายใหม่และลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ อบรมให้ความรู้เรื่องอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) สื่อสารประชาสัมพันธ์อันตรายจากฝุ่น PM2.5 และควันบุหรี่มือสอง รณรงค์สร้างความตระหนักในการป้องกันสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย | ต่อเนื่อง | 5,000 | สถานศึกษา, อสม., ประชาสัมพันธ์จังหวัด, วิทยุชุมชน | เจ้าหน้าที่สาธารณสุข sw.สต./สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| 2. ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม | <ul style="list-style-type: none"> แอปสุขภาพเพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนัก ค่าฝุ่นและอองในอากาศ เช่น Air4Thai ส่ง SMS/ข้อความเตือนการใช้ยาสูบ | ทั้งปี | 5,000 | sw. กุระดิน, sw.สต., สอน., อสม., สถานศึกษา, ภาคเอกชน | กองสาธารณสุข อปท. |
| 3. สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> ติดตั้ง “เขตปลอดบุหรี่” ในวัด โรงเรียน ตลาด จัดหาหน้ากากป้องกันฝุ่นให้กลุ่มเสี่ยง/แรงงาน ติดตั้งเครื่องตรวจคุณภาพอากาศชุมชน (Air Quality Monitor) | ทั้งปี | 10,000 | sw.สต., กำนัน - ผู้ใหญ่บ้าน, สสอ., อสม., วัด, ตลาด, สถานศึกษา, สถานประกอบการ | กองสาธารณสุข อปท. |
| 4. ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วม | <ul style="list-style-type: none"> จัดตั้งกลุ่มเพื่อช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ในบ้าน เวทีชุมชน “ชุมชนปลอดควัน” จัดกิจกรรมเดิน-วิ่ง/ปั่นจักรยานปลอดควันบุหรี่ | ต่อเนื่อง | 4,000 | อสม., กลุ่มเกษตรกร, ผู้นำชุมชน, สภประชาสุขภาพจังหวัด, ชมรมคนรักสุขภาพ, สสส., ภาคเอกชน | กองสาธารณสุข อปท. |

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา (ปี/ช่วงเวลา) | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน |
|-------------------------------|---|------------------------|----------------|--|-----------------------|
| 5. พัฒนาศูนย์บริการและมาตรการ | <ul style="list-style-type: none"> ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อลดบุหรี่ในตลาด/วัด/โรงเรียน สนับสนุน องค์. จัดตั้งเครือข่ายออกกำลังกายกลางแจ้ง บูรณาการ “มาตรการลดบุหรี่” ในงานบุญประเพณีท้องถิ่น | 1 ปี | 2,000 | สสจ., สสส., สถาบันศึกษา, สสอ., สหัชชาสุภาพจังหวัด, ผู้บริหารท้องถิ่น | กองสาธารณสุขสุข อกภ. |

ตารางติดตามผลลัพธ์

| ลำดับ | อายุ | เพศ | ปัจจัยเสี่ยง | ก่อน | หลัง 3 เดือน | หลัง 6 เดือน | หลัง 9 เดือน | การเปลี่ยนแปลง |
|-------|------|-----|--------------|------------------------|-----------------------|--------------|--------------|---------------------|
| 1 | 60 | ชาย | บุหรี่ | สูบบุหรี่ วันละ 10 มวน | สูบบุหรี่ วันละ 5 มวน | ไม่สูบบุหรี่ | ไม่สูบบุหรี่ | FEV1 12%, ทำริบลดลง |
| 2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

ภาพรวมชุมชน:

- ผู้ที่สูบบุหรี่ในชุมชนลดลง จำนวน 10 คนจากทั้งหมด 200 คิดเป็น 5%
- อัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจเรื้อรังในชุมชน มีจำนวนเท่าเดิม

สื่อสำหรับโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง

| ประเภทสื่อ | ลิงค์สำหรับเข้าถึง | QR code |
|-------------|--|---|
| อินโฟกราฟิก | <p>โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คุณหรือใครก็ตามที่เป็นได้ https://shorturl-ddc.moph.go.th/BVVUO</p> |  |
| วิดีโอ | <p>“Healthy Lungs - Never More Important” หรือ “ไม่ใช่โรคร้ายไปกว่าการมีปอดที่แข็งแรง” https://shorturl-ddc.moph.go.th/zOWco</p> |  |
| | <p>โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) https://shorturl-ddc.moph.go.th/bJoir</p> |  |

6. แผนงานป้องกันโรคทางสุขภาพจิต

ชุมชน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

- กลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะวัยทำงานและผู้สูงอายุ
- ตัวชี้วัดผลลัพธ์: ร้อยละผู้ที่มีคะแนน PHQ-9 ลดลง, การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น
- เป้าหมายตัวชี้วัด: ผู้ที่มีคะแนน PHQ-9 ลดลง 20%/ผู้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 10%

| กลยุทธ์ | กิจกรรม | ระยะเวลา (ปี/ช่วงเวลา) | งบประมาณ (บาท) | Stakeholder | ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน |
|---|--|------------------------|----------------|---|-----------------------|
| 1. สนับสนุนสร้างความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> จัดอบรมให้ความรู้ “ทักษะจัดการความเครียด” และ “การคิดบวก” จัดกิจกรรม Mindfulness, โยคะ, การฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด รณรงค์การใช้ “2Q/9Q” คัดกรองซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง | ต่อเนื่อง | 3,000 | สถานศึกษา, อสม., ประชาสัมพันธ์จังหวัด, วิทยุชุมชน | เจ้าหน้าที่สาธารณสุข |
| 2. ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม | <ul style="list-style-type: none"> แบบประเมิน PHQ-9 ประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ผ่านแอปพลิเคชัน Mood Delight ปรึกษาออนไลน์ (Chat/โทรศัพทส์สายด่วนสุขภาพจิต จัดทำ Line กลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน” สำหรับให้คำปรึกษา | ทุก 3 เดือน | 5,000 | sw. กุระดิน, sw. สต., สอน., อสม., สถานศึกษา, ภาคเอกชน, ศูนย์สุขภาพจิต | กองสาธารณสุข อปท. |
| 3. สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> จัดตั้ง “หมู่บ้านสุขภาพจิตดี” ส่งเสริมบรรยากาศในชุมชนเอื้อต่อการพักผ่อน จัดมุมพักผ่อน/ห้องสุขภาพจิตในโรงเรียนและสถานที่ทำงาน จัดทำสื่อเสียง/เพลงนำใบไม้ที่สาธารณะ | ทั้งปี | 10,000 | sw. สต., กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน, สสจ., อสม., วัด, สถานศึกษา, สถาบันประกอบการ, ศูนย์สุขภาพจิต | กองสาธารณสุข อปท. |
| 4. จับคู่สื่อการมีส่วนร่วม | <ul style="list-style-type: none"> จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ (Peer Support Group) สำหรับผู้สูงอายุและวัยทำงาน เวทีครอบครัว “บ้านนี้มีสุข” ส่งเสริมความสัมพันธ์ครอบครัว กิจกรรมชุมชน เช่น กีฬาสีสัมพันธ์ วงดนตรีชุมชน | ต่อเนื่อง | 4,000 | อสม., ผู้นำชุมชน, สมัชชาสุขภาพจังหวัด, ชมรมคนรักสุขภาพ, สสจ., ภาคเอกชน, ศูนย์สุขภาพจิต | กองสาธารณสุข อปท. |
| 5. พัฒนาระบบและมาตรการ | <ul style="list-style-type: none"> อปท. สนับสนุนนโยบายบรรจุ “ชั่วโมงสุขภาพจิต” ในโรงเรียน จัดนโยบายบังคับใช้สื่อออนไลน์เกิน 2 ชม./วัน ในโรงเรียน ส่งเสริมให้สถานประกอบการมี “ที่ปรึกษาสุขภาพจิตองค์กร” | 1 ปี | 7,000 | สสจ., สส., สถานศึกษา, สสอ., สมัชชาสุขภาพจังหวัด, ผู้บริหารท้องถิ่น, สถาบันประกอบการ, ศูนย์สุขภาพจิต | กองสาธารณสุข อปท. |


ตารางติดตามผลลัพธ์

| ลำดับ | อายุ | เพศ | สถานะ | ก่อน (PHQ-9) | หลัง 3 เดือน | หลัง 6 เดือน | หลัง 9 เดือน | การเปลี่ยนแปลง |
|-------|------|------|---------|----------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| 1 | 40 | หญิง | แม่บ้าน | 14 (ซึมเศร้าปานกลาง) | 12 | 9 | 6 | ดีขึ้น 8 คะแนน |
| 2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

ภาพรวมชุมชน:

- ผู้ที่มีคะแนน PHQ-9 ลดลง 30%
- ผู้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 12%

สื่อสำหรับโรคทางสุขภาพจิต

| ประเภทสื่อ | ลิงค์สำหรับเข้าถึง | QR code |
|-------------|---|---|
| อินโฟกราฟิก | https://dmh-elibrary.org/items/show/1309 |  |
| วิดีโอ | เราจะได้รู้ได้อย่างไรว่าคนข้างกาย กำลังจะมีอาการทางจิต ? https://shorturl-ddc.moph.go.th/dKma7 |  |

ภาคผนวก ง

เว็บไซต์และโซเชียลมีเดียสำหรับค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม

| หน่วยงาน | เว็บไซต์และโซเชียลมีเดียค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม | QR code |
|--|--|---|
| <p>กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p> | <p>กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เว็บไซต์หลัก https://ddc.moph.go.th/dncd/</p> |  |
| | <p>Facebook https://www.facebook.com/thaincd/?locale=th_TH</p> |  |
| <p>สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)</p> | <p>เว็บไซต์หลัก https://www.nationalhealth.or.th/</p> |  |
| | <p>เว็บไซต์ NCDs Ecosystem https://www.nationalhealth.or.th/page/NCDsEcosystem</p> |  |
| <p>สมาชิสุขภาพแห่งชาติ</p> | <p>เว็บไซต์หลัก https://www.samatcha.org/site</p> |  |
| <p>กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</p> | <p>เว็บไซต์หลัก https://borc.anamai.moph.go.th/th</p> |  |

การจัดการสิ่งแวดล้อม ลดเสี่ยง ใจสุขภาพดี

PM2.5 PM2.5 PM2.5



ลดเค็ม
ลดโรค

Health
in All Policy



แนวทางการจัดการระบบนิเวศ
ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ
(NCD Ecosystem)
สำหรับ บุคลากรระดับพื้นที่

Ebook & Download

