

แนวทาง การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI)



สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI) เล่มนี้ ได้พัฒนาจากโครงการชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ได้ผ่านการบูรณาการโดย กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่ และเครือข่ายที่รับผิดชอบ หนังสือนี้ประกอบด้วยกรอบแนวคิด ความหมาย กระบวนการขั้นตอน บทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน และตัวอย่าง Best Practice จากพื้นที่ที่ดำเนินการ

สำนักโรคไม่ติดต่อขอขอบคุณกรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 และจังหวัดที่ได้คัดเลือกพื้นที่ดำเนินการมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และท่านวิทยากรแพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ และ ผศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช

สำนักโรคไม่ติดต่อหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI) เล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน “ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” หากมีข้อคิดเห็นประการใด กรุณาแจ้งสำนักโรคไม่ติดต่อ เพื่อจะได้ดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปรับปรุงต่อไป

สำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค
กรกฎาคม 2552

สารบัญ

คำนำ

	หน้า
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญ	3
บทที่ 2 กรอบความคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน	5
- ความเป็นมาของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชน/พื้นที่เป็นฐาน	5
- แนวทางกลยุทธ์ชุมชนเป็นฐาน (CBI) : ก้าวไปพร้อมกัน เป้าหมายเดียวกัน	9
- ชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน : ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	13
- การถอดบทเรียน (Lesson learned Visualizing)	19
บทที่ 3 แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน	30
บทที่ 4 สรุปบทเรียนพื้นที่ดำเนินการจากการนำเสนอ Best Practice ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อตามบริบทของพื้นที่ โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 3-12 และทีมจังหวัดที่รับผิดชอบ	41

ภาคผนวก

ผนวก ก.	61
- ตารางที่ 1 อัตราตายต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่) การบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกและโรคถุงลมอุดกั้น ในภาพรวมของประเทศ ปี พ.ศ.2541-2551	61
- ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2541-2551ทั้งประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร	61
ผนวก ข. กระบวนการควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	62
ผนวก ค. ตัวอย่างมาตรการและแนวทางปฏิบัติทางสังคม ชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	66

บรรณานุกรม

68

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญ

กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มโรคนี้เป็นภัยเงียบและส่งผลกระทบต่อทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า ในปีพ.ศ. 2548 มีผู้เสียชีวิตจากโรคจากวิถีชีวิต 35 ล้านคน หรือร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด 58 ล้านคนทั่วโลก และหากไม่เร่งแก้ไข คาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 หรือประมาณ 41 ล้านคน ในประเทศไทยจากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2551 มีอัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน เท่ากับ 3.9, 21.2, 20.8 และ 12.2 ตามลำดับ ส่วนอัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวานเท่ากับ 860.53, 185.72, 216.58 และ 675.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากอัตราผู้ป่วยใน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541-2551 (ดังแสดงในภาคผนวก ก.) จากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2542 และ 2547 พบว่าจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALYs) จากโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นจาก 5.6 ล้านปีสุขภาวะ เป็น 6.5 ล้านปีสุขภาวะใน ปีพ.ศ. 2547 (สำนักงานพัฒนาโยบายและสุขภาพระหว่างประเทศ, 2550)

กลุ่มโรคดังกล่าวถูกเรียกว่าเป็นกลุ่มโรควิถีชีวิต เนื่องจากมีสาเหตุจากหลายปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป อันเป็นผลมาจากอิทธิพลกระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยม ความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทางด้านวัตถุ ความเสื่อมและล่มสลายของสถาบันครอบครัว สถาบันทางสังคม การดำเนินธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบ ทำให้ค่านิยม วัฒนธรรม วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกิน การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน บริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ความเครียดเรื้อรัง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถป้องกันได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสม จากผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บในปีพ.ศ. 2548 โดยศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่าช่วงอายุ 15-74 ปี ความชุกของผู้ที่สูบบุหรี่ประมาณ 10 ล้านคน ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก 1.6 ล้านคน น้ำหนักเกินและอ้วน 8.7 ล้านคน มีผู้รับประทานผักหรือผลไม้มากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวันเพียง 7.9 ล้านคน กิจกรรมทางกายและออกกำลังกายเพียงพอ 39 ล้านคน

การลดภาวะความรุนแรงของกลุ่มโรคนี้ จึงมุ่งเน้นไปที่การป้องกันและควบคุมสหปัจจัยเสี่ยงในปีพ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกระบุว่าสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 80 และได้เสนอแนวทางการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ผล โดยการแก้ไขปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายปัจจัยเสี่ยงไปพร้อมๆ กัน เน้นหนักในการป้องกันระดับปฐมภูมิ จากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การดำเนินการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงแบบบูรณาการ ส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิตในระดับครอบครัวและชุมชน มีประสิทธิภาพสูงสุด

การดำเนินการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเป็นมาตรการหนึ่งในการดำเนินงานเชิงรุกสู่การลดปัจจัยเสี่ยงร่วมระดับประชากรทั่วไปในชุมชน ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติลดเสี่ยง สนับสนุนให้มีการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดโอกาสเสี่ยงตลอดจนการเข้าถึงการส่งเสริมเทคนิควิธีการปฏิบัติ มีการดำเนินการประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำในชุมชนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน การวางแผน การเลือกกลยุทธ์และกิจกรรมการดำเนินงาน การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลตามสถานการณ์ อย่างเหมาะสมกับปัญหา วิถีชีวิตและบริบทของชุมชน และการดำเนินงานจะเกิดความยั่งยืนได้ต้องอาศัยพลังของประชาชนเป็นรากฐาน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เน้นชุมชนเป็นศูนย์กลาง สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ส่งผลให้ลดเสี่ยง ลดโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาวได้

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เน้น “ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” มุ่งหวังให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก สามารถดูแลสุขภาพและจัดการกับตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา วิถีชีวิตและบริบทของชุมชน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งผลให้ลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีสุขภาพดีตามวิถีชีวิตไทยได้อย่างยั่งยืน

บทที่ 2

กรอบความคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (Community based intervention : CBI)

แนวความคิด ทฤษฎี ความเข้าใจเบื้องต้นของการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI) เป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดทิศทาง กระบวนการทำงานและเป็นกุญแจหนึ่งของการความสำเร็จในการดำเนินงาน “ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”

ความเป็นมาของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชน/พื้นที่เป็นฐาน

ความเป็นมาของ CBI ทั่วโลก

องค์การอนามัยโลก ได้ริเริ่มการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชน/พื้นที่เป็นฐาน (CBI) ในปี ค.ศ. 1981 เนื่องจากเป็นที่ยอมรับกันว่าโรคเรื้อรังเกิดจากปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน (share common risk factors) ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (unhealthy diet) การออกกำลังกาย/เคลื่อนไหวน้อย (physical inactivity) การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง สหปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมีรากฐานมาจากการมีวิถีชีวิตที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ หรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมทางด้านสังคม เศรษฐกิจและกายภาพที่เกื้อหนุนให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค แนวโน้มของโลกที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านค่านิยม ชนบทธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ การเมือง และการสื่อสาร มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ชัดขวางต่อการปฏิบัติตนเองไม่ให้เกิดเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้นการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อจึงไม่เพียงแต่ดำเนินงานมุ่งเน้นที่ตัวบุคคลเท่านั้น แต่ต้องดำเนินงานในชุมชน โดยชุมชนร่วมด้วย เนื่องจากเป็นการดำเนินงานตามบริบทของสังคม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยกำหนดในสถานการณ์/ชุมชนที่แตกต่างกัน ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีมีประสิทธิภาพ

ปี 1985 องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการนำร่อง และประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI) มีวัตถุประสงค์เพื่อการลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factor deviation) ร่วมกับการขับเคลื่อน และมีส่วนร่วมของชุมชน (community mobilization and participation) ภายใต้ปรัชญา “แต่ละชุมชนเป็นเจ้าของตนเอง มีทรัพยากร ศักยภาพและความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อสังคม สิ่งท้าทายที่ชุมชนนั้นๆ เผชิญอยู่

องค์การอนามัยโลกเสนอใช้กลยุทธ์ที่มีการบูรณาการ (integration) ดังนี้

1. บูรณาการการป้องกันควบคุมที่กลุ่มปัจจัยเสี่ยงร่วมซึ่งมีผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ
2. บูรณาการใช้ทรัพยากรชุมชนและการบริการสุขภาพไปร่วมกัน

3. เชื่อมและสร้างความสมดุลของความพยายามเพื่อการป้องกันสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจ กำหนดสุขภาพของตนเอง
4. สร้างข้อตกลงกลยุทธ์ร่วมกันระหว่างหุ้นส่วนต่างๆ ของทั้งภาครัฐและเอกชนในความพยายามเพื่อเพิ่มความร่วมมือ และตอบสนองต่อความจำเป็นของประชากร

พัฒนาการการดำเนินงาน CBI ในต่างประเทศ

- 1972 ประเทศฟินแลนด์ ดำเนินการโครงการ North Karelia Project
- 1970s ประเทศสหรัฐอเมริกา ดำเนินการใน Stanford 3 community แล้วขยายการดำเนินงานเป็น 5 เมือง Minnesota Heart Health Program และ Pawtucket Heart Health Program การดำเนินงานในประเทศอิสราเอล แอฟริกา เยอรมัน สวีเดน สวิสเซอร์แลนด์
- 1982 WHO Europe ได้พัฒนาโครงการ CINDI Program (Countrywide Integrated and Non-Communicable Disease Intervention) ดำเนินการในหลายประเทศของทวีปยุโรป
- 1986 WHO HQ ได้พัฒนาโครงการ Interhealth
- 1990 WHO America พัฒนาโครงการ CARMEN โดยดำเนินการเกือบทุกรัฐของสหรัฐอเมริกา

ต้นแบบ Community-based Intervention, North Karelia Project

ประเทศฟินแลนด์ : การดำเนินการ โดยสรุป

North Karelia Project ซึ่งมี Dr. Pekka Puska เป็นหัวหน้าโครงการ ซึ่งเป็น classic model ของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชน/พื้นที่เป็นฐาน (CBI) ที่แสดงให้เห็นถึงหลักฐานของการมีสุขภาพที่ดีและลดอัตราการเกิดโรคในชุมชน โดยในปีค.ศ. 1970s ประเทศฟินแลนด์มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชายและในเขต North Karelia ทำให้เกิดข้อเรียกร้องจากประชาชนในพื้นที่ให้รัฐบาลเข้ามาเร่งแก้ไขปัญหา จึงได้มีการพัฒนาโครงการ North Karelia ขึ้น

สมมุติฐานของโครงการ

1. การลดปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงสามารถเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชนหรือไม่
2. ถ้าปัจจัยเสี่ยงลดลงจะมีผลต่ออัตราการตาย ของโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease : CVD) หรือไม่

เป้าประสงค์ของโครงการ

ลดอัตราการตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยง 4 อย่างได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ภาวะความดันในเลือดสูง และการออกกำลังกาย/เคลื่อนไหวน้อย

การดำเนินงานเป็นลักษณะ bottom up โดยชุมชนเป็นผู้ริเริ่มและดำเนินงาน/กิจกรรม

กรอบการดำเนินงานของโครงการ

มี 2 อย่างประกอบกันคือ Theoretical framework และ Practical framework

1. Theoretical framework ใช้รูปแบบของ กรอบการดำเนินงานด้านสังคมและพฤติกรรม (Social and Behavior framework) รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioural change) พฤติกรรมการสื่อสาร (communication behavior) การเผยแพร่นวัตกรรม (innovation diffusion) และการเข้าถึงองค์กรของชุมชน (Community organization approach)

2. Practical framework ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมิน โดยในขั้นตอนการดำเนินงาน กิจกรรมบูรณาการลงไปโครงสร้างของชุมชน ดำเนินงานโดยชุมชน ทั้งนี้ โครงการ North Karelia เป็นผู้สนับสนุน ขั้นตอนการประเมินผลรวมถึงการประเมินกระบวนการ ผลลัพธ์ และค่าใช้จ่าย มีระบบการเฝ้าระวังติดตามในประชากรทั่วไปทุก 5 ปี

สาระสำคัญของการดำเนินงาน

1. Dietary changes including cholesterol lowering (โครงการอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพ ลดไขมัน) ได้แก่ ลดการบริโภคนมและอาหารไขมันสูง ใช้การบริโภคน้ำมันจาก rape seed oil (Benecol) ซึ่งมีไขมันต่ำแทนเนย เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้โดยส่งเสริมเทศกาลผักผลไม้ มีการประกวดอาหารระหว่างหมู่บ้าน
2. Smokefree North Karelia Project (โครงการปลอดบุหรี่) ได้แก่ การออกกฎหมายควบคุมบุหรี่ สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ให้ความรู้ คลินิกอดบุหรี่ การดำเนินงานในโรงเรียน รายการ Quit&Win ในโทรทัศน์
3. Blood pressure Programme (โครงการลดภาวะความดันโลหิตสูง) ได้แก่กฎหมายติดฉลากในอาหารที่มีปริมาณเกลือสูง เมนูอาหารที่มีเกลือต่ำในภัตตาคาร เมนูอาหารกลางวันในโรงเรียนที่ดีต่อสุขภาพ
4. Physical Activity Programme (โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย) การดำเนินงานเน้นทั้งการป้องกันในระดับปฐมภูมิ และการป้องกันในระดับทุติยภูมิ รวมถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

กลยุทธ์และมาตรการที่ใช้ในการปฏิบัติได้แก่ กิจกรรมผ่านสื่อต่างๆ (material, mass media, campaigns) การบริการป้องกันเชิงรุก การพัฒนาศักยภาพอบรมเพิ่มทักษะบุคลากรทางการแพทย์และผู้ร่วมงานอื่นๆ นอกสาธารณสุข การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (เช่น ลดการจำหน่ายบุหรี่ สถานที่ปลอดบุหรี่ ร้านขายของ โรงงานผลิตอาหาร) และการติดตามประเมินผล ส่งข้อมูลป้อนกลับ

ผลลัพธ์และผลกระทบ

หลังจากการดำเนินงาน 20 ปี พบว่า

- อัตราตายของโรคหัวใจขาดเลือดในเพศชายอายุระหว่าง 35-64 ปีลดลงร้อยละ 46 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการ และในเพศหญิงพบว่าลดอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นเดียวกัน
- แม้ว่าเป้าหมายโครงการเพื่อลดอัตราตายของโรคหัวใจก็ตาม แต่ผลจากการลดปัจจัยเสี่ยงร่วมพบว่าสามารถลดอัตราตายจากมะเร็งปอดในเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 60)
- มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงในประชากรทั่วไปอย่างชัดเจน
- มีการร่วมดำเนินงานในหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ เกษตรกรรม อุตสาหกรรมอาหาร โรงเรียน ระบบการศึกษา และสื่อประชาสัมพันธ์
- มีการขยายจากการดำเนินงานจากระดับท้องถิ่นสู่การดำเนินงานระดับประเทศในปี.ศ. 1977 และเป็นตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงานในประเทศต่างๆ ทั่วโลก

ปัจจัยความสำเร็จของโครงการ North Karelia

- มีกรอบแนวคิดที่เหมาะสม
- มาตรการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของชุมชนนั้นๆ
- การปรับเปลี่ยนค่านิยมและการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม
- การดำเนินงานร่วมกันใกล้ชิดระหว่างหน่วยงานต่างๆ และชุมชน
- สื่อประชาสัมพันธ์ได้รับการตอบสนองเชิงบวกจากประชาชน
- การสนับสนุนจากองค์การระหว่างประเทศและองค์การอนามัยโลก

- มีการประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของโครงการกับนโยบายระดับชาติและมีการบูรณาการกับสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ
- ผู้นำให้การสนับสนุนในระยะยาว

ข้อแนะนำจากโครงการ North Karelia ต่อการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชน/พื้นที่เป็นฐาน

- การดำเนินการโครงการเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายและความต้องการของประชาชนในชุมชน
- ต้องมีการศึกษาโครงการ การวางแผน, ดำเนินการ และการประเมิน
- ให้ความสำคัญกับการเลือกกรอบแนวคิด/ทฤษฎี ตามวัตถุประสงค์ การออกแบบการดำเนินการ
- เข้าใจชุมชนเป็นอย่างดี โดยมีการวิเคราะห์บริบทของชุมชน ค้นหาผู้นำองค์กร/ชุมชน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ชุมชนต้องมีความรู้สึกการเป็นเจ้าของ และการมีส่วนร่วม มีการประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับองค์กรชุมชน มีการประสานความร่วมมือในชุมชน
- มีการวางแผน สื่อสารในชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การดำเนินงานสามารถทำให้ชุมชนเปลี่ยนแปลงทางสังคม กายภาพ สิ่งแวดล้อมเพื่อวิถีชีวิตและสุขภาพที่ดี
- โครงการระดับชาติควรอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้จัดทำนโยบายสุขภาพ

ตัวอย่างประสบการณ์การดำเนินงาน CBI ในต่างประเทศ

ประเด็นเป้าหมาย	โครงการ	ประเทศ/พื้นที่	วิธีการ
ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	Finmark Intervention Study 1998-1991	นอร์เวย์ (หมู่บ้านประมง; ประชากร 2,500)	"Health and well-being" intervention ผ่านการเพิ่มพลังชุมชน เผยแพร่ นวัตกรรม ผลผสมผสานการดำเนินงาน ในประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
ลดปัจจัยเสี่ยง	Hartslag Limberg "Heartbeat Limberg" 1998	เนเธอร์แลนด์ (เขต Limberg; ประชากร 180,000)	ลดปัจจัยเสี่ยง (อาหาร ไขมัน บุหรี่ กิจกรรมทางกาย)-กลยุทธ์: ภาควิชาสังคม สื่อต่างๆ และกลยุทธ์ด้านสิ่งแวดล้อม
ลดอ้วน	Seeds of HOPE (Health, Opportunities, Partnerships, Empowerment) 2004 ถึงปัจจุบัน	อเมริกา (North Carolina)	โครงการวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน แยกจากโครงการ HOPE Works-ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอ้วนกับการสร้างศักยภาพของหญิงที่มีรายได้น้อย
ส่งเสริมการออกกำลังกาย	10,000 Steps Projects 2001-2003	ออสเตรเลีย (Rockhampton, Queensland)	กรอบแนวคิดด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมการนับก้าวเดิน สื่อประชาสัมพันธ์ จัดรณรงค์ การมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ ในการสร้างเสริมการออกกำลังกาย ส่งเสริมการออกกำลังกาย ในสถานที่ทำงานและการใช้เครื่องเดินออกกำลังกาย
ป้องกันเบาหวาน	Sandy Lake Health and Diabetes Project 1991	แคนาดา (Northwest Ontario)	หลายระยะได้แก่ การคัดกรองเบาหวาน การประเมินปัจจัยเสี่ยง และโครงการป้องกันในประชากรรุ่นแรก (Canadian First Nation)

การดำเนินงาน CBI : กลยุทธ์หนึ่งสู่ Healthy People 2010

เพื่อวัตถุประสงค์ให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปีค.ศ. 2010 (Healthy People, 2010) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานในชุมชน โดยชุมชนเพื่อป้องกันควบคุมโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่นในโรงเรียน ในสถานศึกษา สถานที่ทำงาน สถานประกอบการและชุมชน กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานประกอบด้วย

- Education strategies การให้ความรู้ สร้างความตระหนัก การเสริมสร้างสุขภาพแก่ประชาชน
- Policy strategies การมีนโยบาย กฎ ระเบียบของชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- Environmental strategies การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ในการดำเนินงาน ให้บรรลุประสงค์ ต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างน้อย 3 ส่วน คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีการประเมินชุมชน วิเคราะห์บริบทของชุมชน (ทั้งทรัพยากร เศรษฐกิจ การเมือง สังคมของชุมชน) รวบรวมและค้นหาปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน มีวัตถุประสงค์ที่มีเป้าหมายชัดเจน และสามารถวัดได้ มีการดำเนินการที่บูรณาการให้เหมาะสมกับประเพณี วัฒนธรรมนิยมและบริบทของชุมชน กำหนดความรับผิดชอบโดยการมีส่วนร่วม และต้องมีการติดตาม กำกับและประเมินผล

แนวทางกลยุทธ์ชุมชนเป็นฐาน (CBI) : ก้าวไปพร้อมกัน เป้าหมายเดียวกัน

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเกิดการระบาดและเป็นปัญหาทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ส่งสัญญาณเตือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และได้ส่งสัญญาณอย่างต่อเนื่อง พบว่าอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อถึงร้อยละ 44 (ถ้ารวมกับสาเหตุจากการบาดเจ็บจะมากกว่าร้อยละ 50) สถานการณ์เกิดในคนที่มีอายุน้อยเพิ่มมากขึ้นในประเทศกำลังพัฒนามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว จึงมีการส่งกระแสไปยังประเทศสมาชิกต่างๆ ถึงธรรมชาติของโรค สาเหตุ การป้องกันโรค และเป้าหมายที่จะดำเนินการ ซึ่งการศึกษาพบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมัน อ้วนลงพุง หัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 80 สามารถป้องกันได้

ในปีพ.ศ. 2548 พบว่าขนาดของปัญหาโรคไม่ติดต่อขยายตัวมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้เชี่ยวชาญระดับโลกเสนอว่าควรมีการผลักดันสู่การเปลี่ยนแปลง หาแนวทางการแก้ไขลดปัญหา โดยการบูรณาการระหว่างวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี นโยบาย และวิทยาศาสตร์สังคม ในมุมมองของภาพรวม อย่างมีขั้นตอน และเป็นระบบ เพื่อไม่ให้เกิดการดำเนินการแก้ไขเป็นปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพื้นที่และช่วยประหยัดลดค่าใช้จ่าย การแก้ไขปัญหาก็ต้องบูรณาการ องค์ความรู้ หลักฐาน การเข้าถึงชุมชน การเข้าถึงบริการ อย่างมีขั้นตอนโดยต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของปัญหา ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยของสังคมและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่หรือชุมชน

การยึดชุมชนเป็นฐาน ทำไมต้องทำ...สำคัญอย่างไร

องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้มีการดำเนินงานโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (Community based Intervention : CBI) เป็นกลยุทธ์หลักอย่างหนึ่งของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ แนะนำให้ประเทศสมาชิกมีการจัดตั้งโครงการสอนแสดง (Community based demonstration project) ตั้งแต่ปีค.ศ. 1970 จากคำถามที่ว่า "ลดปัจจัยเสี่ยง แล้วลดโรคได้หรือไม่" และได้เสนอให้ใช้กลยุทธ์ Integrated NCD Prevention and Control Model ในราวต้นปีค.ศ. 1980

การดำเนินงานลดปัญหาโรคไม่ติดต่อภายในชุมชนประกอบด้วยการรวมกลยุทธ์ย่อยต่างๆ ในชุมชนที่ไปลดปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยกำหนดและมีการจัดบริการที่จะเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ นโยบายภายในชุมชน การคัดกรองในการขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ในชุมชน มุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้เป็นกุญแจสำคัญ และเนื่องจากพฤติกรรมเป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (เป็นพลวัต) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำให้

เกิดพฤติกรรมเชิงบวก (เชิงลดปัญหา) ในชุมชน พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงนั้นฝังรากอยู่ในชุมชน ในมิติของสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชนเอง ตัวอย่างเช่นจากที่ชาวบ้านจากกาฬสินธุ์เล่าว่า แต่ก่อนคนอีสาน โหม่โท่ที่ไม่มีอะไรกิน เต็มวันไม่มีกินเขากินผลไม้เป็นนิโคแทนเพื่อลดความเครียด ซึ่งเป็นการเข้าถึงโอกาสในการบริโภคเกินเพียงพอแก้ปัญหาการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นวิธีแก้ปัญหาที่เสี่ยง ความเชื่อ/ค่านิยมที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของชุมชนตัวอย่างเช่น กินนม กินไข่ดีกับทุกวัย แต่ไม่บอกชนิดของนมและคุณลักษณะที่เหมาะสมในแต่ละวัย ที่จังหวัดเชียงรายเด็กมีความเชื่อ “กินนมแทนน้ำ” แต่ความเป็นจริงแล้วเด็ก 2 ขวบ สามารถกินได้ 2 แก้วต่อวัน แต่หลังจากนั้นควรกินชนิดใดแค่ไหน หรือปัญหานมไม่เต็มจำนวน สิ่งที่เกิดขึ้นนี้เป็นปัญหาทรัพยากรนำเข้าสู่ชุมชนต้องจัดการสามารถสะท้อนให้เห็นได้ถึงปัญหาว่าเป็นความเสี่ยงในวิถีชีวิตที่ซับซ้อน

การดำเนินการขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ในชุมชนให้ประสบความสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการค้นหาเพื่อแสดงถึงผลที่เกิดขึ้นจากมิติของการมองชุมชนทั้งชุมชนเป็นเป้าหมาย มีการบูรณาการการป้องกันควบคุมโรคในการทำงานร่วมกันของชุมชน เพื่อการเปลี่ยนแปลงชุมชนให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางบวกในการลดเสี่ยง ลดโรค โดยแปลจากสิ่งที่ยากเป็นสิ่งที่ง่าย เป็นภาษาของชุมชนเอง เข้าใจและสามารถปฏิบัติให้เป็นธรรมชาติที่สอดคล้องกับชุมชน ชุมชนเป็นตัวกลางเชื่อมช่องว่างระหว่างความรู้ทางวิทยาศาสตร์กับความจำเป็นที่จะต้องทำ

โครงการสอนแสดงที่มีชุมชนเป็นฐานมีบทบาทเป็นโครงการนำร่องที่จะสอนแสดงความเป็นไปได้ของผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการป้องกันโรคในภาพรวม (Comprehensive prevention intervention) และนำไปขยายต่อในการปฏิบัติการในระดับประเทศ ตัวอย่างประเทศที่ดำเนินการประสบผลสำเร็จ เช่น ประเทศอเมริกา ประเทศฟินแลนด์ ที่เน้นการสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลัก มีการปรับ Primary Health Care ผลักดันให้เกิดรูปธรรมในชุมชน แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้ไปขับเคลื่อนนโยบายสู่การขยายโครงการในระดับประเทศ กล่าวคือเป็นการดำเนินงานในชุมชนเล็กจนขยายสู่ระดับชุมชนใหญ่นั้นเอง

ลักษณะของโครงการสอนแสดงบนพื้นฐานชุมชนขององค์การอนามัยโลก มีดังนี้

- “ชุมชนโลก” มีขอบเขต ความครอบคลุมของลักษณะโครงการรวมเอาตั้งแต่การดำเนินการในวงจำกัดในชุมชนเล็กๆ ไปถึงการดำเนินการของชุมชนในภาพรวมในชุมชนใหญ่ที่มีการบริหารจัดการที่มีความซับซ้อน ขอบเขตความหมายของชุมชนในระดับโลกได้แก่ระดับท้องถิ่น/ภูมิภาคหรือ region (ไม่ใช่องค์กรที่เป็นระบบส่วนกลางแต่เป็นส่วนที่ใกล้ชิดกับประชาชน) ซึ่งในประเทศไทยขอบเขตชุมชนมีตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน แต่ปัจจุบันส่วนใหญ่จะเป็นการสอนแสดงในระดับชุมชนที่เรียกว่า หมู่บ้าน ในต่างประเทศจะมีชุมชนหลายระดับที่จะสอนแสดงในการลดปัญหาโรคไม่ติดต่อ
- ทุกโครงการที่ยึดชุมชนเป็นฐานควรรวมเอาการประเมินผลเพื่อให้ได้บทเรียนจากประสบการณ์ด้วย

ประสบการณ์และบทเรียนที่ผ่านมา ของโครงการระดับโลก ตั้งแต่ปี.ศ.1970-2003 ขององค์การอนามัยโลก

โครงการระดับโลกเริ่มดำเนินการพัฒนาตั้งแต่ปี.ศ. 1970 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเริ่มจาก North karelia project, Stanford project (ในปัจจุบันขยายสู่การดำเนินงานในระดับรัฐ), California model, New York model เป้าหมายที่สำคัญคือการส่งเสริม ลดความเสี่ยงโดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การดำเนินงาน CBI เป็นมาตรการที่ดำเนินการป้องกันบนพื้นฐานประชากร (Population-based prevention) ป้องกันและควบคุมความเสี่ยง/ปัจจัยกำหนดที่กล่าวมาแล้วในชุมชนจำนวนมาก เข้าถึงประชาชนโดยรวม ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ทั้งในการดำเนินงานและการบริหารงาน ต้องสังเกตกระบวนการ ความพร้อม การสนับสนุนที่เพียงพอและดูแลความก้าวหน้าของชุมชน โครงการสอนแสดงบนพื้นฐานชุมชนจึงเป็นกลยุทธ์และเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในการตอบสนองความท้าทายในการลดปัญหาและภาระอันเกิดการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อที่มีประสิทธิผล

ขอบเขตการศึกษาแบบของการลดปัญหาโรคไม่ติดต่อ ได้ขยายความครอบคลุมที่ซับซ้อนขึ้นเพื่อเห็นวิวัฒนาการมาวางกรอบแนวทาง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงจุดสังเกต ตัวแปร ปัจจัยความสำเร็จ สิ่งที่น่าไปศึกษา เห็นแนวทางเพื่อผลักดันนโยบายหรือเพื่อบอกรูปธรรมการบริหารจัดการ

สิ่งที่เรียนรู้จากมาตรการ CBI ในระดับโลก

- การดำเนินงานลดปัญหาโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานที่กว้างกว่าการคัดกรองแล้วให้บริการดูแลอย่างเดียว พบว่าเกิดผลกระทบเชิงสาธารณสุขได้มากกว่า เนื่องจากเป็นการดำเนินการกับกลุ่มคนส่วนใหญ่ในชุมชนจึงได้ผลมากกว่าทำเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง
- การดำเนินงานเพื่อให้ลดปัญหาเฉพาะทางคลินิกอย่างเดียวในกลุ่มเสี่ยงสูงนั้นพบว่าไม่เพียงพอต่อการลดโรค ต้องมีขับเคลื่อนมาตรการอื่นไปพร้อมๆ กันด้วยจึงจะลดปัญหาได้ดี
- การดำเนินงานต้องมีการผนวก (Combine) ระหว่างบทบาทของการบริการสุขภาพ (Clinical Preventive Service) และมาตรการการสร้างสุขภาพ กิจกรรมต้องสัมพันธ์กับภาคส่วนต่างๆ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหน่วยงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และภาคีเครือข่ายต่างๆ
- การดำเนินการในชุมชนต้องมีขั้นตอนและคิดอย่างเป็นระบบจึงจะเพียงพอที่ทำให้เกิดผลกระทบใหญ่ได้
- กฎเกณฑ์ที่ยึดชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 5 ข้อ
 - 1) เน้นปัจจัยเสี่ยงร่วม
 - 2) การป้องกันเป็นกุญแจนำไปสู่การต่อสู้ทำลาย (Tackling) ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง
 - 3) ในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องผนวกวิชาการในกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าระดับชุมชน
 - 4) ปฏิบัติการร่วม/ การประสานงานความร่วมมือหน่วยงานย่อยต้องการสนับสนุนที่ชัดเจน การทำความเข้าใจ สื่อความเชิงนโยบายท้องถิ่น นโยบายประเทศต้องชัดเจนอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริง
 - 5) มองภาพรวมของการบูรณาการการป้องกันโรคไม่ติดต่องร่วมกัน ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ
- การประเมินโครงการเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพื่อให้ทราบว่าโครงการใดประสบผลสำเร็จหรือไม่

การประเมินผลโครงการ CBI ต่างกับ Acute Disease เพราะโรคไม่ติดต่อเป็นโรคเรื้อรังและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การประเมินผล CBI จึงต้องเป็นการประเมินเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ต้องคำนึงถึง ตัวชี้วัด/ตัวสังเกตเพื่อพัฒนาโครงการหรือพัฒนาชุมชน ไม่ใช่เพียงเพื่อประเมินผลโครงการรายงานระยะสั้นๆ ระบบสนับสนุนจึงต้องมีเครื่องมือการประเมินเพื่อดูประสิทธิภาพ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อผลักดันนโยบายดังที่กล่าวมาแล้ว

วิวัฒนาการโครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนในประเทศไทย

การดำเนินงาน CBI ในประเทศไทย ได้ริเริ่มในปี.ศ. 2536-2539 ที่จังหวัดราชบุรีแต่พบว่ายังไม่สามารถขับเคลื่อนได้ดีเนื่องจากโครงสร้างของจังหวัดยังไม่เอื้ออำนวยต่อการผลักดันรูปแบบ อย่างไรก็ตาม ได้ภาพที่ชัดเจนในระดับหนึ่งคือการดำเนินงาน CBI ต้องทำโดยสหสาขาและชุมชนมีส่วนร่วม ข้อมูลที่ชุมชนในระดับตำบลสามารถมองเห็นโซ่สาเหตุ (web of causation) ของปัญหา สามารถขับเคลื่อนงาน CBI ด้านอุบัติเหตุได้ชัดเจน แม้ว่าสำหรับโรคไม่ติดต่องยังไม่สามารถขับเคลื่อนได้ดีนัก หลังจากนั้นได้ดำเนินงานในรูปแบบต่างๆ เช่น โครงการรูปแบบการควบคุมป้องกันความดันโลหิตสูง เบาหวาน โครงการรูปแบบการป้องกันควบคุมหัวใจและหลอดเลือด (ดังเช่นที่จังหวัดชัยนาทซึ่งมีการประเมินต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อหน่วย)

- ปีพ.ศ. 2547 เริ่มโครงการรูปแบบนำร่องลดเสี่ยงในชุมชน 12 จังหวัด ภายใต้แนวคิด

“การดำเนินงานโครงการ CBI ที่แท้จริง ต้องเป็นชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคที่สามารถจัดการในการลดความเสี่ยงได้ด้วยตัวเอง จึงจะเกิดความยั่งยืน เป็นนวัตกรรมของการเรียนรู้”

- ปีพ.ศ. 2550 จากการสังเกต การรวบรวม ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน CBI ถึงความสำเร็จ บทเรียนที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าความสำเร็จของการดำเนินงานไม่ใช่เน้นเพียงการคัดกรองเท่านั้น เนื่องจากการคัดกรองทำให้เกิดประสิทธิผลนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จด้วย ปัจจัยกำหนดและปัจจัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ต้องคำนึงถึง ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรมของท้องถิ่น วัฒนธรรมต่อการรับรู้ความเสี่ยง ความเสมอภาค เพศ ประสิทธิภาพของการดำเนินการ การเข้าถึงการดูแล ทรัพยากรในชุมชน ความยั่งยืน การแข่งขันกับปัจจัยกำหนดอื่นๆ ที่มาเป็นอุปสรรคการดำเนินงาน เช่น นโยบายเสรีแอลกอฮอล์ เป็นต้น ความเข้าใจถึงธรรมชาติวิทยา ปัจจัยกำหนดต่างๆ ส่งผลต่อการออกแบบแผนของชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและแผนงาน ในการถอดบทเรียนความสำเร็จเพื่อเผยแพร่และผลักดันนโยบายต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดเหล่านี้ประกอบเช่นเดียวกัน

การดำเนินงาน CBI ที่ช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีการพัฒนากรอบแนวคิดรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (ล่าสุดดังภาพ) การดำเนินงานเริ่มเห็นผลชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น สามารถลดปัญหาในชุมชนได้



จากกรอบแนวคิดรูปแบบจะเห็นได้ว่าการบริการที่จะไปสนับสนุนจำเป็นต้องไปถึงการสนับสนุนการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ตัวอย่างเช่น

คำถาม: ชาวเหนียวอีสานพันธุ์ปัจจุบันมีผลต่อการเป็นเบาหวานหรือไม่อย่างไร แม้ว่าผู้ที่มีภาวะเบาหวานได้เปลี่ยนการกินข้าวเหนียวจากกระต๊อบที่มีขนาดใหญ่ มาเป็นขนาดเล็กลงกว่าเดิมแล้ว ก็ยังพบว่ามีปัญหาต่อเบาหวานอยู่ ดังนั้นเบาหวานเกิดจากพันธุ์ข้าวเหนียวหรือไม่

คำตอบ: พบว่า glycemic index มี %calorie ในข้าวพันธุ์ต่างๆ มีความแตกต่างกันจริง

จะเห็นได้ว่าแม้ว่าเป็นคำถามง่ายๆ ของชาวบ้านหรือคนทั่วไป แต่ต้องใช้หลักวิทยาศาสตร์ในการตอบและเชื่อมโยง ดังนั้นบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขจึงต้องเป็นตัวกลางในการแปลความ (translate) การสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ มีความกว้างขวางและตรวจทานในการแก้ไขปัญหาจากองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง มีการสร้างเครือข่ายการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำลายและเป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงาน CBI ของบุคลากรทางแพทย์ และสาธารณสุขผู้เป็นแกนการสร้างการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เกิดการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงในชุมชน

ชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน : ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

"ชุมชน" (Community) มีความหมายแตกต่างกันดังนี้

- ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, พ.ศ. 2542)
- ชุมชนเป็นระบบทางสังคม (ชนินทร์ เจริญกุล, 2543)
 - ชุมชน คือกลุ่มคนที่อยู่รวมกัน มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน ซึ่งก่อให้เกิดระบบย่อยต่างๆ ทั้งในเชิงแนวคิด ค่านิยม ระบบครอบครัว เศรษฐกิจ สุขภาพอนามัย การศึกษา ฯลฯ และระบบย่อยหรือองค์ประกอบเหล่านี้ต่างมีความสัมพันธ์กัน และส่งผลกระทบต่อกันเป็น "ระบบทางสังคม"
 - ชุมชนอาจมองในแง่กลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม โดยมีขอบเขตที่แน่ชัดทางภูมิศาสตร์หรือไม่ใช่ขอบเขตในเชิงภูมิศาสตร์ แต่เป็นขอบเขตในเชิงความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งอาจเรียกว่า "ชุมชนในเชิงการหน้าที่" เช่นชุมชนชาวมุสลิม
- ชุมชนไม่จำเป็นต้องเป็นกลุ่มใหญ่ในอาณาบริเวณเดียวกัน ความเป็นชุมชนอยู่ที่คนในชุมชนจำนวนหนึ่ง (คนละพื้นที่ก็ได้) มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ติดต่อสื่อสารกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ

ความเป็นชุมชนไม่เฉพาะขอบเขตของหมู่บ้าน แต่รวมถึงลักษณะเครือข่ายของความสัมพันธ์ที่กว้างขวางทั้งระบบอุปถัมภ์และแบบเครือญาติ (อัจฉรา สโรบล)

* ความหมายของชุมชนในอดีต เราให้ความสำคัญกับขอบเขตบริเวณที่อยู่อาศัย แต่ความเปลี่ยนแปลงแบบโลกาภิวัตน์ทำให้การจำกัดขอบเขตบริเวณที่อยู่อาศัย อาจไม่ใช่จุดใหญ่ในการบอกความเป็นชุมชน แต่สิ่งที่เห็นหัวใจคือ การมีกิจกรรมและสภาพปกติของชีวิตร่วมกัน อยู่ในปัญหาและผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น ชุมชน จ.ส. 100 (อดีต รวงศ์คงเดช)

การดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกับชุมชน

1. การเตรียมการ

1.1 การปรับทัศนคติ วิธีคิดและแบบแผนการปฏิบัติของระบบสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องปรับแนวคิดให้เปิดกว้าง และปรับการให้บริการจากการรักษาสู่การป้องกันควบคุมโรค ทุกระดับและรู้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์สิ่งแวดล้อม ตามกระบวนการควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ภาคผนวก ข)

1.2 เจ้าหน้าที่ต้องเรียนรู้ เข้าใจและยอมรับว่า มีความคิด ความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละสังคม/ชุมชน ซึ่งมีผลต่อการกำหนดแบบแผนพฤติกรรม การดำรงชีวิตของประชากรในชุมชนนั้นๆ และมีผลที่จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้าน จิตใจ อารมณ์และสังคม แม้ว่าอาจจะไม่สามารถอธิบายเหตุผลในเชิงวิทยาศาสตร์ได้ การแก้ปัญหาตามแนวทางที่เจ้าหน้าที่กำหนดและคิดว่าเหมาะสมที่สุดอาจเป็นการฝืนกระแสสังคม แทนที่จะเป็นการปรับกระแสสังคมให้เกิดเป็นพลังสังคมอันจะนำไปสู่เป้าหมายที่เราวาดฝันไว้ร่วมกัน

ดังนั้นการศึกษาภูมิปัญญาประชาชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการพัฒนาเพื่อยกระดับศักยภาพของชุมชนให้สามารถพึ่งพาตนเองได้สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

1.3 เข้าใจและรับรู้ปัญหาชุมชน ปัญหาชุมชน ในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชุมชนอาจจะเป็นประเด็นเดียวกัน เจ้าหน้าที่ต้องให้ความสำคัญประเด็นด้านความสำนึกด้านสุขภาพ (Health Consciousness) ในการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ความคิด ความเชื่อของชุมชน การรับรู้ต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ปฏิกริยาของชุมชนที่สนองต่อการเกิดสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และสังคมที่จะมีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน

1.4 การพัฒนาความเป็นผู้นำและการสร้างเครือข่าย เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับชุมชน โดยปรับกระแสแนวคิดให้ตรงกัน นำไปสู่การกำหนดเป้าประสงค์ร่วมกัน และเกิดการระดมพลังชุมชน ทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์ และทรัพยากรอื่นในชุมชน เพื่อการพัฒนาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เกิดเครือข่ายชุมชนสาธารณสุข ระบบบริการสนับสนุนสาธารณสุขจะต้องสอดคล้องประสานกับกระบวนการแก้ไขปัญหาชุมชน มุ่งสู่ทิศทางที่จะเอื้อให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้ โดยอาศัยพลังชุมชนอันเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรชุมชน ประชาชน และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.5 การศึกษาชุมชน

ในการรวบรวมข้อมูลของชุมชนภาพรวม ต้องทำการศึกษาชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อสืบค้นหาข้อมูลที่สำคัญ เพื่อให้รู้และเข้าใจชุมชน ทั้งในตัวของเนื้อหาและบริบท นำไปสู่การพัฒนาต่อไป เครื่องมือศึกษาชุมชนที่ปรับประยุกต์ให้เหมาะกับงานด้านสาธารณสุข เช่น เครื่องมือ 7 อย่าง ประกอบด้วย แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ โครงสร้างองค์กรชุมชน/เครือข่ายองค์กรในชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน ปฏิทินชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชนและประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจ

1.6 การสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health Communication) (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, พ.ศ. 2545)

การสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นกลวิธีในการนำเสนอข้อมูล การเผยแพร่ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไปได้รับรู้ สนใจ ตระหนักในเรื่องของสุขภาพ โดยการเน้นกระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้เพื่อความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพ การสื่อสารเพื่อสุขภาพมองได้หลายมิติ เพราะเรื่องสุขภาพเป็นพลวัต มีความต่อเนื่องในวิถีชีวิตของบุคคล เป็นเรื่องสุขภาพของครอบครัวที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับการเมือง เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม

การรู้ศักยภาพการสื่อสารภายในชุมชน เช่นการใช้สื่อ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร วิธีการและช่องทางการเข้าถึงชุมชนที่ได้ผล รวมถึงปัญหาและปัจจัยที่ทำให้คนในชุมชนยอมรับสื่อและมีส่วนร่วมในการสื่อสารในชุมชน เพื่อเพิ่มความสามารถในการสื่อสาร

2. การวางแผนและดำเนินงานร่วมกับชุมชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุข

การวางแผนการดำเนินการ จำเป็นต้องเข้าใจกระบวนการวางแผนงาน มีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาเหตุหลักของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบบริการสาธารณสุขและระบบบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบการศึกษา การเกษตร การปกครองท้องถิ่น ระบบโครงสร้างและสังคม วัฒนธรรมของชุมชน และองค์ประกอบการวางแผนและการดำเนินงานมีดังนี้

2.1 ชุมชนแต่งตั้งคณะทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่รับผิดชอบ ภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยมีข้อตกลงร่วมกัน และทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดทำแผนการดำเนินงาน

2.2 การประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ

การรวบรวมและวิเคราะห์ต่างๆ ได้แก่ นโยบายด้านสาธารณสุข ข้อมูลแผนงานสาธารณสุข ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขและสถานการณ์ของการดำเนินงานปัจจุบัน เช่น ข้อมูลประชากร/การระบาด/ด้านสถานะสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหา การดำเนินงานในพื้นที่ ข้อมูลทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและประเพณีและทรัพยากรในท้องถิ่น

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

2.3 การจัดทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน

การจัดทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน โดยนำผลการประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ เช่น การป่วยตาย โรค ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง ให้ประชาชนรับทราบ และนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งพิจารณาจากขนาดปัญหา ความรุนแรง ความยากง่ายในการแก้ปัญหา ความตระหนักในปัญหาของชุมชนที่ไม่จำกัดเฉพาะด้านเศรษฐกิจ ยังเกี่ยวเนื่องทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของประชาชน

2.4 การกำหนดกลวิธี/แนวทางการดำเนินงาน

เป็นการกำหนดรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินงานตามแผน และลงมือทำตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มองค์กร โดยชุมชนต้องมีการแบ่งกลุ่มรับผิดชอบงาน ตามความถนัดตามพื้นที่แล้วแต่ประเภทของกิจกรรม ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐทั้งที่มีสนับสนุนและที่มองว่าการบริหารส่วนท้องถิ่นว่ามีบทบาทอย่างไร มีหลายวิธีการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรณรงค์ การสอน การสาธิต การอบรม การอภิปราย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นกลุ่ม การใช้บุคคลต้นแบบ การฝึกปฏิบัติ

2.5 กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

เป็นการกำกับ ติดตามประเมินผลระหว่างการดำเนินงานและการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน การประเมินผลระหว่างการดำเนินงานซึ่งเป็นการประเมินในระดับขั้นตอน กระบวนการ เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าและสามารถปรับทิศทางการทำงานได้ทันเวลา ไม่ต้องรอจนเสร็จสิ้น และการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน เป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดแต่ละระยะของดำเนินงาน

อาจเรียกว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการเป็นการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ สิ่งสำคัญจากการประเมินผลคือพยายามชี้ให้เห็นสิ่งที่ชุมชนได้รับ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หรือรับผลกระทบ เพื่อเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างครบวงจร

แนวทางการติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน

1. **การติดตามงาน (Monitoring)** หมายถึง การควบคุม ดูแล ตรวจสอบ หรือกระตุ้นงานให้เป็นไปตามนโยบาย แผนงาน หรือโครงการ เพื่อตรวจสอบว่ากิจกรรม งาน หรือโครงการได้ดำเนินการเป็นไปตามแนวทางที่กำหนด หรือเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ ซึ่งได้กำหนดไว้ แล้วใช้ข้อมูลเพื่อการปรับปรุงแก้ไขวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลงานเป็นไปตามแผนอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. **การกำกับงาน** เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดยผู้บริหารแผนงาน/โครงการ โดยมุ่งที่จะตอบคำถามหลักเกี่ยวกับ Input Process Output โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการเร่งรัดให้แผนงาน/โครงการดำเนินงานไปตรงเป้าหมาย และแล้วเสร็จภายในกำหนดเวลา

3. **การประเมินผล (Evaluation)** เป็นกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล โดยเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการนั้นกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ หรือกับข้อมูลก่อนเริ่มโครงการ รวมถึงสาเหตุที่เกิด/ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัดสินคุณค่า สรุปบทเรียนตลอดจนวินิจฉัยทางเลือกหรือกลยุทธ์ใหม่

การติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน เป็นกระบวนการติดตาม ควบคุม ดูแล ตรวจสอบ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และควรเป็นการประเมินแบบมีส่วนร่วม ที่มุ่งเน้นให้เกิดกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ที่จะนำไปสู่เป้าหมาย ลดปัจจัยเสี่ยงร่วม และลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชน

หลักการติดตาม กำกับ และประเมินผล

องค์การอนามัยโลกได้ให้หลักการในการติดตามกำกับประเมินผล ป้องกันและควบคุมไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ไว้ดังนี้

1. **การประเมินผลการดำเนินงาน** ผู้ประเมินควรพิจารณาเลือกโครงการหรือแผนงานที่มีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายเดียวกันหรือเชื่อมโยงกันและดำเนินการติดตามประเมินอย่างจริงจัง เนื่องจากชุมชนอาจมีการดำเนินการหลายโครงการเพื่อบรรลุเป้าหมาย ที่อาจทำให้เกิดความยุ่งยากและซับซ้อนในการติดตาม กำกับและประเมินผล

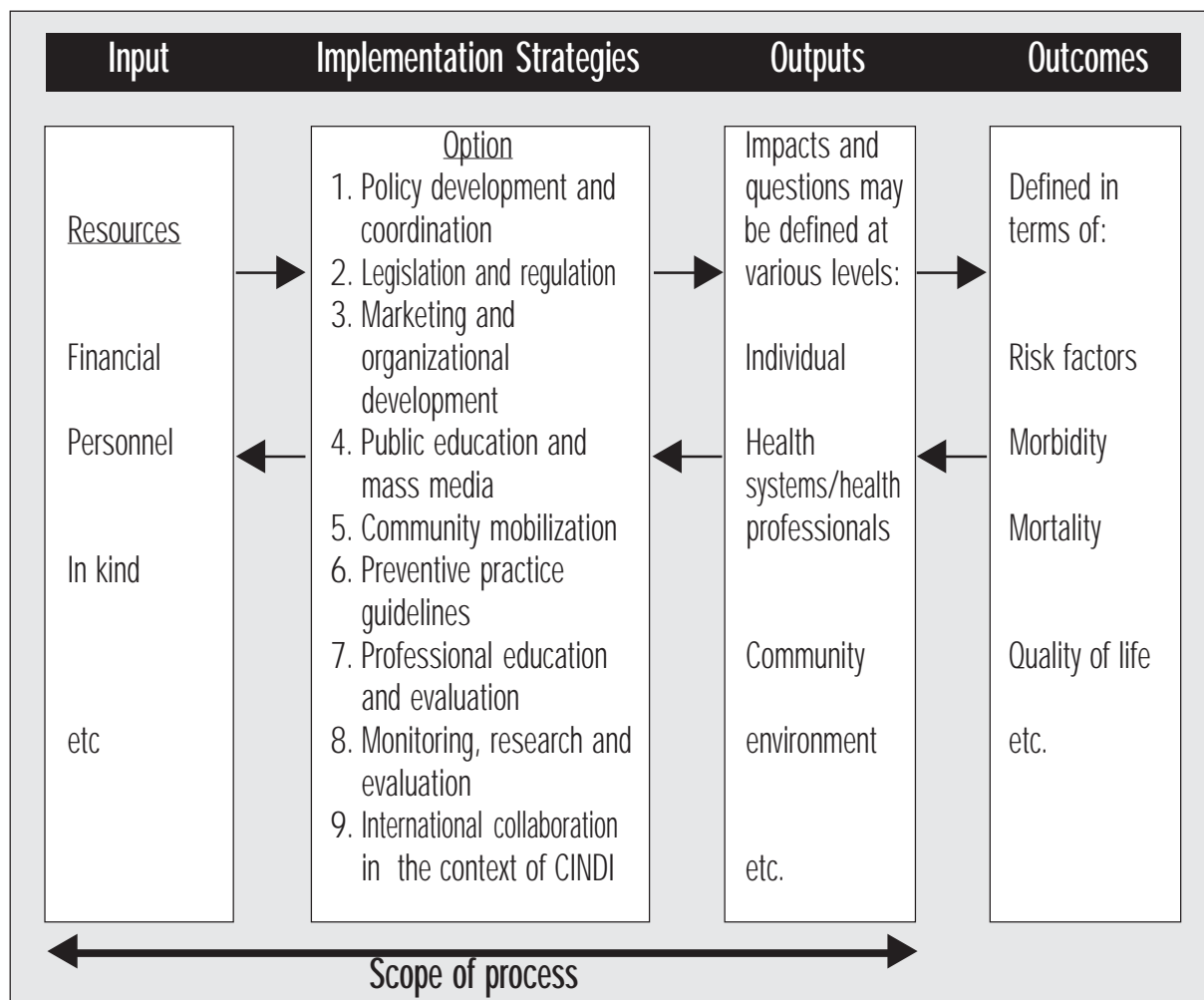
1.1 การวางแผนในการติดตามประเมินผล ควรพิจารณาจากข้อมูลดังต่อไปนี้

- เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการ เป้าหมายทำให้เห็นทิศทางในภาพรวมของโครงการ ในขณะที่วัตถุประสงค์จะเฉพาะเจาะจงมากกว่าและสามารถวัดได้
- หลักการและกรอบแนวคิดของโครงการซึ่งเป็นที่มาในการจัดกิจกรรมการดำเนินงาน
- ความจำเพาะเจาะจงของแต่ละพื้นที่ในการดำเนินงานซึ่งมีความแตกต่างกัน

1.2 ศึกษาข้อมูล ในด้านทรัพยากรนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ระยะกลาง (ผลกระทบระยะเริ่มต้น) ของโครงการ โดยพิจารณาตามกรอบการประเมินดังตาราง ที่สามารถทบทวนระหว่างการทำงานทั้งในด้านกระบวนการดำเนินงาน ปัจจัยนำเข้า และผลผลิตของโครงการ

ตัวอย่างกลยุทธ์ในการดำเนินงาน เช่น การพัฒนาโยบายและการประสานความร่วมมือ การออกกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ การตลาดและการพัฒนาระบบในการดำเนินงาน การให้ความรู้และการสื่อสารสาธารณะ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ เป็นต้น

นอกจากนี้ การค้นหาและชี้ประเด็นในการติดตามการดำเนินงานที่เหมาะสมที่เป็นสิ่งสำคัญและเป็นแบบฉบับของการดำเนินงานโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ซึ่งอาจประกอบด้วยหลายโครงการและหลายกลยุทธ์ร่วมกัน และการติดตามตัวชี้วัด จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงสำเร็จในการดำเนินงาน



1.3 คำถามและประเด็นในการประเมิน

ผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการและแผนงานสังเกตได้หลายระดับ ทั้งระดับบุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน ระดับชุมชน ได้แก่ระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน การตั้งประเด็นคำถาม และการประเมินมีความแตกต่างกัน

ระดับบุคคล กลุ่มบุคคลหรือชุมชน สิ่งสำคัญที่ต้องติดตาม ได้แก่ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพทั้งที่ดีและไม่ดี วิถีชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี โดยการติดตามจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ระดับชุมชน ประเด็นในการติดตาม เช่น การสร้างเครือข่ายทั้งในและนอกหน่วยงานสาธารณสุข เป็นต้น โดยการติดตามกระบวนการดำเนินงานและผลที่เกิดขึ้น ในด้านความสร้างสรรค์ การจัดระบบและกิจกรรมการดำเนินงานของชุมชน การพัฒนาทั้งเทคนิคในการดำเนินงานและสมรรถนะขององค์กร/ระบบ ความหลากหลายของกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมในการดำเนินงาน

2. การพัฒนาระบบการกำกับ ติดตามการดำเนินงาน

การกำกับ ติดตาม ในทุกส่วนและทุกกิจกรรมในโครงการ อาจปฏิบัติได้ยาก การประเมินผลที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สำคัญที่สุดคือการเลือกตัวชี้วัดหลักที่สำคัญที่สามารถติดตามได้ง่ายและสม่ำเสมอในทุกระดับในของพื้นที่ดำเนินงาน มีหลักฐานที่แนะนำว่าควรจัดสรรงบประมาณร้อยละ 10-15 เพื่อใช้ในกิจกรรมการติดตามกำกับและประเมินผล

2.1 การเลือกตัวชี้วัด

โครงการส่วนใหญ่จะเก็บข้อมูลเพื่อติดตามตัวชี้วัดที่มีจำนวนมากเกินไป ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่ได้มาไม่มีคุณภาพ เสียค่าใช้จ่าย และการใช้เวลาในการจัดการข้อมูลและรายงานสิ่งสำคัญในการเลือกตัวชี้วัด ดังนั้น จึงควรกำหนดและเลือกตัวชี้วัดที่ไม่มากเกินไป และเป็นตัวชี้วัดที่ทำให้ได้ข้อมูลที่นำไปสู่การทบทวน ตัดสินใจ และสามารถประเมินผลกระทบจากการดำเนินงานโครงการ

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งช่วยให้การประเมินผลประสบความสำเร็จคือการออกแบบเครื่องมือในการประเมินผลที่เหมาะสมที่ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลอันเป็นประโยชน์และตามตัวชี้วัด

2.3 การจัดระบบการประเมินผล

สิ่งสำคัญในการจัดระบบการประเมินผล เช่น กำหนดทิศทาง เทคนิค และวิธีการในการประเมิน จัดหาวิธีการเพื่อให้มีการรายงานอย่างสม่ำเสมอและเข้าใจง่าย ตรวจสอบความถูกต้องของผลการสรุป ทบทวนผลสรุปร่วมกับภาคีเครือข่าย เป็นต้น

3. การสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ต้องตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นที่แปรผันไปตามลักษณะบริบทของชุมชน สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างภาครัฐ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ นอกภาครัฐ เช่น ธุรกิจเอกชน ประชาชน ชุมชน และองค์กรต่างๆ ให้ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ และร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนา เพราะ “การพัฒนาที่ทรงพลังและยั่งยืนในสังคมประชาธิปไตย เกิดจากการพัฒนาที่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินการ และร่วมรับประโยชน์จากการพัฒนา” (อรพินท์ ส孚โชคชัย, 2550)

กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนสรุปได้ 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ชุมชน เพื่อทำการค้นหาปัญหา หาสาเหตุปัญหาของชุมชน ให้ประชาชนได้สืบค้น สืบหาจุดบกพร่อง วิเคราะห์สภาพที่แท้จริงของชุมชน พร้อมทั้งร่วมตัดสินใจว่าจะเริ่มทำอะไร จะแก้ไขปัญหอะไร

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนดำเนินการ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคิด ค้นหาวิธีการหรือแนวทางเพื่อการแก้ไขปัญหที่ได้มาซึ่งกระบวนการทางประชาธิปไตย สามารถปฏิบัติได้จริงและเหมาะสมกับชุมชนนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ประชาชนใช้ศักยภาพของตนเองในการบริหารจัดการ ชุมชน จัดการทรัพยากรและเกิดการประสานกันระหว่างชุมชนกับองค์กรต่างๆ ที่เข้ามาช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลการดำเนินงาน ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบผลงานที่ได้ทำไปว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ หากกิจกรรมที่ทำไปเกิดประโยชน์ต่อชุมชน ชุมชนเกิดการพัฒนา และเป็นขั้นตอนที่จะตัดสินใจว่าจะเดินไปข้างหน้าหรือหยุดพักเพื่อการปรับปรุงวิธีการดำเนินงานใหม่

ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ประชาชนจะได้รับผลตอบแทนจากการเข้าร่วมในกิจกรรมทางด้านจิตใจ เกิดความภาคภูมิใจที่เห็นชุมชนเกิดการพัฒนา

ถึงแม้ว่ากระบวนการการมีส่วนร่วมจะเป็นตัวกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานของชุมชน แต่ในทางปฏิบัติแล้วทุกคนในชุมชนไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ การเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาจึงเป็นไปได้หลายลักษณะ ซึ่งก็แล้วแต่จังหวะหรือโอกาสที่สามารถจะเข้าร่วมได้ เช่นการใช้แรงงาน ร่วมออกเงิน ทรัพยากร การชักชวนเพื่อนบ้าน ร่วมสัมผัสการณ์ร่วมรับผิดชอบและดำเนินกิจกรรม ฯลฯ

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาของชุมชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุขมีหลายวิธีการ ได้แก่ กระบวนการ A-I-C, กระบวนการ F.S.C., แผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping : OM)

- 1) กระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) เป็นกระบวนการระดมความคิดเห็นในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (คนในชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาจากภาครัฐและนอกภาครัฐ) ที่เริ่มจากสภาพชุมชนที่เป็นจริงในปัจจุบันแล้วโยนสู่ภาพฝันในอนาคต เทคนิค และกระบวนการ A-I-C เป็นเทคนิคที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และข้อมูลข่าวสารกันในทุกขั้นตอนอย่างมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน บทพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน กระบวนการนี้เอาเอาคนเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชนมาช่วยกันและทำงานร่วมกัน ทำให้สมาชิกเข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ปัญหาและหาแนวทางพัฒนาเชิงสร้างสรรค์
- 2) การประชุมเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : F.S.C.) เป็นกระบวนการระดมความคิดเห็นในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน มาร่วมกันทำงานโดยนำประสบการณ์ของแต่ละคนมาสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันในเรื่องนั้น และได้แผนหรือแนวทางในการปฏิบัติให้ไปถึงวิสัยทัศน์ของกลุ่ม เป็นกระบวนการที่ใช้อนาคตเป็นจุดประสงค์ในการทำงาน
- 3) แผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping : OM) เป็นการวางแผนแบบยั่งยืน โดยที่ในขั้นตอนการวางแผนต้องคำนึงถึง ภาคีเครือข่าย ทั้งเครือข่ายโดยตรง (Direct partner) ซึ่งเป็นเครือข่ายที่พร้อมจะร่วมดำเนินการด้วยกัน และเครือข่ายที่จะเป็นฝ่ายสนับสนุน (Strategic Partner) และเป็นวางแผนการดำเนินการ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน ทำท่าย การกำหนดผลลัพธ์ของแผนงานโครงการจะเป็นเชิงพฤติกรรม พฤติกรรมเป็นศักยภาพ ความสามารถของ เครือข่ายโดยตรง ที่จำเป็น ต่อการทำให้แผนงาน/โครงการบรรลุความสำเร็จ โดยที่มีการกำหนดตัวชี้วัด ติดตาม ประเมินผล ในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน

การถอดบทเรียน (Lesson Learned Visualizing)

ความนำ

การดำเนินการ CBI มาจากทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้แบบจำลองเชิงนิเวศน์ (Ecological Model) โดยพิจารณาพฤติกรรมบุคคลว่าได้รับอิทธิพลจากครอบครัว ชุมชน สังคมระดับประเทศ และระดับโลก (ยุคโลกาภิวัตน์)

เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันทั้งในเชิงบริบท ดังนั้น กลวิธี/กระบวนการ/กิจกรรมจึงมีความแตกต่างกัน แต่เป้าหมายยังคงคล้ายกันหรือมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน ดังนั้นการทำโปรแกรมสำเร็จรูปที่เป็น package เดียวสำหรับดำเนินการ จึงไม่สามารถทำได้หรือไม่ควรทำเป็นอย่างยิ่ง และอาจจะต้องระวังว่าการดำเนินงานจะได้ผลเพียง output แต่อาจไม่ได้ outcome

ส่วน Best practice นั้นไม่ใช่ทั้ง output และ outcome แต่เป็นกระบวนการที่มีคุณค่าและการนำตัวอย่างดีๆ มาถอดบทเรียนเพื่อหาคุณภาพที่สูงกว่า กระบวนการถอดบทเรียนจึงนำมาซึ่งการแลกเปลี่ยน ซึ่งจะได้ชุดบทเรียนที่มีประโยชน์ในการเป็นแนวทางสร้างสุขภาพดีให้คนไทย

ความหมายและความสำคัญ

ความหมาย

การถอดบทเรียน คือ วิธีการจัดการความรู้รูปแบบหนึ่งที่เน้นเสริมสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มอย่างเป็นระบบ เพื่อสกัดความรู้จากประสบการณ์ที่ฝังลึกอยู่ในตัวคน ภูมิปัญญาและองค์ความรู้ขององค์กร ของกลุ่ม ของชุมชน ออกมาเป็นบทเรียนที่สามารถนำไปสรุปและสังเคราะห์เป็นชุดความรู้ คู่มือหรือสื่อรูปแบบต่างๆ ซึ่งผลที่ได้จากบทเรียนที่สำคัญคือ การเรียนรู้ร่วมกันของผู้ร่วมกระบวนการถอดบทเรียน (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการ) ซึ่งนำไปสู่การปรับวิธีคิดและวิธีการทำงานให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากขึ้น

การถอดบทเรียนเป็นกระบวนการที่จะใช้พลังปัญญาหรือภูมิปัญญาที่มีอยู่ออกมาให้มากที่สุด ทั้งสิ่งที่มีอยู่ก่อนที่เราจะเริ่มทำโครงการ และสิ่งที่เราใช้มาแล้วในระหว่างทำโครงการ แต่ในความเป็นจริง เราใช้พลังเหล่านั้นไม่หมด ฉะนั้นการถอดบทเรียนเป็นความพยายามที่เราจะให้ถอดออกมาให้หมดเพื่อที่จะเอาพลังตรงนั้นมาเชื่อมต่อสำหรับการก้าวต่อ ฉะนั้นเป็นประเด็นที่เรามักจะพูดว่าถ้าเราถอดบทเรียนเราจะก้าวต่อไปอย่างไร ไม่ได้ถอดบทเรียนเพื่อที่จะหยุดอยู่ที่เดิม

สรุปความหมายและความสำคัญ ดังต่อไปนี้

- เป็นกระบวนการเรียนรู้ (Learning) ไม่ใช่เป็นเพียงแต่การสรุปผลลัพธ์ (Output) แต่มีการแลกเปลี่ยน (Sharing) คิด และทบทวนการทำงานอย่างเป็นระบบ (system thinking & Reviewing) และสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กร (Learning Organization)
- เป็นการสรุปบทเรียนว่าที่ผ่านมาได้เรียนรู้อะไร (What) มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้างในระดับบุคคล และระดับองค์กร องค์ความรู้ที่ได้รับการดำเนินงานมีอะไรบ้าง สร้างโอกาสและเป็นเวทีสำหรับการใช้พลังปัญญา (Wisdom) และทุนทางสังคม (วัฒนธรรมที่มีอยู่)
- การถอดบทเรียนนำไปสู่การสรุปประเด็นการเรียนรู้ที่ชัดเจนขึ้น พร้อมทั้งจะไปใช้เพื่อการสื่อสาร และการเรียนรู้กับสมาชิกในองค์กรเพื่อปรับเปลี่ยนให้ทันกาล ฉะนั้น การถอดบทเรียนจะตั้งเงื่อนไขที่ดี และไม่ตีของการดำเนินงาน

เป้าหมายของการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนไม่ได้ให้ความสำคัญกับผลงานเท่ากับกระบวนการ ดังนั้นการถอดบทเรียนจึงเป็นกระบวนการ ไม่ใช่แค่การสรุปโครงการ เพราะการสรุปโครงการนั้นถูกทำกันเป็นธรรมเนียม ซึ่งการสรุปโครงการจะเน้นกันในเชิงรายงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรมากกว่า หากแต่การสรุปบทเรียนหรือการถอดบทเรียนเป็นกระบวนการที่นำคนทำงานมาคุยกันว่าเราได้เรียนรู้อะไร ฉะนั้นมันเป็นกระบวนการที่เราต้องมาพูดคุยเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีการจัดการเรียนรู้ที่ประกอบด้วย คุณกิจ คุณอำนวย คุณเอื้อ ฯลฯ คุณต่างๆ เหล่านี้ ก็คือตั้งแต่หัวหน้าโครงการจนมาถึงผู้เข้าร่วมโครงการ หรือที่เรียกว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก็คือคนที่เกี่ยวข้องกับโครงการของเรา ที่เราเลือกแกนนำหรือตัวแทนมาเรียนรู้ร่วมกัน

การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้อย่างไร ใครจะเป็นคนถอดบทเรียนหรือคนสอนกันและกันให้เกิดการเรียนรู้ คนนำกลุ่มถอดบทเรียนหรือคุณอำนวยก็สอนไม่ได้ แต่เขาจัดกระบวนการได้ คนอื่นจะสอนบทเรียนให้กลุ่มไม่ได้ เพราะเขาไม่ใช่คนทำโครงการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ฉะนั้นคนที่สอนเราได้ก็คือพวกเราเอง Stakeholder ทั้งหลายซึ่งการเรียนรู้จะเกิดขึ้นต้องเกิดการแบ่งปันซึ่งก็มีกระบวนการเรียนรู้จากการแบ่งปัน (sharing) ฉะนั้นพวกเราต้องสอนกันเองและเรียนรู้กันเอง คุณอำนวยและคุณเอื้อต่างก็เป็นเพียงผู้มาช่วยจัดกระบวนการให้มีความเป็นไปได้และเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

ดังนั้นเมื่อมีการจัดแบ่งกลุ่มให้ทุกคนเข้าไปมีส่วนร่วมเรียนรู้ในกลุ่ม จะมีประเด็นพูดคุยให้ทุกคนดำเนินการถอดบทเรียน ซึ่งการถอดบทเรียนมันเป็นเรื่องของสร้างวัฒนธรรมการทำงานใหม่ของการพูดคุยกันแบ่งปันกัน ฉะนั้นเวลาที่เข้ากลุ่มแล้วไม่มีชั้น ไม่มีว่าเป็นหัวหน้า ลูกน้อง หากแต่ให้ความสำคัญเรื่องของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ความสำคัญ

ความสำคัญประการหนึ่งของการถอดบทเรียน ก็คือ การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งองค์กรที่จะเรียนรู้ร่วมกันได้นั้น ทุกคนจะต้องพร้อมที่จะแบ่งปันกันและกันไม่ใช่เก็บงำและเก็บภูมิของตัวเองไว้ ถ้าหากไม่สามารถสร้างบรรยากาศให้เกิดการแบ่งปันได้ การถอดบทเรียนซึ่งเราคาดหวังว่าจะเกิดองค์ความรู้เพื่อนำไปสื่อสารต่อเพื่อไปปรับเปลี่ยนก็จะไม่เกิดขึ้น เราถอดบทเรียนก็เพราะเราไม่ต้องการให้ความรู้มันอยู่นิ่ง จึงจำเป็นต้องพยายามค้นหาพลังโดยคำถามที่มักจะใช้ในการถอดบทเรียนคือ ถ้าเราจะก้าวต่อไปเราจะก้าวต่อไปอย่างไร เรายังทำต่อได้ใช่ไหม เราไม่ถามว่า เราคงทำต่อไม่ได้แล้วใช่ไหม เราจะหยุดแค่นี้ ดังนั้นเราจะต้องหาทางทำต่อให้ได้ แล้วค้นหาว่าจะใช้อะไรมาเป็นตัวขับเคลื่อน

การถอดบทเรียนจึงมีความสำคัญต่ออนาคต คือการทำให้เราเคลื่อนไปข้างหน้าโดยการไตร่ตรองว่า เราจะใช้พลังอะไรที่มีอยู่ตอนนี้ของเราในการขับเคลื่อนต่อไป จึงจำเป็นต้องมีการค้นหาว่าเราจะก้าวต่อไปอย่างไร

ในความหมายของการปรับเปลี่ยน ซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งที่สำคัญของการถอดบทเรียนก็คือเราเชื่อว่าสิ่งที่ต้องปรับตัวอย่างมากก็คือสิ่งที่อยู่ข้างในหัวของเรา ก็คือระบบคิด สิ่งนี้เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัฒนธรรมไทย เหตุที่เปลี่ยนแปลงก็เพราะในกระบวนการเราคาดหวังให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและแบ่งปันกัน (Learning and sharing) ซึ่งทุกคนต่างมีเป้าหมายเดียวกัน กล่าวคือ ทุกคนมีความสำคัญของโครงการ และมีเป้าหมายในการดำเนินงานสุดท้ายเดียวกัน ดังนั้นมันเหมือนปึกธงและต่างมีความเชื่อมั่นในกันและกันว่า สิ่ง que ทุกคนแผ่ออกมา นั้นเพื่อจุดมุ่งหมายและเจตนาเดียวกัน ดังนั้นคนที่เข้ามาาร่วมเรียนรู้จึงต้องปรับวิถีคิด จิตระบบคิดใหม่ว่า คุณค่าที่เรา กำลังจะให้กับโครงการนั้น เราต่างมุ่งหวังที่จะทำให้มันสำเร็จ

ความสำคัญของการถอดบทเรียน

- ช่วยในการปรับปรุงเทคนิคการทำงาน
- ด้วยกระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วม ทำให้ขับเคลื่อนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- ช่วยทำให้เกิดการปรับวิถีคิดของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการทำงานใหม่
- แนวทางการทำงานปรับเปลี่ยนได้ทันตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของชุมชนและสังคม
- ผลการดำเนินงานโครงการดีขึ้น
- เกิดความเชื่อมั่นในการทำงานและการเผชิญปัญหามากขึ้น
- เกิดความภาคภูมิใจเมื่อได้เห็นการพัฒนาของโครงการที่ดีขึ้น หลังจากการนำบทเรียนไปใช้ปรับ
- เกิดต้นแบบการทำงานที่ดี (Best Practice)
- เกิดความเข้าใจปัญหาการทำงานที่มีเป็นระบบ

4 คำสำคัญที่ควรเข้าใจ

- ความรู้ หมายถึงความรู้ในคน (Implicit Knowledge) และความรู้ในตำรา ความรู้นอกคน (Explicit Knowledge)
- การจัดการความรู้ เป็นกระบวนการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดระบบเพื่อแลกเปลี่ยน ตรวจสอบ ต่อยอดเพื่อนำไปใช้งาน
- บทเรียนคือบทสรุปของความรู้ ที่เป็นรูปธรรมที่ได้จากกระบวนการทำงาน ผลการทำงานตามเป้าหมายที่กำหนด และปัจจัยเงื่อนไขทำให้เกิดผลนั้น เช่น ภูมิปัญญาที่เป็นทุนชาวบ้าน ที่ไม่เป็นทางการ จากการแสดงออก/การกระทำ คำพูด
- การเรียนรู้ เป็น การศึกษาเพื่อหาหนทางปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปสู่อนาคตที่พึงปรารถนา

คำอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ความเป็นเลิศ (Best Practice)

หมายถึง การปฏิบัติทั้งหลายที่สามารถก่อให้เกิดผลที่เป็นเลิศ เป็นวิธีการทำงานใหม่ๆ ที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริงในการพัฒนา ซึ่งนำไปสู่การบรรลุผลลัพธ์ที่ตอบสนองความคาดหวังและเป้าหมาย ของผู้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ ก้าวสู่ความเป็นเลิศ

การจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM)

- KM เป็นการนำ Best Practice แนวปฏิบัติที่ดีที่ภูมิใจ ความรู้ฝังลึก ของครูผู้สอน หรือของวิทยากรท้องถิ่น มาสู่การเป็นขั้นตอน/ทฤษฎี การสอนที่หลากหลาย
- เป็นการหาสิ่งดี ๆ ขั้นตอนและกระบวนการเรียนรู้ดี ๆ และอื่นๆ ที่ดี มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์มาร่วมกัน สกัดสู่แก่นความรู้ที่จะนำเอาไป พัฒนาโครงการ/พื้นที่ เป็น Best practice ของโครงการ/พื้นที่
- ฉะนั้น KM จะไม่เน้นที่การเข้าใจปัญหา และอุปสรรค

กระบวนการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนเป็นกระบวนการสังเคราะห์ไม่ใช่การวิเคราะห์ เพราะการวิเคราะห์เป็นการจำแนกแยกส่วน แต่การสังเคราะห์เป็นการมองอย่างองค์รวม ดังตัวอย่างที่ยกให้เห็นว่าการทำงานในระดับชุมชนมันเกี่ยวข้องกับระดับจังหวัดหรือเครือข่าย ทำให้เห็นผลที่มีพลังมากกว่าที่เราจะทำเป็นเดี่ยวๆ ฉะนั้นการถอดบทเรียนร่วมกันมันจะช่วยให้เราได้แลกเปลี่ยนกันและกัน จะทำได้ผลที่ใหญ่กว่ามันทำให้เกิดพลัง การแลกเปลี่ยนจะทำให้เราทราบว่าโครงการอื่นเขามีอะไรดี และของเรามีอะไรดี? บ้าง ต่างคนต่างก็เรียนรู้และเก็บเกี่ยวเอาไปเพื่อที่จะก้าวต่อไป แต่ในเบื้องต้นก็คือ เราต้องถอดบทเรียนจากภายในโครงการของเราเป็นหลักก่อน ซึ่งต้องชัดเจนเสมอว่า ไม่ใช่แค่การจัดการความรู้ที่เอาข้อมูลมารวบรวมแล้วเป็นคลังข้อมูลเท่านั้น แต่จริงๆ มันต้องให้เกิดผลมากกว่านั้น ข้อมูลเหล่านั้นต้องนำไปใช้ได้ และเอาไปใช้ได้จริง อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนในการถอดบทเรียนสามารถทำได้ตั้งแต่ยังไม่ได้ทำโครงการคือ ก่อนเริ่มโครงการ ระหว่างดำเนินโครงการและเมื่อทำโครงการเสร็จแล้วหรือหลังทำโครงการ แต่ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่พวกเราทำอยู่ 2 ขั้นตอนคือขั้นกำลังทำ และขั้นทำเสร็จแล้ว ซึ่งจะมีวิธีการถอดบทเรียนและการตั้งคำถามคล้ายๆ กัน แต่จะมีจุดต่างเล็กน้อยคิดว่าหลายคนคงพอเข้าใจในขั้นตอนของการถอดบทเรียนในช่วงของระหว่างทำกับหลังทำ

ในบางโครงการคงมีการถอดบทเรียนเล็กๆ ภายในโครงการของตนมาแล้ว ซึ่งการถอดบทเรียนนั้นจะทำให้เรารู้ว่า เรามีจุดแข็งอะไร จุดแข็งอยู่ตรงไหนเพื่อที่จะเอาจุดแข็งเหล่านั้นเอามาเสริมพลัง เอามาเป็นจุดที่จะเคลื่อนต่อไป อีกทั้งยังค้นหาวามันมีนวัตกรรมอะไรเกิดขึ้นหรือไม่จากการทำงานของเรา อาจเป็นนวัตกรรมทั้งที่เราตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ จากการทำงานโครงการอาจมีหลายสิ่งหลายอย่างที่เกิดจากสิ่งที่เราไม่ได้คาดคิด ฉะนั้นการถอดบทเรียนก็คือการเอาสิ่งเหล่านั้นออกมาด้วย หรือสิ่งที่เรียกว่าเป็น “จุดเกินคาด” ส่วนใหญ่โครงการทั่วไปมันจะมีจุดที่เราคาดหวังว่าตั้งเป้าหมายไว้เท่านั้น แต่พอทำไปแล้วมันจะมีจุดเกินคาดที่เราได้ เกินคาดกว่าที่เราคิดอีก

ในการถอดบทเรียนเราจะต้องให้ความสำคัญเสมอว่า จะทำอย่างไรที่จะให้ได้ผลลัพธ์ที่เอาไปเพิ่มประสิทธิภาพในการก้าวต่อไปของโครงการ ฉะนั้นคนที่กำลังทำอยู่ก็จะได้อะไรจากการถอดบทเรียนที่จะไปช่วยให้เราก้าวต่อไปอย่างถูกต้องทิศทางมากขึ้นหรืออย่างมั่นใจมากขึ้น แต่สำหรับคนที่ทำจบแล้วก็จะทำให้ก้าวไปในระยะต่อไปของโครงการ โดยการนำนวัตกรรมหรือสิ่งที่ดีๆ ที่ได้มาสร้างเป็นแผนงานใหม่ เพื่อไม่ให้ประวัติศาสตร์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นซ้ำรอย ฉะนั้นการถอดบทเรียนของคนที่ทำจบแล้วก็จะเป็นคนละแบบ กับการถอดบทเรียนของคนที่ยังไม่จบ ซึ่งเป็นความสำคัญยิ่งที่จะต้องรู้ว่า ทำอย่างไรเราจึงจะรู้ว่าอะไรที่เราทำมันไม่ดี ไม่เหมาะสม เพื่อที่จะเลิกทำสิ่งเหล่านั้น แต่ถ้าอะไรที่ดีเราจะทำต่อและยิ่งทำต่อให้ดีขึ้นอีก การถอดบทเรียนก็คือหาสิ่งที่ดีของโครงการของเราออกมา เราคิดอยู่บนฐานคิดที่ประเสริฐที่ว่า คนที่มาทำโครงการเหล่านี้ทุกคนเป็นคนดี ทุกคนพร้อมที่จะทำดี มุ่งมั่นที่จะทำและเราเชื่อว่าจะทุกคนมีใจร่วมกัน

ดังนั้นคนที่มาร่วมถอดบทเรียนจึงถือว่ามีความพร้อม และด้วยกระบวนการถอดบทเรียนที่เน้นผลลัพธ์เชิงบวกจึงทำให้มีการตั้งสิ่งที่ดีๆ มาคุยกัน จะทำให้ทุกคนมีกำลังใจ เกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่เรารู้และไม่รู้ องค์กรประกอบของกระบวนการถอดบทเรียนที่มาจากคนหลายคน หลายโครงการนั้น เราต้องพร้อมที่จะเรียนรู้ไม่ใช่ปิดประตูตาย สนใจแต่เรื่องของตนเองแต่ไม่สนใจบริบทของคนอื่น ซึ่งไม่ควรเป็นเช่นนั้น ทุกคนต้องพร้อมและเชื่อว่าทุกอย่างไม่ว่าจากใครล้วนแล้วแต่เป็นความรู้ทั้งสิ้น ผู้เข้าร่วมกระบวนการถอดบทเรียนต้องตระหนักว่า อะไรรู้แล้วก็พร้อมที่จะเรียนเพิ่มอีก ไม่ใช่เป็นน้ำที่เต็มแก้วไม่ลงอีกแล้ว และสิ่งที่รู้แล้วและเป็นบทเรียนที่มีความสำคัญก็ต้องพร้อมที่จะบอกต่อ หัวใจสำคัญของการถอดบทเรียนก็คือ สิ่งที่เรารู้นั้นต้องบอกต่อ ฉะนั้นในขั้นตอนของการถอดบทเรียนโดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการที่ทำจบแล้ว จึงควรอย่างยิ่งที่จะบอกต่อ บอกต่อเพื่อให้คนที่ทำโครงการลักษณะเดียวกับเรา เขาจะได้มีบทเรียนดี และไม่มีประวัติศาสตร์ซ้ำรอยในสิ่งที่เราเคยล้มเหลวหรือว่าเคยพลาดพลั้งมาแล้ว สิ่งที่ดีๆ ที่เราแลกเปลี่ยนจะช่วยให้ผู้อื่นได้เก็บเกี่ยวเอาไปใช้ต่อไป

สรุปได้ว่า การถอดบทเรียน มีลักษณะดังนี้

- มีลักษณะเชิงสังเคราะห์ (synthesis) มากกว่าเป็นการรวบรวม (compile) ข้อมูลหรือรายงานเหตุการณ์ให้ทราบว่ามีการดำเนินการสิ่งใดไปบ้าง

- เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับปฏิบัติที่ทำได้แล้ว (คนอื่นทำ) ที่เราเพิ่งทำและที่ทำได้แล้ว เพื่อหาแนวทางรักษาจุดแข็งของการปฏิบัติการเอาไว้
- ศึกษาแนวทางที่เป็นนวัตกรรม เพื่อส่งเสริมให้มีการนำแนวทางปฏิบัติที่ดีนั้นไปประยุกต์ปฏิบัติการต่อเนื่องลดเวลาทำงานและหลีกเลี่ยง ความผิดพลาดซ้ำรอย
- นำไปสู่การปรับเปลี่ยน หรือ พัฒนาการดำเนินงาน การทำงานใหม่ในรูปแบบใหม่และพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่เพิ่มภาระงาน
- เป็นการสร้างสำนึกร่วมของชุมชน เป็นการดำเนินงานแบบขบวนการกลุ่มและมีการส่วนร่วม งาน CBI จะทำงานเป็นกลุ่มคนไม่ใช่เพียงบุคคล มีการสร้างสำนึกร่วมของชุมชน เช่น มาตรการที่เป็นฉันทามติ

กระบวนการเรียนรู้ในการถอดบทเรียน

กระบวนการเรียนรู้ มี 2 แบบ คือ แบบแรกคือเน้นการเรียนรู้จากวิทยากร ซึ่งเป็นประเด็นที่บอกไปตั้งแต่ต้นแล้วว่าเป็นไปไม่ได้ที่จะให้คนนอก (วิทยากร) เข้ามาถอดบทเรียน แต่ถ้าเป็นเรื่องการสนทนากลุ่มก็เป็นได้ที่จะให้คนนอกมาตั้งโจทย์กับเราได้ แต่การถอดบทเรียนควรจะเป็นคนใน คนในก็คือพวกเราซึ่งรู้ที่มาที่ไปของโครงการเป็นอย่างดี ฉะนั้นพวกคนนอกที่มาก็จะเป็นแค่ช่วยอำนวยความสะดวกให้เท่านั้นเอง ซึ่งการถอดบทเรียนที่ดีควรจะเป็นแบบที่ 2 คือเป็นแบบที่พวกเราเรียนรู้ร่วมกันเอง อย่าไปคาดหวังกับวิทยากร อาจารย์ ซึ่งล้วนเป็นคนนอก เรื่องของการถอดบทเรียนไม่ควรคาดหวังกับคนนอก เพราะมีฉะนั้นอาจจะเจอกับการตั้งคำถามที่ไม่ตรงกับสิ่งที่เราทำมาแล้วเลย แล้วเราก็จะปิดหู ปิดทวารต่างๆ แล้วก็ไม่ฟัง ฉะนั้นแบบที่ 2 จึงเป็นแบบที่คาดหวังว่าพวกเราจะช่วยกันในการค้นหา ตรงนี้จะเหมือนกับที่เรายึดผู้ทำเป็นหลัก เป็นศูนย์กลางก็คือพยายามให้ทุกคนมีส่วนร่วมอย่าไปคาดหวังว่าจะให้มีคุณอำนวยและคุณเอื้อที่มาจากคนนอก

คำถามก็คือ กระบวนการถอดบทเรียนจะอย่างไรให้เกิดสัมฤทธิ์ผล จากประสบการณ์การทำโครงการเราต่างได้ค้นพบความรู้ชุดหนึ่งแล้ว หากแต่ก็ยังมีบางสิ่งที่เรายังไม่รู้ซึ่งเราจะต้องเรียนรู้จากคนอื่น ดังนั้นความสำคัญประการที่หนึ่งคือ การสร้างบรรยากาศของการแบ่งปัน จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อเราหลายกำแพงชนขึ้น กำแพงความรู้ที่จะให้เราได้เข้าไปดูและเข้าใจภายในของแต่ละโครงการ ดังนั้นถ้าคนเข้าร่วมไม่เปิดประตูความรู้ของตนออกคนอื่นก็จะไม่ได้เรียนรู้ไปด้วย การเรียนรู้จะไม่เกิดถ้าผู้เข้าร่วมกระบวนการถอดบทเรียนไม่ยอมถ่ายทอด ไม่ยอมแลกเปลี่ยน เราเชื่อว่า ความรู้มันมีอยู่เพียงแต่ว่าผู้เข้าร่วมจะถ่ายทอดออกมาหรือไม่ เราต้องเชื่อสิ่งที่อยู่กับเรานั้นคือความรู้ ฉะนั้นพวกเราทุกคนห้วนนำความรู้มาด้วย เราเตรียมความรู้มาเพื่อที่จะแบ่งปันกัน ความสำคัญประการที่ 2 คือ การแบ่งปันที่ทำให้สะท้อนตัวเราเองหรือโครงการให้มากที่สุด ในแต่ละโครงการจะถอดบทเรียนได้ดี คือ เราต้องพร้อมพร้อมที่จะสละความเป็นตัวตนของตัวเองออกมาสะท้อนความจริงออกมา เราต้องพยายามส่องกระจกของเราให้รอบด้านแล้วก็สะท้อนออกให้คนอื่นเข้าใจเราได้มากที่สุด เพราะเนื่องจากเวลาที่เราร่วมใหญ่ คนเห็นเราแค่ภายนอก เบื้องหน้าฉาก หรือบางส่วน มันสะท้อนตัวเราได้ไม่หมด จึงเป็นตัวเราเท่านั้นที่จะต้องสะท้อนออกมา ฉะนั้นในกระบวนการถอดบทเรียนเนื่องจากมันเป็นบทเรียนในแต่ละกลุ่ม แต่ละโครงการเราต้องร่วมกัน แต่ละโครงการต้องถอดบทเรียนของตนเองให้ดีแล้วเอาตรงนั้นไปสะท้อนออกมารวมกันมันก็จะกลายเป็นประเด็นสาธารณะได้ มีฉะนั้นก็จะเป็นประเด็นของโครงการหรือประเด็นของบุคคลไป

สรุปได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ในการถอดบทเรียน แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

ประเภทที่ 1 เน้นการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ โดยผู้สอน หรือวิทยากรเป็นหลัก ยึดผู้สอนเป็นศูนย์กลาง
ประเภทที่ 2 ผู้เรียนสามารถสร้างความรู้ได้เอง โดยอิงประสบการณ์ และร่วมกันค้นหา หรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ ขึ้นมา ผู้สอนมีหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยให้เกิดการเรียนรู้ (ทุกคนเป็นครู) ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

จะถอดบทเรียนเมื่อไร

การถอดบทเรียน ทำได้ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทำ ระหว่างทำ และหลังจากทำโครงการแล้ว หากแต่ต้องมีกรเตรียมองค์กร/โครงการเพื่อการถอดบทเรียน

การเตรียมองค์กรเพื่อการถอดบทเรียน

การเตรียมองค์กรเพื่อการถอดบทเรียนจะต้องปรับทั้งวิธีคิดและโครงสร้าง ระบบครอบงำและสิ่งการ ต้องน้อยลง เพื่อเอื้อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จำเป็นต้องสร้างบรรยากาศของการมีส่วนร่วม บรรยากาศองค์กรแห่งการเรียนรู้ เพื่อที่จะให้เกิดการถอดบทเรียนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นจึงควรสร้างบรรยากาศองค์กรให้พร้อมก่อน

ประการแรกคือ ความสามัคคี กล่าวคือควรมีการตรวจสอบว่า คนที่ทำงานในโครงการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหลาย มีจิตใจของการความเสียสละและมีความสามัคคีอยู่หรือไม่ จะสร้างการยอมรับกันและกันได้หรือไม่

ประการที่สองคือ โลกทัศน์ของสมาชิกของเรา เราต้องเปิดให้กว้างคือเราต้องยอมรับว่าจริงๆ แล้วในการถอดบทเรียนนอกจากการยอมรับกันและกันแล้วนั้น ยังต้องพร้อมที่จะเรียนรู้กันและกันด้วย ดังนั้นแนวคิดเรื่องของการยอมรับคนอื่นและโลกทัศน์แห่งการเรียนรู้กันและกัน ขวนขวายที่จะเรียนรู้มันต้องเปิดให้คนของเรามีความใฝ่หาตรงนั้นด้วย ฉะนั้นในหลักการของการถอดบทเรียนระหว่างโครงการนั้น จะเกิดประโยชน์อย่างมากหากแต่ละโครงการได้มีการถอดกันภายในโครงการมาก่อน และมาถอดร่วมกันเพื่อให้เกิดเป็นองค์ความรู้

- ธรรมชาติขององค์กร/โครงการ
 - ทีมงาน ควรเป็นคนที่ในโครงการ เพื่อนร่วมงาน หัวหน้า ลูกน้อง บุคคลรอบข้าง
 - ทรัพยากร
 - บรรยากาศการทำงาน
- องค์กร/โครงการแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)
 - องค์กร/โครงการที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - สร้างความสัมพันธ์
 - สร้างการยอมรับกันและกัน
 - เปิดโลกทัศน์ของสมาชิก/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

คุณค่าของการถอดบทเรียน

คำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการถอดบทเรียนคือ community of practice (COP) ก็คือผู้ร่วมชะตากรรม ก็คือ ชุมชนนักปฏิบัติ เราทุกคนเป็นเหมือนนักปฏิบัติ (activist) ที่อาจจะอยู่เรือคนละลำ แต่กำลังจะพาเรือไปถึงเป้าหมายเดียวกัน ดังนั้นไม่ว่าผู้ร่วมชะตากรรมหรือผู้ปฏิบัติร่วมกันก็มีความหมายเดียวกัน ซึ่งเป้าหมายสุดท้ายที่เราคาดหวังก็คือ เป้าหมายสุดท้ายที่ตั้งไว้เป็นเป้าหมายเดียวกันที่ทุกคนอยากไปให้ถึง ทุกคนต้องมีฉันทามติเดียวกัน ไม่ใช่ต่างคนต่างมีเป้าหมายของตัวเอง ดังนั้น ชุมชนนักปฏิบัติทุกคนต้องคิดและคิดเข้าใจในสิ่งเดียวกัน ฉะนั้นการทำโครงการที่จะมาถอดบทเรียนร่วมกันได้มันต้องเรียนรู้ร่วมกันตั้งแต่ต้นที่ค่อยๆ สะสมการเรียนรู้ ตั้งแต่ก่อนเริ่มจนจบสิ้นโครงการ อย่างเช่นโครงการทุกโครงการนี้ แม้จะมีกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน กลวิธีและวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน แต่ก็อยู่ในขบวนการเดียวกัน ซึ่งสุดท้ายเรือทุกลำมีเป้าหมายที่มีจุดร่วมเดียวกัน ซึ่งจะไปสู่การถอดบทเรียนร่วมกัน ความสำคัญของการถอดบทเรียนครั้งนี้เพื่อไม่ให้สิ่งที่เราทำไปสูญเปล่า เพราะเราเชื่อว่าสิ่งที่เราทำล้วนเป็นคุณงามความดี มีคุณค่า ฉะนั้นเราต้องถ่ายทอดเป็นชุดความรู้ มิฉะนั้นสิ่งที่เราได้เรียนรู้ทั้งหมดมันก็จะตายอยู่เหมือนกับอย่างที่ผ่านมาแล้ว ประเมินแล้วเก็บไว้โดยไม่มีการนำไปใช้ปรับแก้งาน

ฉะนั้นการถอดบทเรียนมีคุณค่ามากกว่าการประเมิน กล่าวคือ เมื่อทำแล้วต้องไม่ให้ความรู้สูญหายไป ความรู้ที่ตายนั้นไม่มีประโยชน์ ความรู้ที่ไปหยุดอยู่ที่ห้องสมุดหรือไปอยู่ในที่ซักที่หนึ่งแล้วไม่มีใครหยิบลงมาเล่าหรือนำมาใช้ ก็ไร้ค่า ดังนั้นประสบการณ์ชีวิตในการทำโครงการของเรา ต้องเป็นความรู้ที่ไม่ตาย การถอดบทเรียนจะเป็นเครื่องมือทำให้ความรู้นั้นเคลื่อนไหวไปเรื่อยๆ โดยมีพวกเราทำหน้าที่ขยายเสียงและประกาศเผยแพร่ การจัดเวทีการเรียนรู้หรือเวทีถ่ายทอดบทเรียนจึงสำคัญยิ่งที่จะเกิดผลต่อทั้งระดับหน่วยงานและบุคคล การถอดบทเรียนในองค์กร

จะทำให้คนในองค์กรเรียนรู้ร่วมกันนำไปสู่ความคิดใหม่ๆ หรือความอยากทำบ้าง ถือว่าเป็นกระบวนการให้เกิดการเรียนรู้และขยายต่อ ความรู้ก็จะไม่ตาย

สรุปก็คือ ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice) คือผู้ร่วมชะตากรรมอยู่ในเรือลำเดียวกัน (ความสนใจ ประสบการณ์) อาจอยู่คนละตำแหน่ง แต่ประสานการทำงานกันได้ และเกิดการประสานใจ และถึงแม้อยู่เรือคนละลำ แต่เรืออาจอยู่ขบวนเดียวกัน มีจุดหมายปลายทางเดียวกัน มีความเชื่อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่ช่วยให้สิ่งที่ตนรู้ หายหนึ่ง (ตาย) แต่ต้องการให้มีการขยายและแตกหน่อ

กรอบการถอดบทเรียน

กรอบการถอดบทเรียนส่วนใหญ่คำถามที่ใช้ในการถอดบทเรียนก็คือ สิ่งที่น่าภูมิใจ ทำโครงการแล้วมีความภาคภูมิใจอะไร จุดเด่นของโครงการมีอะไร อันนี้หน้าจะมีประเด็นและก็มีสรุปธรรมด้วย เราได้ทำอะไรเพื่อไปให้ถึงจุดหมายในช่วงที่ผ่านมาจาก 1 ไป 4 เราได้ทำอะไรตามแผนนั้นหรือเปล่า เราวางไว้ว่าเราจะทำตามแผนกิจกรรมต่างๆ มันได้ทำตามหรือไม่ แล้วเราได้เรียนรู้อะไรจากสิ่งที่เราก่อนไป 1 ไป 2 ไป 3 ไป 4 แผนที่เราวางไว้เราได้ทำเป็นไปตามแผนหรือไม่ สิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่เรามักจะประเมินผล คำถามต่อไปก็คือ เรายังไปต่อได้หรือไม่ เราจะยังไปต่อเป้าหมายที่ไกลกว่าเดิมได้หรือเปล่า สมมติว่าเราอยู่ในจุดแค่ 2 เองจะจบโครงการแล้ว สิ่งที่ต้องถอดบทเรียนต้องถามกับพวกเราคือเราจะไปต่อไหม เราจะไปต่อได้อย่างไรภายใต้จาก 2 ไป 4 มันเหลืออีก 2 ขั้นตอน แต่ว่าเวลามันเหลือน้อยเราจะเอาพลังตรงไหนมาใช้ที่มันสามารถทำให้เราก้าวกระโดดไปตรงนี้ได้มั้ย มันมีจุดอะไรที่เป็นจุดคานงัดหรือเปล่า ถ้าเราตั้งต้นตรงนี้ไปเลยไม่ต้องมาหนึ่งผ่านทีละขั้นตอน ฉะนั้นการถอดบทเรียนระหว่างทำก็คือมันจะไปต่อเป้าหมายได้อย่างไร โดยที่หาจุดคานงัดแล้วพยายามมองข้ามตัวที่เป็นปัญหาเพราะถ้าเรามองปัญหาเราก็จะชนอยู่อย่างนั้น แล้วก็คิดวนเวียนเจอแต่ปัญหาอุปสรรคไม่ยอมทำ แต่การถอดบทเรียนพยายามให้เรามองหาจุดที่เป็นพลังเพื่อที่จะจัดต่อแล้วก็ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ดังนั้นกระบวนการระดมการมีส่วนร่วมจะเป็นพลังที่จะสามารถขยายผลและก่อให้เกิดความยั่งยืนได้อย่างไร จะจัดเวทีต่อเพื่อขยายผลไปในโครงการใหม่ได้หรือไม่ สิ่งนี้ก็คือการคิดต่อไปข้างหน้า

3 ระยะของการถอดบทเรียน

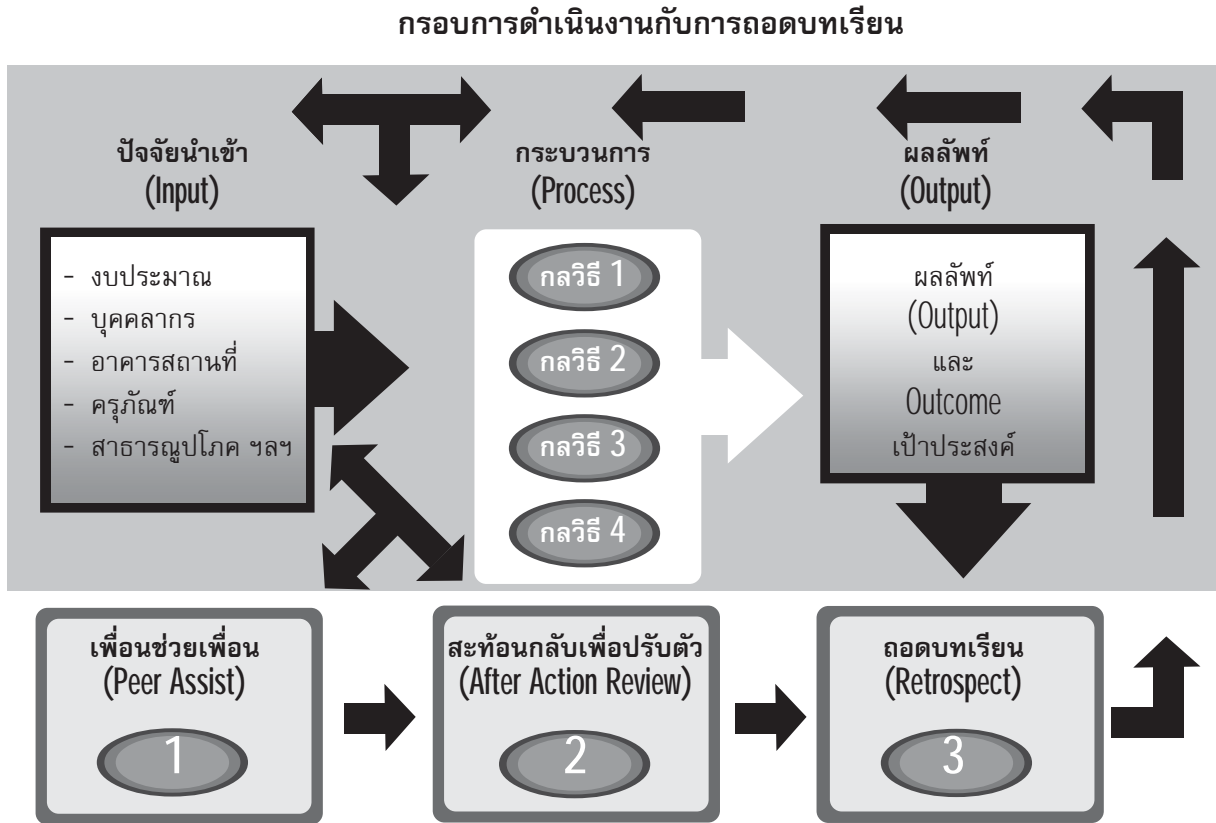
การถอดบทเรียนมีด้วยกัน 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนเริ่มทำโครงการ เรียกว่า เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assist) ระยะที่ 2 คือ ระหว่างทำ เรียกว่า After Action Review ก็คือทำไปแล้วสะท้อนกลับมาทำแล้วเป็นยังไงเราจะได้ปรับตัวทัน และระยะที่ 3 คือระยะสุดท้ายหลังจากเสร็จโครงการ เรียกว่า Retrospect ก็คือการมองย้อนกลับไปยังหลังก็เพื่อที่จะก้าวไปข้างหน้า

ขั้นตอนที่ 1 แบบเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการเริ่มแบบที่เราไม่วางแปลาก็คือ พยายามระดมดูซิว่าใครทำอะไรให้เค้ามาแลกเปลี่ยนให้เรา หรือไปดูงานที่ต่างๆ อันนี้เป็นเรื่องของเพื่อนช่วยเพื่อน คือเรียนรู้จากภายนอกจากโครงการอื่นกับเรียนรู้จากภายในที่เรามี ก็คือที่เราเรียกว่า tacit knowledge สิ่งที่เราที่มีอยู่มีอะไรก็ต้องเอามาเรียนรู้กันดูมาระดมกันดูว่าเราจะทำอะไรอยู่ซึ่งการเรียนรู้ตรงนี้ จะทำให้เราสามารถเรียนรู้ได้ด้วยแล้ว เราก็จะไม่มีประวัติศาสตร์ที่ซ้ำรอยแบบประเภททำซ้ำแล้วซ้ำอีกแล้วก็ผิดแบบเดิมๆ

ขั้นตอนที่ 2 After Action Review (AAR) คือถอดบทเรียนระหว่างทำ เป็นการถอดบทเรียนเพื่อที่จะสะท้อนสิ่งที่เราทำไปเพื่อปรับตัว แก้ปัญหาอุปสรรค ไม่รอจนเสร็จตามแผน แต่การถอดบทเรียนตรงนี้จะทำให้รู้ว่าสิ่งที่เรากำลังทำอยู่ มีอะไรที่อาจจะต้องเลิกทำและอาจทำให้เราต้องข้ามหรือละทิ้งอะไรบางอย่างออกไปจากโครงการ ฉะนั้นก็จะเป็นการเรียนรู้เพื่อปรับแนวทางการทำงาน แล้วสร้างวัฒนธรรมการทำงานแบบมีส่วนร่วม ฉะนั้นในขั้นตอนของ after action review ก็มีส่วนจำเป็นในการที่เข้าไปแล้วควรจะทบทวนบทเรียนของตัวเอง

ขั้นตอนที่ 3 Retrospect ขั้นตอนสุดท้ายจะพูดถึงพลังในการค้นคุณค่าที่เราอยู่แล้วเราจะมีพลังอะไรที่จะไปต่อข้างหน้า มันก็จะมองกันคนละช่วงเวลา เวลามันเปลี่ยน คำถามก็จะเปลี่ยนไป ฉะนั้นตอนนี้ก็ให้เราช่วยกันค้นหาสิ่งที่เราทำว่ามีพลังอะไรและถ้าเราจะปรับปรุงเพื่อไปใช้ต่อมันจะใช้อย่างไรในการทำโครงการใหม่

สรุปกรอบการถอดบทเรียน ดังแผนภาพ



ขั้นตอนในการถอดบทเรียน

ในที่นี้ทำกันในระยะระหว่างการดำเนินโครงการเพื่อทราบปัญหาอุปสรรค จะได้ปรับแก้ให้ทัน ส่วนการทำในระยะหลังจะเพื่อถอดบทเรียนความสำเร็จเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ซึ่งจะมีชุดคำถามที่แตกต่างกัน ดังแผนภาพ

ขั้นตอนการถอดบทเรียน

สะท้อนกลับเพื่อปรับตัว (After Action Review)	ถอดบทเรียน (Retrospect)
<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องมือติดตามภายใน จึงควรทำทันทีเมื่อจบงาน - มีคุณอำนวย (facilitator) ช่วยตั้งคำถามและสร้างบรรยากาศในการแสดงความคิดเห็นข้อเสนอแนะ - ผู้เข้าร่วม ได้แก่ ทีมงาน (คุณกิจ) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - มีการเตรียมคำถามเพื่อให้เล่าเรื่อง (story telling) และแลกเปลี่ยน (sharing) - จัดบันทึก - สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง ไม่มีความเป็นเจ้านาย-ลูกจ้าง 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมทบทวนงานของโครงการใหญ่ เมื่องานในภาพรวมเสร็จสิ้น - มีคุณอำนวย (facilitator) ช่วยดำเนินการประชุม - หัวหน้าโครงการ/ผู้จัดการโครงการ ต้องเข้าร่วมประชุมด้วย - เชิญบุคลากรในองค์กร/โครงการอื่นๆ ที่จะทำโครงการในลักษณะเดียวกันนี้ (Peer Assist) - เตรียมการทบทวนและตั้งคำถาม - จัดบันทึกเพื่อเป็น "คู่มือความรู้" สำหรับการทำงานในอนาคต

คำถามเพื่อถอดบทเรียน

สะท้อนกลับเพื่อปรับตัว (After Action Review)	ถอดบทเรียน (Retrospect)
<ul style="list-style-type: none"> - วัตถุประสงค์และผลลัพธ์ของงาน?/ สิ่งที่เราคาดว่าจะได้รับ? - สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร - ช่องว่างหรือความแตกต่างคืออะไร ทำไมจึงต่างกัน - งานส่วนไหนบ้างที่ดำเนินไปได้ด้วยดี และได้ผลดี เพราะเหตุใดและสิ่งที่ได้เรียนรู้และวิธีการลด/แก้ความแตกต่างคืออะไร - งานส่วนใดที่ควรทำได้ดีกว่าเพราะอะไร /เพราะเหตุใด 	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ว่า องค์กร/โครงการประสบความสำเร็จ ในภารกิจหลักใดบ้าง - ชิ้นงานหรือขั้นตอนใดที่ดำเนินงานได้ดี (ถามเจาะลึกรายละเอียด) สิ่งที่ภาคภูมิใจ - เหตุผล/ปัจจัย/เงื่อนไขที่ทำให้งานได้ผลดี - จะทำให้งานได้ผลดีกว่านี้ได้อย่างไร

องค์ประกอบของการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนจะทำให้ได้นวัตกรรมชุดหนึ่ง ที่จะเป็นประโยชน์ให้ทุกคนและคนอื่นๆ เอาไปเรียนรู้ จะเกิดเป็นคุณค่าอย่างมหาศาลจากการถอดบทเรียนของเรา ซึ่งองค์ประกอบในการถอดบทเรียนจะประกอบด้วยบุคคลเหล่านี้

คนแรก คือคุณอำนวยซึ่งคุณสมบัติตั้งนี้คือ ต้องเป็นคนสร้างบรรยากาศ มีบุคลิกภาพและมีทักษะก็คือ ทำอย่างไรที่จะช่วยให้เกิดบรรยากาศของการถอดบทเรียนนั่นเอง มีการเตรียมตัวรัฐภูมิหลังของโครงการและเข้าใจโครงการ เพราะมันสามารถช่วยกระตุ้นแล้วดึงออกมา กำหนดวัตถุประสงค์ให้ดี ที่สำคัญรัฐภูมิหลังของคนทำงานด้วย

คนที่ 2 คือคุณกิจ คือคนที่ทำในโครงการไม่ว่าตั้งแต่หัวหน้าโครงการ (PI) ลงมาถึงลูกน้องทุกคนล้วนเป็นคุณกิจได้ทั้งนั้น ภายใต้ขบวนการถอดบทเรียนคนเหล่านี้เป็นคนทำงานหลักในโครงการรู้ว่าโครงการเป็นอย่างไร รู้ที่มาที่ไป รู้ส่วนได้ ส่วนเสีย คุณสมบัติก็คือสามารถเปิดเผยและแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ เพราะเราต้องการให้ทุกคนมาแบ่งปันแลกเปลี่ยนข้อมูล ไม่ได้มานั่งเฉยๆ ความล้มเหลวในการถอดบทเรียนคือไม่สามารถทำให้ทุกคนกิจทั้งหลายพูดออกมาได้ หรือถ้าคุณกิจไม่ยอมพูดนั้นก็เป็ความล้มเหลวของกระบวนการนี้ สิ่งนี้ต้องให้ความสำคัญเหมือนกัน แล้วการสร้างบรรยากาศเรื่องการเคารพคนอื่น ไม่ตำหนิ ไม่วิจารณ์ วิพากษ์คนอื่น แต่เราจะพยายามแลกเปลี่ยน เพื่อให้รู้ว่าเรามีสิ่งดี ๆ อะไรหรือถ้าคนอื่นมีสิ่งเหล่านี้แล้ว เราทุกคนที่เข้าร่วมจะช่วยเติมเต็มให้สมบูรณ์มากขึ้นได้อย่างไร

คนที่ 3 คือ คุณเอื้อหรือคุณประสานก็คือเป็นคนช่วยจัดการให้เกิดการเรียนรู้ ช่วยตั้งแต่เรื่องการจัดการ เชิญเลือกคนเข้าร่วม เตรียมสถานที่ความพร้อมต่างๆ กลุ่มนี้มีมนุษยสัมพันธ์เป็นเลิศ

คนที่ 4 คือ คุณลิขิตก็คือ เป็นพวกที่มีทักษะการเขียน การสรุป ต้องมีทักษะการบันทึก สรุปฉะนั้นคนที่มีความทักษะบันทึกและสรุปได้ดี ก็จะต้องสามารถสรุปความคิดรวบยอดได้ดีด้วย (conceptualize) สามารถขมวดประเด็น เพราะมีฉะนั้นแล้วถ้าไม่ขมวดมันก็จะสับสนยุ่งเหยิงไปหมดเลย ฉะนั้นคุณลิขิตก็จะเป็นคนหนึ่งในทีมของการถอดบทเรียน รูปแบบของการบันทึกและสรุปขมวดมันออกมาในรูปของแผนผังความคิด (mind map)

การแบ่งกลุ่มเพื่อถอดบทเรียนไม่ควรใหญ่เกินไป ที่เหมาะสมไม่ควรเกิน 15 คน เลือกกำหนดคุณอำนวย คุณกิจ คุณลิขิต คุณเอื้อ และคุณประสาน และกำหนดประเด็นคำถามร่วมกันในการถอดบทเรียน ว่าเราจะถอดบทเรียนเรื่องอะไร กระบวนการและผลลัพธ์นี้ส่วนใหญ่จะเป็นคำถามร่วม เพื่อให้แสดงความคิดเห็น ซึ่งในขั้นตอนการถอดบทเรียน คุณลิขิตจะต้องจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อที่จะมาเตรียมนำเสนอในเวทีการเรียนรู้ ซึ่งถือเป็นกระบวนการถ่ายทอดขยายผลต่อยอด

ผลลัพธ์ของการถอดบทเรียนอย่างที่เราคาดหวังก็คือจะได้องค์ความรู้ นวัตกรรม กระบวนการทำงานที่พัฒนาขึ้นอันนี้สำคัญเราคาดหวังว่าจะได้ขบวนการทำงานแบบเรียนรู้ร่วมกัน บรรยากาศที่ดี ขบวนการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ (Creative thinking) เราจะได้แผนที่ความรู้ชุดหนึ่งขึ้นมา สำหรับพวกเราภายในองค์กรหรือระหว่างองค์กร และสิ่งที่เราคาดหวังก็คือเราจะได้รับความรู้เพื่อผลักดันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใหม่ เช่น การไปผลักดันนโยบาย อาจจะผ่านกระบวนการเอาไปจัดตลาดนัดความรู้ เปิดโลกการเรียนรู้เพื่อสร้างกระแสซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการผลักดันนโยบายได้

ผลลัพธ์จากการถอดบทเรียน

จะได้ผลลัพธ์ ดังนี้

- องค์ความรู้ใหม่ที่ค้นพบ (การวิเคราะห์/สังเคราะห์)
- นวัตกรรมที่เกิดขึ้น
- กระบวนการทำงาน ที่พัฒนาขึ้น
- กระบวนการแก้ไขปัญหา
- แผนที่ความรู้ (Knowledge Map)
- การใช้ความรู้เพื่อการผลักดัน เชิงนโยบาย/การปฏิบัติ (ตลาดนัดความรู้ การชี้แนะสาธารณะ)

คำถามในการถอดบทเรียน

1. กิจกรรมหลักที่ทำในพื้นที่
2. เกิดการเปลี่ยนแปลงใดบ้างในพื้นที่ตามวัตถุประสงค์ และตามกิจกรรม (ความสำเร็จ)
3. ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน
4. การแก้ไขปัญหาที่ได้ดำเนินไปแล้ว
5. ทำอย่างไรให้เกิดความยั่งยืน
6. ท่านเรียนรู้อะไรบ้างจากการดำเนินงาน
7. ศักยภาพในการทำงาน ประสานเครือข่าย
8. การติดตาม กำกับ ภายใน

ปัจจัยความเป็นเลิศ/ความสำเร็จ สำหรับโครงการป้องกันในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีชุมชนเป็นฐานและการมีส่วนร่วม

- มีการวินิจฉัยชุมชน และพบปัญหา ของชุมชน
- มีการวางแผนรูปแบบการป้องกัน รวมถึงการควบคุมที่มองไปข้างหน้า (มีความยั่งยืน)
- การวางกลยุทธ์บนกรอบแนวคิดและหลักฐานทางวิชาการ
- มีการดำเนินงานทั้งในลักษณะ Population Approach และ High Risk Approach
- มีการออกแบบในลักษณะ Quasi เป็นการออกแบบเพื่อการประเมินผล
- ผสมผสานการดำเนินงานให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต และสอดคล้องกับบริบท บรรทัดฐานของชุมชน
- เป้าหมายลดทั้งปัจจัยเสี่ยง (ระยะกลางและสั้น) และลดโรค (ระยะยาว)
- ความร่วมมือจากชุมชน (Community Participation)
- เลือกและวางกลยุทธ์ตามความต้องการของประชากรในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเสี่ยง
- ใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการป้องกัน และการลดปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัยเสี่ยง
- มีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ (สรุบบทเรียน)

บทที่ 3

แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ที่มีผลต่อการป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร การพัฒนาการก่อเกิดโรคได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง) และโรคเบาหวาน

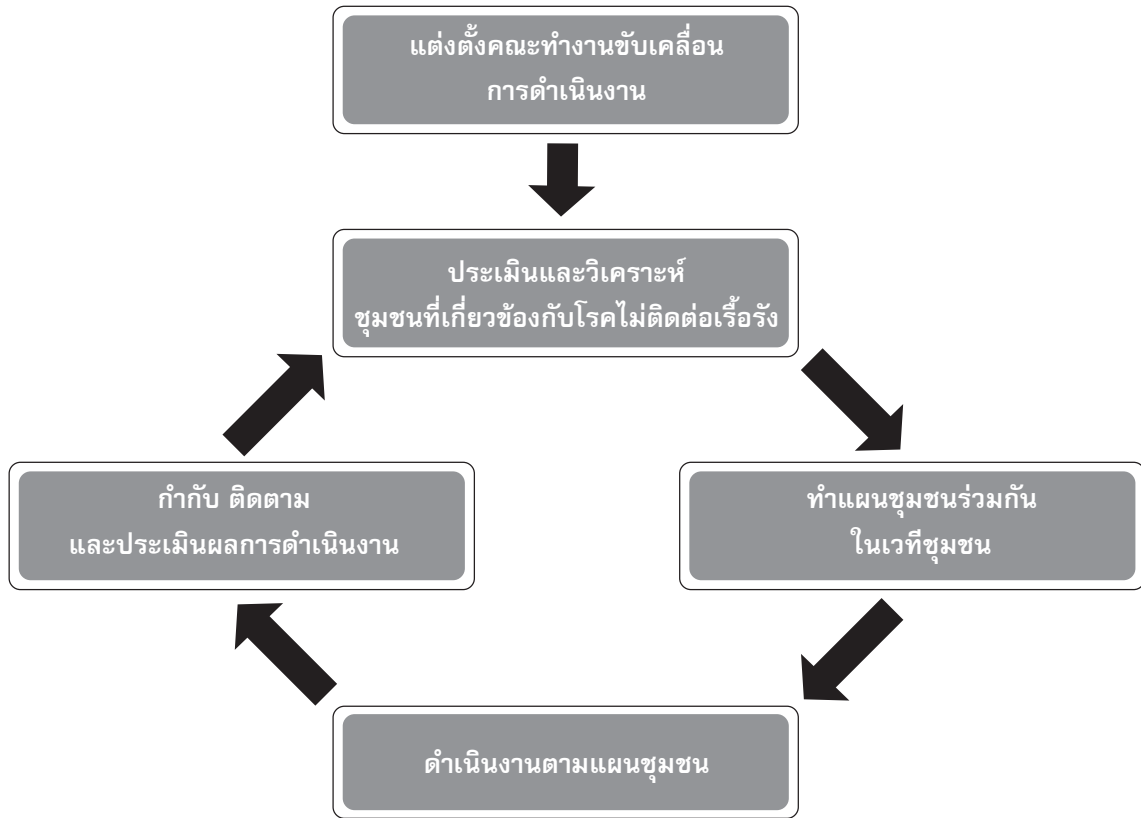
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญและป้องกันได้ และสาเหตุเกิดโรคในประชากรในประเทศไทย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	สาเหตุเกิดโรคในประชากร
ภาวะหรือโรคเบาหวาน	<ul style="list-style-type: none"> - น้ำหนักเกิน/อ้วน/อ้วนลงพุง - ขาดการเคลื่อนไหว/ออกกำลังกาย - ภาวะความดันโลหิตสูง - ภาวะไขมันในเลือดสูง
ภาวะหรือโรคความดันโลหิตสูง	<ul style="list-style-type: none"> - บริโภคเกลือโซเดียมสูง (อาหารเค็ม) - น้ำหนักเกิน/อ้วน - บริโภคแอลกอฮอล์ปริมาณมากสม่ำเสมอ - บุหรี่ - ความเครียดเรื้อรัง
โรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต (โรคหลอดเลือดสมอง)	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะความดันโลหิตสูง - บุหรี่ - ภาวะหรือโรคเบาหวาน - การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม - ขาดการเคลื่อนไหว/ออกกำลังกาย - น้ำหนักเกิน/อ้วน - ไขมันผิดปกติ - ความเครียดเรื้อรัง

2. ชุมชน (community) หมายถึง หมู่ชน กลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ก็ได้ ที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เทศบาล สถานศึกษา สถานที่ทำงาน เป็นต้น
3. ชุมชนลดเสี่ยง หมายถึง ชุมชนที่มีมาตรการลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยมีการวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลร่วมกันอย่างเป็นระบบ
4. ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) คือสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ หรือชีววิทยาตลอดจนพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสาเหตุหรือเป็นสาเหตุของการเพิ่มโอกาสป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้น ระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้นเกินค่าปกติ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ภาวะเครียดเรื้อรัง
5. บริการลดเสี่ยง หมายถึง การจัดบริการให้กับประชาชนเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชน การให้ความรู้และการเสริมทักษะชีวิตในการป้องกันความเสี่ยง การจัดกิจกรรมเพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การสนับสนุนชุมชนให้เกิดการจัดการชุมชนต่อการป้องกันความเสี่ยงภายในชุมชน การกำหนดและใช้มาตรการทางสังคม/นโยบายสาธารณะ และการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค
6. กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มอายุ ที่มีพฤติกรรมและ/หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
7. การสื่อสารความเสี่ยง หมายถึง กลยุทธ์ในการเผยแพร่และกระจายข้อมูลข่าวสารอย่างถูกต้อง ตามหลักวิทยาศาสตร์ เหมาะสมกับเหตุการณ์ ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เข้าใจลักษณะของความเสี่ยง และสิ่งที่จะเกิดตามมา
8. ภาครีหรือข่ายในชุมชน หมายถึง หน่วยงาน องค์กร ชมรม กลุ่มคน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประกอบด้วย เครือข่ายภาครัฐ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ อปท. พัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง) เครือข่ายภาคประชาชน (อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ชมรมสร้างสุขภาพ) และกลุ่มต่างๆ ในชุมชน (กรรมการชุมชน องค์กรเอกชนสาธารณสุข ประโยชน์ บริษัทห้างร้าน เป็นต้น)

"ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง" หมายถึง ชุมชนที่มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยคณะทำงานระดับชุมชน ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของชุมชน จัดทำแผนสุขภาพของชุมชน ดำเนินการตามแผน และกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

กระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



แผนภูมิ กระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เส้นทางสู่ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประกอบด้วยกระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับชุมชน
2. ประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งปัจจัยเสี่ยงและโรค ข้อมูลทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมประเพณีและทรัพยากรในท้องถิ่น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข

* การเฝ้าระวังการระบาด โดยการสำรวจค้นหาภาวะสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคนในชุมชน รวมทั้งวิเคราะห์ในพื้นที่รับผิดชอบ เน้นข้อมูลเพื่อตัดสินใจได้แก่

- จำนวนและ/อัตราการตาย/ป่วย รวมผู้ป่วยในและผู้ป่วยส่งต่อและโรคที่เป็นผลกระทบจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ไตวาย จอประสาทตาเสื่อมหรือตาบอด ถูกตัดขา อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด) ที่รวบรวมเป็นระบบและต่อเนื่อง มีแนวโน้มการตายหรือการป่วยเพิ่มขึ้น (อย่างน้อย 3-5ปี) อย่างชัดเจน หรือเป็นภาระการบริการ หรือมีจำนวน/อัตราการตายหรือป่วยสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ที่มีขนาดของประชากรใกล้เคียงกัน และ/หรือพบโรคนี้ในกลุ่มที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ รวมทั้งเป็นความสนใจต่อปัญหาของชุมชนส่วนใหญ่

- ประเมินสังเกตสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลักๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ขาดการเคลื่อนไหว/ออกกำลังกาย การบริโภคแอลกอฮอล์

นอกจากนี้อาจมีการประเมินทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ

แหล่งข้อมูล: จากการสังเกตในชุมชน ร่วมกับการหาข้อมูลมาประกอบสนับสนุนการสังเกตจากแหล่งต่างๆ เช่น แฟ้มข้อมูลครัวเรือน (Family folder) ที่จัดเก็บอย่างเป็นระบบ โดยจัดให้มีจุดสังเกตที่แฟ้ม เพื่อแยกครอบครัวที่เป็นโรค กลุ่มเสี่ยง

3. ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน โดยนำผลการสำรวจประเมินและวิเคราะห์ชุมชน นำเสนอต่อแกนนำ/คณะทำงานชุมชน และชุมชนให้รับรู้ สถานการณ์ปัญหาโรคและปัจจัยเสี่ยง จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผน แก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย/แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ภาคประชาชน เช่น อสม. แกนนำชุมชน กรรมการ/คณะทำงานชุมชน อปท./อบต. กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ประชาชนชาวบ้าน ครู เป็นฐานในการคิดภาพรวม โดยการสนับสนุนวิชาการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. การดำเนินการตามแผนชุมชน
 - 4.1. ระยะก่อนดำเนินงาน เป็นการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน และการขับเคลื่อนตามแผน และเตรียมความพร้อมผู้รับผิดชอบว่า ใคร/ทำอะไร/ที่ไหน/เมื่อไร/อย่างไร/แหล่งงบประมาณ/เงินทุน
 - 4.2. ระยะดำเนินการ เป็นการนำแผนงานไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในด้านบริหารจัดการ ควบคุมกำกับ ขับเคลื่อน ให้เป็นไปตามแผน
5. กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข การดำเนินงานต่อไป ประเมินผลแต่ละขั้นตอนตามแผนการดำเนินงาน

แนวทางการติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน
การติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานเป็น กระบวนการติดตาม ควบคุม ดูแล ตรวจสอบ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และควรเป็น การประเมินแบบมีส่วนร่วม ที่มุ่งเน้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ที่จะนำไปสู่ เป้าหมายลดปัจจัยเสี่ยงร่วม และลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในชุมชน

1. การวางแผน ติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินงาน โดยการศึกษาโครงการที่ต้องการประเมิน การกำหนดประเด็นหลักที่ต้องการประเมิน เช่น ปัญหาความต้องการ บริบทของพื้นที่ ปัจจัยนำเข้า กิจกรรม การปฏิบัติงาน เป็นต้น การเลือกเครื่องมือ/ศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การกำหนดช่วงเวลา จำนวนครั้งและระยะเวลาในการประเมิน การกำหนดผู้ประเมิน/ผู้รับการประเมิน และนำข้อมูลมาทำแผน ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน

การวางแผนติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานที่ดี ทำให้ได้ข้อมูลการดำเนินงานโครงการว่ามีการ ดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนหรือไม่ กิจกรรมดำเนินไปอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ระหว่างดำเนินงานหรือไม่ สัมฤทธิ์ผลหรือไม่ ควรขยายผลต่อไปหรือไม่และควรมีข้อกำหนดเพิ่มเติมอะไร

2. การติดตามผล เป็นการติดตามกำกับดูแลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่โดยอาศัยกระบวนการติดตามอย่างมีส่วนร่วมและก่อให้เกิดความเข้าใจในการดำเนินงานทุกระดับ โดยมีจุดเน้นว่า กิจกรรม/เหตุการณ์นั้นได้เกิดขึ้นแล้วหรือยัง

ในขั้นตอนนี้ ควรกำหนดประเด็นหลักที่ต้องติดตาม และการเลือกใช้เครื่องมือในการติดตามที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ

3. การประเมินระหว่างการดำเนินงาน เป็นการประเมินเพื่อติดตามการดำเนินงานในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีจุดเน้น ปริมาณและคุณภาพในการดำเนินงาน การดำเนินงานตามเวลาที่กำหนด ค่าใช้จ่าย ปัญหาอุปสรรคและการดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงให้

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

4. การประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการ เป็นการประเมินภาพรวมทั้งหมดของโครงการ เมื่อได้มีการดำเนินการจนสิ้นสุดโครงการ สรุปผลการดำเนินงานและนำข้อมูลที่ได้จากการติดตามกำกับและประเมินผลมาวิเคราะห์เพื่อดูว่าโครงการประสบความสำเร็จ หรือไม่ อย่างไร

ในขั้นตอนนี้ ควรกำหนดประเด็นเพื่อพิจารณา เช่น วัตถุประสงค์ของโครงการ ตัวชี้วัดโครงการ ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ความคุ้มค่าและการนำไปขยายผล เป็นต้น

เครื่องมือในการติดตาม กำกับและประเมินการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามกำกับการดำเนินงาน ผู้ประเมินสามารถเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินได้หลายแบบ หลักสำคัญ คือ ควรเป็นเครื่องมือในการติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์และชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ตัวอย่างเครื่องมือในการติดตาม กำกับและประเมินผล

ในปีพ.ศ. 2552 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป้าหมายเป็นฐาน เพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ในการประเมินการดำเนินงานในชุมชนเป้าหมาย เครื่องมือนี้ได้พัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมพิจารณา หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงและทดลองใช้ก่อนนำไปเผยแพร่

ในการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวได้นำ Logic model ร่วมกับ Result-oriented logical framework มาใช้เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำ โดย Logic model จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากร กับการลงทุน กิจกรรมที่ดำเนินการ และผลงานที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จะเป็นตัวช่วยในการกำหนดว่า เมื่อไร และอะไรบ้างที่จะต้องประเมิน ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างทรัพยากร กิจกรรม และผลลัพธ์ทำงานเหมือนเป็นกรอบแนวคิด และกระบวนการวางแผน เพื่อเป็นสะพานเชื่อมช่องว่างระหว่าง "ทำอยู่ตรงไหน

และต้องการไปที่ไหน” จึงพรรณนาถึงเหตุการณ์ที่ลำดับอย่างต่อเนื่อง เห็นถึงห่วงโซ่ของเหตุผลที่เชื่อมโยงตั้งแต่เริ่มลงทุนจนถึงผลงานที่ออกมา จึงเป็น systems model ที่แสดงให้เห็นถึงการเชื่อมต่อของส่วนต่างๆ ที่พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันและเชื่อมต่อกันเป็นภาพรวม และ Results-oriented logical framework จะอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างองค์ประกอบ ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ ตัวชี้วัดการปฏิบัติงาน

โครงสร้างเครื่องมือมีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ด้วยแบบการเชื่อมโยงสำรวจและการพูดคุยกับผู้ดำเนินการสามารถใช้เพื่อติดตามความก้าวหน้าและโครงการที่ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว คำตอบจากการประเมินมิใช่ความผิดพลาดหรือความถูกต้อง แต่เป็นการรับรู้การดำเนินงานของโครงการว่ามีความสามารถในการดำเนินงานมากน้อยเพียงไร

(สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเครื่องมือและคู่มือประเมินฯ ได้ที่ งานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 หรือ Download ได้ที่ www.thaincd.com ชื่อหนังสือ **คู่มือและเครื่องมือสังเกตและประเมินเพื่อพัฒนาการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป้าหมายเป็นฐาน**)

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานแต่ละระดับ

1. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลาง

- 1) ร่วมกันกำหนดนโยบายและแผนงานในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 3) การรณรงค์/สื่อสารเตือนภัย เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนเกิดการตื่นตัวและเกิดความตระหนัก
- 4) เพิ่มศักยภาพเครือข่าย
- 5) พัฒนาและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 6) จัดให้มีกลไกประสาน ส่งเสริมและสนับสนุน ทั้งด้านวิชาการและงบประมาณการดำเนินงาน
- 7) กำหนดตัวชี้วัด ติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน

2. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานระดับจังหวัด

- 1) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับจังหวัดที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
- 2) ประเมินสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และศักยภาพของจังหวัดเพื่อจัดทำนโยบายและแผนระดับจังหวัด
- 3) จัดทำนโยบายและแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับจังหวัด
- 4) สนับสนุนให้มีระบบฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่
- 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงาน
- 6) จัดให้มีกลไกการประสานงาน ส่งเสริมและสนับสนุน หน่วยงานเครือข่าย
- 7) สนับสนุนการดำเนินงานคัดกรองภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 8) สนับสนุนการดำเนินงานคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 9) จัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการลดเสี่ยง
- 10) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดรูปแบบการดำเนินงาน
- 11) นิเทศ ติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับจังหวัดและรายงานผลสู่ส่วนกลาง

3. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ
 - 1) จัดทำแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 - 2) ประเมินสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และศักยภาพในพื้นที่
 - 3) พัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. และภาคีเครือข่าย ตามความเหมาะสม
 - 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและแจ้งข่าวสารเตือนภัยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบ
 - 5) ดำเนินงานคัดกรองภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง
 - 6) ดำเนินงานคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีบริการลดเสี่ยง
 - 7) จัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการลดเสี่ยง
 - 8) พัฒนาระบบการดูแลรักษา ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ
 - 9) ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่พื้นที่เพื่อพัฒนาสู่เป้าหมาย
 - 10) ส่งเสริม สนับสนุน ให้คำปรึกษาการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน
 - 11) ประสาน สนับสนุน ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานและรายงานผล
4. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานระดับท้องถิ่น/ชุมชน
 - 1) สนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากร
 - 2) สนับสนุนการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรค ตามนโยบายเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
 - 3) ขับเคลื่อนทางสังคม ร่วมดำเนินงานและติดตามกำกับและประเมินผล
5. บทบาทหน้าที่ของภาคประชาชน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/แกนนำสุขภาพชุมชน)
 - 1) เป็นแกนนำในการจัดทำแผนการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคตามนโยบายเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชน
 - 2) ร่วมคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในชุมชน
 - 3) ให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นกับชุมชน
 - 4) เป็นแกนนำในการรณรงค์ในชุมชน
 - 5) ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้การดูแลและพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน
 - 6) เป็นแกนนำจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน
 - 7) เป็นแกนนำในการกำหนดมาตรการทางสังคม/สัญญาชาวบ้าน/ข้อตกลงของชุมชน
 - 8) ร่วมติดตาม กำกับการดำเนินงานในชุมชน และพัฒนาไปสู่เป้าหมาย
6. บทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพครอบครัว
 - 1) ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว
 - 2) เป็นผู้ประสานด้านสุขภาพและนำเสนอข้อมูลสุขภาพครอบครัวแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/แกนนำสุขภาพชุมชน

วิธีการดำเนินงานชุมชนลดเสียงลัดโรค

ขั้นตอน	หน่วยงานระดับจังหวัด	หน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ	หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชน	ภาคประชาชน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/แกนนำสุขภาพชุมชน)
1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงนโยบาย ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ - แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงาน ผลักดัน สนับสนุน ให้มีการจัดตั้ง คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมมือภาคีเครือข่าย แต่งตั้ง/ร่วมเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน - เป็นผู้ประสานงานหลักการจัดการโรคในชุมชน 	<p>ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน คัดเลือกตัวแทนร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงานในชุมชนที่ประกอบด้วย ตัวแทนชุมชน ตัวแทนภาคีเครือข่าย ตัวแทนสถานบริการสาธารณสุข</p>
2. ประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย - ให้ความรู้ และให้การสนับสนุนด้านวิชาการ - สนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และศักยภาพในพื้นที่ - พัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. และภาคีเครือข่าย ในการประเมินและวิเคราะห์ชุมชน - พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและแจ้งข่าวสารเตือนภัยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่รับผิดชอบ - ให้ความรู้ และให้การสนับสนุนด้านวิชาการ - สรุปรายงานผลการวิเคราะห์/ประเมินชุมชน นำเสนอแก่คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - รวบรวม ประเมิน วิเคราะห์ ข้อมูลชุมชน - ร่วมประเมิน สรุปรายงานผลการประเมิน/วิเคราะห์ชุมชน - สรุปรายงานผลการประเมิน/วิเคราะห์ชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมข้อมูลในส่วนของบริบทชุมชน - ร่วมประเมินและแลกเปลี่ยนข้อมูล

วิธีการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงโรค (ต่อ)

ขั้นตอน	หน่วยงานระดับจังหวัด	หน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ	หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชน	ภาคประชาชน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/แกนนำสุขภาพชุมชน)
3. ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน	จัดให้มีกลไกประสาน ส่งเสริม และสนับสนุน ทั้งด้านวิชาการ และงบประมาณการดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการแก้ไข - จัดทำแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - กระตุ้นให้ประชาชน และเครือข่ายได้ร่วมคิด พิจารณาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน - ให้ความรู้ สนับสนุนด้านวิชาการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการแก้ไข - สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร/จัดเวทีการทำแผนชุมชน ตามบริบทและผลการประเมิน วิเคราะห์ชุมชน - ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการแก้ไข - ร่วม/เป็นแกนนำจัดทำแผนการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงโรค ตามนโยบายเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
4. การดำเนินการตามแผนชุมชน				
- ระยะก่อนดำเนินงาน		<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมความพร้อมในส่วนที่เกี่ยวข้อง - ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาบุคลากร (สาธารณสุข/ภาคประชาชน) เพื่อการจัดการลดเสี่ยงโรค 	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมหน่วยงานและบุคลากร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมชุมชน ชี้แจงเบื้องต้น

วิธีการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงโรค (ต่อ)

ขั้นตอน	หน่วยงานระดับจังหวัด	หน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ	หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชน	ภาคประชาชน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/แกนนำสุขภาพชุมชน)
<ul style="list-style-type: none"> - ระยะดำเนินการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดรูปแบบการดำเนินงาน - พัฒนาคู่มือ แนวทาง สำหรับพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินงานคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน หลักการและเหตุผล รวมทั้งขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานที่มุ่งสู่เป้าหมายร่วมกัน - ส่งเสริม สนับสนุน ให้คำปรึกษาการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงโรคในชุมชน - ดำเนินงานบริการลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการลดเสี่ยง ลดโรค การรณรงค์ สื่อสารให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชน - พัฒนาระบบการดูแลรักษา ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ - ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่พื้นที่ เพื่อพัฒนาสู่เป้าหมาย - ติดตามการดำเนินการเป็นระยะ 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร (คน เงิน ของ)/ สถานที่การดำเนินงานและกิจกรรมต่างๆ ตามแผน - ขับเคลื่อนทางสังคม - จัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดเสี่ยงโรค - ร่วมจัดกิจกรรม สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเป็นระยะ เพื่อสนับสนุนการลดเสี่ยงโรค - สนับสนุน/ร่วมดำเนินการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และบริการลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - สนับสนุนการดูแลทางด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม - ติดตามการดำเนินการเป็นระยะ 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นแกนนำชุมชนในการดำเนินการตามแผน - ติดตามการดำเนินการเป็นระยะ - ให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นกับชุมชน - เป็นแกนนำในการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ในชุมชน - ติดตามเยี่ยมบ้าน - เป็นแกนนำจัดกิจกรรมลดปัญหาเสี่ยงในชุมชน

วิธีการดำเนินงานชุมชนลดเสียงลัดโรค (ต่อ)

ขั้นตอน	หน่วยงานระดับจังหวัด	หน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ	หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชน	ภาคประชาชน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/แกนนำสุขภาพชุมชน)
5. กำกับ ติดตามและ ประเมินผลการ ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - นิเทศ ติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน ใฝ่ระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับ จังหวัดและรายงานผลสู่ ส่วนกลาง 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสาน สนับสนุน ควบคุมกำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน และ รายงานผล - สรุปรายงานผลการติดตาม ประเมิน - ชี้แจงให้เครือข่าย/ชุมชนทราบ ผลการดำเนินงาน - ประเมินแผนงาน/โครงการ - วิเคราะห์ ประเมินชุมชนในเขต เพื่อหาโอกาสพัฒนา - เสนอแนะแนวทางเพื่อการ ดำเนินงานในระยะต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตาม กำกับการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ของแผนงาน/โครงการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วม/เป็นแกนนำในการติดตาม ประเมินผล - ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - สรุปรายงานผลการติดตาม ประเมินเป็นระยะ - ชี้แจงให้ประชาชนทราบผลการ ดำเนินงานเพื่อการพัฒนา ต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืน

บทที่ 4

สรุปบทเรียนพื้นที่ดำเนินการจากการนำเสนอ Best Practice ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อตามบริบทของพื้นที่ โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 3-12 และทีมจังหวัดที่รับผิดชอบ

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดกรุงเทพมหานครและทีมจังหวัดนนทบุรี
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรีและทีมจังหวัดฉะเชิงเทรา
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรีและทีมจังหวัดสุพรรณบุรี
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาและทีมจังหวัดนครราชสีมา
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่นและทีมจังหวัดขอนแก่น
6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานีและทีมจังหวัดนครพนม
7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์และทีมจังหวัดพิจิตร
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลกและทีมจังหวัดสุโขทัย
9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่และทีมจังหวัดเชียงใหม่
10. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราชและทีมจังหวัดนครศรีธรรมราช
11. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลาและทีมจังหวัดตรัง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดกรุงเทพมหานครและทีมจังหวัดนนทบุรี

โครงการนวัตกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ จังหวัดนนทบุรี
ปี 2551

1. พื้นที่ดำเนินการ
 - 1.1. ดำเนินการชุมชน : วัดลานนาบุญ
 - กลุ่มเป้าหมาย ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป บริเวณวัดลานนาบุญ 1,000 คน
 - 1.2. เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - เป็นชุมชนเขตเมือง หนาแน่นมีความยากลำบากในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การคัดกรองไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
2. เครือข่าย และการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย
 - 2.1. กลวิธีสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย
 - การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีสมุดประจำตัวกลุ่มเสี่ยง บัตรคิวในการตรวจ
 - 2.2. เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - เจ้าอาวาสและพระสงฆ์ อสม. ชาวมอเตอร์ไซด์และประชากร

3. การดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน
 - 3.1. การดำเนินงาน
 - * การดำเนินโครงการ
 - ประชาสัมพันธ์โครงการ โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่นประชุมชี้แจงสู่ชุมชนและอปท. ติดป้ายประชาสัมพันธ์รถ เคาะประตูบ้าน วิทยุชุมชน เสียงตามสาย
 - สร้างอาสาสมัคร โดยคัดเลือกผู้มีจิตอาสา “อาสาสมัครโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง” ได้ 50 คน (1 คนดูแลกลุ่มเสี่ยง 20 คน) และจัดอบรม อสม. 2 วันให้ความรู้เรื่องโรค วิธีคัดกรองโรคเบาหวานด้วยวาจา วัดรอบเอว คำนวณค่า BMI วัดความดันโลหิต ดูแลกลุ่มเสี่ยง/ป่วย บันทึกข้อมูลอย่างง่าย หลังคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในอายุ 35 ปีขึ้นไป นำข้อมูลมา จำแนกตามกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย ในกลุ่มเสี่ยง**มีกิจกรรมเข้าค่าย**เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2 รุ่น/83 คน รุ่นละ 2 วัน ต่างจังหวัด
 - การติดตาม ประเมินผล แล้วรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เพื่อประมวลผล นำเสนอสู่เวทีสาธารณะ
 - * จัดเวทีสาธารณะ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
 - เพื่อเสนอผลการดำเนินงาน ให้ชุมชนรับรู้สถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชนของตนเอง
 - เสนอปัญหาและการแก้ไขต่อชุมชน พร้อมหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยชุมชน
 - สร้างแรงจูงใจ กำหนดรางวัลให้อาสาสมัครผู้ทำหน้าที่ที่เสี่ยงดีเด่นและทีมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีเด่น
 - 3.2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน
 - ชุมชนไม่เชื่อถือในช่วงแรกของการดำเนินการ แต่หลังจากที่ทีมดำเนินการเข้าถึงจิตใจชาวบ้านแล้ว ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในชุมชน
 4. กิจกรรมที่โดดเด่นของการดำเนินงาน
 - ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงมีระดับน้ำตาลและความดันโลหิตลดลง
 - การคัดกรอง
 - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการดื่มหน้าอัดลม เป็นน้ำเปล่า
5. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในแต่ละบริบทสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองในเรื่องต่อไปนี้
 - 5.1. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ
 - ผู้บริหารจาก สสจ. ให้การสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ และสนับสนุนแกนนำ
 - ทีมงานเข้มแข็ง อสม. ที่รับการอบรมสามารถช่วยดำเนินการนอกเครือข่าย เช่น ชาวเขาจังหวัดตราดบุรี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรีและทีมจังหวัดฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลแปลงยาว นิคมอุตสาหกรรม

โครงการ SMART & SLIM ลดโรค ลดพุง ด้วย 3 อ.

1. พื้นที่ดำเนินการและการวิเคราะห์ปัญหา
 - 1.1 ดำเนินการ ชุมชน : โรงงาน บริษัทโตโยต้า มอเตอร์ ประเทศไทย จำกัด สาขาแปลงยาว
 - กลุ่มเป้าหมาย วิทยทำงานเป็นพนักงานในบริษัทฯ จำนวน 4,000 คน
 - 1.2. เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - พื้นที่ที่มีความเข้มแข็งในการบูรณาการ

2. เครือข่าย และการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย
 - 2.1. กลวิธีสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย โดย
 - นำผลคัดกรองและตรวจสุขภาพ (เช่นตรวจเลือดหา CBC สายตา) มาวิเคราะห์ปัญหาพบบ่อยน้ำหนักเกิน/BMI เกิน ความดันโลหิตสูง ภาวะเครียด กินยาลดกรด จากการทำงานเป็นกะ 3 ช่วงเวลา (เช้า-บ่าย-ดึก) ทำให้กินอาหารไม่ตรงเวลามื้ออาหาร
 - 2.2. เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - ผู้เริ่มคิดคือเจ้าหน้าที่แผนกสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ของบริษัทโตโยต้า มอเตอร์ประเทศไทย จำกัด สำนักงานใหญ่ สำโรง จ.สมุทรปราการให้ความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพพนักงานจากการเจ็บป่วย อุบัติเหตุจากการทำงานหรือพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง นำเสนอผู้บริหารเพื่อผลักดันให้เกิดโครงการ SMART & SLIM (ลดโรค ลดพุง ด้วย 3 อ. ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์)
 - ผู้ร่วมคิด โดยทีมงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลแปลงยาว ร่วมการจัดทำแนวทางการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
 - กลุ่มร่วมกระบวนการ มีผู้บริหาร หัวหน้าแผนกและแกนนำพนักงาน สนับสนุนและเป็นแรงกระตุ้น
 - คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลแปลงยาว ให้การสนับสนุน เนื่องจากอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาล
3. การดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน
 - 3.1. การดำเนินงาน
 - แต่งตั้งคณะทำงาน ทีมงานของโรงพยาบาลแปลงยาวและคณะกรรมการบริษัทโตโยต้าฯ สาขาแปลงยาว
 - ประชุมคณะทำงาน
 - วางแผนดำเนินการคัดกรองและแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยงบประมาณจากบริษัทโตโยต้าฯ สาขาแปลงยาว
 - ดำเนินการโครงการ SMART&SLIM ลดโรค ลดพุง ด้วย 3 อ.
 - * จัดกิจกรรม โดยตรวจสุขภาพก่อนเริ่มดำเนินการจัดฐาน 6 ฐาน (ซึ่งน้ำหนัก ส่วนสูง วัดรอบเอว ความจุปอด ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ ไขมันใต้ผิวหนัง)
 - * อบรม 3 อ. ให้ความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ผ่อนคลายความเครียดโดยหายใจแบบไทเก๊ก
 - * ติดตามประเมินทุก 1 เดือน 10 ครั้งโดยตรวจร่างกายทั่วไป ทดสอบสมรรถภาพทางกาย โดยแบบติดตาม "ต้นไม้แห่งความสำเร็จ" เป็นรูปต้นไม้ ส้ม-แอปเปิ้ล-ลูกแพร์
 - * จัดนิทรรศการ ให้ความรู้ แนะนำและตรวจสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลรามาศิริ เทพธารินทร์ และเทศบาลบางคล้า
 - * สร้างแรงจูงใจ หลัง 3 เดือน มีการให้รางวัลสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง ได้รับผ้าเช็ดหน้า ส่วนคนที่น้ำหนักลดลง จะได้ผ้าเช็ดตัวผืนใหญ่
 - 3.2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน
 - พนักงานเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามเป้าหมาย
4. กิจกรรมที่โดดเด่นของการดำเนินงาน
 - มีการจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดไว้ในโครงการ

5. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในแต่ละบริบทสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองในเรื่องต่อไปนี้
 - 5.1. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ
 - การสร้างทีมงาน ที่เป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน ผู้บริหารเห็นความสำคัญ
 - ปลุกจิตสำนึกให้พนักงานตระหนักและมุ่งมั่นดูแลสุขภาพตนเอง
 - พัฒนาองค์ความรู้แก่พนักงานจาก ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ มาให้คำแนะนำ
 - ติดตามต่อเนื่องทุกเดือน
 - 5.2. บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน ท่านคิดว่าควรเริ่มต้นอย่างไรและมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - ควรเริ่มที่การให้ความสำคัญต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นความสมัครใจ สร้างแรงจูงใจและมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรีและทีมจังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลอุ้มถ้อง

โครงการการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

1. พื้นที่ดำเนินการและการวิเคราะห์ปัญหา
 - 1.1. ดำเนินการ ชุมชน : อำเภออุ้มถ้อง
 - กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวาน
 - 1.2. เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - พบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคเบาหวานของอำเภออุ้มถ้อง จำนวนมากเป็นอันดับ 2 รองจากอำเภอเมือง ทั้งยังมีผู้มารับบริการจำนวนมากและค่าใช้จ่ายสูง
2. เครือข่าย และการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย
 - 2.1. กลวิธีสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย
 - แกนนำชุมชน เช่น อสม. อบต.
3. การดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน
 - 3.1. การดำเนินงาน
 - นำข้อมูลปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอชี้แจงให้แกนนำชุมชน เช่น อสม. อบต. และชุมชนทราบ และพูดคุยปรึกษาซึ่งกันและกันตกลงร่วมมือในการแก้ไขปัญหา และจัดหาสถานที่สำหรับการจัดบริการในชุมชน ให้บริการตรวจผู้ป่วย เพื่อลดจำนวน ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลได้ถึง 60% โดยพยาบาลเวชปฏิบัติออกตรวจทุกวันพฤหัสบดี แพทย์ออกตรวจทุก 4 เดือนและตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนประจำปี ปรึกษาช่วงบ่าย มีกิจกรรมให้ความรู้จากสหวิชาชีพ ส่งเสริมการดูแลตนเอง ครอบครัวยุคใหม่ และชุมชน กิจกรรมเข้าค่ายกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มโรค
4. กิจกรรมที่โดดเด่นของการดำเนินงาน
 - สร้างนวัตกรรม “เบาหวานกับนวัตกรรม” 2 อย่างคือ
 - 1) ถูงผ้า ผู้ป่วยทำถูงผ้าสำหรับใส่ยาและของประจำตัวเวลาไป-กลับโรงพยาบาล เป็นการตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นรายได้ผู้ป่วย และรักษาสິงแวดล้อม
 - 2) ไม้ตรวจเท้า โดย DM Clinic และศูนย์เครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาล
5. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในแต่ละบริบทสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองในเรื่องต่อไปนี้
 - 5.1. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ
 - ไม่พบผู้ป่วยผัดหน้า และผู้ที่ชื้อยากินเอง กลับมาเป็นคนไข้โรงพยาบาล เพิ่มศักยภาพความภูมิใจของแกนนำ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาและทีมจังหวัดนครราชสีมา สถานีอนามัยดงพลอง ตำบลคลองเมือง

โครงการปรับพฤติกรรมลดกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ตำบลคลองเมือง

1. พื้นที่ดำเนินการและการวิเคราะห์ปัญหา
 - 1.1. ดำเนินการ ชุมชนบ้านหนองหญ้าปล้อง หมู่ที่ 6
 - กลุ่มเป้าหมาย ประชากรกลุ่มเสี่ยง
 - 1.2. เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - เป็นชุมชนเข้มแข็ง ที่ได้รับรางวัลชนะเลิศ อันดับที่ 1 ด้านหมู่บ้านน่าอยู่ มีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือ
2. เครือข่าย และการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย
 - 2.1. กลวิธีสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย
 - เวทีประชาคมในหมู่บ้าน เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทุกหมู่บ้าน
 - ประชุมแกนนำโรคไม่ติดต่อ ระดับตำบล และบอกปัญหาที่รวบรวม และข้อเสนอแนะ หาบทสรูปในการดำเนินงานลดกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ
 - ดำเนินกิจกรรม โดยทุกเครือข่ายของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
 - 2.2. เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - ชมรมหลายชมรม เช่น ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมผู้นำชุมชน ชมรมเยาวชน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้พิการ ชมรมแม่บ้าน ผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง
3. การดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน
 - 3.1. การดำเนินงาน 5 ขั้นตอนดังนี้
 - 1) ชุมชนแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน
 - 2) ประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วมกัน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. (สำรวจกลุ่มเป้าหมาย จัดทำทะเบียนแยกกลุ่มเสี่ยงต่อโรค สรุปลผลการประเมินสถานการณ์)
 - 3) ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชนหลังการประเมินและวิเคราะห์ชุมชน โดยสรุปแผนงานโครงการ เช่น โครงการดูแลครบวงจร (งบประมาณจากกองทุนสุขภาพชุมชน) โครงการสมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน โครงการลานลดพุง โครงการงดจำหน่ายผงชูรสในร้านค้า
 - 4) การดำเนินงานตามแผนชุมชน
 - ระยะก่อนดำเนินงาน มีการประชุมชี้แจงเครือข่าย/จัดเวทีประชาคม
 - ระยะดำเนินงาน-อบรม อสม. ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และร่วมกันทำกิจกรรมการคัดกรองในชุมชน แยกกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง และดำเนินตามโครงการที่ตั้งไว้
 - 5) กำกับ ติดตามและประเมินผล
 - 3.2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน
 - ความร่วมมือของชุมชนในระยะเริ่มโครงการ
 - การสนับสนุนงบประมาณ
 - บุคลากรไม่เพียงพอ มีภารกิจมาก
 - ขวัญกำลังใจเจ้าหน้าที่

4. กิจกรรมที่โดดเด่นของการดำเนินงาน

มีกิจกรรมสำคัญต่างๆ ได้แก่ โครงการเบาหวานครบวงจร การจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน จัดทีม FR. บริการประชาชนตลอด 24 ชั่วโมง สวัสดิการชุมชน โครงการพัฒนาหมู่บ้านน่าอยู่ ฯลฯ
5. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในแต่ละบริบทสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองในเรื่องต่อไปนี้
 - 5.1. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ
 - ความเข้าใจปัญหาและความร่วมมือของประชาชนในท้องถิ่น
 - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความมุ่งมั่น
 - 5.2. บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน ท่านคิดว่าควรเริ่มต้นอย่างไรและมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - ความร่วมแรงร่วมใจของชุมชน เนื่องจากที่มีกระบวนการชุมชนเข้มแข็งสู่การจัดการระบบสุขภาพชุมชน ใช้แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาโดยภาคประชาชน ภาครัฐและภาคการเมือง มีการวิเคราะห์ปัญหาภัยคุกคามในภาพรวมของตำบลทุกปัญหาในภาพรวม เกิด “ระบบสุขภาพชุมชนตำบลคลองเมือง” สร้างวิสัยทัศน์ร่วมตำบล กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก
 - ประชาสัมพันธ์ ผู้รับผิดชอบ กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน
 - สุขภาพดีถ้วนหน้า ผู้รับผิดชอบ สถานีอนามัย ส่วนสาธารณสุขขอขาด.
 - ไม่พึ่งยาเสพติด ผู้รับผิดชอบ โรงเรียน วัด
 - เศรษฐกิจพอเพียง ผู้รับผิดชอบ เกษตรตำบล
 - ผู้บริหารระดับอบต. เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่รับผิดชอบ
 - การจัดตั้งกองทุนสุขภาพโดยประชาชน คนละ 2 บาท (ผู้มาตรวจสุขภาพ ไม่ต้องเสียค่าเดินทางมารับบริการ ใช้เงินจากกองทุนจัดการหารรับ-ส่ง)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่นและทีมจังหวัดขอนแก่น ชุมชนตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ

โครงการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

โครงการสุขภาพดีวิถีไทย

1. พื้นที่ดำเนินการและการวิเคราะห์ปัญหา
 - 1.1. พื้นที่ดำเนินการ ชุมชนตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ ดำเนินการใน โรงเรียน/หมู่บ้าน

กลุ่มเป้าหมาย นักเรียนประถมศึกษา ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป
 - 1.2. เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - เป็นพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของโรคเบาหวานสูงกว่าพื้นที่อื่น
 - เป็นชุมชนเข้มแข็ง มีภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือ
2. เครือข่าย และการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย
 - 2.1. กลวิธีสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย
 - การจัดประชุมเวทีประชาคม เกี่ยวกับปัญหาโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/โรคหลอดเลือดสมอง ในทุกหมู่บ้าน
 - การจัดประชุมเวทีแกนนำในระดับตำบลเพื่อให้ทุกภาคส่วน ได้สะท้อนปัญหา/แสดงความคิดเห็น และหาทางออกร่วมกัน
 - กิจกรรมการสร้างตระหนักร่วมกันให้ทุกภาคส่วนเป็นเจ้าภาพร่วมกัน

- การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - การประชุมเชิงปฏิบัติการ
 - การนำแผนที่ของชุมชนมาปักเข็มหมุดบ้านที่มีผู้ป่วย
 - การระดมสมองหาทางออกร่วมกัน
 - การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหา/ความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
- 2.2. เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ประกอบด้วย
- เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้นำชุมชน/เยาวชน/เยาวชนจิตอาสา/ครูอนามัยโรงเรียน/ชมรมสร้างสุขภาพ/ชมรมผู้สูงอายุ/ชมรมผักปลอดสารอาหารปลอดภัย
 - องค์การบริหารส่วนตำบล
 - โรงพยาบาลชุมชน/สถานีอนามัย
 - ตัวแทนผู้ป่วย/ตัวแทนกลุ่มเสี่ยง
3. การดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน
- 3.1. การดำเนินงาน 5 ขั้นตอน
- 1.) ชุมชนแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานจากเวทีประชาคมได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับหมู่บ้านในทุกหมู่บ้าน/และระดับตำบล โดยเครือข่ายจากทุกภาคส่วน
 - 2.) ประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วมกัน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นการประเมินชุมชนเบื้องต้น
 - มีการสำรวจและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หลอดเลือดสมอง โดยคณะกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับหมู่บ้าน และระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง ทุก 3 เดือน
 - จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเพื่อติดตามภาวะสุขภาพ/การเยี่ยมบ้าน
- 2.1. ประเมินสถานการณ์โรคและภาวะแทรกซ้อนโดยการสำรวจข้อมูลสภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ อัตราชุก อัตราป่วย/ตายและร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ดี กลุ่มผู้ป่วยอายุที่ลดลง ผลกระทบจากการดำเนินของโรคเรื้อรัง (ภาวะไตวาย) จอประสาทตาเสื่อม ตาบอด ถูกตัดขา อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด รวมทั้งปัญหาที่คนในชุมชนสนใจ ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ประกอบการจัดทำแผน และดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดทำค่าของงบประมาณ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) พ.ศ. 2549 และในปี พ.ศ. 2550 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เล็งเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนงบประมาณ
- 2.2 ผลการประเมินสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน ขาดการเคลื่อนไหว/ออกกำลังกาย การบริโภคแอลกอฮอล์ การบริโภคผักและผลไม้ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงของประชากร ปี พ.ศ. 2547-2551 พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง ยกเว้นอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น
- 2.3 ผลการเฝ้าระวังในชุมชน เช่นจากแบบฟอร์มการตรวจและประเมินสุขภาพ รูปแบบต่างๆ นอกจากนี้อาจมีการประเมินทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ

บันทึกข้อมูลการคัดกรองในแฟ้มครอบครัว/ระบบฐานข้อมูลสถานีนามัย (ติดสันสีเหลืองที่แฟ้มครอบครัวเพื่อให้สังเกตได้ง่ายและเชื่อมโยงการดูแลแบบองค์รวม)

- 3) ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน โดยนำผลการสำรวจจากข้อ 2 เสนอต่อแกนนำ/คณะทำงานชุมชน เพื่อนำไปแจ้งให้ชาวบ้านรับรู้ สถานการณ์ปัญหาโรคและปัจจัยเสี่ยง จัดลำดับความสำคัญ ร่วมกันวางแผนดำเนินการ แก้ไขปัญหาในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

มีการนำข้อมูลสะท้อนสู่ชุมชนในเวทีการประชุมประชาคมและจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาด้านแผนงานโครงการ เช่น โครงการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง โครงการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โครงการรณรงค์ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โครงการจิตอาสาพัฒนางานสาธารณสุข โครงการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงาน โครงการสุขภาพดีวิถีไทย

- 4) การดำเนินการตามแผนชุมชน

4.1 ระยะก่อนดำเนินงาน เตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบว่า ใคร/ทำอะไร/ที่ไหน/เมื่อไร/อย่างไร/แหล่งงบประมาณ/เงินทุน

- ปีพ.ศ. 2549 ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเป็นผู้ริเริ่มแก้ไขปัญหาค่าหน้าทีประสานหน่วยงาน/ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ จากอัตราชุกของเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี และจัดทำโครงการดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม ของงบประมาณจาก สปสช. (จัดประชุมเวทีประชาคม เพื่อสะท้อนข้อมูลภาวะสุขภาพคืนสู่ชุมชน/เครือข่ายทุกภาคส่วน และจัดทำแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ดังนี้
- อบรม อสม./ผู้นำชุมชน/เครือข่ายเยาวชน/จิตอาสา ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/โรคหลอดเลือดสมอง) ให้ความรู้เรื่องโรค ฯลฯ ฝึกทักษะการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว/วัดความดันโลหิต/การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้
- ตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีละ 2 ครั้งในเดือนตุลาคมและพฤษภาคมของทุกปี เพื่อจำแนกเป็นกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วยและจัดกิจกรรมในแต่ละกลุ่มตามแนวปฏิบัติของกระทรวงฯ
- ประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงทุก 3 เดือน (ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต)

หมายเหตุ อบอุ่น. สนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล โรงพยาบาลหนองเรือสนับสนุนชุดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดจำนวน 4 เครื่อง และงบประมาณในการคัดกรองภาวะเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

4.2. ระยะดำเนินการ

- ปีพ.ศ. 2549-2550 โดยคณะกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับหมู่บ้านและระดับตำบล โดยมีเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเป็นผู้ประสานการดำเนินงาน

- 5) การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานต่อไป ประเมินผลแต่ละขั้นตอนตามแผนการดำเนินงานมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เวทีสรุปบทเรียนผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน และสรุปบทเรียน/สรุปผลการดำเนินงานเพื่อรายงานในที่ประชุมคณะกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

3.2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- พฤติกรรมส่วนบุคคลในเรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การสนับสนุนของครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้วิถีชีวิตรีบเร่ง เช่น กลุ่มเสี่ยงมีภาระเลี้ยงหลานเกิดภาวะเครียด มีรายได้น้อยทำให้บริโภคข้าวแป้งน้ำตาลเกิน กลุ่มเสี่ยงทำงานโรงงานไม่มีเวลาพักผ่อน/ออกกำลังกาย

4. กิจกรรมที่โดดเด่นของการดำเนินงาน

- การเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2 วัน 1 คืน
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนสำหรับผู้ที่ไม่ค่อยเข้ามาเข้าค่าย
- นวัตกรรมกระดืบพิชิตเบาหวาน/เส้นใยสร้างสุขภาพ
- โครงการผักปลอดสาร อาหารปลอดภัย ส่งเสริมการบริโภคผักเพื่อลดข้าว แป้ง น้ำตาล

แนวทางปฏิบัติทางสังคมของชุมชน

1. อาหาร มีการรณรงค์ลดการบริโภคเกลือ ผงชูรส เครื่องปรุงรส ส่งเสริมการบริโภคผักเพื่อลดข้าว แป้ง น้ำตาล ใช้กระดืบพิชิตเบาหวาน
2. การออกกำลังกาย มีชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในทุกหมู่บ้าน จัดกิจกรรมออกกำลังกายแบบแอโรบิกทุกวัน การออกกำลังกายโดยใช้เส้นใยสร้างสุขภาพ

แนวทางปฏิบัติด้านสิ่งแวดล้อม

- อบต. จัดให้มีลานกีฬา และสถานที่ออกกำลังกาย โรงเรียนทุกแห่งเปิดพื้นที่ให้ประชาชนไปออกกำลังกายในสนามของโรงเรียนได้
- โครงการผักปลอดสาร ส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนปลูกผักปลอดสารบริโภคในครัวเรือน และมีชมรมผักปลอดสารไว้จำหน่ายในชุมชน โดยวัดบริจาคที่ดินให้ชุมชนเพื่อปลูกผักปลอดสาร มีร้านค้าบางส่วนรับผักปลอดสารจากเครือข่ายมาจำหน่ายในพื้นที่

5. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในแต่ละบริบทสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองในเรื่องต่อไปนี้

5.1. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

- การพัฒนาแกนนำให้มีความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง
- การจัดทำระบบข้อมูลของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย
- การมีเจ้าภาพร่วมงานด้านสุขภาพให้เป็นของทุกภาคส่วน
- ความเข้มแข็งของชุมชน ชุมชนเป็นผู้ได้รับประโยชน์ และเป็นชุมชนสุขภาวะ
- อบต. ให้ความสำคัญ และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเพิ่มสัดส่วนงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี
- ทีมสุขภาพที่เข้มแข็ง

5.2. บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน ท่านคิดว่าควรเริ่มต้นอย่างไรและมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- ผู้ริเริ่มในการดำเนินกิจกรรม ควรเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยในการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัญหา และนำข้อมูลคืนสู่ชุมชนเป็นการสะท้อนปัญหาให้ชุมชนทราบ (ได้แก่ อัตราป่วย อัตราตาย ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และสิ่งแวดล้อมที่มี ผลกระทบต่อการเกิดโรค ของคนในชุมชน) ให้ประชาชน และผู้เกี่ยวข้อง ในชุมชนที่มี

บทบาทหลักในการบริหารจัดการเพื่อให้ชุมชนอยู่ดีกินดี โดยใช้เวทีประชาคมหมู่บ้าน เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชน การให้ข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มเป้าหมาย และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการจัดอบรมภาคีเครือข่าย จะได้นำความรู้ที่ได้ไปถ่ายทอดในชุมชน ได้รับรู้ เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานีและทีมจังหวัดนครพนม อำเภอดงหลวง ตำบลนาถ่อน

โครงการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สุขภาพดีวิถีไทย) ตำบลนาถ่อน อำเภอดงหลวง

1. พื้นที่ดำเนินการและการวิเคราะห์ปัญหา
 - 1.1. พื้นที่ดำเนินการ ชุมชนอำเภอดงหลวง
 - กลุ่มเป้าหมาย ทุกกลุ่มอายุ
 - 1.2. เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - การมีส่วนร่วมการวางแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับชุมชน และใช้กระบวนการ KM มีเครือข่ายอื่นที่เข้าร่วม เช่น เกษตรอำเภอร่วมแก้ไขปัญหาในภาพรวม
2. เครือข่าย และการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย
 - 2.1. กลวิธีสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย
 - เวทีประชาคม จัดการเรียนรู้ในชุมชนโดยใช้ KM
 - 2.2. เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - ศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลนาถ่อน
 - สถานีอนามัยดงยอ
 - องค์การบริหารส่วนตำบลนาถ่อน
 - อสม./ผู้นำชุมชน
 - บ้าน/วัด/โรงเรียน
 - บ้าน/โรงเรียน/วัด องค์กรชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. เทศบาล/อบต.
3. การดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน
 - 3.1. การดำเนินงาน
 - วิเคราะห์ปัญหาในชุมชน จากการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มสุขภาพครอบครัว ทะเบียนผู้ป่วย เทียบดูแนวโน้ม 3 ปีย้อนหลัง พบว่าผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้น พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง (การกิน ออกกำลังกาย ภาวะเครียด สูบบุหรี่ บริโภคแอลกอฮอล์)

นำปัญหาเข้าสู่เวทีชุมชน

- เวทีประชาคมเพื่อวิเคราะห์ชุมชนเพื่อประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยใช้กระบวนการ KM
- ประชุมจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในการแก้ไขปัญหา

จัดทำโครงการต่าง ๆ เช่น

โครงการเฉลิมพระเกียรติ 57 พรรษา มหาวิชราลงกรณ์: หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง/ความดันโลหิตสูง/หัวใจและหลอดเลือด โครงการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โครงการคนไทยไร้พุง โครงการงานศพปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โครงการอยู่ดีมีสุข โครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวาน “ค่ายความรู้ สู้ภัยเบาหวาน ปีที่ 3” อำเภอหาดุพนม จังหวัดนครพนม โครงการเข้าวัดพัฒนาจิตใจ

- การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยทีมสุขภาพร่วมกับ อสม. ออกบริการเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้าน สังเกต สอบถาม พฤติกรรมการบริโภค ออกกำลังกาย วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ

3.2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ยังไม่สามารถวัดผลได้ในระยะเวลาอันสั้น
- ประชาชนยึดติดพฤติกรรมการบริโภคเดิม
- ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยง จากการตอบแบบสอบถาม บางข้อมูลอาจจะไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริง

4. กิจกรรมที่โดดเด่นของการดำเนินงาน

- หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปลุกผักในครัวเรือน
- การทำบุญผัก

5. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในแต่ละบริบทสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองในเรื่องต่อไปนี้

5.1. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

- ภาศึ่เครือข่ายที่เข้มแข็ง
- การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน รวมคน รวมเงิน รวมงาน
- มีองค์กรต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล
- ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- มีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
- มีการติดตามและประเมินผลดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากทุกภาคส่วน

5.2. บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน ท่านคิดว่าควรเริ่มต้นอย่างไรและมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- การที่จะดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ จะต้องเริ่มจากความต้องการของประชาชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน มีการสร้างทีมงาน หรือภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งและมีการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยได้รับความร่วมมือจากภาคประชาชน ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์และทีมจังหวัดพิจิตร บ้านวังแดง ตำบลท่านั่ง อำเภอโพทะเล

โครงการ บ้านวังแดงลดเสียงลดโรค

1. พื้นที่ดำเนินการและการวิเคราะห์ปัญหา

1.1. ดำเนินการ ชุมชนบ้านวังแดง

กลุ่มเป้าหมาย ประชากรกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโดยระบบฐานข้อมูลประชากรได้จัดทำโปรแกรมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้ฐานข้อมูลจาก โปรแกรม THO หรือ HCIS

- 1.2. เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - มีการสร้างฐานข้อมูลร่วมกับสสจ. มาตั้งแต่ 2551 เป็นระบบฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในงาน
2. เครือข่าย และการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย
 - 2.1. กลวิธีสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย
 - ชี้แจงสถานการณ์เพื่อเป็นการกระตุ้นเครือข่ายรับรู้ปัญหา ให้ความรู้แก่เครือข่าย
 - 2.2. เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - อาสาสมัครสมาชิก
 - แกนนำ: พระที่อ้วนเป็นโรคเบาหวาน
3. การดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน
 - 3.1. การดำเนินงาน
 - ชี้แจงกลุ่มเสี่ยงรายกลุ่ม ให้ได้รับความรู้เรื่องสถานการณ์โรค/เรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อ กลุ่มเสี่ยงรายบุคคล รู้ภาวะเสี่ยงของตนเอง
 - ประชุมวิเคราะห์ชุมชน/จัดทำแผนงาน/โครงการ เรื่องผลกระทบของการเจ็บป่วยเป็นโรค/สาเหตุที่เอื้อต่อการเกิดโรค
 - นำเสนอผลการประชุมกลุ่ม
 - สรุปแผนงาน/โครงการ
 - ดำเนินกิจกรรม โดย
 - การรับสมัครสมาชิกเข้าร่วมโครงการ
 - จัดอบรมให้ความรู้เรื่องอาหาร ออกกำลังกายที่เหมาะสมแต่ละบุคคล นั่งสมาธิ/ให้สัญญาในการปฏิบัติตนเอง นั่งสมาธิ/ให้คำสัญญาในการปฏิบัติตนเอง จับคู่ในการปฏิบัติตน (เพื่อนคู่หู)
 - เพื่อนสมาชิกและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเยี่ยมบ้านสมาชิก
 - สรุปบทเรียน/ประเมินสุขภาพ/มอบรางวัล
 - 3.2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน
 - คนที่เข้าร่วมประชุมและช่วงระยะเวลาที่พร้อมในเวทีประชาคม เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ทำการเกษตร ช่วงที่มีภาระเกี่ยวเกี่ยวทุกคนต้องออกไปทำงาน ทำให้ต้องปรับในการคัดเลือกกลุ่มคน และช่วงเวลาที่ว่าง
4. กิจกรรมที่โดดเด่นของการดำเนินงาน
 - โปรแกรมข้อมูลมีประโยชน์ในการตอบสนองในการประเมินและทันเวลา
5. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในแต่ละบริบทสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองในเรื่องต่อไปนี้
 - 5.1. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ
 - โปรแกรมที่ตัวเองในสอ. และสามารถนำไปขยายในอำเภอ จังหวัดและเขต
 - เชิญชุมชนเข้าร่วมประชุมและดำเนินงานในชุมชน ทำให้ชุมชนเป็นเจ้าของ
 - 5.2. บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน ท่านคิดว่าควรเริ่มต้นอย่างไรและมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - ควรดำเนินการในกลุ่มที่เป็นเป้าหมายโดยตรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีผลกระทบ จะทำให้เกิดความตระหนัก
 - การมีส่วนร่วมในการคิดแผนงานชุมชน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลกและทีมจังหวัดสุโขทัย สถานีนามัยตำบลน้ำชุม อำเภอศรีนคร

โครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง “ลดเสียง ลดโรค บริโภคปลอดภัย”

1. พื้นที่ดำเนินการและการวิเคราะห์ปัญหา
 - 1.1. พื้นที่ดำเนินการ ชุมชน : หมู่ 8 บ้านคลองต่างเหนือ
กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป
 - 1.2. เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - จากสภาพปัญหาของพื้นที่
 - ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีผลการดำเนินงานที่มีความสำเร็จและเป็นรูปธรรม เช่น โครงการแครงเกินใครเพราะกายใจเต็มร้อยที่มีการรวมกลุ่มและดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตัวเองโดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง
 - ภาคีสุขภาพในชุมชนมีความสามารถและใช้กลยุทธ์ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกับการลดปัจจัยเสี่ยงและมีการติดตามประเมินผลในการดำเนินงานเป็นระยะๆ
2. เครือข่าย และการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย
 - 2.1. กลวิธีสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย
“เพิ่มความใกล้ชิด ผูกมิตรไมตรี ชี้อะไรกัน” โดย
 - ภาคีเครือข่ายร่วมเป็นคณะทำงานและกำหนดบทบาทรับผิดชอบให้ชัดเจน มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง
 - เน้นให้เครือข่ายร่วมคิด ร่วมทำ และรับผิดชอบการทำกิจกรรมสุขภาพในชุมชน
 - สร้างสัมพันธ์ภาพส่วนตัว เพื่อสร้างโอกาสคุยปัญหาด้านสุขภาพ
 - 2.2. เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - โรงเรียน/วัด/อสม./ผู้นำชุมชน/ประธานคุ้มบ้าน/อบต.
 - เกษตรตำบล/พัฒนาชุมชน/ที่ว่าการอำเภอ/สสอ.ศรีนคร/สสจ./โรงพยาบาลศรีนคร
3. การดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน
 - 3.1. การดำเนินงาน
 - 1) แต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินกิจกรรม
 - 2) ประเมินและวิเคราะห์ชุมชน
 - จากการคัดกรองปัญหาสุขภาพของ กลุ่มเป้าหมาย พบว่าเป็นกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
 - 3) จัดเวทีประชาคม การทำแผนชุมชนเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข
 - วิธีการ คือ รวบรวมพลังคนจากทุกภาคส่วนที่อยู่ในชุมชน ให้เกิดแนวคิดที่ “ทำอย่างไร ชุมชนจะลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพของชุมชนได้”
 - นำเสนอผลการสำรวจประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ
 - ค้นหาปัญหาต่างๆ จากเวทีประชาคม
 - ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ/ร่วมกันกำหนดแนวทางแก้ไข/สรุปประเด็นปัญหาและเป้าหมายของชุมชนในหมู่บ้านพบว่า
ปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูงมาก) โรคอ้วน พฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ บริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ผัก และผลไม้ลดลง ขาดผู้นำออกกำลังกาย และขยะมูลฝอย
 - เป้าหมาย “คนในชุมชนจะปลอดภัยไม่มีโรคเรื้อรัง” โดยมีข้อตกลงร่วมกัน

- * ทุกครัวเรือนปลูกพืชผักสวนครัวปลอดสารพิษไว้กิน สนับสนุนคนในครัวเรือนกินผักให้มากขึ้น
 - * เลือกรับประทานเนื้อปลาแทน หมู ไก่ ฯลฯ
 - * ลดการรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม
 - * เพิ่มการออกกำลังกายให้ได้สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที
 - * ร้านค้าจะไม่ขายเหล้า บุหรี่ให้กับกลุ่มเด็กและเยาวชน
 - * งานสังสรรค์จะลดการดื่มสุรา
 - * ทำบุญตักบาตรโดยเพิ่มผักผลไม้ให้มากขึ้นเพื่อ "พระ" ก็จะได้ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง
 - * ช่วยกันสร้างชุมชนให้เป็นชุมชนต้นแบบลดเสียงลัดโรค
- ทำแผนชุมชน ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย
- 4) การดำเนินการตามแผนชุมชน
- ระยะเวลาการดำเนินงาน โดยประสานงานกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ของงบประมาณ และประชาสัมพันธ์
 - ระยะดำเนินการ กลุ่มเสี่ยง จัดอบรมโดยวิธีการมีส่วนร่วม สร้างความตระหนัก (DTX) ฝึกปฏิบัติ/สาธิตย้อนหลัง
- 5) มีการติดตามควบคุมกำกับโดยคณะทำงาน
- ### 3.2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน
- การสำรวจข้อมูล ได้ไม่ครบเพราะการทำงานต่างถิ่น
 - การทำเวทีประชาคมขึ้นอยู่กับความพร้อม มีการวางแผนที่ดี (ภาคีสุขภาพอื่นๆ) ต้องมีประเด็นที่ชัดเจน ผู้นำกลุ่มต้องใช้ทักษะมากๆ (ฟังและจับประเด็น กระตุ้น ต่อรอง ประนีประนอม)
 - การทำเวทีประชาคม ไม่ควรมีกกลุ่มป่วย เพราะจะเกิดแรงกดดัน ยกเว้นสมัครใจ
 - ผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงอาจเป็นได้ทั้งแรงกระตุ้น และแรงกดดัน ต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยง
 - การอบรมค่ายควรเน้นการสาธิตตามวิถีชีวิต เช่น จัดอาหารเพื่อสุขภาพ การพักผ่อน ฝึกออกกำลังกายจริง แต่กิจกรรมควรแยกเป็นฐาน
4. กิจกรรมที่โดดเด่นของการดำเนินงาน
- ระดับบุคคล มีการใช้ระบบ "บัดดี้" เพื่อช่วยกันดูแลสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - ระดับชุมชน มีการปลูกผักปลอดสารพิษ มีคุ้มบ้าน ช่วยกันดูแลสุขภาพทุกด้านและประกวดคุ้มบ้าน
 - นวัตกรรม 3 สี เตือนภัย (บัตรสีเขียวคือกลุ่มปกติ บัตรสีเหลืองคือกลุ่มเสี่ยง และบัตรสีแดงคือกลุ่มป่วย)
5. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในแต่ละบริบทสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองในเรื่องต่อไปนี้
- #### 5.1. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ
- ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง และทีมระดับอำเภอสนใจด้านสุขภาพ เครือข่ายในชุมชนมีกิจกรรมสม่ำเสมอ
 - การมีส่วนร่วมของชุมชน (บ้านละ 1 คน) การประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน (เดือนละ 1 ครั้ง)
 - มีกระบวนการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลเป็นรูปธรรม
 - การนำทรัพยากรในพื้นที่มาใช้ให้เกิดประโยชน์
 - ประชาสัมพันธ์รายงานความก้าวหน้าในชุมชน การดูแลสุขภาพ
 - การสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน
 - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหมู่บ้านอื่นๆ

- 5.2. บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน ท่านคิดว่าควรเริ่มต้นอย่างไรและมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- ผู้นำชุมชนต้องให้ความสำคัญ และร่วมกิจกรรม
 - ทีมสุขภาพต้องเข้มแข็ง
 - พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ต้องยึดวิถีชีวิตในชุมชน เป็นแนวมาปรับเปลี่ยน
 - การใช้ตัวอย่างของบุคคลที่มีสุขภาพดีในชุมชน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่และทีมจังหวัดเชียงใหม่ ตำบลห้วยแก้ว อำเภอแม่ออน

โครงการภาคีเครือข่ายร่วมใจ คนไทยไร้พุงตำบลห้วยแก้ว

1. พื้นที่ดำเนินการและการวิเคราะห์ปัญหา
 - 1.1. ดำเนินการ ชุมชน : องค์กรและชุมชน ตำบลห้วยแก้ว
 - กลุ่มเป้าหมาย วัยทำงาน 2 กลุ่มที่รอบเวรปกติ และรอบเวรเกิน
 - 1.2. เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - มีปัญหากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจำนวนมาก
 - มีชมรมออกกำลังกายที่เข้มแข็ง
2. เครือข่าย และการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย
 - 2.1. กลวิธีสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย
 - ประชุม เวทีประชาคม
 - 2.2. เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - อสม./ผู้นำชุมชน กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน/อบต.และสมาชิก
 - สสอ.แม่ออน
3. การดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน
 - 3.1. การดำเนินงาน
 - คัดกรองกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป พบความดันโลหิตสูง อ้วน ระดับไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน
 - ชี้แจงนโยบายและกิจกรรม นำนโยบายประสานงานชุมชน
 - “เอวยิ่งใหญ่ ยิ่งเพิ่มความเสี่ยง” ในหญิงไม่เกิน 80 ซม. ชายไม่เกิน 90 ซม.

แนวความคิดการทำงาน

- 1) นโยบายยึดหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ (3 อ.)
- 2) แนวโน้มโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น และ 3) วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง ต้องทำงานแบบบูรณาการ
 - ระดมความคิดวิเคราะห์
 - * ค้นหาปัญหา/สิ่งที่ส่งผลทำลายสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน
 - * นำเสนอปัญหาหมู่บ้านและสรุปประเด็นปัญหาภาพรวมของตำบล ตามลำดับความสำคัญได้แก่
 - ขาดการดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชน (ทิ้งขยะลงแม่น้ำ เผาขยะ ใช้ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าวัชพืช)
 - บริโภคอาหารไม่ถูกต้อง(ไขมัน รสเผ็ดจัด แอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ อาหารสุกๆ ดิบๆ อาหารและน้ำดื่มไม่สะอาด)
 - ไม่ออกกำลังกาย (ขี้เกียจ ขาดแรงจูงใจ ไม่มีเวลา ออกกำลังกายไม่ถูกวิธี)
 - คริวเรือนไม่สะอาด และขาดการดูแลตนเอง ในการตรวจสุขภาพตามวัย และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง
 - กลุ่มร่วมคิดแก้ปัญหา ก. คงสภาพไม่อ้วน (รอบเอวปกติ) ทำอย่างไร ข. การลดพุง (รอบเอวเกิน)

การดำเนินการ

- แบ่ง 2 กลุ่ม ก. กลุ่ม 89 คือ รอบเอวปกติ และ ข. กลุ่มแมงป่อง คือ รอบเอวเกินแล้ว
- จัดกิจกรรมเสริมพลัง เต็มส่วนชาติ โดยอบรมความรู้ 3 อ. ฝึกทักษะ 3 อ. และจัดปัจจัยแวดล้อม ในชุมชน แล้วให้ ผู้นำ จักคู่ คนอ้วน แบบ 1 ต่อ 2

3.2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- การเดินทางเนื่องจากหมู่บ้านมีสภาพเป็นตอย รถยนต์เข้าไม่ถึง ต้องใช้รถจักรยานยนต์

4. กิจกรรมที่โดดเด่นของการดำเนินงาน

- ความเข้มแข็งของชมรมและเครือข่ายสามารถเชื่อมโยงกันได้
- ความชัดเจนของทีมนโยบาย

5. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในแต่ละบริบทสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองในเรื่องต่อไปนี้

5.1. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

- ความพร้อมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- ความเข้มแข็งของชุมชน
- ติดตามการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
- ทำงานเหมือนพี่ เหมือนน้อง

5.2. บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน ท่านคิดว่าควรเริ่มต้นอย่างไรและมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- ควรดำเนินการในองค์กร/กลุ่มผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต. อสม.) ก่อนเพื่อผู้นำได้รู้นโยบาย/แนวทางการดำเนินงานร่วมกันก่อน จะช่วยให้งานที่จะลงในชุมชนสะดวกและเป็นทิศทางเดียวกัน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราชและทีมจังหวัดนครศรีธรรมราช**โครงการ “บ้านดอนโรงชุมชนสุขภาวะ”**

1. พื้นที่ดำเนินการและการวิเคราะห์ปัญหา

1.1. ดำเนินการ ชุมชน : บ้านดอนโรง หมู่ที่ 8 ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จำนวน 240 ครัวเรือน กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนทุกคนในหมู่ที่ 8 ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่

1.2. เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- มีการดำเนินงานอย่างชัดเจนเช่นหมู่บ้านลดโรค ชุมชนเข้มแข็ง/ชุมชนพึ่งตนเอง/ชุมชนสุขภาวะ
- มีการเผยแพร่ผลงานหรือการแสดงผลการในระดับอำเภอ จังหวัด หรือเขต และได้รับรางวัลจากการนำเสนอผลงาน ในระดับจังหวัด เขต หรือประเทศ
- เป็นหมู่บ้านที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เป็นสถานที่ศึกษาดูงานเป็นต้นแบบให้แก่หมู่บ้านใกล้เคียงหรือพื้นที่อื่นๆ ได้
- มีรูปแบบการดำเนินงานที่มีลักษณะภาคีเครือข่าย และสร้างการมีส่วนร่วม

2. เครือข่าย และการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย

2.1. กลวิธีสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย

การสร้างความร่วมมือ

- ต้องกำหนดวัตถุประสงค์ชัดเจน
- กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจนโดยให้ทุกคน ทุกหน่วยงาน ร่วมกันเสนอแนวทางการพัฒนา

- ค้นหาจิตอาสาหรือคนเสียสละในชุมชน
- ใช้หลัก 6 ร่วม เพื่อให้เครือข่ายมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง คือ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมรับผลสำเร็จ

2.2. เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ประกอบด้วย

- ชมรมอสม./โรงเรียน/กลุ่มออมทรัพย์/กลุ่มแดงโม/กลุ่มน้ายาเอนกประสงค์/กลุ่มน้าหมักชีวภาพ
- มูลนิธิศุภมิตรแห่งประเทศไทย/มูลนิธิอาสาใต้เต็กตั้ง
- องค์การบริหารส่วนตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน/กองทุนระบบประกันสุขภาพตำบลเขาพระบาท/กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

3. การดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน

3.1. การดำเนินงาน

- 1) ชุมชนแต่งตั้งคณะทำงาน “บ้านดอนโรงชุมชนสุขภาพะ” และกำหนดหน้าที่รับผิดชอบชัดเจนมีหน้าที่ในเอื้ออำนวยความสะดวกต่อการจัดทำแผนชุมชนเพื่อพัฒนาหมู่บ้าน จัดหางบประมาณจัดทำโครงการ ร่วมดำเนินกิจกรรม ประเมินผลตามกิจกรรม และรายงานผลการดำเนินงาน
- 2) ประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยตัวแทนในชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในชุมชน
 - จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้าน มี 240 ครัวเรือน ประชากร 1,034 คน กลุ่มวัยต่างๆ และกลุ่มที่ควรได้รับการส่งเสริม/ผู้พิการ/เด็กกำพร้า/ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม
 - จากการสำรวจครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนปกติ/ครัวเรือนกลุ่มเสี่ยง/ครัวเรือนกลุ่มป่วย และครัวเรือนเฝ้าระวัง กลุ่มป่วยเบาหวาน/กลุ่มป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยง การบริโภคไม่ถูกต้อง สูบบุหรี่ มีหนี้สินและทิ้งถิ่นฐานไปทำงานนอกบ้าน ภาวะเครียด
 - จัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยคำนึงถึง ขนาดของปัญหา/ความรุนแรงของปัญหาพิจารณา อัตราการป่วย-ตาย/ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาโดยชุมชนทำได้/ความสนใจของชุมชน และได้สรุปปัญหาที่สำคัญอันดับแรกๆ คือ โรคอ้วนในทุกกลุ่ม โรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยง การบริโภคสารเคมี ปนเปื้อนในอาหาร การเสื่อมสภาพของดิน และโรคความดันโลหิตสูง
- 3) ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้
 - มีการบูรณาการยุทธศาสตร์ต่างๆ เข้าด้วยกัน เรื่อง ชุมชนเข้มแข็ง/เศรษฐกิจพอเพียง/การเรียนรู้ในชุมชน/ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม/การเชื่อมโยงเครือข่าย/สุขภาพผู้บริโภค/สุขภาพอนามัยทุกกลุ่มวัย
 - การทำแผนชุมชนต้องสอดคล้องกับกลุ่มต่างๆ ดังนี้ กลุ่มแรกเกิด-5ปี/กลุ่มเด็กวัยเรียน/กลุ่มวัยแรงงาน/กลุ่มสูงอายุ/กลุ่มโรคเรื้อรัง/กลุ่มหญิงตั้งครรภ์/กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงทุกกลุ่มอาชีพ
 - จัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ฉบับชาวบ้าน โดยมีวิสัยทัศน์หมู่บ้านร่วมกัน “เศรษฐกิจดี มีคุณภาพชีวิต จิตสาธารณะ รักษาธรรมชาติ” และมีพันธกิจร่วมกัน
- 4) การดำเนินงานตามแผนชุมชน
 - ระยะที่ 1 การสร้างทีมงาน ค้นหาแกนนำ และคัดเลือกตัวแทนไปศึกษาดูงานต่างจังหวัดครั้งที่ 1 ณ ชุมชนบ้านดอนหัน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่นที่มีจุดเด่น คือ การพึ่งตนเอง การจัดการ

สิ่งแวดล้อมและการใช้พลังงานทดแทน ครั้งที่ 2 ณ ชุมชนทุ่งบัวทอง อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่มีจุดเด่น คือ ระบบบริหารจัดการหมู่บ้าน ครั้งที่ 3 ณ ชุมชนทุ่งบ้านเส้าให้จังหวัดสระบุรี ที่มีจุดเด่น คือ การอนุรักษ์วัฒนธรรม และครั้งสุดท้าย ณ ชุมชนทุ่งบ้านท้อแห้ว อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ที่มีจุดเด่น คือการ บูรณาการชีวิตประจำวันกับสุขภาพ

- ระยะที่ 2 การสร้างกิจกรรม ร่วมคิดสิ่งดีๆ ในชุมชนและดำเนินการ ส่งเสริม ผลิต “ข้าวซ้อมมือ” ไร่บริโภคในชุมชน ปลูกผักกริมรั้ว ปลูกพืชสมุนไพร อนุรักษ์วัฒนธรรมพื้นบ้าน “มโนราห์” สอนเด็กนักเรียน

5) การติดตามประเมินผลกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

หลังจากดำเนินงานไประยะหนึ่ง ทีมเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะทยอยออกมาให้ชุมชนดำเนินกิจกรรมเอง และประเมินอีกหลังจาก 3 เดือนผ่านไป มีการพัฒนา เช่น มีศูนย์การเรียนรู้ ชุมชน ข้อมูลระดับครัวเรือน ข้อมูลชุมชน จัดทำแผนชุมชน และแผนที่ยุทธศาสตร์ เกิดกลุ่มต่างๆ ในชุมชน (กลุ่มข้าวซ้อมมือ กลุ่มผักปลอดสารพิษ กลุ่มปลาตุ๋น กลุ่มน้ำยาเอนกประสงค์ กลุ่มแม่เฒ่าปลอดภัย กลุ่มน้ำหมักชีวภาพ)

3.2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- การศึกษาที่แตกต่างกัน มีผลต่อการรับรู้
- ในระยะเริ่มแรกชุมชนยังไม่เข้าใจวัตถุประสงค์และเป้าหมายบางประเด็นของการดำเนินงาน
- ในการทำงานต้องไม่มีแนวคิดเชิงธุรกิจแทรก เพราะจะทำให้ชุมชนเสื่อมศรัทธาในแกนนำ
- มีมุมมองถึงการพัฒนาเป็นเรื่องน่าเบื่อ ต้องรอคอยและใช้เวลานาน

4. กิจกรรมที่โดดเด่นของการดำเนินงาน

- การศึกษาจากพื้นที่ที่มีความโดดเด่นในแต่ละด้าน แล้วเลือกมาปรับใช้ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- แผนที่ยุทธศาสตร์ ฉบับชาวบ้าน โดยบูรณาการยุทธศาสตร์ต่างๆ เข้าด้วยกัน
- กิจกรรมต่างๆ ที่ได้ร่วมคิดกับชุมชน ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมรับผลสำเร็จ

5. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในแต่ละบริบทสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองในเรื่องต่อไปนี้

5.1. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

ระดับบุคคล สมาชิกมีความเสียสละ ต้องการพัฒนา เน้นการสร้างบุคคลต้นแบบ ได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว สังคมดีเป็นผลพวงจากการทำบุญ

ระดับกลุ่ม มีการสอนงานซึ่งกันและกัน/ยอมรับการเรียนรู้อย่างเต็มที่ เข้าใจบทบาทของตนเอง มีการทำงานลักษณะทีมเวิร์ค (หมู่ที่ 1 ช่วยณรงค์คัดกรองหมู่ที่ 2) ประชาชนให้ความร่วมมือทุกระดับ

ระบบงาน ไม่ขึ้นกับระบบราชการ ใช้เงินกองทุนสุขภาพ ใช้มติดกลุ่มบริหารร่วมกันในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณ สื่อสารแบบสองทาง การสื่อสารความเสี่ยงเน้นหลักการเสริมพลังและสังคมมีส่วนร่วมเพื่อความยั่งยืนและต่อเนื่อง

5.2. บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน ท่านคิดว่าควรเริ่มต้นอย่างไรและมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- ต้องทำงานแบบจริงจัง เพื่อให้ประชาชนศรัทธาในการดำเนินงาน โดยการพูดความจริงและตั้งใจ มีผลให้การดำเนินงานเป็นไปได้ดีและราบรื่น
- แนวคิดและกิจกรรมต้องตั้งอยู่บนวิถีชีวิตดั้งเดิม เพราะจะไม่เกิดการต่อต้านและยอมรับการพัฒนา
- ทีมงานต้องเรียนรู้บริบท ข้อมูล ชุมชน ให้รอบด้าน
- ต้องติดตามการดำเนินการเป็นระยะ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลาและทีมจังหวัดตรัง บ้านควนโพธิ์ ตำบลย่านตาขาว อำเภอย่านตาขาว

โครงการชุมชนลดเสี่ยงลดโรค

1. พื้นที่ดำเนินการและการวิเคราะห์ปัญหา
 - 1.1. ดำเนินการ ชุมชน : บ้านควนโพธิ์
 - กลุ่มเป้าหมาย ทุกกลุ่มอายุ
2. เครือข่าย และการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย
 - 2.1. เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - เครือข่ายพันธมิตรสร้างสุขภาพ/กลุ่มผู้นำชุมชน/ชมรมสร้างสุขภาพออกกำลังกาย/ชมรม อสม./ชมรมผู้สูงอายุ
3. การดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน
 - 3.1. การดำเนินงาน
 - ประเมินและวิเคราะห์สภาพปัญหาทั่วไปของชุมชน พบว่าบริโภคไม่ถูกต้อง ออกกำลังกายไม่ได้ตามเกณฑ์ น้ำหนักเกิน/อ้วน/อ้วนลงพุง ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เก็บข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ โดยอสม. ภาวะเครียด ภาวะทางเศรษฐกิจ/สังคม และโรคประจำถิ่น
 - ทำเวทีประชาคม วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพในชุมชน พบว่าโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกิดจากการขาดความรู้/ความตระหนัก การออกกำลังกายไม่ได้ตามเกณฑ์ การบริโภคไม่ถูกต้อง รับประทานอาหารรสจัด หวาน/มัน/เค็ม ลักษณะการประกอบอาชีพ
 - จัดทำแผนและกิจกรรมโดยประชุมตัวแทนองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน
 - ปฏิบัติตามแผน/กิจกรรม
 - ส่งเสริมการผลิตและกินข้าวซ้อมมือ ชมรมผู้สูงอายุผลิตข้าวกล้องงอกผสมธัญพืช
 - ประชาชนทั่วไป/กลุ่มเสี่ยง คัดกรอง/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค/ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกกลุ่มวัย อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/คัดกรองภาวะสุขภาพ ใช้สมุนไพรในท้องถิ่นดูแลสุขภาพ เช่น ชาใบชะมวง
 - ติดตาม ประเมินผล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น/ติชม
 - กลุ่มป่วย เข้ารับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องไม่มีภาวะแทรกซ้อน สถานีอนามัยเปิดบริการคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ใช้สมุนไพรในท้องถิ่นบำบัดโรคควบคู่กับการใช้ยารักษา ส่งเสริมการออกกำลังกาย
 4. กิจกรรมที่โดดเด่นของการดำเนินงาน
 - กิจกรรม 3 อ.อาหาร (ผลิตภัณฑ์ข้าวกินเอง ผัก อาหารเพื่อสุขภาพ) ออกกำลังกาย และอารมณ์ (ส่งเสริมการแสดงออกของเยาวชน)
 - ประชาชนมีการดูแลตนเองโดยแพทย์ทางเลือก ได้แก่ สมุนไพรในชุมชนในการรักษาร่วมกับยาแผนปัจจุบัน
5. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในแต่ละบริบทสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองในเรื่องต่อไปนี้
 - 5.1. ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ
 - ความร่วมมือของเป้าหมายชุมชน อสม. แกนนำและ อบต.
 - กลุ่มอสม. มีความรู้ในการคัดกรองได้มาตรฐาน ช่วยให้ชาวบ้านไม่ต้องไปสถานีอนามัย

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

ตารางที่ 1 อัตราตาย ต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่) การบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก และโรคถุงลมอุดกั้น ในภาพรวมของประเทศ ปีพ.ศ. 2541-2551

	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
HT	3.3	4.9	5.5	6.3	5.1	5.4	4.0	3.9	3.8	3.6	3.9
IHD	3.6	7.9	10.1	12.4	14.4	19.1	17.7	18.7	19.4	20.8	21.2
Stroke	7.0	10.8	13.4	18.2	21.5	29.1	30.8	25.3	20.6	20.8	20.8
DM	7.9	11.4	12.2	13.2	11.8	10.6	12.3	11.85	12.0	12.2	12.2

ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541-2551 พบว่าอัตราตายด้วยโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ และโรคเบาหวาน)

รวบรวมโดย : กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : HT-โรคความดันโลหิตสูง IHD-โรคหัวใจขาดเลือด
Stroke-โรคหลอดเลือดสมอง DM-เบาหวาน

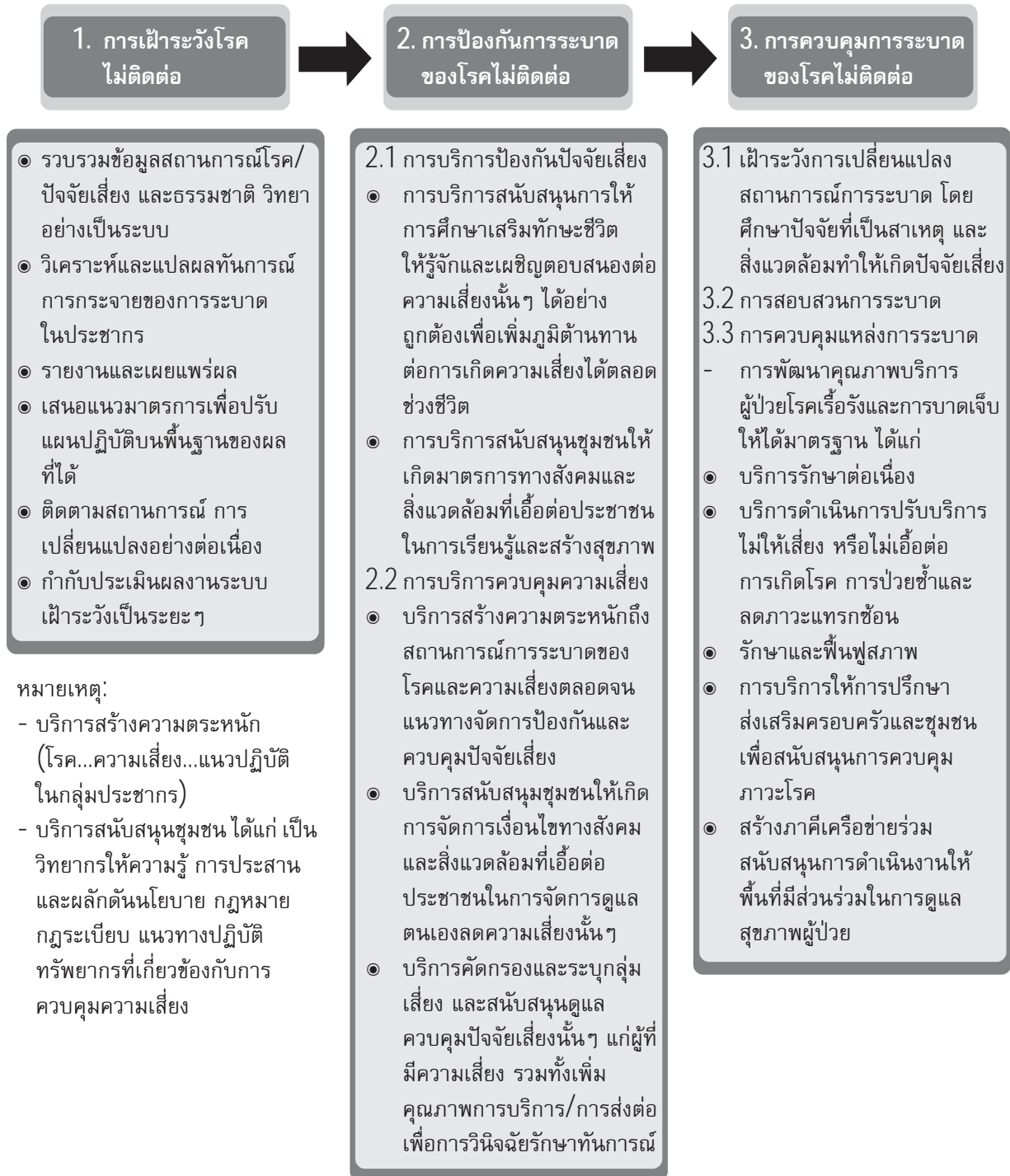
ตารางที่ 2 จำนวน และอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญ (โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2541-2551 ทั้งประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร

พ.ศ.	หลอดเลือดสมอง		ความดันโลหิตสูง		หัวใจขาดเลือด		โรคเบาหวาน	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2541	43,446	78.2	94,160	169.6	33,269	59.9	97,564	175.7
2542	51,485	92.7	120,280	216.6	45,488	81.9	121,547	218.9
2543	58,366	105.81	142,873	259.02	54,071	98.03	142,088	257.6
2544	62,757	115.33	156,442	287.50	60,470	111.13	151,115	277.7
2545	75,931	138.34	187,162	340.99	77,323	140.88	187,141	340.9
2546	84,807	151.5	218,218	389.83	92,733	165.65	213,136	380.8
2547	94,567	169.94	265,636	477.35	103,352	185.72	247,165	444.2
2548	98,895	174.88	307,671	544.08	112,352	198.68	277,391	490.5
2549	107,246	188.33	375,600	659.57	132,500	232.68	334,168	586.8
2550	117,571	205.45	445,300	778.12	149,510	261.26	374,518	650.4
2551	124,532	216.58	494,809	860.53	159,176	276.83	388,551	675.7

ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รวบรวมโดย : กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ภาคผนวก ข.

กระบวนการควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
การควบคุมโรคไม่ติดต่อ
ภาพรวม (Concept) Top down flow chart

การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ

PCU/สอ./หรือสถาบันบริการอื่น ๆ
ที่ปฏิบัติบริการในฐานะ PCU

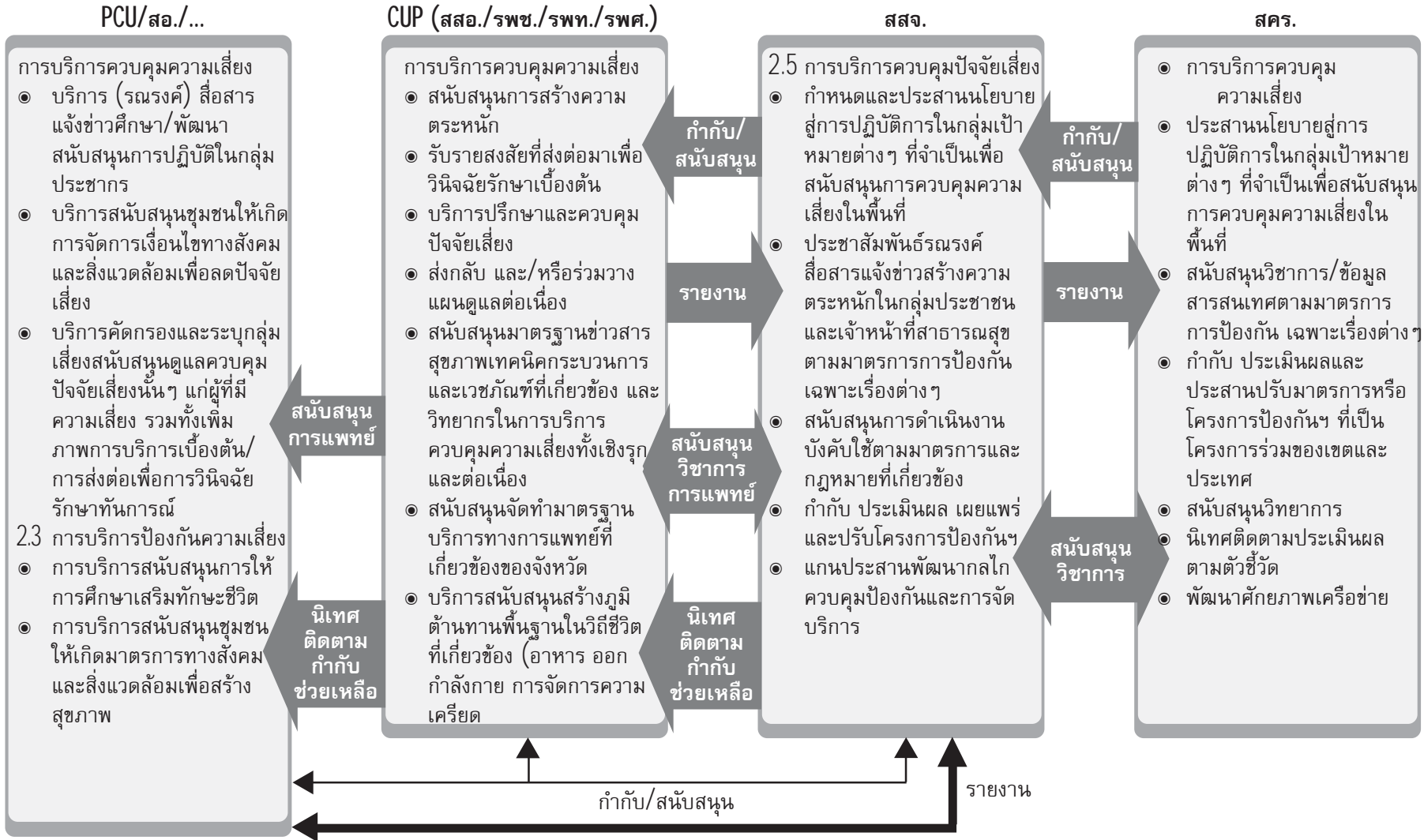
CUP (สสอ./รพช./รพท./รพศ.)

สสจ.

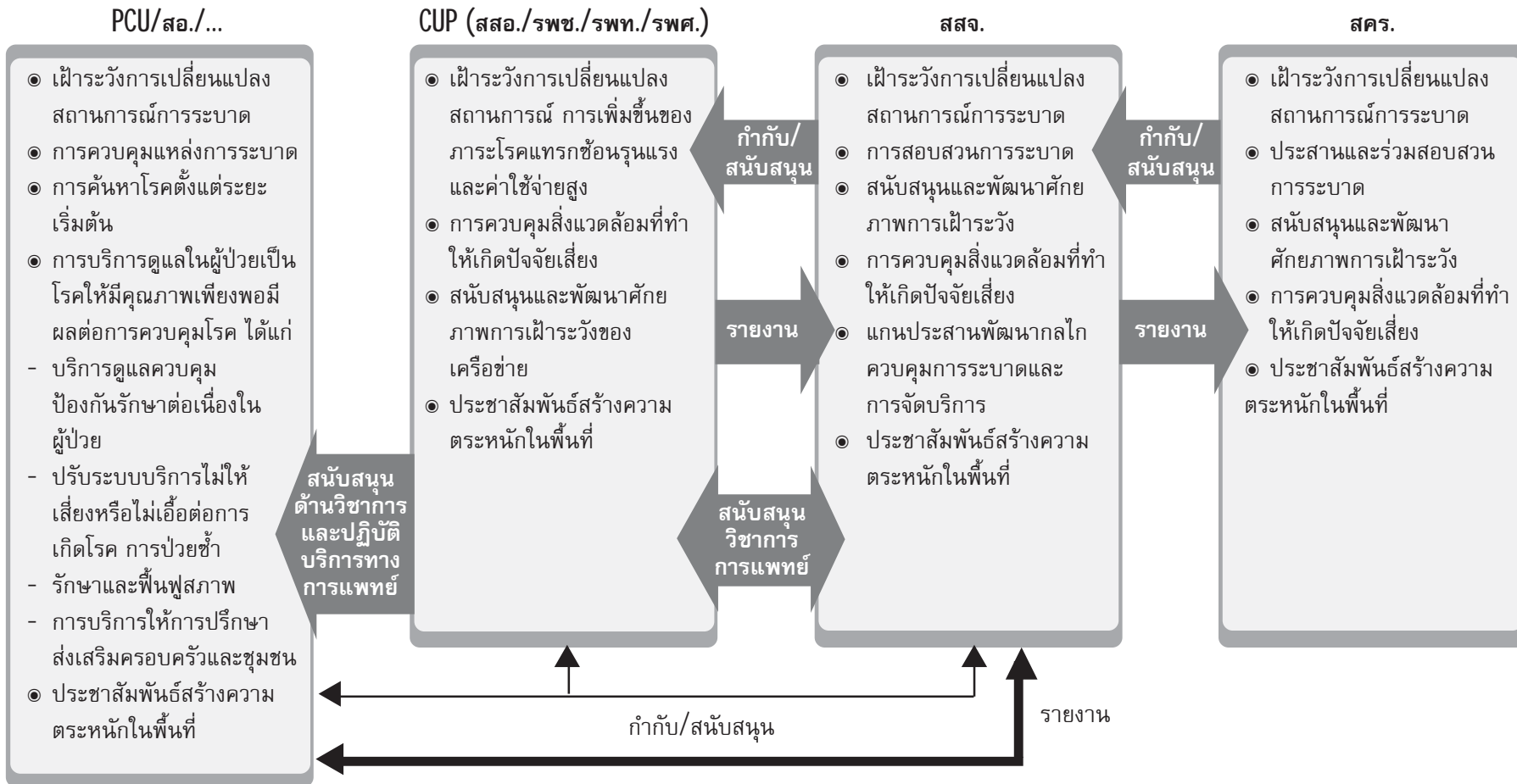
สคร.



การป้องกันการระบาดของโรคไม่ติดต่อ (หมายถึง ควบคุมการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรคโดยควบคุมปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนด)



การควบคุมการระบาดของโรคไม่ติดต่อ (หมายถึงการควบคุมภาระต่อเนื่องของการระบาด)



ภาคผนวก ค.

ตัวอย่างมาตรการและแนวทางปฏิบัติทางสังคม ชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหนึ่งๆ อาจมีปัจจัยสาเหตุหลายปัจจัย การป้องกันควบคุมโรคฯ จึงเน้นการบูรณาการ มาตรการ/แนวทางการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการดำเนินงานทุกกลุ่มเป้าหมายของประชากร

- มาตรการและแนวทางปฏิบัติทางสังคมของชุมชน/สัญญาชาวบ้าน/ข้อตกลง/สัญญาประชาคม
- แนวทางปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อม ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดเสี่ยงในชุมชนและปลอดภัย
- แนวทางปฏิบัติการจัดการตนเองของประชากร (ระดับชุมชน) ซึ่งต้องดำเนินการเริ่มที่ครอบครัว เพราะพ่อแม่ และผู้ปกครองเป็นแบบอย่างแก่ เด็ก วัยรุ่นจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไปได้แก่ การสร้างความตระหนักให้ ความรู้ เรื่องปัจจัยเสี่ยง/โรค และการป้องกัน ดูแล จัดการตนเองของชุมชน

ตัวอย่าง : ชุมชนลดเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. มาตรการและแนวทางปฏิบัติทางสังคมของชุมชน/สัญญาชาวบ้าน/ข้อตกลง/สัญญาประชาคมในชุมชน บุหรี่/เหล้า

- สร้างและใช้ข้อตกลงในการจำหน่ายบุหรี่/เหล้าของร้านค้าในชุมชน ตัวอย่างเช่น
 - ห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย
 - ห้ามจำหน่ายบุหรี่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
 - ห้ามจำหน่ายแอลกอฮอล์ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์
 - ห้ามขายเหล้า นอกเหนือเวลา 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น.
 - ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล
 - งานบวช งานศพ ปลอดภัย
 - งดถวายบุหรี่แก่พระสงฆ์

อาหาร

- ลดการบริโภคโซเดียม ผงชูรส เครื่องปรุงรสในจานเสิร์ฟ
- ร้านค้าเมนูสุขภาพ

ออกกำลังกาย

- ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย เช่น รำไม้พลอง เต้นแอโรบิก

2. แนวทางปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อม ตัวอย่าง เช่น

- จัดให้มีลานกีฬา สถานที่ออกกำลังกาย สวนสาธารณะ สร้างทางเดินเพื่อออกกำลังกาย วิ่ง ซี่จักรยาน เล่นฟุตบอล หรือกีฬาตามความชอบและสนใจ และปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยเพียงพอ
- จัดสิ่งแวดล้อมโรงเรียนและสถานที่สาธารณะที่ปราศจากควันพิษและบุหรี่ สารเสพติด
- ไม่ขายเครื่องดื่มน้ำอัดลม/น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบในโรงเรียน
- จัดให้มีน้ำดื่มที่สะอาด และพอเพียงต่อการบริโภคในโรงเรียน
- ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษในชุมชน
- อาหารกลางวันในโรงเรียนควรมีเมนูสุขภาพ

3. แนวทางปฏิบัติการจัดการตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชน ตัวอย่างเช่น

บุหรี/ เหล้า

- การรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักเพื่อการจัดการตนเอง เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี สุรา การป้องกันและรักษาสิทธิของตนในการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี
- เริ่มที่ครอบครัวเพราะพ่อ แม่และผู้ปกครองเป็นแบบอย่างแก่เด็ก วัยรุ่น จนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไป เรื่องการกินอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสม แต่ละวัย
- ใช้สื่อบุคคลในการสร้างการเรียนรู้ เรื่อง ปัจจัยเสี่ยง/โรค พิษภัยบุหรี/สุรา พุดคุยปรึกษาโดยผู้เกี่ยวข้อง เข้าร่วมในกิจกรรมตามภารกิจของตน เช่น พระ ผู้เฒ่าผู้แก่ เจ้าของร้านค้า นักเรียน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อสม. ครู กลุ่มแม่บ้าน

อาหาร

- ลดการบริโภคเกลือแกงและผงชูรสให้น้อยลง (เกลือน้อยกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน) เช่น ในอาหารหมักดอง อาหารสำเร็จรูป ซอส ซีอิ้ว น้ำจิ้ม
- เพิ่มกินผักหลากหลายสี 4-6 ส่วนต่อวัน ได้แก่ ผักสด 4-6 ทัพพีต่อวัน หรือผักสุก 9 ช้อนโต๊ะ/วัน และผลไม้รสไม่หวานจัดผลไม้ 2-4 ส่วน/วัน (ผลไม้ขนาดกลาง เช่น ส้ม กล้วย แอปเปิ้ล 1 ผลเท่ากับ 1 ส่วน)
- เพิ่มกินอาหารกากใย เช่น ประเภทถั่ว ข้าวซ้อมมือ ธัญพืช
- ส่งเสริมการกินผักปลอดสารพิษ (ผักครึ่งหนึ่งของอาหารในแต่ละมื้อ)
- ลดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ อด หวาน มัน เค็ม
- ลดปริมาณดื่มสุรา ต่อวัน ชายไม่เกิน 2 แก้วมาตรฐาน หญิงไม่เกิน 1 แก้วมาตรฐาน (1 แก้วมาตรฐาน เท่ากับเบียร์ 360 CC. เหล้า 30 CC. ไวน์ 120 CC.)
- งดการสูบบุหรี
- รณรงค์ตามสถานที่สาธารณะ เช่นสถานื่อนามัย วัด (กิจกรรมร่วมทำบุญในเทศกาลต่างๆ) โรงเรียน โดยขอความร่วมมือจากประชาชนในหมู่บ้านเป็นระยะๆ ในการปลูกจิตสำนึกให้ร่วมกันอนุรักษ์ป่าชุมชน ซึ่งเป็นแหล่งอาหาร สมุนไพร วัสดุยั้งชีพอื่นๆ

ออกกำลังกาย

- มีชมรมออกกำลังกาย เช่น รำไม้พลอง แอโรบิก วิ่ง
- มีการออกกำลังกาย 5 วัน/สัปดาห์ อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง
- โรงเรียนควรมีวิชาพลศึกษาอย่างน้อย 2 ชั่วโมง/สัปดาห์
- ลดกิจกรรมการดูโทรทัศน์/เล่นเกมคอมพิวเตอร์ ไม่เกิน 2 ชั่วโมง/วัน

.....

บรรณานุกรม

1. Developing guidelines for monitoring community-based intervention for integrated prevention of major noncommunicable disease. WHO workshop on 26-30 September 2005.
2. WHO 2005. Overview Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment.
3. WHO Collaborating Centre for Policy Development in The Prevention of Noncommunicable-Disease health Canada, 1999. Process Evaluation in Noncommunicable-Disease Prevention. WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark
4. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. 2539. คู่มือการดำเนินงานโครงการชุมชนปลอดภัย. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรุงเทพมหานคร.
5. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2552. รายงานประจำปี 2551. สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
6. กระทรวงสาธารณสุข. 2552. แนวทางการดำเนินงาน ตามโครงการสำคัญที่เร่งรัด ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552.
7. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2552. กระบวนการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 21 มกราคม 2552 ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี.
8. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. 2549. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2548: บริษัท พิมพ์สวย จำกัด.
9. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. 2549. แนวทางการดำเนินงานการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน: โรงพิมพ์ครุสภาลาดพร้าว.
10. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. 2547. แนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
11. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ ปี 2541-2551
12. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. 2545. วิถีชุมชน คู่มือการเรียนรู้ที่ทำงานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก. บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
13. ฉายศรี สุวงค์ศิลป์. แนวทางการกลยุทธ์ชุมชนพื้นฐาน (CBI) ก้าวไปพร้อมกัน เป้าหมายเดียวกัน. เอกสารประกอบการประชุม Best Practice ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (CBI). 4 มิถุนายน 2552 โรงแรมมารวยการ์เด็นท์ กรุงเทพมหานคร.
14. ชรินทร์ เจริญกุล. 2543. แนวคิดบางประการด้านวิทยาการระบาดเชิงสังคมในการศึกษาชุมชน. คู่มือวิชาการการฝึกปฏิบัติงานพัฒนามาตรฐานชุมชนแบบเบ็ดเสร็จ ประจำปีการศึกษา 2543 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ณ อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์.
15. ประพนธ์ ผาสุยยืด. ประโยชน์ที่ได้จากการใช้ OM (Outcome Mapping). สืบค้นเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2552, จาก <http://gotoknow.org/blog/beyondkm/198889>
16. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. 2546: บริษัท นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น จำกัด
17. ภูษิตา อินทรประสงค์. 2552. แนวทางการประเมินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดพื้นที่เป้าหมายเป็นฐานสำหรับพื้นที่ : เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมเชิงปฏิบัติการและพิจารณาร่างเครื่องมือและคู่มือประเมินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดพื้นที่เป้าหมายเป็นฐาน 9-10 กรกฎาคม 2552 โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี
18. มณฑา เก่งพานิช. การถอดบทเรียน. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดพื้นที่เป็นฐาน. 27 มีนาคม 2552 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร.
19. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2548. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาสถานการณ์และการจัดการการสื่อสารแจ้งข่าวเตือนภัยเพื่อลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในกลุ่มเยาวชน
20. สำนักงานพัฒนานโยบายและสุขภาพระหว่างประเทศ. 2550. รายงานผลการศึกษาระบาดและภาวะจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2547.
21. อติสร วงศ์คงเดช. การจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2552, จาก http://cddweb.cdd.go.th/cdregion04/cdworker/pa_1.pdf
22. อรพินท์ สพอชชัย. 2550. การมีส่วนร่วมของประชาชน Public Participation และการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม Participatory Governance: เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเทคนิควิธีการเพิ่มคุณภาพการป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน 9-10 เมษายน 2550 ณ โรงแรมมารวย กรุงเทพมหานคร.
23. อัจฉรา สโรบล. "ความหมายของชุมชน." ชุมชนกับการพัฒนา, สืบค้นเมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2552, จาก <http://www.human.cmu.ac.th/~hc/ebook/006103/pdf/0016103-10.pdf>



“ชุมชนลดเสียง
ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข