



กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10
จังหวัดอุบลราชธานี

รายงานวิจัย

กระบวนการพัฒนาโครงการการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ
ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 อุบลราชธานี

The Development of Projects process to prevention and control
risk factor of Non Communicable Disease (NCD) in the area
of the National Health Security Office region 10th Ubon Ratchathani

รายงานวิจัย

กระบวนการพัฒนาโครงการการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ
ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 อุบลราชธานี
The Development of Projects process to prevention and control
risk factor of Non Communicable Disease (NCD) in the area
of the National Health Security Office region 10th Ubon Ratchathani

ผู้วิจัย

- | | |
|--------------------------------|----------|
| 1. นางสาวพลอยไพลิน เทพาทิปกรณ์ | ผู้วิจัย |
| 2. นางสาวอรทัย ศรีทองธรรม | ผู้วิจัย |
| 3. นางสาวอุบลศรี ทาบุตรดา | ผู้วิจัย |

ที่ปรึกษา

นายแพทย์दनัย เจียรกุล

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษานายแพทย์ ดนัย เจียรกุล และผู้เชี่ยวชาญงานโรคไม่ติดต่อ ดร.นพ.ทักษพล ธรรมรังสี ที่ให้คำแนะนำในการปรับแก้โครงการ รวมถึงการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาอุปสรรคระหว่างดำเนินโครงการวิจัย จนโครงการบรรลุความสำเร็จ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี และหัวหน้ากลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย ที่เปิดโอกาสให้นักวิจัย และทีมวิจัยได้ดำเนินการศึกษาตามแผนดำเนินการวิจัย

ขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อโครงการวิจัย ขอขอบคุณ ทีมวิจัยทุกท่าน และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัยทุกท่านที่ คอยให้ความร่วมมือในการจัดทำเอกสารและอำนวยความสะดวกต่างๆจนทำให้โครงการแล้วเสร็จตามวัตถุประสงค์ เป็นรูปเล่มสมบูรณ์

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อถือเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรอันดับหนึ่งทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาค และในประเทศไทย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ เป็นหน้าที่ของทุกคน การมีนโยบายท้องถิ่นภายใต้งบประมาณกองทุนสุขภาพท้องถิ่นเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดี งานวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาระบบการพัฒนาโครงการท้องถิ่นด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ 3 อ. 2 ส. ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และศึกษาการยอมรับแนวทางการพัฒนานโยบายท้องถิ่นในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตามบทบาทของกรมควบคุมโรค โดยทำการศึกษากับ อปท. ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มประเด็นและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา กระบวนการพัฒนาโครงการท้องถิ่นด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ มีจุดเริ่มจากปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานความดันรายใหม่ประกอบกับมีตัวอย่างคนในครอบครัวเสียชีวิตเนื่องจากไม่มีเงินพอกไต เพื่อนบ้านเสียชีวิตโดยไม่เคยป่วยมาก่อน คือสาเหตุที่ทำให้ท้องถิ่นเริ่มสนใจต่อโรคภัยเจ็บ การคัดเลือกปัญหาจากผลการคัดกรองภาวะสุขภาพที่ใช้สื่อสารกับชาวบ้านและผู้นำท้องถิ่นผ่านช่องทาง การประชาสัมพันธ์ให้ยอมรับปัญหาและหาทางแก้ปัญหาร่วมกัน การมีกองทุนสุขภาพท้องถิ่นใน อปท. เป็นโอกาสของการดำเนินงานด้านปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ การตัดสินใจเลือกให้การสนับสนุนงบประมาณ ใช้หลักการเรื่องการเกิดประโยชน์และคุ้มค่าต่อสุขภาพประชาชน โดยใช้รูปแบบการอบรมหนึ่งวันแบ่งเป็นฐานความรู้ 3อ. 2ส. ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิต กลุ่มผู้นำอสม. และกลุ่มผู้ป่วย ปัญหาการดำเนินงานใน รพ.สต. คือเรื่องอัตรากำลัง และยังไม่มีการประเมินผลสำเร็จในโครงการที่บูรณาการ

การป้องกันควบคุมเหล่า-บุหรี่ ตามมาตรการทางกฎหมาย เป็นบทบาทที่ท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน เหล่าเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตชุมชน เป็นสัญลักษณ์ของความรื่นเริง การฉลองความสำเร็จในการทำงาน เป็นตัวแสดงเศรษฐกิจของเจ้าภาพในการจัดงานเลี้ยง และตัวบ่งชี้ความร่วมมือในการทำงานส่วนรวมของชุมชนท้องถิ่น การใช้มาตรการทางกฎหมายจึงขัดแย้งกับวิถีชุมชน และจะผลกระทบต่อทุนทางสังคมของชุมชน ตั้งแต่เรื่องระบบความสัมพันธ์ของคนในชุมชนถูกทำลาย ชาวบ้านขาดความไว้วางซึ่งกันและกัน กระทบต่อความสามัคคีและร่วมมือกันในการทำงานภาพรวมของชุมชนท้องถิ่น แนวทางที่ทำได้คือการใช้มาตรการทางสังคมด้วยการสร้างโอกาส ให้ชาวบ้าน ลด ละ เลิก เหล่า-บุหรี่ ในงานเทศกาล งานบุญประเพณี และงานศพในชุมชน พร้อมกับการหาและการสร้างตัวแบบการเลิกเหล่า-บุหรี่ โดยคนในชุมชน เป็นการสร้างความเคยชินและปรับวิถีชุมชนอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นแนวทางที่เป็นไปได้และมีตัวอย่างความสำเร็จในหลายพื้นที่

ศัพท์สำคัญ: โครงการ/ โรคไม่ติดต่อ / ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

The premature cause of death of the non-communicable disease (NCD) has been the number one both in the level of global, regional and in Thailand. Behavioral change to prevention and control NCD is the individually role. The local policy of NCD for good health of people is supported by the national health security local fund. This research was aims to study the local policy/projects formulation process to prevention and control NCD risk factors in term of 5 dimensions: three of control unhealthy diet, activity, and emotion, and two of avoiding tobacco and alcohol consumption, and to study the adoption of the DDC's role (Department of Disease Control) to control NCD risk factor in term of the local policy. The participants were 4 local administrative organizations (LAOs) in the area responsibility of the National security health organization region 10 Ubon Ratchathani. Data collecting were group interview and in-depth interview by interview guide. Content analysis was use for analysis.

Finding: the local development of projects process on prevention and control of NCD risk were began with the problem of the rise of DM and HT new case, the example of the renal fail patient who was death causes from no payment for dialysis, and the neighborhood death with unknown causes. These situations were concerned to people in the community on NCD in term of “the quiet danger disease”. The result of health screening, risk symptoms to DM and HT, was present toward community's meeting in order to accept and discussion to problem solves together. The LAO's health fund is the opportunity to support the local policy on prevention and control NCD risk factors. The decision making to support the on policy was the useful and worthwhile to the people health. The activity were health screening then selected risk people to participant with the training course for 1 day to learn how to control unhealthy diet, activity, and emotion, and how to avoid tobacco and alcohol consumption. The participants were NCD risk group, the core group of the community health volunteer, and the patient. The problems during carry on the plan were the community health care unit no sufficient of man power and the no evaluation of the plan.

The law enforcement on alcohol and tobacco was the major problem in the community, causing from no related to the community way of life because alcohol is the community part way, the symbol of the happiness, to present the economic status of the ceremony party owner, and the tools for support the community cooperation. The Law enforcement was contradiction to the community's way and it's effect to the community capital in term of destroy community relationship and trust and to the community cooperation on communal work and tradition ceremony. The recommendation on possible way is the social enforcement. The social enforcement can build up by the community in order to rise opportunity on reduce, abandonment, and stop the consumption of alcohol and tobacco. The gradually changing and learning with the social enforcement was the appropriate way to the community, for instance the successful of reducing and stop alcohol consumption in several LAOs.

Keyword: Projects, Non communicable disease, Risk factor

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	3
1.3 ประโยชน์ที่ได้รับ	4
1.4 นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
2.1 นโยบายสาธารณะและการพัฒนานโยบาย/โครงการ	5
2.2 นโยบาย/โครงการการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย	19
2.3 องค์การบริหารส่วนตำบลบทบาทตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรค	34
2.4 กองทุนสุขภาพตำบลกับการสนับสนุนบทบาทท้องถิ่นในงานด้านสุขภาพงาน	35
2.5 บริหารจัดการค่าใช้จ่ายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับบทบาทท้องถิ่น	37
2.6 การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 พื้นที่ศึกษา	42
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือ	43
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อปท.	45
ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนานโยบาย/โครงการด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคติดต่อด้วย 3อ. 2ส.	46
ส่วนที่ 3 การยอมรับบทบาทกรมควบคุมโรคในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ	77
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย	
5.1 สรุปผลการวิจัย	88
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	93
5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	95
บรรณานุกรม	97
ภาคผนวก แบบสัมภาษณ์	

บทที่ 1 บทนำ

1.1ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ โรคไม่ติดต่อถือเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควร (< 70ปี) อันดับหนึ่ง ทั้งในระดับ Global 63%, Regional (SEA) 61.5% และในประเทศไทย 73% คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 36 ล้านคนใน พ.ศ.2551 เป็น 44 ล้านคนในปี พ.ศ.2563 และยังเป็นภาระด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ การเคลื่อนไหวทั้งในระดับโลก กำหนดเป้าหมาย (9ข้อ ปี 2568) เพื่อการป้องกันควบคุมโรคNCD, SEA รองรับ9ข้อโดยเพิ่มเติมในหนึ่งข้อคือเรื่องการควบคุมมลพิษทางอากาศในครัวเรือน (indoor air pollution)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งจากงานวิจัย บทความและรายงานการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ พบว่า ในการดำเนินนโยบายแบ่งเป็นสองส่วนคือ นโยบายด้านการป้องกันและควบคุมในกลุ่มประชาชนปกติและกลุ่มเสี่ยง และในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ คือโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนตามมาได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดสมอง และโรคไต พบว่า งานวิจัยที่ทำการศึกษาด้านในกลุ่มผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพ โดยมีการผสมผสานแนวคิดมาใช้ในระบบบริการเพื่อควบคุมและป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อควบคุมการพฤติกรรมผู้ป่วย Mary CHroskioskiet al. 2006, Bloomfield et al. 2014, and Jose et al. 2013) หรือมีการจัดการเชิงระบบด้วยการสร้างโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้บริการแบบครบวงจร ในทั้งในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิเช่นในประเทศแอลจีเรีย (Lamri et al. 2014) หรือการจัดการเชิงระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศ ในการดูแลและให้บริการผู้ป่วยโรค NCD และมีการประเมินผลระบบการให้บริการ ภายใต้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นในประเทศอิตาลี (Grimaccia and Kanavos. 2014) รวมทั้งการประเมินระบบบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ ในประเทศแอฟริกา (Paskal Kengne et al.2013) และความพยายามแนะนำให้นำโรคไม่ติดต่อ เป็นหนึ่งในโรคที่ต้องดูแล ในกรอบแนวคิด One Health เพื่อนำไปสู่การบรรลุการพัฒนาสุขภาพใหม่ (Millennium Development Goals: MDGs)ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (LMIC) (Stenberg and Chisholm. 2012) จากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในบทความงานวิจัยส่วนใหญ่จะหมายถึง การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ผลการประเมินการดำเนินงานวัดจาก การลดลงของกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต

สูง ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และวัดผลจากการมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง งานที่มองเชิงระบบโรคในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในกลุ่มประเทศอาเซียน โดย Dan et al. (2011) เสนอว่าหน่วยงานท้องถิ่นในระดับจังหวัดหรือเมืองเป็นหน่วยงานที่เหมาะสมต่อการสร้างความร่วมมือกับหลายภาคส่วนในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการให้บริการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ โดยมีระบบการส่งต่อในการสนับสนุนระบบบริการ สำหรับประเทศไทยให้ความสำคัญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยมีการกล่าวความสำคัญและการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ ในระดับประเทศที่สำคัญๆหลายแห่งด้วยกันตั้งแต่ การกล่าวถึงในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ และ๑๑ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๖-๒๕๖๐ และกลไกของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และในส่วนของการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมคือการทำเป็นนโยบาย และ Implement ในระดับประเทศและพื้นที่เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ันโยบายการปรับเปลี่ยนสุขภาพ “3อ.2ส.(ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ หลีกเสี่ยงสารเสพติดเหล้าและบุหรี่)” “การเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกาย (Diet Physical Activity Clinic: DPAC)” “การสร้างนวัตกรรมการจัดการโรคไม่ติดต่อโดยชุมชน (CBI: community base intervention)” และมีหน่วยงานระดับประเทศโดยกรมควบคุมโรคในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อประกอบด้วยสามหน่วยงานหลักที่สำคัญคือ สำนักโรคไม่ติดต่อ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ การกำกับตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการจัดทำระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อระดับประเทศ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2556, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2555, และกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. 2554) นอกเหนือจากหน่วยงานอื่นๆนอกกรมควบคุมโรคทั้งภาครัฐและเอกชน

แม้ว่าการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของประเทศไทย จะมีหลากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน แต่จากการสรุปผลการดำเนินงานพบว่ายังมี **ส่วนขาด** ยังขาดระบบการติดตามประเมินผล และความเข้มแข็งของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การดำเนินงานฯ มักจำกัดอยู่เพียงแต่ในภาคสุขภาพและภาครัฐเท่านั้น และ**ช่องว่าง** ของการดำเนินงานเห็นว่าควรจะมีกลไกและกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆในการจัดการโรคไม่ติดต่อทั้งในระดับประเทศ และโดยเฉพาะระดับท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่มีความเหมาะสมในการดำเนินการป้องกันควบคุม ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อด้วยนวัตกรรมและความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วน (สมัชชาสุขภาพ๖/ร่างมติ๖,2558) **สอดคล้องกับงานวิจัย** โดย Dan และคณะ (2011) ที่เสนอว่าหน่วยงานระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น มีความเหมาะสมต่อการสร้างความร่วมมือกับหลายภาคส่วนในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการให้บริการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ โดยมีระบบการส่งต่อในการสนับสนุนระบบบริการ และจากการวิเคราะห์ระบบ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ จาก สปสช. (ทักษพล ธรรมรังสี. 2556) ที่กล่าวถึงปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยว่า “จุดชี้ขาดของความสำเร็จในงาน NCD คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยชุมชน/ท้องถิ่น การทำ Primary prevention ในท้องถิ่น โดยบทบาทนักวิชาการ ต้องหาองค์ความรู้อะไรบ้างอย่างที่ต้องได้ ในมุมท้องถิ่นที่เขาคาดและต้องการ (Needs) ไม่ใช่เรื่องของวิชาการสาธารณสุข”

หากจะพัฒนานโยบาย/โครงการ การป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยง NCD ควรพัฒนาตามความต้องการของท้องถิ่นโดยท้องถิ่น ซึ่งในระดับท้องถิ่นนั้นมีงบประมาณ เพื่อการทำงานด้านสุขภาพในรูปของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับงบประมาณส่วนหนึ่งจาก อปท.เองในรูปแบบของงบประมาณ **กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล/ท้องถิ่น** ซึ่งได้มีการใช้งบประมาณกองทุนด้านสุขภาพที่เปรียบเทียบกับกลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 8 กลุ่ม ดังสรุปผลในปีงบประมาณ 2558 ที่แสดงถึงในการใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลโดยในกลุ่มที่ 1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 3.52 กลุ่มที่ 2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน คิดเป็นร้อยละ 8.09 กลุ่มที่ 3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน คิดเป็นร้อยละ 12.7 กลุ่มที่ 4 กลุ่มวัยทำงาน คิดเป็นร้อยละ 9.61 กลุ่มที่ 5.1 กลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 11.5 กลุ่มที่ 5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 5.08 กลุ่มที่ 6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ คิดเป็นร้อยละ 3.34 กลุ่มที่ 7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ภาวะเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 33.12 และกลุ่มอื่นๆสำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ คิดเป็นร้อยละ 10.53 (<http://obt.nhso.go.th>) โดยหมวดที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อคือหมวดที่ 7 ซึ่งอปท.แต่ละแห่งก็จะมีสัดส่วนของการใช้งบประมาณแต่ละหมวดแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามยังไม่มีรายงานถึงการวิเคราะห์รายละเอียดของแผนงาน/นโยบาย ด้านสุขภาพที่สนับสนุนโดยกองทุนสุขภาพตำบล **ดังนั้น** หากต้องการจะผลักดันให้ ท้องถิ่นในระดับ อปท. เห็นความสำคัญและจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในรูปแบบของการพัฒนาเป็นนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง (3อ.2ส.)โรคไม่ติดต่อ โดยท้องถิ่นนั้นควรมีกระบวนการในการพัฒนาเป็นนโยบายการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

1.2 .วัตถุประสงค์

(1) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาโครงการการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ขององค์การบริหารส่วนตำบล ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนสุขภาพระดับตำบล ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 จังหวัดอุบลราชธานี

(2) เพื่อศึกษาแนวทางที่อปท.ยอมรับแนวทางการจัดทำแผนงาน/โครงการ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตามบทบาทของกรมควบคุมโรค ในพื้นที่

1.3 ประโยชน์ที่ได้รับ ทราบกระบวนการพัฒนาโครงการการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระบวนการยอมรับและกระบวนการนโยบายในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามบทบาทหน้าที่ของกรมควบคุมโรค

1.4 นิยามศัพท์ที่สำคัญ

กระบวนการพัฒนาโครงการ หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับ (1) การเกิดนโยบายว่าเกิดจากความต้องการแก้ปัญหาของสังคม หรือเกี่ยวข้องกับบทบาทของรัฐบาลในการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาสังคม หรือเป็นกิจกรรมหรือแนวทางการดำเนินงาน ด้านบริการสาธารณะแก่ประชาชน (2) การกำหนดนโยบาย ว่าใครมีบทบาทต่อการกำหนดนโยบาย และมีกระบวนการในการวิเคราะห์ปัญหา และกระบวนการคัดเลือกปัญหาเพื่อนำไปกำหนดนโยบายอย่างไร และ (3) กระบวนการตัดสินใจเลือกกิจกรรม/ทางเลือกของนโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ อย่างไร ใครมีส่วนร่วมบ้าง และมีปัจจัยที่สำคัญอะไรบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจ มีข้อจำกัดต่อการปฏิบัตินโยบายรวมทั้งอุปสรรคต่อการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่อย่างไร

กระบวนการยอมรับแนวทางการจัดทำแผนงาน/โครงการ หมายถึง กระบวนการในการคัดเลือกปัญหา และแนวทางในการจัดการปัญหา ว่ามีขั้นตอนอย่างไร ใครมีส่วนร่วมบ้าง อะไรที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ปัญหา ที่นำมาใช้เป็นนโยบาย/แผนงานในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ และมีแนวทางการจัดการข้อจำกัดและอุปสรรคอย่างไร ในการนำไปเป็นข้อเสนอแนะต่อทางเลือกในการนำนโยบาย นโยบาย/แผนงานในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ ไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับพื้นที่

ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ หมายถึง ปัจจัย 3อ.2ส. ได้แก่ ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลด ละ อาหารประเภทหวาน มัน เค็ม มีพัฒนาการอารมณืที่เหมาะสม การงดและควบคุมการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แผนการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ หมายถึงนโยบาย/แผนงาน เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ที่เกี่ยวข้องกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารและการออกกำลังกาย ประชาชน การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ การใช้มาตรการทางสังคมและหรือการบังคับใช้กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ และยาสูบในชุมชน และการจัดให้มีสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ตามกฎหมายในชุมชน รวมถึงการคัดกรองDM/ HT การสนับสนุนชมรมผู้ป่วย DM/HT

บทบาทของกรมควบคุมโรคในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ หมายถึง บทบาทในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สร้างและพัฒนามาตรการทางสังคม กฎหมาย และสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงเรื่องบุหรี่ แอลกอฮอล์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มประชาชนทุกมิติทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณื รวมถึงการคัดกรองและการประเมินความเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิต ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยง การผลิตสื่อต้นแบบ/การสื่อสารรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 นโยบายสาธารณะและการพัฒนานโยบาย/โครงการ
- 2.2 นโยบาย/โครงการการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย
- 2.3 องค์การบริหารส่วนตำบลบทบาทตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรค
- 2.4 กองทุนสุขภาพตำบลกับการสนับสนุนบทบาทท้องถิ่นในงานด้านสุขภาพงาน
- 2.5 บริหารจัดการค่าใช้จ่ายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention: P&P) กับบทบาทท้องถิ่น
- 2.6 การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 นโยบายสาธารณะและการพัฒนานโยบาย/โครงการ

2.1.1 นโยบายสาธารณะ ความหมายของนโยบาย

หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติ หรือการตัดสินใจเพื่อดำเนินการใดๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทวิป ศิริรัศมี. 2545; 1)

ความหมายของนโยบายสาธารณะ (อ้างถึงใน ฉันทวัฒน์ รัตนศักดิ์. 2546; 2-3)

คอลลด์เวลล์ (Caldwell, 1970; 2) นโยบายสาธารณะคือ บรรดาการตัดสินใจอย่างสัมฤทธิ์ผลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการต่างๆ ที่สังคมจะดำเนินการ ยินยอม หรือห้ามการกระทำนั้นๆ

ดาย (Dye, 1972) นโยบายสาธารณะคือ สิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกจะกระทำ หรือเลือกที่จะไม่กระทำ

ลาสเวลล์ และแคปแลน (Lasswell and Kaplan, 1970; 71) นโยบายสาธารณะหมายถึง แผนหรือโครงการที่กำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมาย ปลายทาง คุณค่า และการปฏิบัติต่างๆ

เบเกอร์ (Baker, 1972; 15) นโยบายสาธารณะ หมายถึง การตัดสินใจว่าจะทำอะไร

ชาร์คานสกี (Sharkansky, 1970;1) นโยบายสาธารณะ หมายถึงกิจกรรมต่างๆที่รัฐบาลกระทำที่ครอบคลุมถึงเรื่องต่างๆ ได้แก่ การจัดบริการสาธารณะแก่ประชาชน เช่น การศึกษา การคมนาคมขนส่ง การออกกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมายต่างๆ การจัดงานฉลองเนื่องในวาระสำคัญที่เป็นสัญลักษณ์ของประเทศ และการควบคุมกระบวนการกำหนดนโยบายหรือการกระทำทางการเมืองอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงวิธีการร่างกฎหมาย การแก้ไขรัฐธรรมนูญ การสถาปนาความสัมพันธ์ทางการทูตกับประเทศใดประเทศหนึ่ง

อีสตัน (Easton, 1953; 19-20) นโยบายสาธารณะ คือการจัดสรรสิ่งที่คุณค่าอย่างถูกต้องตามกฎหมายให้กับสังคมส่วนรวม ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ ทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ

แอนเดอร์สัน (Anderson, 1970; 1) นโยบายสาธารณะ คือแนวทางการดำเนินงานของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น ความยากจน การผูกขาดตัดตอนทางอุตสาหกรรม หรือราคาสินค้าทางการเกษตร

ความหมายของนโยบายสาธารณะ (อ้างถึงใน ถวัลย์ วรเทพพิพัฒน์. 2546, 6)

กรีนวูด (Greenwood. 1988; 22) นโยบายสาธารณะ เป็นการตัดสินใจขั้นต้น ที่กำหนดแนวทางกว้างๆโดยทั่วไปเพื่อนำไปเป็นแนวทางให้การปฏิบัติงานต่างๆเป็นไปอย่างถูกต้องและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

Robert Eyeston (1971; 18) นโยบายสาธารณะ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐบาลกับสิ่งแวดล้อม

Stuart S. Nagel (1984; 3) นโยบายสาธารณะ หมายถึง การตัดสินใจของรัฐบาลเพื่อจัดการกับปัญหาต่างๆ ของสังคม เช่น ปัญหานโยบายต่างประเทศ ปัญหาการป้องกันสิ่งแวดล้อม ปัญหาอาชญากรรม และปัญหาคนว่างงาน เป็นต้น

ความหมายของนโยบายสาธารณะ (อ้างถึงใน สมบัติ อารังค์ธัญวงศ์. 2540; 8-21)

James E. Anderson (1994; 5-6) นโยบายสาธารณะ คือชุดของข้อเสนอของการกระทำซึ่งมีองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ ผู้กระทำหรือชุดของผู้กระทำที่จะต้องรับผิดชอบในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายชัดเจนว่า สิ่งใดที่ต้องกระทำให้สำเร็จ มิใช่สิ่งที่รัฐบาลเพียงแต่ตั้งใจจะกระทำหรือเสนอให้กระทำเท่านั้น เป็นการจำแนกให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างนโยบายกับการตัดสินใจของรัฐบาล ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญระหว่างการเลือกทางเลือกที่ต้องเปรียบเทียบกัน (Completing alternatives)

Kenneth Prewitt และ Sidney Verba (1983; 652-653) นโยบายสาธารณะ คือพันธะสัญญาระยะยาวในการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นแบบแผนของรัฐบาล โดยมุ่งถึงสิ่งที่รัฐบาลกระทำจริงมากกว่าสิ่งที่รัฐบาลพูด และเพื่อทำความเข้าใจต่อนโยบายสาธารณะของรัฐบาลอย่างชัดเจน ประชาชนจะต้องติดตามการบัญญัติกฎหมายของฝ่ายนิติบัญญัติอย่างใกล้ชิด รวมทั้งกฎกระทรวงและระเบียบปฏิบัติต่างๆ ที่ฝ่ายบริหารนำมาใช้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ปรากฏเป็นจริง ในกรณีเฉพาะของกฎหมายแต่ละกรณี ตั้งแต่ขั้นตอนการบัญญัติกฎหมาย ขั้นตอนการบริหาร และขั้นตอนการปฏิบัติ

Cark J. Friedrich (1963; 70) นโยบายสาธารณะ คือชุดของข้อเสนอเกี่ยวกับการกระทำของบุคคลกลุ่มบุคคลหรือรัฐบาล ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ประกอบไปด้วยปัญหา อุปสรรค (obstacles) และโอกาส (opportunity) ซึ่งนโยบายถูกนำเสนอเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาของประชาชน โดยมุ่งที่จะกระทำให้บรรลุเป้าหมาย หรือกระทำให้วัตถุประสงค์ปรากฏเป็นจริง นอกจากนั้นนโยบายสาธารณะจะต้องประกอบไปด้วยแนวความคิดที่สำคัญเกี่ยวกับเป้าประสงค์ (goal) วัตถุประสงค์ (objective) หรือจุดมุ่งหมาย (purpose) ของสิ่งที่รัฐบาลกระทำ

Heinz Eulau และ Kennett Prewitt (1973; 465) นโยบายสาธารณะ หมายถึง การตัดสินใจที่มีจุดยืนของรัฐบาล (standing decision) ซึ่งจะต้องมีการกระทำที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง

นโยบายสาธารณะคือ การตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีพันธะผูกพันในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (consistency and repetitiveness)

Hugh Hecló (1972; 85) นโยบายสาธารณะ หมายถึง ชุดของการกระทำของรัฐบาลหรือสิ่งที่รัฐบาลไม่กระทำมากกว่าการตัดสินใจ หรือกระทำที่เฉพาะเจาะจงของรัฐบาล หรืออีกในทางหนึ่งอาจหมายถึงสิ่งที่รัฐบาลตกลงใจที่จะกระทำจริงๆ โดยประกอบด้วยชุดของการกระทำที่เป็นระบบ ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนา

Mark Considine (1994; 3-6) นโยบายสาธารณะ มีความหมายในลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือหลายๆลักษณะดังนี้

ประการแรก การกำหนดความชัดเจนของค่านิยมและความตั้งใจของสังคม (values and intentions)

ประการที่สอง พันธะผูกพันในการจัดสรรงบประมาณและบริการแก่ประชาชน

ประการที่สาม ให้สิทธิและเอกสิทธิ์แก่ประชาชน (rights and entitlements)

Fred M. Frohock (1979; 11) นโยบายสาธารณะ หมายถึง แบบแผนของการกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้งหรือการให้สิ่งตอบแทนสำหรับความร่วมมือของประชาชน โดยมีลักษณะที่สำคัญคือเป็นการกระทำของสังคม (social practice) มิใช่กรณีเฉพาะ ที่เกี่ยวข้องกับคนคนเดียวหรือเหตุการณ์เฉพาะบุคคล และ สิ่งที่เป็นโอกาสซึ่งเกิดขึ้นจากความต้องการของประชาชน อาจเป็นความต้องการในการขจัดความขัดแย้งหรือการกำหนดผลตอบแทนสำหรับการกระทำร่วมกัน

โดยสรุป ความหมายของนโยบาย แบ่งได้เป็น ความหมายทั่วไป และความหมายที่ระบุถึงบทบาทของรัฐบาล กล่าวคือ

ความหมายทั่วไปหมายถึง ความหมายที่เกี่ยวกับการตัดสินใจ และแบบแผนการกระทำ ของสังคม ในรูปของแผน โครงการ และชุดของข้อเสนอ ดังนี้

ความหมายที่เกี่ยวกับการตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจว่าจะทำอะไร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือเป็นการตัดสินใจขั้นต้น ที่กำหนดแนวทางกว้างๆโดยทั่วไป เพื่อนำไปเป็นแนวทางให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างถูกต้องและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งเป็นการตัดสินใจอย่างสัมฤทธิ์ผลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการที่สังคมจะดำเนินการ ยินยอม หรือห้ามการกระทำนั้นๆ

ความหมายที่เกี่ยวกับแบบแผนการกระทำ ของสังคมในรูปของแผน โครงการ และชุดของข้อเสนอ เพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้งหรือการให้สิ่งตอบแทนสำหรับความร่วมมือของประชาชน ประกอบด้วยผู้กระทำ หรือชุดของผู้กระทำ เป้าหมาย ปลายทาง คุณค่า และการปฏิบัติเพื่อจัดสรรสิ่งที่มีคุณค่าอย่างถูกต้องตามกฎหมายให้กับสังคมส่วนรวม เป็นการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายชัดเจนว่า สิ่งใดที่ต้องกระทำให้สำเร็จ รวมทั้งเป็นโอกาสที่เกิดจากความต้องการของประชาชนในการขจัดความขัดแย้งหรือการกำหนดผลตอบแทนสำหรับการกระทำร่วมกัน

ความหมายที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของรัฐบาล แบ่งเป็น 2 บทบาทคือ

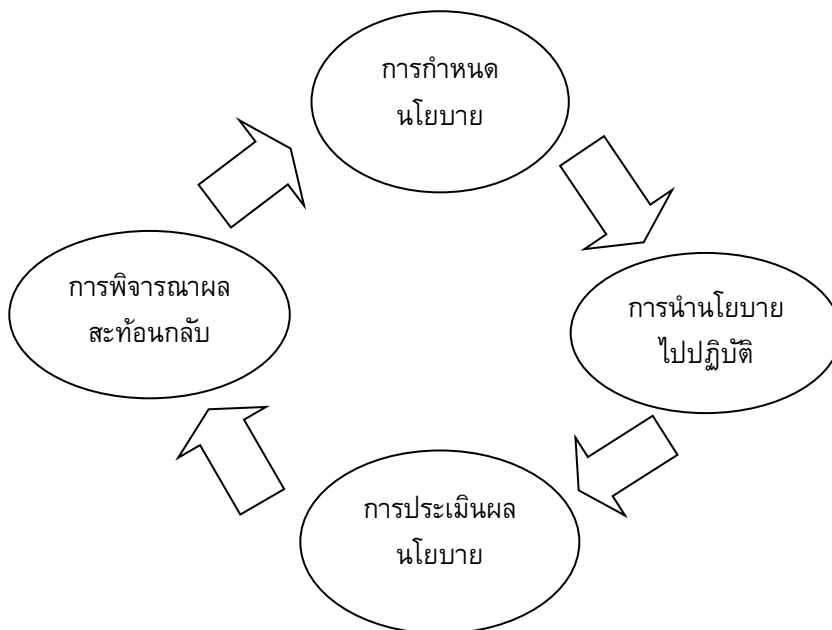
บทบาทด้านการตัดสินใจของรัฐบาลเพื่อจัดการกับปัญหาสังคม และกิจกรรมที่มีพันธะผูกพันเกี่ยวกับการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรัฐบาลตกลงใจที่จะกระทำ โดยมีองค์ประกอบของชุดของการกระทำที่เป็นระบบ ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนา

บทบาทในด้านการจัดกิจกรรมหรือแนวทางการดำเนินงาน ด้านบริการสาธารณะแก่ประชาชน และการควบคุมกระบวนการกำหนดนโยบายหรือการกระทำทางการเมือง หรือเป็นพันธะสัญญาระยะยาวในการดำเนินกิจกรรม

2.1.2 วงจรนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process/ Public Policy Cycle) ประกอบด้วย ขั้นตอนดังต่อไปนี้ (<https://www.gotoknow.org>) (1) การก่อตัวนโยบาย (Policy Formation) (2) การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation) (3) การตัดสินใจนโยบาย (Policy Decision) (4) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation) และ (5) การประเมินผลนโยบาย (Policy Evaluation)

กระบวนการทางนโยบาย (Policy Process)

วงจรนโยบาย



การก่อตัวนโยบาย (Policy Formation) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการนโยบาย เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ลักษณะสภาพของปัญหาสาธารณะว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาอะไร เกิดขึ้นกับคนกลุ่มใด มีผลกระทบต่อสังคมอย่างไร จนเกิดเป็น Public Issue/Public Problem

Public Issue หมายถึง สิ่งที่เป็นประเด็นถกเถียงกันของสังคม แต่ยังไม่เป็นประเด็นปัญหา

Public Problem หมายถึง สิ่งที่เป็นปัญหาของสังคม

การระบุปัญหาที่ชัดเจน เป็นพื้นฐานในการกำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา

การก่อตัวนโยบายสาธารณะ จึงเริ่มต้นสถานการณ์ที่เกิดนโยบาย (Public Issue/Public Problem) ตระหนักและระบุปัญหา กลั่นกรองปัญหา จัดระเบียบวาระนโยบาย กำหนดวัตถุประสงค์

โดยปัญหาสาธารณะจะกลายเป็นประเด็นเชิงนโยบายหรือเข้าสู่วาระและได้รับความสนใจจากผู้กำหนดนโยบายสาธารณะ ต้องมีคุณลักษณะ ดังนี้

- (1) เกิดขึ้นตามธรรมชาติ หรือ ความรุนแรงทางการเมือง เช่น ปัญหาน้ำท่วม ภัยแล้ง เป็นต้น
- (2) มีการแตกตัวและขยายวงกว้างออกไป เช่น ปัญหาความเป็นเมือง เป็นต้น
- (3) มีความกระเทือนต่อความรู้สึกและเป็นที่สนใจของสื่อมวลชนทั่วไป เช่น ปัญหาอาชญากรรม แรงงานเด็ก เป็นต้น
- (4) มีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม เช่น ปัญหามลภาวะเป็นพิษ เป็นต้น
- (5) มีลักษณะท้าทายต่ออำนาจและความชอบธรรมของรัฐ เช่น ปัญหาการแบ่งแยกดินแดน เป็นต้น
- (6) เป็นเรื่องร่วมสมัย เช่น ปัญหาการจราจร ปัญหาโรคเอดส์ เป็นต้น

เมื่อทราบลักษณะปัญหานโยบายที่ชัดเจนแล้ว จะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหาให้

ชัดเจน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบาย สามารถทำให้ทราบถึงลำดับความสำคัญของนโยบายที่จะต้องทำ และการเลือกใช้นโยบายให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ นอกจากนี้วัตถุประสงค์ยังเป็นปัจจัยกำหนดทิศทางของทางเลือกนโยบายที่จะนำไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ และเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลสำเร็จของนโยบายว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด

การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation) เป็นขั้นตอนที่ 2 ของกระบวนการนโยบาย ซึ่งการกำหนดนโยบายถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้น ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมการเมือง และการบริหารอื่น ๆ ตามมา การกำหนดนโยบายสาธารณะในปัจจุบันมิใช่เป็นภารกิจผูกขาดที่เป็นของรัฐโดยเฉพาะ ผู้มีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย ฝ่ายบริหาร , ฝ่ายนิติบัญญัติ , ฝ่ายตุลาการ และองค์กรอิสระต่าง ๆ

การกำหนดนโยบาย ต้องศึกษาในเรื่องของตัวแสดงในกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Actors) และตัวแบบเพื่อการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ (Model) ดังนี้

ตัวแสดง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ โดยตัวแสดงในนโยบายสาธารณะสามารถแบ่งได้ดังนี้ คือ

1. ตัวแสดงในภาครัฐ
2. ตัวแสดงในภาคสังคม
3. ตัวแสดงในระบบระหว่างประเทศ

ตัวแบบในการกำหนดนโยบายสาธารณะ มีการอธิบายตัวแบบได้ ดังนี้

1. ตัวแบบเชิงสถาบัน (Institutionalism Model)
2. ตัวแบบชนชั้นนำ (Elite Model)
3. ตัวแบบกลุ่ม (Group Model)
4. ตัวแบบระบบ (System Model)
5. ตัวแบบค่อยเป็นค่อยไป (Incremental Model)
6. ตัวแบบเหตุผล (Rational Model)

ตัวแบบ จะมี 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1: กลุ่มที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ

โดยพยายามพรรณนาหรือบรรยาย และอธิบายนโยบายมากกว่าเสนอมาตรการที่ดีกว่า (ข้อ 1-4)

กลุ่มที่ 2: กลุ่มที่ให้ความสำคัญกับผลผลิตและผลกระทบของนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะความพยายามเสนอมาตรการที่ดีกว่าในการปรับปรุงเนื้อหาของนโยบายสาธารณะ (ข้อ 5-6)

โดยการกำหนดนโยบายมีขั้นตอน ดังนี้

- (1) การพัฒนาทางเลือกของนโยบาย
- (2) การประเมินทางเลือกของนโยบาย
- (3) การตัดสินใจทางเลือกเพื่อกำหนดเป็นนโยบาย
- (4) การประกาศใช้เป็นนโยบาย

การตัดสินใจนโยบาย (Policy Decision) หรือการเลือกนโยบาย หมายถึง การเลือกวิถีทางหรือแผนนโยบายที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ ซึ่งหลักจริยธรรม หรือคุณธรรมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อค่านิยมที่เป็นรากฐานสำคัญในการเลือกนโยบายการพิจารณาทางเลือกนโยบาย

- (1) ประสิทธิภาพ Effectiveness ความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของทางเลือก
- (2) ประสิทธิภาพ Efficiency ความสามารถในการผลิตผลผลิต โดยเปรียบเทียบจากต้นทุน
- (3) ความพอเพียง Adequacy ความสามารถของการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายภายใต้เงื่อนไขของทรัพยากรที่มีอยู่
- (4) ความเป็นธรรม Equity การกระจายตัวของผลการดำเนินการตามนโยบายต่อประชาชนในสังคม

ทฤษฎีความเป็นธรรมในนโยบาย/ความหมายนโยบายสาธารณะที่ดี

แนวความคิดของ Jeremy Bentham เห็นว่า การกระทำที่ดีที่สุด คือ การกระทำที่ก่อให้เกิดความสุขมากที่สุดของคนจำนวนมากที่สุด หรือที่เรียกว่า หลักอรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism) ดังนั้นนโยบายใดก็ตามที่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือความสุขแก่คนส่วนใหญ่มากที่สุด ก็ถือว่าเป็นนโยบายที่ดีและควรนำไปปฏิบัติเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน แนวความคิดนี้ ผู้กำหนดนโยบายต้องเลือกทางเลือกที่ทำให้เกิดผลประโยชน์ต่อสังคมมากที่สุด โดยให้ความสำคัญกับสังคมส่วนรวม มองข้ามปัจเจกบุคคล และไม่ได้พูดถึงการชดเชย

แนวความคิดของ Vilfredo Pareto คือ ทางเลือกใดที่ทำให้คนอย่างน้อยที่สุดหนึ่งคนรู้สึกดีขึ้นกว่าเดิม โดยที่ไม่ทำให้ใครรู้สึกแย่ลงกว่าเดิม ทางเลือกนั้นเป็นทางเลือกที่ควรเลือกแนวความคิดนี้ รัฐบาลจะต้องเปิดโอกาสให้คนที่รู้สึกแย่ลงกว่าเดิมอันเนื่องมาจากทางเลือกของนโยบายหนึ่ง ๆ สามารถคัดค้านได้ ซึ่งการคัดค้านนั้นอาจมีผลให้ทางเลือกนั้นถูกยกเลิกไป หรือทางเลือกนั้นถูกเลือกกำหนดเป็นนโยบาย แต่มีการชดเชยให้แก่คนที่รู้สึกว่าเขาได้รับผลเสียจากทางเลือกนั้น

- **แนวความคิดของ John Rawls** คือ สิ่งที่มีคุณค่าทั้งหลายในสังคมควรถูกแบ่งหรือจัดสรรให้ทุกคนอย่างเท่าเทียม แต่ถ้าไม่สามารถจัดสรรให้เท่าเทียม การจัดสรรที่ไม่เท่าเทียมนั้นต้องให้ทุกคนได้รับประโยชน์และความแตกต่างที่ไม่เท่าเทียมนั้น ควรจะมีช่องว่างหรือความแตกต่างกันให้น้อยที่สุด เพื่อความยุติธรรม

(5) การตอบสนอง (Responsiveness) ความสามารถในการเติมเต็มความต้องการของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ

(6) ความเหมาะสม (Appropriateness) การพิจารณาเชิงคุณค่าและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation)

Thomas R. Dye กล่าวว่า ความต่อเนื่องของกระบวนการนโยบายสาธารณะมิได้สิ้นสุดที่การผ่านกฎหมายโดยสภานิติบัญญัติ แต่อยู่ที่การนำนโยบายไปปฏิบัติจากที่ทำงานของผู้นำประเทศไปสู่ระบบราชการ สู่หน่วยงานต่าง ๆ ผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ได้แก่ ฝ่ายนิติบัญญัติ, ฝ่ายบริหารหรือระบบราชการ, กลุ่มกดดัน และองค์กรชุมชนหรือภาคประชาสังคม การนำนโยบายไปปฏิบัติ มีกระบวนการดังต่อไปนี้

- เมื่อได้รับนโยบายจากรัฐบาล ส่วนราชการจะต้องนำนโยบายมาวิเคราะห์เพื่อดูว่าอยู่ในพันธกิจของส่วนราชการในเรื่องใด ก่อนที่จะนำพันธกิจมากำหนดเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ที่จะต้องตอบสนองรัฐบาล

- ส่วนราชการมอบหมายหน่วยงานในสังกัดให้นำเอาประเด็นยุทธศาสตร์ของส่วนราชการไปแปลงเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ในระดับกรม

- กรมจะต้องแปลงยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงให้เป็นประเด็นยุทธศาสตร์ระดับกรม โดยพิจารณาจากพันธกิจและวิสัยทัศน์ของกรม

- จากประเด็นยุทธศาสตร์ กรมจะต้องกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และกลยุทธ์ที่จะต้องใช้ดำเนินการให้บรรลุเป้าประสงค์และได้ตัวชี้วัดตามที่กำหนดไว้

- จากกลยุทธ์ที่กำหนด กรมจะต้องกำหนดโครงการเพื่อตอบสนองแต่ละกลยุทธ์ที่วางไว้

- แต่ละโครงการจะมีเป้าหมายที่แน่นอนในการส่งมอบผลผลิตตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

การนำนโยบายไปปฏิบัติ จะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น

- ความยากง่ายของสถานการณ์
- ปัญหาที่เผชิญอยู่
- โครงสร้างตัวบทของนโยบายสาธารณะ
- โครงสร้างนอกเหนือตัวบทของนโยบายสาธารณะ

กระบวนการที่เป็นปัญหาในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่

- ปัญหาทางด้านสมรรถนะ เช่น ปัจจัยบุคลากร เงินทุน เครื่องจักร วัสดุ ข้อมูลข่าวสาร เวลา เทคโนโลยี เป็นต้น

- ความสามารถในการควบคุม
- การไม่ให้ความร่วมมือ หรือการต่อต้าน
- การประสานงานระหว่างองค์กรรับผิดชอบกับองค์กรอื่น ๆ
- การไม่ให้ความสนับสนุนทางผู้เกี่ยวข้อง แต่กลับสร้างอุปสรรคในแง่ต่อต้านคัดค้านนโยบาย เช่น กลุ่มผลประโยชน์ กลุ่มการเมือง ข้าราชการ สื่อมวลชน เป็นต้น

ปัจจัยความสำเร็จ/ล้มเหลว ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่

- ลักษณะของนโยบาย
- วัตถุประสงค์ของนโยบาย
- ความเป็นไปได้ทางการเมือง
- ความเป็นไปได้ทางเทคนิค
- ความเพียงพอของทรัพยากร
- ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ
- ทศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ
- ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่าง ๆ ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

การประเมินผลนโยบาย (Policy Evaluation) คือ ขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการนโยบาย ซึ่งจะให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินการตามนโยบาย หรือผลการดำเนินการตามนโยบายว่า ตอบสนองความต้องการหรือมีคุณค่าหรือไม่เพียงใด

Andersons กล่าวว่า การประเมินผลนโยบาย หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประมาณการณ์ การเปรียบเทียบผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

Dye กล่าวว่า การประเมินนโยบาย หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากนโยบายสาธารณะ

ประเภทของการประเมินผลนโยบาย มี 2 ประเภท คือ

1. การประเมินเพื่อกำหนดนโยบาย (Formative Evaluation) หมายถึง การประเมินก่อนการกำหนดนโยบาย ส่วนมากเป็นการประเมินความต้องการ หรือประเมินความเป็นไปได้ของนโยบายที่จะกำหนดขึ้น

2. การประเมินผลเมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว (Summative Evaluation) หมายถึง การประเมินหลังนำนโยบายไปปฏิบัติในรูปของแผนกลยุทธ์ โดยมีการจัดทำโครงการตามแผนกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ การประเมินดังกล่าวเป็นการติดตามแผนกลยุทธ์ว่าสามารถทำได้ในระดับใด มีคุณค่าตัดสินได้ระดับไหน

เกณฑ์ที่นิยมใช้ในการประเมินนโยบาย

1. เกณฑ์การประเมินที่นำเสนอโดย OECD ของธนาคารโลก
 - ประสิทธิภาพ Effectiveness บรรลุผลตามเป้าประสงค์หรือไม่
 - ประสิทธิภาพ Efficiency ต้องใช้ความสามารถเท่าใดเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์
 - ความพอเพียง Adequacy ต้องใช้ทรัพยากรเท่าใด จึงจะได้ผลลัพธ์ตรงตามวัตถุประสงค์
 - ความเป็นธรรม Equity ผลที่ได้รับกระจายอย่างเป็นธรรมหรือไม่
 - การตอบสนอง Responsiveness ผลลัพธ์สร้างความพึงพอใจให้กับกลุ่มต่าง ๆ ได้หรือไม่
 - ความเหมาะสม Appropriateness ผลลัพธ์ที่ต้องการมีคุณค่าจริงหรือไม่

เกณฑ์ที่นำเสนอโดย Harvard Business School (Balance Score- card หรือ BSC) โดยมีมุมมอง 4 มิติ คือ มิติด้านการเงิน, ลูกค้า, กระบวนการภายใน และการเรียนรู้และการเจริญเติบโต ซึ่งปัจจุบันหน่วยราชการไทยใช้กรอบนี้เป็นแนวทางในการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงาน โดยมีมุมมอง 4 มิติ เช่นเดียวกัน ได้แก่ ประสิทธิภาพ, ประสิทธิภาพ, คุณภาพการให้บริการ และการพัฒนาองค์กร

แนวคิดในการประเมินแบบ CIPP Model เป็นการประเมินภาพรวมของโครงการ ตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต (Context , Input , Process and product)

การประเมินด้านบริบท เป็นการประเมินก่อนการดำเนินการโครงการ เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผลความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการ ประเด็นปัญหา และความเหมาะสมของเป้าหมายโครงการ

การประเมินปัจจัยนำเข้า เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ

การประเมินกระบวนการ เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การประเมินผลผลิต เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้

2.1.3 ตัวแบบในการศึกษานโยบายสาธารณะ

ตัวแบบที่สำคัญในการศึกษานโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย (ถวัลย์รัตน์ วรเทพพุดผิงศ์. 2546; 24)

1. ตัวแบบสถาบัน (institutional model): นโยบายในฐานะผลผลิตของสถาบัน (policy as institutional output) มีลักษณะสำคัญคือสถาบันหลักของรัฐเป็นผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งสถาบันหลักที่ศึกษาจากกฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศนั้นๆ ประกอบด้วย 3 สถาบันหลักคือ ฝ่ายนิติบัญญัติ (legislative branch) ฝ่ายบริหาร (executive branch) และฝ่ายตุลาการ (judicial branch) ประเด็นที่มุ่งศึกษาตามตัวแบบสถาบันคือ สถาบันใดบ้างมีอำนาจในการกำหนดนโยบาย และในเรื่องใด

2. ตัวแบบกระบวนการ (process model): นโยบายในฐานะเป็นกิจกรรมทางการเมือง (policy as political activity) ลักษณะสำคัญหรือหัวใจของตัวแบบกระบวนการนี้ ถือว่าการกำหนดนโยบายเป็นกิจกรรมทางการเมืองอย่างหนึ่งซึ่งจะต้องมีขั้นตอน และพฤติกรรมในการกำหนดนโยบาย ซึ่ง James E. Anderson (1975; 26-27) เสนอว่า กระบวนการนโยบาย (policy process) อย่างน้อยจะต้องประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอนคือ การระบุหรือวิเคราะห์ปัญหา (problem identification) การกำหนดนโยบาย (policy formulation) การตัดสินใจนโยบาย (policy adoption) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) และการประเมินผลนโยบาย (policy evaluation)

ในการศึกษาคำนี้ต้องการศึกษาว่า ตัวแบบสถาบันใดที่มีบทบาทต่อการกำหนดนโยบาย และมีบทบาทในการกำหนดนโยบายอย่างไร และใช้ตัวแบบวิเคราะห์กระบวนการ ในการพรรณนาถึงกระบวนการทางนโยบาย และการกำหนดนโยบายด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ของหน่วยงานท้องถิ่น/พื้นที่ว่าเป็นอย่างไร

2.1.4 ทฤษฎีการตัดสินใจ (Theories of Decision Making)

ในการเลือกตัดสินใจทางเลือกนโยบาย ผู้ตัดสินใจจะยึดหลักภายใต้ทฤษฎี 3 ทฤษฎี ดังนี้ (ธัญวัฒน์ รัตนศักดิ์. 2546, 164-169)

1. ทฤษฎีการตัดสินใจตามหลักเหตุผล (Rational Comprehensive Decision Making) การตัดสินใจมีฐานคิดว่า ต้องให้สังคมได้รับประโยชน์สูงสุด โดยผู้มีอำนาจในการตัดสินใจจะนำข้อเสนอแนะนโยบาย

ทุกข้อมาพิจารณาเปรียบเทียบกัน โดยจะเลือกข้อเสนอนโยบายที่มีค่าผลประโยชน์ทางสังคมสูงกว่าต้นทุนสูงที่สุด และจะไม่เลือกนโยบายที่มีค่าต้นทุนเกินกว่าที่สังคมจะได้รับ ดังนั้นผู้ตัดสินใจจะต้องดำเนินการดังนี้

- (1) จะต้องทราบถึงความพึงพอใจในคุณค่าหรือความต้องการของสังคม
 - (2) รู้ทางเลือกข้อเสนอ นโยบาย ทุกทางเลือกที่มีอยู่
 - (3) ศึกษาให้รู้ผลของทางเลือกนโยบายแต่ละทางเลือก
 - (4) คำนวณหาอัตราส่วนผลตอบแทนและค่าใช้จ่ายที่เสียไปในแต่ละทางเลือกนโยบาย
 - (5) เลือกข้อเสนอ นโยบายที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด และต้นทุนต่ำที่สุด
- (จุมพล หนีมพานิช, 2529 อ้างถึงใน ฉันทยวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2546)

การตัดสินใจแบบสมเหตุสมผลตั้งอยู่บนข้อสมมุติฐานที่ว่า ค่านิยมทั้งหลายที่มีอยู่ในสังคมสังคมหนึ่ง ซึ่งจะต้องเป็นที่รับรู้โดยทั่วไป และค่านิยมเหล่านั้นจะต้องวัดได้ นอกจากนี้ยังเป็นตัวแบบการตัดสินใจที่จะต้องหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับทางเลือกนโยบายทั้งหมด และใช้ความสามารถในการคำนวณหาอัตราต้นทุนผลประโยชน์อย่างถูกต้อง รวมทั้งการดำเนินการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ

2. ทฤษฎีการตัดสินใจแบบค่อยเป็นค่อยไป (Incremental Decision Making) เป็นการพิจารณาว่า นโยบายสาธารณะ คือสิ่งที่ถูกปรับปรุงมาจากกิจกรรมของรัฐบาลในอดีต ชาร์ลส์ ลินด์บลอม (Charles E. Lindblom) กล่าวว่าผู้ที่ทำการตัดสินใจใช้ตัวแบบนี้จะไม่กระทำเหมือนกับผู้ที่ตัดสินใจตามทฤษฎีแบบสมเหตุสมผล เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านเวลา ความรู้และค่าใช้จ่าย การตัดสินใจแบบค่อยเป็นค่อยไปนี้ มีข้อแก้ไขข้อบกพร่องของการตัดสินใจแบบสมเหตุสมผล ที่มาจากการสร้างความสมเหตุสมผลในแนวกว้าง ไม่เฉพาะเจาะจง โดยการพิจารณาข้อเสนอ นโยบายทั้งหมด ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการอนุรักษ์แผนงานและรายจ่ายเดิม โดยมุ่งการพิจารณาเฉพาะแผนงานและนโยบายใหม่ หรือส่วนที่ต้องเพิ่มเติมหรือปรับปรุง เปลี่ยนแปลงในข้อเสนอ นโยบายที่กำลังพิจารณาอยู่เท่านั้น โดยทั่วไปผู้กำหนดนโยบายจะยอมรับความถูกต้องของแผนงานที่ทำนั้นอยู่แล้ว และเห็นด้วยที่จะดำเนินนโยบายนั้นต่อไป

นอกจากนี้การตัดสินใจเลือกเกิดขึ้นเพราะ ความไม่แน่นอนของผลที่จะเกิดขึ้นขึ้นจากนโยบายใหม่ที่แตกต่างไปจากนโยบายเดิม หรืออาจเป็นเพราะค่านึงถึงต้นทุนมหาศาล ที่ได้ลงไปกับแผนงานตามนโยบายเดิม หรืออาจเป็นเพราะเหตุผลทางการเมือง เพื่อเป็นการรักษาเสถียรภาพทางการเมืองไว้

ลินด์บลอม อธิบายกระบวนการทฤษฎีนี้ว่า

(1) การตัดสินใจโดยอาศัยหลักส่วนเพิ่มนี้ จะดำเนินการเลือกคุณค่าที่เป็นเป้าหมายปลายทาง และทำการวิเคราะห์เลือกเป้าหมายพร้อมๆกัน ในขณะเดียวกัน โดยไม่แยกการดำเนินการออกจากกัน ดังนั้นการตัดสินใจคุณค่ากับเป้าหมาย จึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด

(2) การตัดสินใจแบบนี้ไม่มีการแยกหนทางสู่เป้าหมาย กับเป้าหมายปลายทางออกจากกัน แต่จะพิจารณาไปพร้อมๆกัน ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบนำทางไปสู่เป้าหมาย เหมือนกับการตัดสินใจแบบใช้หลักเหตุผล

(3) การตัดสินใจแบบนี้เป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้โต้เถียงโดยอาศัยเหตุผลว่าทางที่เลือกตัดสินใจที่ถูกต้องนั้น ได้แก่บุคคลใดบ้าง แต่ต้องต่างคนต่างยอมรับเป็นเอกฉันท์

(4) การตัดสินใจจะต้องมีการวิเคราะห์รูปแบบอยู่ภายในขอบเขตอันจำกัด โดยจะไม่มีการวิเคราะห์ถึงผลจากทางเลือกของการตัดสินใจแบบอื่นๆที่น่าเป็นไปได้ และคุณค่านิยมต่างๆ จะไม่นำมาวิเคราะห์พิจารณาอีก

(5) การตัดสินใจในวิธีนี้ ใช้วิธีนำมาเปรียบเทียบกับขั้นตอนต่างๆของการตัดสินใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งวิธีนี้จะช่วยลดความจำเป็นในการใช้ทฤษฎีต่างๆ ซึ่งมีอยู่อย่างจำกัดแล้วได้มาก

การตัดสินใจแบบค่อยเป็นค่อยไป เป็นการพิจารณาเฉพาะส่วนที่เป็นนโยบายที่เพิ่มขึ้นจากเดิม สำหรับส่วนที่เป็นนโยบายเดิมนั้น เป็นข้อผูกพันเดิมที่รัฐบาลต้องดำเนินการอยู่แล้ว จึงยอมรับไว้ดำเนินการต่อไปก็ได้

การตัดสินใจแบบค่อยเป็นค่อยไปได้ถูกวิจารณ์จากดรอร์ (Dror) ว่ามีข้อบกพร่อง 6 ประการได้แก่

(1) การตัดสินใจแบบนี้ไม่ได้ประโยชน์มากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนาจะไม่ได้ประโยชน์เลย เหตุผลก็เพราะว่าใช้กับประเทศที่เจริญอยู่คงที่แล้วมีความมั่นคงสูง ดังนั้นจึงไม่เหมาะสมกับที่จะนำมาใช้กับประเทศที่กำลังพัฒนา

(2) การตัดสินใจแบบนี้จะอาศัยความคิดเห็นของกลุ่มบุคคลต่างๆ แต่ผู้มีอำนาจมักจะได้เปรียบ เพราะกลุ่มบุคคลชั้นผู้น้อย มักจะไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นหรือคัดค้าน ดังนั้นผลประโยชน์จึงเป็นของผู้มีอำนาจสูงสุด

(3) การตัดสินใจแบบนี้มุ่งเน้นที่อุดมการณ์เก่าๆ พยายามต่อต้านสิ่งแปลกๆใหม่ๆ ซึ่งละเอียดที่จะกระตุ้นการสร้างรูปแบบใหม่ๆขึ้น

(4) การตัดสินใจแบบนี้เป็นวิธีการของการใช้ส่วนเพิ่มขึ้นนั้น หมายถึงอะไรก็ตามที่มีอยู่แล้ว ไม่ยอมค้นคว้าเพิ่มเติม ดังนั้นข้อมูลที่ได้อาจไม่ทันสมัย

(5) การนำเอารูปแบบการตัดสินใจแบบนี้ไปปฏิบัติงานนั้น บางตอนอาจขาดหายไปต่อเนื่อง ทำให้เกิดความสับสนยุ่งยาก นอกจากนี้ยังมีข้อบกพร่องอื่นๆ อันเป็นผลที่ทำให้เกิดจากค่านิยมต่างๆ

(6) การตัดสินใจแบบนี้ยากแก่การบริหารงบประมาณ เพราะเหตุที่ว่าบางครั้งอาจจะไม่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมส่วนรวมได้ ดังนั้นผู้วิเคราะห์นโยบายจึงไม่อาจมองหลักส่วนเพิ่มขึ้นต่อไปอีก เพราะยังมีข้อบกพร่องอยู่

3. ทฤษฎีการตัดสินใจแบบผสมผสาน (Mixed Scanning) พัฒนาขึ้นมาโดยอไมไต เอทซิโอนิ (Amitai Etzioni) โดยได้นำเอาทฤษฎีการตัดสินใจแบบสมเหตุสมผล และแบบค่อยเป็นค่อยไปมาผสมผสานกัน โดยการตัดสินใจแบบนี้มีลักษณะเด่น 6 ประการได้แก่

(1) เป็นการเอื้ออำนวยทั้งการอธิบายตามความเป็นจริงของกลยุทธ์ (Strategy) ที่ผู้ตัดสินใจทั้งหลายใช้ในด้านต่างๆกัน และกลยุทธ์สำหรับผู้ตัดสินใจอื่นๆ ที่จะดำเนินรอยตามอย่างได้เหตุผล

(2) การตัดสินใจแบบนี้ได้เอื้ออำนวยต่อวิธีการ โดยเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลข่าวสารได้ดีขึ้น ต่อกลยุทธ์เกี่ยวกับการจัดสรรปันส่วนในทรัพยากรต่างๆ และต่อแนวความคิดสำหรับความสัมพันธ์กับสิ่งทั้งสองประการข้างต้น

(3) การตัดสินใจแบบนี้อาจแยกได้มากกว่าสองระดับ ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในขีดชั้นของรายละเอียดและขอบเขต กล่าวคือระดับประเด็นการพิจารณาในขอบเขตแบบแคบๆ

(4) การตัดสินใจแบบนี้เป็นการช่วยลดปัญหาความบกพร่องที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการตัดสินใจตามแนวคิดทั้งสองแบบคือ ส่วนดีก็นำเอามาใช้ส่วนเสียหรือบกพร่องก็ตัดไป ดังนั้นการบริหารงานจึงมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดียิ่งกว่า

(5) การตัดสินใจย่อมทราบได้ทันทีว่า ผู้ตัดสินใจต่างก็บ่งถึงและวัดค่านิยมของความสามารถของตนได้

(6) การตัดสินใจแบบนี้ ผู้ตัดสินใจสามารถจัดลำดับเป้าหมายของตนได้ในบางขอบเขต ทั้งนี้และทั้งนั้นย่อมช่วยให้ผู้ตัดสินใจได้คาดคิดได้ และประเมินผลของการตัดสินใจได้ และสามารถวัดค่านิยมเป้าหมายปลายทางของผู้ตัดสินใจได้

ลักษณะของนโยบายที่ดี ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่แตกต่างกันเช่น ความสามารถของผู้กำหนดนโยบาย ความเข้าใจและความสามารถของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ การจัดระบบบริหารที่มีประสิทธิภาพในหน่วยงาน ตลอดจนทัศนคติของผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้นๆ (ทวีป ศิริรัศมี. 2545,10-11)

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกนโยบาย (สมบัติ อารังธัญวงศ์. 2540; 377)

1. ค่านิยม มาตรฐาน หรือความพึงพอใจส่วนตนของผู้ตัดสินใจ โดยมีลักษณะของค่านิยมที่มีผลต่อการตัดสินใจหลายประการดังนี้

- ค่านิยมขององค์การ (organizational values)
 - ค่านิยมด้านวิชาชีพ (Professional values)
 - ค่านิยมส่วนบุคคล (Personal values)
 - ค่านิยมด้านนโยบาย (Policy values)
2. ความสัมพันธ์กับพรรคการเมือง (political-party affiliation)
 3. มติมหาชน (public opinion)
 4. ผลประโยชน์ของเขตเลือกตั้ง (constituency interest)
 5. ประโยชน์ของสาธารณะ (public interest)

โดยสรุป ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกของนโยบาย จะอยู่ภายใต้ทฤษฎี 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการตัดสินใจตามหลักเหตุผล (Rational Comprehensive Decision Making) ทฤษฎีการตัดสินใจแบบค่อยเป็นค่อยไป (Incremental Decision Making) และทฤษฎีการตัดสินใจแบบผสมผสาน (Mixed Scanning) ซึ่งจะได้นำมาอธิบายถึงการตัดสินใจเลือกทางเลือกของนโยบายสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่

ติดต่อ ของหน่วยงานท้องถิ่น/พื้นที่ว่าการตัดสินใจอยู่ภายใต้แนวคิดทฤษฎีใด และมีปัจจัยที่สำคัญอะไรบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกนโยบายดังกล่าว

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้นำมาเป็นฐานในการศึกษากระบวนการนโยบายสุขภาพ ด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ของหน่วยงานท้องถิ่น/พื้นที่ดังนี้

ลักษณะของนโยบาย ว่าเป็นนโยบายที่เกิดจากความต้องการแก้ปัญหาของสังคมในรูปของการตัดสินใจว่าจะทำอย่างไร และมีจุดมุ่งหมายอะไร หรือเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของรัฐบาลในการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาสังคม หรือกิจกรรมหรือแนวทางการดำเนินงาน ด้านบริการสาธารณะแก่ประชาชน และการควบคุมกระบวนการกำหนดนโยบายหรือการกระทำทางการเมือง

การกำหนดนโยบาย ว่าตัวแบบสถาบันใดที่มีบทบาทต่อการกำหนดนโยบายอย่างไร และมีกระบวนการในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดนโยบายอย่างไร

การตัดสินใจเลือกทางเลือกของนโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ ว่าการตัดสินใจเลือกทางเลือกนโยบายด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ของหน่วยงานท้องถิ่น/พื้นที่ ว่าการตัดสินใจอยู่ภายใต้แนวคิดทฤษฎีใด และมีปัจจัยที่สำคัญอะไรบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจ และการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่ ว่ามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง/กิจกรรม รวมทั้งการบริการจัดการบริการ ใดๆ และผลลัพธ์ที่ได้สามารถนำไปวิเคราะห์หาทางเลือกนโยบายด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ของหน่วยงานท้องถิ่น/พื้นที่ ที่เหมาะสมกับพื้นที่อย่างไร

ข้อสรุปเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ กระบวนการทางนโยบาย หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับ (1) การเกิดนโยบายว่าเกิดจากความต้องการแก้ปัญหาของสังคมหรือเกี่ยวข้องกับบทบาทของรัฐบาลในการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาสังคม หรือเป็นกิจกรรมหรือแนวทางการดำเนินงาน ด้านบริการสาธารณะแก่ประชาชน (2) การกำหนดนโยบาย ว่าสถาบันใดที่มีบทบาทต่อการกำหนดนโยบาย และมีกระบวนการในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดนโยบายอย่างไร และ (3) การตัดสินใจเลือกทางเลือกของนโยบาย และ การนำนโยบายไปปฏิบัติ ว่าการตัดสินใจเลือกทางเลือกนโยบายอยู่ภายใต้แนวคิดทฤษฎีใด และมีปัจจัยที่สำคัญอะไรบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจ มีข้อจำกัดต่อการปฏิบัตินโยบายรวมทั้งอุปสรรคต่อการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่อย่างไร และมีแนวทางการจัดการข้อจำกัดและอุปสรรคอย่างไรเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะต่อทางเลือกในการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เหมาะสม กับพื้นที่

2.2 นโยบาย/โครงการการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

ความหมายโรคไม่ติดต่อ “โรคไม่ติดต่อ” (Non communicable diseases, NCDs) หมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมของร่างกาย ซึ่งไม่ติดต่อไปยังบุคคลอื่น โรคกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรัง “โรคไม่ติดต่อ” ในเอกสารนี้ จำกัดเฉพาะ 4 กลุ่มโรค คือ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดตีบหรือแตกในสมอง และโรคต่างๆ ที่เป็นผลมาจากเส้นเลือดตีบตันหรือเปราะ) 2) โรคเบาหวานและโรคอ้วน 3) โรคมะเร็ง และ 4) โรคปอดเรื้อรัง (ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพองหรือโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด) ซึ่งเป็นภาระส่วนใหญ่จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ คือ พฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม

2.2.1 สถานการณ์และแนวโน้มในต่างประเทศ ในการควบคุมโรค

ความเคลื่อนไหวระดับนานาชาติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อนั้น องค์การอนามัยโลก โดยความร่วมมือของประเทศสมาชิกซึ่งรวมถึงประเทศไทย(สมัชชาสุขภาพ ๖/ร่างมติ ๖. 2558) ได้ร่วมกันเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันและควบคุม “โรคไม่ติดต่อ” มีการประชุมและพัฒนาร่วมกันมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันที่จะสนับสนุนประเทศสมาชิกในการลดความเจ็บป่วย ความพิการ และการตายก่อนวัยอันควร อันเนื่องมาจาก “โรคไม่ติดต่อ” เช่น ร่วมกันรับรอง ยุทธศาสตร์โลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases) เมื่อ พ.ศ.2543 (ค.ศ.2000) รับรอง “แผนปฏิบัติการระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2554–2563” (Global Action Plan for NCD Prevention and Control 2013-2020) เป็นต้น ร่วมกันจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติการร่วมกัน ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคไม่ติดต่อ เช่น บุหรี่ เหล้า อาหาร กิจกรรมทางกายและสุขภาพ เป็นต้น

เป้าหมายระดับนานาชาติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มาจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ที่แสดงให้เห็นว่า ภาระโรคส่วนใหญ่จากโรคไม่ติดต่อ มีสาเหตุมาจาก 1) กลุ่มโรคที่สำคัญ “4” กลุ่ม ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งครอบคลุมถึงร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งหมด 2) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ “4” อย่าง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และ ภาวะไขมันในเลือดสูง, และ 3) ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่สำคัญ “4” ปัจจัยได้แก่ การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา, พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การจัดการกับกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญทั้งสองนี้ (หรือที่เรียกว่า “การจัดการแบบ 4 x 4 x 4”) เป็น “หัวใจ” ของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพราะน่าจะสามารถ

ลดภาระโรคจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อได้มากถึงร้อยละ 80 ของทั้งหมด ทั้งนี้ได้หมายความว่าสังคมไม่ควรจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยงกลุ่มอื่นๆ

ใน พ.ศ.2554 องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับมาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูง ๒๖ มาตรการ ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อประเทศสมาชิกพิจารณาใช้เป็นแนวทางการออกแบบนโยบายเพื่อการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง โดยแบ่งเป็น มาตรการที่ควรดำเนินการมากที่สุด/มีความคุ้มค่าสูง (Best Buys) และมาตรการที่ควรดำเนินการ/มีความคุ้มค่า (Good Buys) รองลงมา ซึ่งล้วนเป็นการดำเนินการในระดับประชากร เช่น ภาษีและราคาสินค้า การเข้าถึงสินค้า การทำกิจกรรมทางกายและการโฆษณา การให้ความรู้และการรณรงค์สาธารณะ การดำเนินการในสถานที่ทำงานหรือสถานประกอบการ การจัดระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ทั้งนี้ มีได้หมายความว่า การจัดการโรคไม่ติดต่อระดับบุคคล เช่น การคัดกรอง การให้การรักษา ไม่มีความสำคัญ เพียงแต่มาตรการระดับบุคคลมีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิผลและความค่าน้อยกว่า มาตรการที่ควรดำเนินการมากที่สุด/มีความคุ้มค่าสูง (Best buys) มาตรการที่ควรดำเนินการ/มีความคุ้มค่า (Good buys)

- 1) มาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่ /1) การเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเหลือสูบบุหรี่
- 2) มาตรการการให้ข้อมูลพิษภัยของยาสูบ /2) มาตรการควบคุมพฤติกรรมซบเซี่ยานพาหนะหลังการดื่ม
- 3) มาตรการการห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขายบุหรี่ /๓) มาตรการการคัดกรองและบำบัดรักษาอย่างสั้น
- 4) มาตรการการขึ้นภาษียาสูบ/ 4) มาตรการควบคุมกลยุทธ์การตลาดด้านอาหารและเครื่องดื่มต่อเด็ก
- 5) มาตรการการควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ 5) มาตรการลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว
- 6) มาตรการการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ 6) มาตรการทางภาษีและราคาอาหาร
- 7) มาตรการทางภาษีและราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, /7) มาตรการให้คำปรึกษาในระบบบริการปฐมภูมิ มาตรการที่ควรดำเนินการที่ดีที่สุด/มีความคุ้มค่าสูง (Best buys) มาตรการที่ควรดำเนินการ/มีความคุ้มค่า (Good buys)
- 8) มาตรการลดการบริโภคเกลือ /8) มาตรการสุขศึกษาด้านพฤติกรรมบริการบริโภคในสถานที่ทำงาน
- 9) มาตรการลดการบริโภคไขมันทรานส์/9) มาตรการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคในโรงเรียน
- 10) มาตรการรณรงค์สาธารณะด้านพฤติกรรมกาย/10) มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในชุมชน
- 11) การรณรงค์สาธารณะเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย/11) มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายผ่านการคมนาคม
- 12) มาตรการการป้องกันโรคเมเร็งต์ด้วยวัคซีนตับอักเสบบี/12) มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายผ่านระบบบริการปฐมภูมิ
- 13) มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน/ 13) มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในโรงเรียน

การจัดการประชุมสมัชชาสหประชาชาติในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเมื่อกันยายน พ.ศ.2554 ซึ่งมีผู้นำระดับสูงจากประเทศทั่วโลก (ประธานาธิบดี และนายกรัฐมนตรี) รวมถึงประเทศไทย เข้าร่วมประชุม ได้มีการแสดงฉันทามติและเป็นพันธสัญญาของประเทศสมาชิก แสดงเจตนารมณ์ว่า “การจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน” ไม่สามารถจัดการได้ภายในขอบเขตของภาคสุขภาพเท่านั้น และควรเน้นให้มีการบูรณาการงานสุขภาพเข้ากับนโยบาย และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอื่นๆ ทุกระดับ (Health in all policies) และต้องระวังประเด็นเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ของผู้เกี่ยวข้องในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยง ในการประชุมดังกล่าว ได้มีการมอบหมายให้องค์การอนามัยโลก โดยความร่วมมือของประเทศสมาชิก พัฒนารอบการติดตามความก้าวหน้าในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และกรอบตัวชี้วัดและเป้าหมายแบบสมัครใจระดับโลก (Global monitoring framework for NCD including Indicator and voluntary targets) ซึ่งแล้วเสร็จและได้รับการรับรองจากสมัชชาอนามัยโลก และสมัชชาสหประชาชาติใน พ.ศ.2556 ทั้งนี้ เกิดจากการดำเนินงานทางวิชาการขององค์การอนามัยโลกร่วมกับประเทศสมาชิกที่พิจารณาทั้งด้านความเป็นไปได้และความสอดคล้องต่อกันและกัน และมีลักษณะเป็นเป้าหมายโดยสมัครใจสำหรับประเทศสมาชิก เพื่อพิจารณารับรองและ/หรือปรับปรุงให้เหมาะกับบริบทของประเทศตนเอง รวมทั้ง บางเป้าหมายที่เปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบทและความพร้อมของประเทศเองด้วย

กรอบตัวชี้วัดและเป้าหมายฯ ดังกล่าวประกอบด้วย ตัวชี้วัดที่เป็น “9 เป้าหมาย ระดับโลก” ที่ตั้งไว้เพื่อที่จะต้องบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ.2568 โดยมีฐานจากปี 2553 แบ่งเป็น 3 หมวด ได้แก่ 1) เป้าหมายสูงสุด 1 เป้าหมาย คือ การลดอัตราการตายและอัตราป่วย และ 2) เป้าหมายที่เป็นกลไกในการบรรลุเป้าหมายสูงสุดอีก 8 เป้าหมายอันประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง 6 เป้าหมาย และเป้าหมายการจัดระบบบริการระดับชาติ 2 เป้าหมาย (คู่มือสารสมัชชาสุขภาพ6/มติ6/ผนวก1)

ในภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก ก็มีความเคลื่อนไหวที่สอดคล้องกันกับระดับโลก เช่น การพัฒนาเป้าหมายและแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อประจำภูมิภาคขององค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (South-East Asia Regional Action Plan for NCD Prevention and Control 2013-2020) ซึ่งมีการรับรอง “9 เป้าหมายระดับโลก” และเพิ่มเติมหนึ่งเป้าหมายในระดับภูมิภาคฯ คือ เป้าหมายในการลดมลภาวะทางอากาศภายในครัวเรือน (indoor air pollution)

2.2.2 นโยบาย/โครงการและมาตรการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

2.2.2.1 การดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ

การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับชาติของประเทศไทย มีทั้งความเคลื่อนไหวภายในขอบเขตของระบบสุขภาพและความพยายามอย่างต่อเนื่องในการยกระดับความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อ ให้กว้างไกลไปกว่านโยบายด้านสุขภาพ เช่น การให้ความสำคัญกับโรคไม่ติดต่อในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2562 หมวดการป้องกันและ

ควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 11 และ 12 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพตติวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554 – 2563 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2560-2565 รวมถึงความเคลื่อนไหวภายในกลไกของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เช่นการพัฒนายุทธศาสตร์ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ได้รับการรับรองจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วย ได้แก่ ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (สมัชชาสุขภาพ 2. มติ 8), ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ.2554-2563 (สมัชชาสุขภาพ 2. มติ 5), แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สอง พ.ศ. 2558 - 2562 (สมัชชาสุขภาพ 3. มติ 6) ตลอดจนกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559 โดย คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ทั้งนี้ที่ผ่านมามีหน่วยงานหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอิสระที่ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพอย่าง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เครือข่ายความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Network) หรือกลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนที่ทำงานเฉพาะเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายองค์กรงดเหล้า เครือข่ายคนไทยไร้พุง เครือข่ายลดบริโภคเค็ม เป็นต้น

2.2.2.2 การดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญโดยตรงในการป้องกันควบคุมสถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทยทั้งในด้านการป้องกัน การควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการรักษาในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไม่ติดต่อ และการรักษาภาวะแทรกซ้อนในทุกะดับ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินงานป้องกันควบคุมและรักษาโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยโดยมีรายละเอียดดังนี้

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โดยได้มีการปรับกลไกการดำเนินงานและกำหนดนโยบายการดำเนินงานผ่านแผนงาน/โครงการ ที่สำคัญๆ ดังนี้

การปรับโครงสร้างภายในกรมควบคุมโรค การปรับโครงสร้างให้ที่สำนักวิชาการที่รับผิดชอบโรคไม่ติดต่อ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ มีการจัดตั้งสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพตติวิถีไทย (สสว.) ขึ้นในสำนักงานปลัดกระทรวงเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพตติวิถีไทย และตั้งแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Thai NCDs network) เพื่อรวมกันขับเคลื่อนงาน NCDs

โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงห่วงใยสุขภาพประชาชน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสที่จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา 2557 โครงการนี้มีการดำเนินการเป็นการต่อยอดจากนโยบายคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้น

ไปที่ทำมาก่อนหน้านี้ โดยหามาตรการและวิธีการเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการจัดการโรคที่เหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม คือ กลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพ และคัดกรอง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และได้รับความรู้ คำแนะนำและให้ความสำคัญในการดูแลตนเองและมี พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมอย่างครบวงจร พัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบในการสร้าง สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้รับการ พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะในการจัดการและบริการเพื่อลดปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

โครงการคนไทยไร้พุงและการดำเนินงานคลินิก DPAC (Diet & Physical Activity Clinic) เป้าประสงค์คือประชาชนอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ เหมาะสมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรควิถีชีวิต โดยผลลัพธ์ที่ต้องการคือ มีการจัดทำแผน ยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วม องค์กรภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความสามารถในการบริหารจัดการ ส่งเสริมต้นแบบไร้พุง กลุ่มผู้ผลิต ผู้ค้าในชุมชน และบริษัทอุตสาหกรรมผลิตและจำหน่ายอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับมาตรฐานกรมอนามัย และประชาชนเข้าถึงบริการและพึงพอใจต่อสินค้าบริการ “คน ไทยไร้พุง” หรือคลินิก DPAC นำไปสู่ผลลัพธ์การมีรอบเอวน้อยกว่า 90 ซม. ในประชากรชายอายุ 75 ปีขึ้นไป และน้อยกว่า 80 ซม. ในประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป

มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ด้านการบริโภคอาหาร โดยเน้นไปที่การควบคุมทาง กฎหมาย อันได้แก่ การแสดงข้อมูลบนฉลากตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 182 เรื่องฉลาก โภชนาการ เพื่อเป็นเครื่องมือให้ผู้บริโภคใช้ในการเลือกซื้ออาหารให้เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง โดยใช้ รูปแบบสัญลักษณ์ทางโภชนาการที่อ่านและเข้าใจง่ายขึ้น โดยได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข การแสดง ฉลากอาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันทีบางชนิด(ฉบับที่2) พ.ศ.2554 กำหนดให้ขนมขบเคี้ยว 5 ประเภท (มัน ผรั่งทอดหรืออบกรอบ ข้าวโพดคั่วหรืออบกรอบ ช่างเกี๋ยบหรืออาหารขบเคี้ยวชนิดอบพอง ขนมปังกรอบหรือ แครกเกอร์หรือบิสกิต และเวเฟอร์สอดไส้) นำสารอาหารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพได้แก่ พลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมต่อหนึ่งหน่วยบรรจุภัณฑ์มาแสดงในรูปแบบ GDA (Guideline Daily Amounts) บริเวณด้านหน้า ของบรรจุภัณฑ์ในรูปแบบและขนาดตัวอักษรที่เห็นได้ง่าย และอ่านได้ชัดเจนควบคู่กับการแสดงกรอบข้อมูล โภชนาการ พร้อมทั้งแสดงคำแนะนำ “บริโภคแต่น้อยและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” ด้วย

นอกเหนือการดำเนินงานในภาพรวมของโรค NCDs ในแง่ของการป้องกัน ควบคุม และการรักษาโรค NCDS ที่เป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพของประชาชนไทย 4 โรคคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดสองแผนงานคือ

(1) แผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

(กระทรวงสาธารณสุข. 2558)

เป้าประสงค์ ลดปัจจัยเสี่ยง (3อ 2ส + อ้วน/น้ำหนักเกิน) ในประชากร/ชุมชน

ลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มที่มีภาวะอ้วน/น้ำหนักเกิน กลุ่มเสี่ยงสูง (Pre HT, Pre DM)

และกลุ่มป่วย DM, HT

ลดการเกิดโรค DM, HT รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงสูง

ลดภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า ซึมเศร้า) และลดความพิการในกลุ่มผู้ป่วย DM, HT

ยุทธศาสตร์ การค้นหากลุ่มเสี่ยงและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง และเสริมพลังความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การดำเนินงานของชุมชนและองค์กรเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและมีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยง

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

การพัฒนาการสื่อสารสาธารณะ

การใช้มาตรการทางกฎหมาย/มาตรการทางสังคม

พัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงาน

องค์ประกอบของแผนงาน ได้แก่ (1) การลดปัจจัยเสี่ยงในประชากรและชุมชน (2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง (3) การบริหารจัดการเชิงระบบโดยผู้จัดการประสานระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (system manager) ระดับจังหวัด/อำเภอ และ (4) คลินิก NCD คุณภาพ

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงในประชากรและชุมชน โดยให้ชุมชนและองค์กรมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยง และ สถานบริการสาธารณสุขและชุมชนมีการสื่อสารสาธารณะด้วยกิจกรรม 3อ+2ส+อ้วน/น้ำหนักเกิน โดยในการดำเนินการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยแนวทาง 3อ2ส ดังนี้

อ.1 อาหาร มีการส่งเสริมพฤติกรรมการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยให้ได้รับสารอาหาร 6 ชนิด ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุ และน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

อ.2 ออกกำลังกาย มีกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย อย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ ๕ วัน และในแต่ละวันออกกำลังกายต่อเนื่อง อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที การออกกำลังกายที่สมบูรณ์แบบ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ ว่ายน้ำ วิ่ง ปั่นจักรยาน เดินเร็ว กระโดดเชือก แอโรบิกแดนซ์ และโยคะ เป็นต้น จะทำปอดหัวใจ หลอดเลือดตลอดจนระบบไหลเวียนทั่วร่างกายแข็งแรง

ทนทาน และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายแต่ละครั้งควร ปฏิบัติ 3 ขั้นตอนคือ (1) การอบอุ่นร่างกาย (2) การออกกำลังกาย และ (3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

อ.3 อารมณ์ มีกิจกรรมที่ช่วย พัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ สุข และสามารถแสดงบทบาท(สอดคล้องกับบทบาท) ในการเป็นแกนนำ มีการบริหารจัดการ ทั้งทางด้านป้องกัน และด้านส่งเสริมหลายระดับ

ส.1 สุขบุหรี ไม่เสพติดบุหรี การมีบุคคลตัวอย่างของผู้ไม่สุขบุหรี การควบคุมพื้นที่สุขบุหรีชุมชน

ส.2 สุรา เป็นบุคคลที่เป็นแบบอย่างไม่ดื่มสุรา การควบคุมการจำหน่ายสุรา

ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง โดยให้ สถานบริการสาธารณสุขร่วมกับชุมชนค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีปัจจัยเสี่ยง และผู้ป่วยรายใหม่ใน ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และ สถานบริการสาธารณสุขเสริมพลังความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพแก่กลุ่มที่มีภาวะอ้วน/น้ำหนักเกิน กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย

ด้านการบริหารจัดการเชิงระบบ โดยผู้จัดการประสานระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (System manager) ระดับจังหวัด/อำเภอ โดยผู้จัดการประสานระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (system manager) ระดับจังหวัด/อำเภอมีหน้าที่บริหารจัดการและประสานให้มีการนำนโยบาย แผนงาน โครงการลงสู่ปฏิบัติโดยมองความสำเร็จของเป้าหมายในภาพกลุ่มประชากร หน่วยงานส่วนกลางทำการพัฒนา

แนวทางการดำเนินงานของผู้จัดการประสานระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (System manager) ในการบริหารจัดการภาพรวม และให้จังหวัดดำเนินการ กำหนดผู้รับผิดชอบ/ทีมในการบริหารจัดการระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของจังหวัด/อำเภอ จัดทำแผนงานบูรณาการการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และอยู่บนหลักฐานข้อเท็จจริง และติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงเพื่อการพัฒนา

ด้านคลินิก NCD คุณภาพ โดยกำหนดให้ รพศ/รพท./ รพช พัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ มีเป้าประสงค์ของคลินิก NCD คุณภาพ เพื่อให้ (1)กลุ่มป่วยสามารถควบคุมสถานะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย (controllable) ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหลอดเลือด (vascular complication and related) (2) ผู้มา รับบริการสามารถควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยงได้หรือดีขึ้น (Control behavioral , physiological , biochemical risk, social and environmental determinants) (3)ลดการนอนโรงพยาบาลด้วยโรค เรื้อรังโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า (unexpected admission rate) และ(4)ลดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์ โดยตรงจากโรคเรื้อรัง ก่อนอายุ 70 ปี (premature fatality rate) กระบวนการดำเนินงานภายใต้ 6 หลักการ คือ (1) มีทิศทางและนโยบาย (2)มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ (3)จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (4)มี ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (5)มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ (6) มีระบบสารสนเทศ

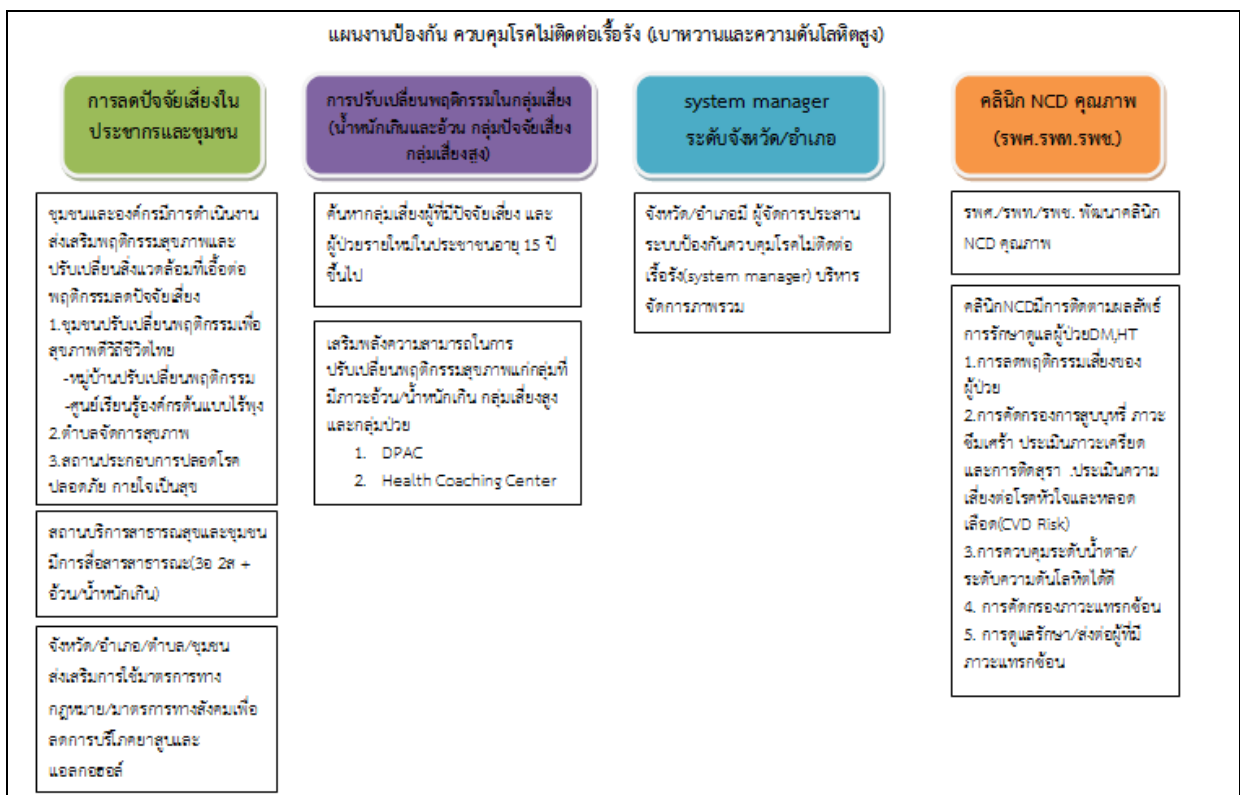
มีหลายหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ที่ร่วมดำเนินการภายใต้แผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต

บทบาทของกรมควบคุมโรค คือ

การลดปัจจัยเสี่ยงในประชากรและชุมชน เน้นเรื่องสถานการณ์ปลอดโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุข การผลิตสื่อต้นแบบ/การสื่อสารรณรงค์

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง โดยการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตตามมาตรฐาน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง และผู้ป่วยรายใหม่ในประชาชนอายุ15 ปีขึ้นไป สถานบริการสาธารณสุขเสริมพลังความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มที่มีภาวะอ้วน/น้ำหนักเกิน กลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มป่วย โดยดูแลเรื่องศูนย์การปรึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching Center)

การบริหารจัดการเชิงระบบ (System Manager) ในการบริหารจัดการภาพรวม ด้วยการสร้างแนวทางการดำเนินงานของผู้จัดการประสานระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการบริหารจัดการภาพรวม การพัฒนาและประเมินคลินิก NCD คุณภาพ รวมทั้งการจัดทำเอกสาร/คู่มือสนับสนุนการดำเนินงาน



แผนภาพที่1 แผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

(2) แผนงานลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ พ.ศ.2557 (กระทรวงสาธารณสุข. 2558)

เป้าหมาย เพื่อ (1) คนไทยมีพฤติกรรมสุขภาพดี ปัจจัยเสี่ยงลดลง (2) กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจได้รับการคัดกรองและปรับพฤติกรรม (3) ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าถึงบริการ ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และ (4) ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการฟื้นฟู ลดอัตราการเป็นซ้ำ

มาตรการ

(1) ลดปัจจัยเสี่ยงในประชากรทั่วไป และสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีกิจกรรมหลัก ได้แก่ นโยบาย “สุขภาพดี เริ่มต้นที่นี่” ลดการบริโภคเกลือ บังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบและสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ บังคับใช้ฉลาก GDA ตำบลจัดการสุขภาพดี หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์การเรียนรู้องค์กรต้นแบบไร้พุง และสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข

(2) สนับสนุนการประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายบุคคล กิจกรรมหลัก คือ คลินิก DPAC

(3) ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีกิจกรรมหลักได้แก่ การคัดกรอง DM, HT ผู้ป่วย DM, HT ควบคุมระดับน้ำตาล และความดันได้ดี ประเมินความเสี่ยง CVD ในผู้ป่วย DM,HT ผู้ป่วย DM,HT รู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วย DM,HT ที่สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ได้ และผู้ป่วย DM,HT ปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง

(4) พัฒนาคุณภาพระบบบริการ มีกิจกรรมหลักคือคลินิก NCD คุณภาพ มาตรฐานการรักษา (STEMI fast Track, Cardiac Rehabilitation/secondary prevention) และมาตรฐานคุณภาพของยา IHD

หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ ได้แก่กรมควบคุมโรค สำนักอาหารยา (อย.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบกับกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กองสุขศึกษา กรมอนามัย และกรมการแพทย์
บทบาทของกรมควบคุมโรค ที่เกี่ยวข้องในแต่ละมาตรการคือ

มาตรการที่ 1 ลดปัจจัยเสี่ยงในประชากรทั่วไป และสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

การจัดการลดการบริโภคเกลือผลิตชุดความรู้ (Tool Kit) สำหรับ อสม.อสม.นำชุดความรู้ (Tool Kit) ไปใช้ 1.3 การเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ และการเสริมสร้างศักยภาพการดำเนินงานเพื่อให้สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัยใจเป็นสุข จำนวนสถานประกอบการที่สมัครเข้าร่วมโครงการ ผลการดำเนินงาน จน.คนงานที่ป่วยด้วยโรคNCD จน.คนงานที่ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ ประเมินสถานประกอบการ กระบวนการจัดการปัญหา การเฝ้าระวังความเสี่ยงและการแก้ไข สรุปผลเปรียบเทียบอัตราการเจ็บป่วยโรค CD และ NCD จากไตรมาส2 สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ การประกาศให้รางวัลสถานประกอบการที่ผ่านเกณฑ์ และสรุปบทเรียน

มาตรการที่ 2 สนับสนุนการประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายบุคคล
DPAC กรมอนามัย

มาตรการที่ 3 ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

(1) การคัดกรองผู้ป่วย DM,HT รายใหม่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับคัดกรองDM HT มากกว่าร้อยละ 90

(2)ผู้ป่วย DM,HT ควบคุมระดับน้ำตาลและความดัน ได้ดีกล่าวคือ ผู้ป่วยDM ควบคุมFPG/HbA1C ได้ดีมากกว่าร้อยละ 40 ผู้ป่วยHT ควบคุมBP ได้ดีมากกว่าร้อยละ 50

(3)การประเมินความเสี่ยง CVD ผู้ป่วยDM,HT โดยทำการประเมิน CVD risk ได้ร้อยละ 50 ผู้ป่วย DM,HT ที่สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 50

มาตรการที่ 4 พัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิก NCD คุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)

โดยสรุปจุดเน้นในการติดตามประเมินผลโดยกรมควบคุมโรค ได้แก่คลินิก NCD คุณภาพการประเมิน CVD risk ในผู้ป่วย DM,HT ผู้ป่วย DM,HT ควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตสูงได้ดี ผู้ป่วย DM,HT รู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วย DM,HT ที่สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ได้ และ ผู้ป่วย DM,HT ปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง

กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อในฐานะ National Health Authority ได้ตั้งเป้าหมายการลดการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงให้สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก โดยเริ่มจากปี พ.ศ 2553-2561 และนำเป้าหมายดังกล่าวไปกำหนดแผนยุทธศาสตร์การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2557-2561

เป้าหมายการลดภาระโรคจากการป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับประเทศเมื่อสิ้นปี 2568 มี 9 เป้าหมาย ดังนี้

1. อัตราตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) **ลดลงร้อยละ 12**
2. ภาวะเบาหวาน**ไม่เพิ่มขึ้น (0%)** และภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน **ไม่เพิ่มขึ้น (0%)**
3. ภาวะความดันโลหิตสูง **ลดลงร้อยละ 12**
4. การบริโภคยาสูบ**ลดลงร้อยละ 15**
5. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ**ลดลงร้อยละ 5**
6. การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ **ลดลงร้อยละ 5**
7. การบริโภคเกลือ**ลดลงร้อยละ 15**

8. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง CVD (มี risk score สำหรับ 10 ปีข้างหน้าตั้งแต่ 30 ขึ้นไป) ได้รับการรักษา ด้วยยาควบคุมกับการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างน้อยร้อยละ 50

9. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเข้าถึงการได้รับยาและเทคโนโลยีที่จำเป็นและเหมาะสม ร้อยละ 80

การจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อลดเสี่ยง ลดโรคจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมี มาตรการดำเนินงานที่สำคัญ 3 มาตรการได้แก่ 1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อ 2. การจัดการลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ และ 3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

มาตรการที่ 1 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์

มีระบบเฝ้าระวังที่เป็นมาตรฐานสากล ครอบคลุมทุกมิติทั้งการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ การป่วย ภาวะแทรกซ้อนและความพิการจากโรค รวมทั้งความรุนแรงและการตาย เพื่อใช้ประโยชน์ในการ ป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิต ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และกำกับติดตาม ประเมินผล

กลวิธี

1. เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ (Surveillance System) เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
2. พัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ (BRFSS)
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายในการใช้ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
4. พัฒนางานวิจัย องค์ความรู้ และมาตรฐานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อ สุนโยบาย และการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

มาตรการที่ 2 การจัดการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกัน ควบคุม ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรและชุมชน

กลวิธี

1. พัฒนาสื่อสารเตือนภัย เพื่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกัน ควบคุมปัจจัยเสี่ยงในประชากรและ ชุมชน
2. ส่งเสริม สนับสนุน ศักยภาพในการป้องกัน ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของชุมชนและประชากร
3. สร้างและพัฒนามาตรการทางสังคม กฎหมาย และสิ่งแวดล้อม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนด
4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

5. พัฒนางานวิจัย องค์ความรู้ เทคโนโลยี เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงานลดเสี่ยง และป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

มาตรการที่ 3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วัตถุประสงค์

เพิ่มศักยภาพของสถานบริการสุขภาพให้มีความสามารถในการให้บริการที่ได้มาตรฐาน เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเชื่อมโยง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

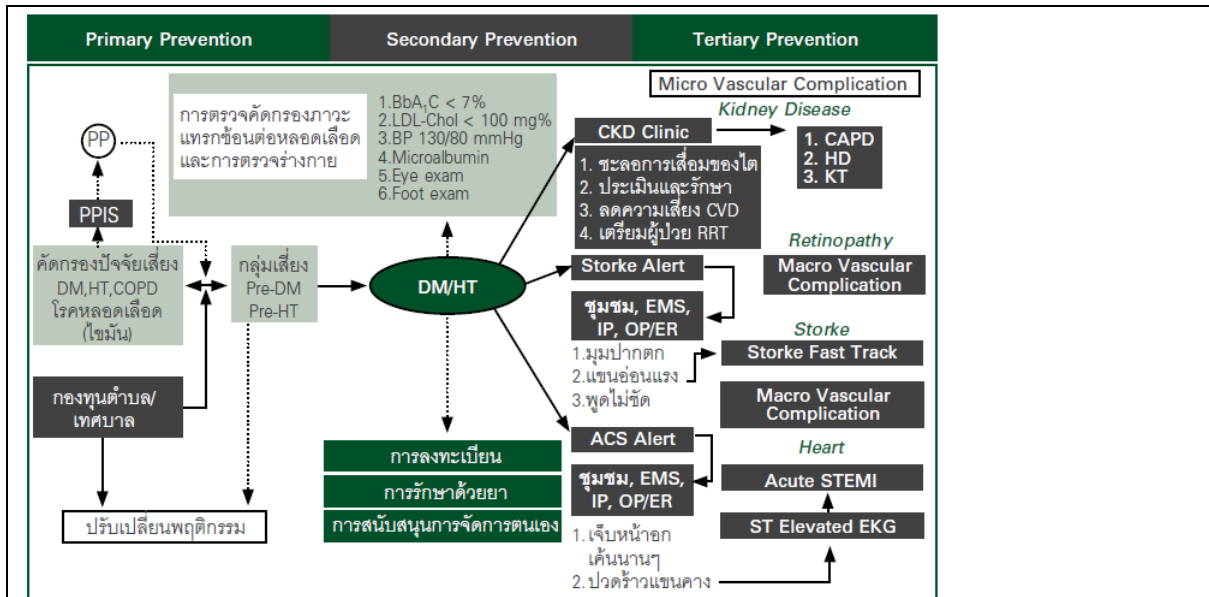
กลวิธี

1. พัฒนาระบบการคัดกรองและการประเมินความเสี่ยง
2. พัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย
3. พัฒนาระบบป้องกันและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (คลินิก NCD คุณภาพ)
4. พัฒนางานวิจัย องค์ความรู้ เทคโนโลยี เครื่องมือสนับสนุนการจัดการปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การบริหารงานควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. 2556)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ความสำคัญกับปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเห็นว่าการจัดบริการรักษาภายหลังการเกิดโรคเพียงอย่างเดียวไม่อาจลดภาระผู้ป่วย/ครอบครัว และสังคมระยะยาวได้ และไม่สามารถป้องกันและชะลอการเกิดโรคได้ การป้องกันก่อนการเกิดโรคจึงเป็นเรื่องที่มีโอกาสเลย สปสช. จึงจัดทำกรอบการบริหารจัดการ ด้วย

1) การบูรณาการดำเนินงานของกองทุนย่อยให้เป็นไปในทิศทาง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนการบริหารจัดการโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ภายใต้ขอบเขต วัตถุประสงค์และภาระหน้าที่หลักของกองทุน สปสช. โดย (1) การส่งเสริมและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (2) การบริหารงบกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (3) งบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และ(4)การป้องกันโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในระดับตติยภูมิ



แผนภาพที่ 2 แนวคิดการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

- 2) ประสานและร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในระดับนโยบายและทิศทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน เพื่อเสริมพลังในการป้องกันและการบริหารจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในระดับประเทศ
- 3) สนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้มีบทบาทขับเคลื่อน บูรณาการการส่งเสริมป้องกันและการบริหารจัดการโรคฯ ในพื้นที่
- 4) ส่งเสริมการบริหารจัดการข้อมูลในพื้นที่ เพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการบริการผู้ป่วยและการบริหารจัดการของหน่วยบริการและสสจ ลดภาระการจัดส่งข้อมูลไป สปสช.
- 5) การจ่ายเงินเป็นแบบจ่ายจริงล่วงหน้า มุ่งเน้นคุณภาพบริการตามข้อมูลผลงานของปีที่ผ่านมา
- 6) ให้ความสำคัญกับการประเมินผลและการสะท้อนกลับข้อมูล

ทั้งนี้ สปสช.ได้คาดหวังสิ่งที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 ดังนี้

ระดับตำบล/เทศบาล โดยกองทุนสุขภาพ อบต./เทศบาล มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และมีกิจกรรมดำเนินงานทุกชุมชน โดยศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และสถานีอนามัยมีการจัดระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ที่เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งมีการสนับสนุนกิจกรรมของกองทุนสุขภาพ อบต./เทศบาล และชมรมผู้ป่วย

หน่วยบริการประจำระดับอำเภอและจังหวัด ปรับการบริการคลินิกเบาหวานให้เป็นบริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Chronic Care Model) มีผู้จัดการรับผิดชอบการจัดบริการ (Case/Care/Disease management) ประสานเชื่อมโยงบริการ จัดให้มีข้อมูลและระบบการส่งต่อผู้ป่วยสู่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งเพิ่มการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดให้มีหน่วยงานเจ้าภาพ และผู้รับผิดชอบในกาตราเนินงานบริหารจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (System Manager) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางฐานข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการในจังหวัด

ในระดับเขต มีการบูรณาการทั้งหน่วยงานและงบประมาณ เพื่อสนับสนุนงานบริหารจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการและองค์กรภาคเกี่ยวข้อง

องค์กรวิชาการทางการแพทย์สาธารณสุข จัดให้มีกิจกรรมและเวทีวิชาการในระดับต่างๆที่หลากหลายและต่อเนื่อง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข จัดให้การบริหารจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงเป็นนโยบายเน้นหนัก สนับสนุนกลไกการทำงานของคณะกรรมการและคณะทำงานในระดับต่างๆ ให้สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และให้กองทุนต่างๆทำงานอย่างบูรณาการ

สังคม เกิดกระแสสังคมที่ใส่ใจกับภัยเงียบของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เพื่อกระตุ้นให้สังคมหันมาตระหนักและมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน (นำเสนอเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิและกองทุนสุขภาพตำบล/เทศบาล.)

หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการประจำ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ นอกจากนี้ สปสช. ยังได้สนับสนุนงบกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อดำเนินงาน บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

-ค้นหากลุ่มเสี่ยงสูงผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ด้วยการตรวจคัดกรองผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

-ส่งต่อผู้ป่วยรายใหม่ตรวจยืนยันและไปลงทะเบียนที่หน่วยบริการประจำ พร้อมทั้งรับการและวางแผนการรักษากับแพทย์ที่หน่วยบริการประจำหรือศูนย์แพทย์ชุมชน

-จัดให้มีบริการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับส่งกลับและดูแลต่อเนื่องตามแผนการรักษาที่แพทย์และทีมดูแลเบาหวานความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการประจำตกลงร่วมกับผู้ป่วย

-ส่งเสริมสนับสนุนชมรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

-ประสานเชื่อมโยงชุมชน เพื่อแสวงหาทรัพยากรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยหรือแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ทรัพยากรในชุมชน

กองทุนสุขภาพตำบล/เทศบาล

กองทุนสุขภาพตำบล/เทศบาลมีอำนาจพิจารณาดำเนินการ เพื่อสนับสนุนการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ตามความจำเป็น กิจกรรมที่กองทุนสามารถดำเนินการได้มีดังนี้

-ตรวจคัดกรองความเสี่ยงและคัดกรองโรค (ส่งตรวจยืนยันที่หน่วยบริการประจำ) ประชาชนในชุมชน ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

-จัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

-ส่งเสริมสนับสนุนชมรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

-ส่งเสริมสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

การติดตามและประเมินผลตัวชี้วัด (นำเสนอเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิและ กองทุนสุขภาพตำบล/เทศบาล)

หน่วยบริการปฐมภูมิ ติดตามในสามประเด็นคือ (1)การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันและ ลงทะเบียนที่หน่วยบริการประจำ (2)มีการจัดบริการรองรับภาคดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ถูกส่งกลับมายังต่อเนื่องตามแผนการรักษา และ(3) มีการสนับสนุนชมรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและเชื่อมโยงกับชุมชน

กองทุนสุขภาพตำบล/เทศบาล ติดตามในสองประเด็นคือ มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและหรือคัด กรองโรค (ส่งตรวจยืนยันที่หน่วยบริการประจำ) ประชาชนในชุมชนอย่างน้อยร้อยละ 50 ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป และมีการสนับสนุนชมรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

โดยสรุป บทบาทของกรมควบคุมโรค ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อในฐานะ National Health Authority ได้ตั้งเป้าหมายการลด การเจ็บป่วยและตาย ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก 9 เป้าหมาย โดยนำไปกำหนด แผนยุทธศาสตร์การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2557-2561 และในแผนงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีบทบาทดังนี้

การลดปัจจัยเสี่ยงในประชากรและชุมชน เน้นเรื่องสถานการณ์ปลอดโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุข การผลิตสื่อต้นแบบ/ การสื่อสารรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ด้วยการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง พฤติกรรมเสี่ยง(BRFSS) และโรคไม่ติดต่อ Surveillance System) โดยการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตตามมาตรฐาน ดูแลเรื่องศูนย์การศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching Center) การจัดการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ ด้วยการพัฒนาสื่อสารเตือนภัย สร้างและพัฒนามาตรการทางสังคม กฎหมาย และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยง ในประชากรและชุมชน ด้วยการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยง ระบบการคัดกรองและการประเมินความเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ รวมทั้งการจัดทำเอกสาร/คู่มือสนับสนุนการดำเนินงาน

การบริหารจัดการเชิงระบบ (System Manager) ด้วยการสร้างแนวทางการดำเนินงานของผู้จัดการ ประสานระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการบริหารจัดการภาพรวม

การเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ และยาสูบ และการเสริมสร้างศักยภาพการดำเนินงานเพื่อให้สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

บทบาทของกรมควบคุมโรคที่สอดคล้องกับแนวทางการบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และ อปต. ในเรื่องการค้นหากลุ่มเสี่ยงสูงผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ด้วยการตรวจคัดกรองผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับในกองทุนสุขภาพตำบล/เทศบาล ที่มีอำนาจพิจารณาดำเนินการ เพื่อสนับสนุนการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ตามความจำเป็น เช่น ตรวจคัดกรองความเสี่ยงและคัดกรองโรค (ส่งตรวจยืนยันที่หน่วยบริการประจำ) ประชาชนในชุมชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ส่งเสริมสนับสนุนชมรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และส่งเสริมสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

สรุปได้ว่า บทบาทของกรมควบคุมโรคในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ บทบาทในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ด้วยการคัดกรองและการประเมินความเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตตามมาตรฐาน ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยง การผลิตสื่อต้นแบบ/การสื่อสารรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง สร้างและพัฒนามาตรการทางสังคม กฎหมาย และสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง

ในการศึกษาครั้งนี้บทบาทของกรมควบคุมโรค ที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ อปต./เทศบาล ในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ในเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงในประชากรและชุมชน โดยการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตตามมาตรฐาน ส่งเสริมสนับสนุนชมรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การใช้มาตรการทางสังคม กฎหมาย และสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อให้ประชากรและชุมชนเกิดความตระหนักในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ และยาสูบ และการเสริมสร้างศักยภาพการดำเนินงานเพื่อให้สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

2.3 องค์การบริหารส่วนตำบลบทบาทตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรค

บทบาทการพัฒนาสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ตาม พรบ. รัฐธรรมนูญ ราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบัน มาตรา ๕๒ วรรค ๒ ที่บัญญัติว่า "การบริการทางสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้" และ มาตรา ๒๙๐ บัญญัติว่า "เพื่อส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด ดังนั้นองค์กรปกครองท้องถิ่นจึงเป็นองค์กรหรือกลไกของประชาชนที่

สำคัญ ที่มีบทบาทในการพัฒนาการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ชั้นพื้นฐานของประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆ (คุณชาติ ไทยเจริญ. 2558)

บทบาทด้านการป้องกันควบคุมโรคและการสาธารณสุข ตาม พรบ.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 คือมาตรา 67 (ข้อ 3) ป้องกันและระงับโรคติดต่อ (ข้อ 6) ส่งเสริมการพัฒนาสตรีเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการ ตามพรบ.เทศบาล พ.ศ. 2545 ด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีภารกิจที่เกี่ยวข้องตามมาตรา 16(19) เรื่องการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัวและการรักษาพยาบาล และบทบาทตาม พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจส่วนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่2) พ.ศ. 2549 หมวด2 การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ ม.16 (19) การจัดให้มีโรงพยาบาล จังหวัด การรักษาพยาบาลและการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ(ดุष्ฎี นรศาวัต และศิริพัทธ์ มัชวาล. 2552)

2.4 กองทุนสุขภาพตำบลกับการสนับสนุนบทบาทท้องถิ่นในงานสุขภาพ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นับเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย มุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นอกจากมีเจตนารมณ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แล้ว ยังสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและการสร้างกลไกในสังคมที่จะต้องเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13(3) มาตรา 18(4)(8)(9) และมาตรา 47 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุน ประสาน และกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้รับความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนรวมถึงสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรดำเนินงาน และบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่

ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนพิเศษ 76 ง หน้า 27 วันที่ 12 พฤษภาคม 2557 ได้ผ่านการกลั่นกรองและการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องได้แก่ สปสช. สปสช.เขต กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันพิจารณาหลักเกณฑ์ แนวทาง เพื่อให้การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นไปตามเจตนารมณ์การก่อตั้ง มีความเหมาะสม ต่อเนื่อง และเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานยิ่งขึ้น

ตามประกาศฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข หรือสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชน ดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ

ลักษณะของกิจกรรมที่กองทุนสนับสนุน 5 ประเภท

1)กิจกรรมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็กกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

2)กิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชน หรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ ได้ดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่สมาชิกหรือประชาชนในพื้นที่ และกรณีมีความจำเป็นต้องจัดซื้อวัสดุที่มีลักษณะเป็นครุภัณฑ์ ให้สนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกิน 5000บาทต่อโครงการ วัสดุที่มีลักษณะเป็นครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ ให้อยู่ในความดูแลและบำรุงรักษาของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน หรือหน่วยงานอื่นที่ได้รับการสนับสนุนนั้นๆ

3)กิจกรรมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์ชื้ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการใน

ชุมชน ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด เป็นเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น

4) กิจกรรมเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น และในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ครุภัณฑ์นั้นจะต้องมีราคาไม่เกิน 20,000 บาทต่อหน่วย โดยการจัดซื้อจัดจ้างให้ใช้ระเบียบขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นโดยอนุโลม และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ ให้อยู่ในความดูแลและบำรุงรักษาขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ

5) กิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินกองทุนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์ได้

โดยสรุปกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ได้ กำหนดแนวทางในการใช้งบประมาณกองทุนด้านสุขภาพ เพื่อทำการประเมินการใช้งบประมาณกองทุนในแต่ละปีงบประมาณ แบ่งเป็น 8 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด กลุ่มที่ 2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มที่ 3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มที่ 4 กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มที่ 5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มที่ 6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ กลุ่มที่ 7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ภาวะเสี่ยง และกลุ่มอื่นๆ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ และกลุ่มอื่นๆ โดยหมวดที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อคือหมวดที่ 7 ซึ่งอบต.แต่ละแห่งก็จะมีสัดส่วนของการใช้งบประมาณแต่ละหมวดแตกต่างกันไป

2.5 บริหารจัดการค่าใช้จ่ายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention: P&P) กับบทบาทท้องถิ่น

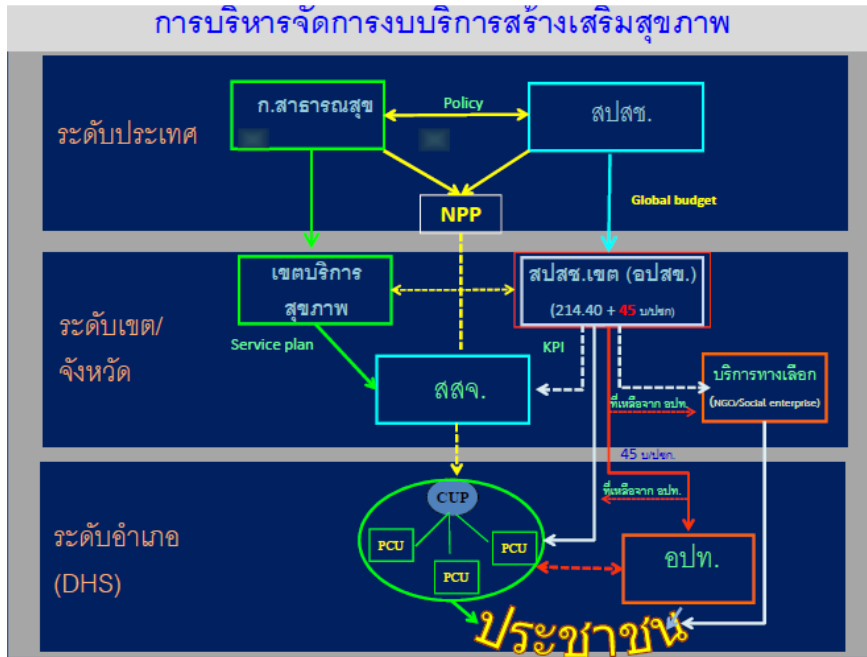
เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จัดให้กับประชาชนไทยทุกสิทธิ เป็นบริการสาธารณสุขที่ให้โดยตรงกับบุคคลและครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เชิงผลลัพธ์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อัตราป่วย/อัตรามรณะ ที่เป็นภาระโรคของประเทศและส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก บรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน โดยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมบริบทที่สำคัญดังนี้

- (1) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- (2) การสร้างเสริม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษา แนะนำ และการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย
- (3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยมีกิจกรรมบริการ ตามกลุ่มวัยดังนี้

- (1) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด
- (2) การตรวจและการบริหารสุขภาพ พัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และหรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทยซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา
- (3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศรวมทั้งวัคซีนไขหวัดใหญ่
- (4) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนชาวไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา/ราชวิทยาลัย/กระทรวงสาธารณสุข
- (5) การวางแผนครอบครัว ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และหรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนชาวไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา
- (6) การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
- (7) การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- (8) การให้คำปรึกษาแนะนำ การสร้างเสริม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย แก่ผู้รับบริการทั้งรับบุคคลและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ
- (9) การสร้างเสริมสุขภาพละป้องกันโรคในช่องปาก

โดยงบประมาณด้านการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรังในปีงบประมาณ 2557 เท่ากับ 801.04 ล้านบาท และในปีงบประมาณ 2558 เท่ากับ 908.99 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ซึ่งในกรอบการบริหารงบประมาณได้เกี่ยวข้องกับ บทบาท อปท. ในฐานะหน่วยงานท้องถิ่น ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามบทบาทและศักยภาพของท้องถิ่น ทั้งความร่วมมือโดยตรงกับหน่วยงานสาธารณสุขในท้องถิ่น และการดำเนินงานโดยการสนับสนุนงบประมาณภายใต้กองทุนสุขภาพตำบล/ท้องถิ่น



(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

2.6 การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนโยบายโรคไม่ติดต่อ

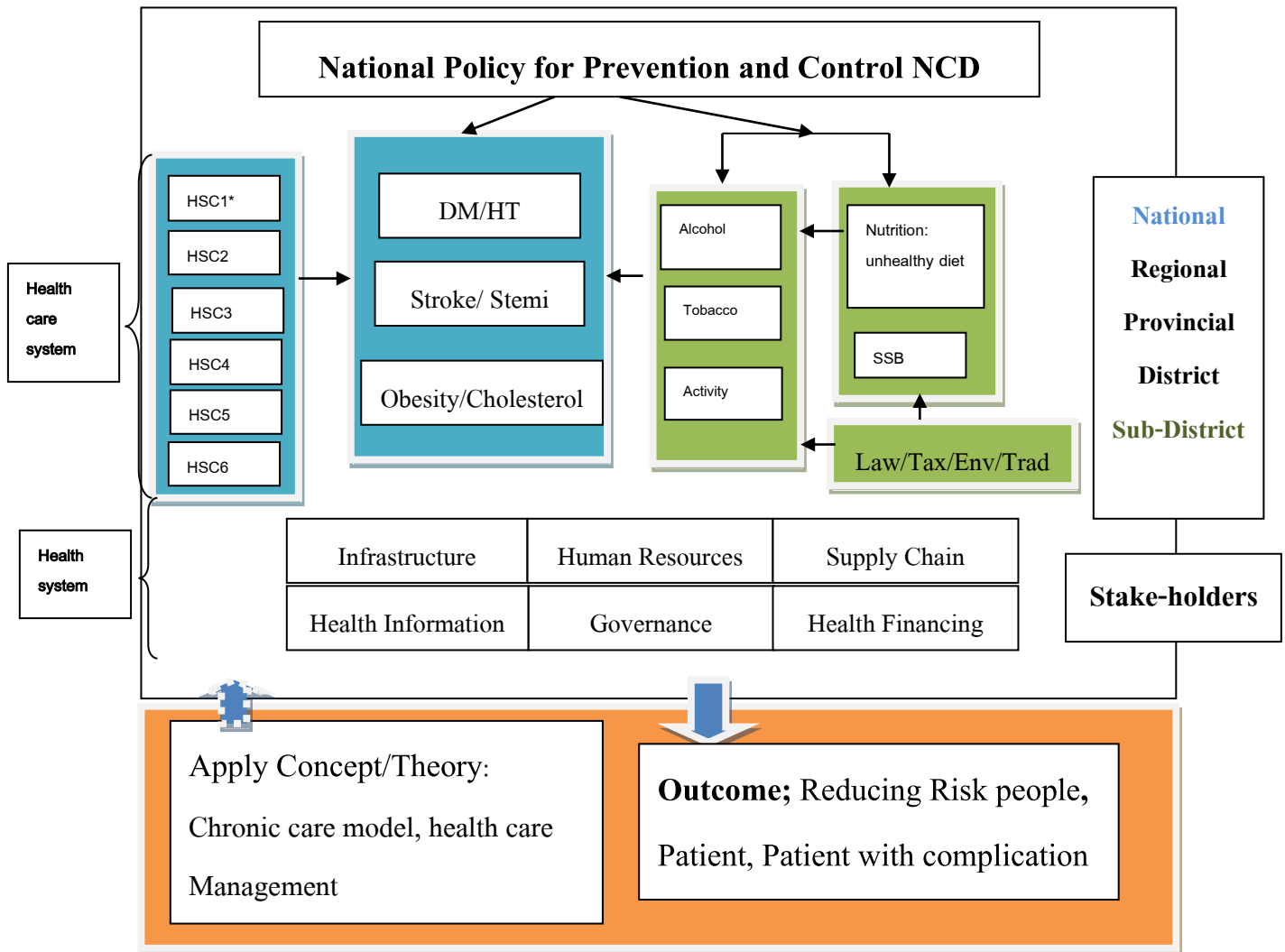
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งจากงานวิจัย บทความและรายงานการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ พบว่า ในการดำเนินนโยบายแบ่งเป็นสองส่วนคือ นโยบายด้านการป้องกันและควบคุมในกลุ่มประชาชนปกติและกลุ่มเสี่ยง และในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ คือโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนตามมาได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดสมอง โรคและไต

งานวิจัยด้านการควบคุมป้องกันในกลุ่มผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพ โดยมีการผสมผสานแนวคิดมาใช้ในระบบบริการเพื่อควบคุมและป้องกันในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการนำเอาเทคโนโลยีสื่อสารมาใช้เพื่อควบคุมการพฤติกรรมผู้ป่วย (Mary Chroscikoskiet al. 2006, Bloomfield et al. 2014, and Jose et al. 2013) รวมทั้งจัดการเชิงระบบด้วยการสร้างโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้บริการแบบครบวงจรในทั้งในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิเช่นในประเทศแอลจีเรีย (Lamri et al. 2014). หรือการจัดการเชิงระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศ ในการดูแลและให้บริการผู้ป่วยโรค NCD และมีการประเมินผลระบบการให้บริการ ภายใต้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นในประเทศอิตาลี (Grimaccia and Kanavos. 2014). รวมทั้งการประเมินระบบบริการสุขภาพโรคเบาหวานและหลอดเลือดหัวใจในประเทศแอฟริกา (PaskalKengne et al.2013). และความพยายามแนะนำให้นำโรคไม่ติดต่อเป็นหนึ่งในโรคที่ต้องดูแลในกรอบแนวคิด OneHealth เพื่อนำไปสู่การบรรลุการพัฒนาสุขภาพใหม่ (Millennium Development Goals: MDGs) ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (LMIC)

(Stenberg and Chisholm. 2012) จากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ จากบทความงานวิจัยส่วนใหญ่จะหมายถึงการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ผลการประเมินการดำเนินงานวัดจาก การลดลงของกลุ่มเสี่ยง ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต และวัดผลจากการมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง งานที่มองเชิงระบบโรคในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในกลุ่มประเทศอาเซียน โดย Dan และคณะ (Antonio Dans, and et al. 2011) เสนอว่าหน่วยงานท้องถิ่นในระดับจังหวัดหรือเมืองเป็นหน่วยงานที่มีความเหมาะสมต่อการสร้างความร่วมมือกับหลายภาคส่วนในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการให้บริการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ โดยมีระบบการส่งต่อในการสนับสนุนระบบบริการ แผนภาพที่ 3

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย มีการใช้หลากหลายมาตรการ ทั้งมาตรการทางกฎหมายและมาตรการด้านภาษี มาใช้ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทั้งบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกเหนือจากความพยายามในการสร้างนวัตกรรม นโยบายและโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หลากหลายทั้งตัวนวัตกรรม กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ๆ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยเองแม้ว่าจะเป็นประเทศที่ถูกมองว่าใช้มาตรการทางกฎหมาย และภาษีในการควบคุมการสูบบุหรี่ได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วยกัน แต่ก็ยังพบว่าการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายในระดับชุมชนยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร และจำนวนผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นยังพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้น (ทักษพล ธรรมรังสี. 2556) เช่นเดียวกับการใช้มาตรการทางกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ายังไม่เข้มแข็งโดยเฉพาะในระดับชุมชน และยังมีจำนวนนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. 2554)

การดำเนินงานควบคุมปัจจัยเสี่ยงเรื่องอาหารและการเพิ่มกิจกรรมออกกำลังกาย ด้วยการรณรงค์ให้ลดอาหารหวานมัน เค็ม และการออกกำลังกาย ด้วยการรณรงค์ให้ประชาชนที่ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในด้านการออกกำลังกาย การกินอาหารที่มีประโยชน์ การควบคุมอารมณ์ และไม่เสพยาสูบและแอลกอฮอล์ ภายใต้คำสำคัญคือ ในการรณรงค์คือ “3อ2ส” ภายใต้ แผนงานควบคุมโรคเบาหวานความดันรวมถึงถูกนำไปใช้เป็นตัวชี้วัดที่ 3 และ 4 ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 ปี 2555-2559 เพื่อตัววัดผลการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายข้อที่ 1 ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2556) ในส่วนของหน่วยบริการสาธารณสุข โดยการนำของภายใต้ การดูแลโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นำแนวรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกาย (Diet Physical Activity Clinic: DPAC) หรือที่เรียกโดยทั่วไปว่าคลินิกคนไทยไร้พุง เข้ามาใช้ในการควบคุมน้ำหนักและเส้นรอบเอว ที่ดำเนินการภายใต้แผนงานลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกิน 23 ต่อประชากรแสนคน) พ.ศ. 2557 รวมถึงโครงการบูรณาการสร้างสุขภาพวิถีชีวิตไทย ลดภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2555-2558 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2555)



แผนภาพที่ 3 นโยบายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ช่องว่างของการดำเนินงานงานด้านโรคไม่ติดต่อ ในระดับพื้นที่คือระดับชุมชนหรือเมือง ที่ไม่สามารถใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมเรื่องเหล้า บุหรี่ อาหารขยะเช่นของขบเคี้ยวที่เนิ่นรสหวาน มัน เค็ม รวมถึง การนำนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อไปใช้ ดังที่งานวิจัยโดย Dan และคณะ (2011) ที่เสนอว่าหน่วยงานระดับพื้นที่หรือท้องถิ่นมีความเหมาะสมต่อการสร้างความร่วมมือกับหลายภาคส่วนในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการให้บริการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ โดยมีระบบการส่งต่อการสนับสนุนระบบบริการ

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัยกระบวนการพัฒนาโครงการการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 อุบลราชธานี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนาโครงการท้องถิ่นด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ 3อ.2ส. ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และแนวทางการยอมรับบทบาทกรมควบคุมเพื่อทำเป็นนโยบายท้องถิ่นในด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อของ อปท. โดยมีขั้นตอนในการศึกษาดังนี้

3.1 พื้นที่ศึกษา พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี โดยเลือก อปท.ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 อุบลราชธานี ที่มีจังหวัดในพื้นที่ 5 จังหวัด

3.2 ประชากรที่จะศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย ที่ทำการสัมภาษณ์เป็นตัวแทน อปท.ในการสัมภาษณ์กลุ่ม ได้แก่ นายก อปท./ตัวแทน ปลัด อปท. ตัวแทนสมาชิก อปท. ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน ตัวแทนอสม. และรพ.สต. ในพื้นที่

ขนาดตัวอย่าง และวิธีการเลือกตัวอย่าง

หน่วยในการวิเคราะห์ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต10 อุบลราชธานี ทำการเลือก แบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็น อปท. ที่มีแผนงานโครงการด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ภายใต้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2564 ได้แก่ อปท. ในเขตอำเภอรอบใน 2 แห่ง และในเขตอำเภอรอบนอก 2 แห่ง จาก 5 จังหวัด รวมจำนวน อปท. ที่ศึกษาทั้งสิ้น 20 แห่ง

กรณีที่ไม่ใช่สมาชิก อปท. จะเลือกแบบเจาะจงโดยตำแหน่งคือ

- ผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน จำนวน 1 คน มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบาย/แผนงานป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในชุมชน ในปีงบประมาณ 2564

- เจ้าหน้าที่ รพสต. จำนวน 1 คน มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบาย/แผนงานป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในชุมชน ในปีงบประมาณ 2564

- ตัวแทนอสม.จำนวน 1 คน มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบาย/แผนงานป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในชุมชน ในปีงบประมาณ 2564

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

เกณฑ์ในการคัดเลือก ใช้เกณฑ์คัดเลือก อปท.ที่มีแผนงานโครงการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในปีงบประมาณ 2564 โดยเลือกเป็นตัวแทน อปท. อำเภอรอบใน และ ตัวแทน อปท.อำเภอรอบนอก

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอาสาสมัครตัวแทน อปท. อาสาสมัครที่คัดเลือกเป็นตัวแทน อปท.ในการให้ข้อมูล ประกอบด้วยบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงตามตำแหน่งและโดยอ้อม ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบาย/แผนงานป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในชุมชน ในปีงบประมาณ 2564 ประกอบด้วย นายก อปท./หรือตัวแทน ปลัดอปท./หรือตัวแทน ตัวแทนสมาชิกอปท. ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และ รพ.สต.ในพื้นที่

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอาสาสมัคร กรณีที่ไม่ใช่สมาชิก อปท.

กรณีอาสาสมัครที่ไม่ใช่ สมาชิก อปท. ประกอบด้วยบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงตามตำแหน่งและโดยอ้อม ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบาย/แผนงานป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในชุมชน ในปีงบประมาณ 2564 ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน เจ้าหน้าที่ รพสต. และตัวแทนอสม.จำนวน 1 คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- (1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานเพื่อขอความร่วมมือในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลกับบุคลากรในสังกัดและในพื้นที่
- (2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลโครงการวิจัยแก่อาสาสมัคร ที่สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นอาสาสมัคร โดยจะแจ้ง/บอก/อธิบาย เป็นรายบุคคลเพื่อให้อาสาสมัครมีอิสระในการตัดสินใจร่วมโครงการ ภายหลังได้รับทราบและเข้าใจในความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งให้ดูเอกสารแนะนำโครงการ
- (3) เปิดโอกาสให้อาสาสมัครทำความเข้าใจและซักถามความเข้าใจ พร้อมทั้งอธิบายและหรือตอบปัญหา/ข้อสงสัยเพิ่มเติมหากผู้ให้ข้อมูลมีข้อสงสัยต่องานวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ปรึกษาคนอื่นเพื่อประกอบการตัดสินใจให้ความยินยอมกับนักวิจัย รวมถึงกระบวนการตัดสินใจหากไม่สะดวกเข้าร่วมโครงการก็สามารถปฏิเสธได้
- (4) แสดงเอกสารแสดงความยินยอม พร้อมทั้งให้อ่านเอกสารเพื่อเซ็นรับทราบและให้ความยินยอมที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ทุกคน ทุกครั้ง โดยขอคำยินยอมรายบุคคล ก่อนที่จะเริ่มทำการเก็บข้อมูลทั้งในการสัมภาษณ์กลุ่ม และในกรณีที่สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยจะทำการขอคำยินยอมแยกจากการสัมภาษณ์กลุ่ม

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์กลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกในกรณีที่อาสาสมัครบางท่านติดภาระกิจสำคัญเร่งด่วนในวันที่ทีมวิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่ม หรือในกรณีที่อาสาสมัครไม่สะดวกที่จะให้การสัมภาษณ์กลุ่มแต่สะดวกในการให้สัมภาษณ์เดี่ยวมากกว่า

กลุ่มเป้าหมาย ที่ทำการสัมภาษณ์ในฐานะเป็นตัวแทน อปท.ในการสัมภาษณ์กลุ่ม ได้แก่ นายก อปท./
ตัวแทน ปลัด อปท. ตัวแทนสมาชิก อปท. ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน ตัวแทนอสม. และรพ.สต. ในพื้นที่

ประเด็นในการสัมภาษณ์ กระบวนการพัฒนานโยบายการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ที่
เกี่ยวข้องกับการคัดกรองDM/HT การสนับสนุนชมรมผู้ป่วยDM/HT การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารและการ
ออกกำลังกายประชาชน การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ การใช้มาตรการทางสังคมและหรือ
การบังคับใช้กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ และยาสูบในชุมชน และการจัดให้มีสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ตาม
กฎหมายในชุมชน แนวทางการสัมภาษณ์เน้น กระบวนการพัฒนานโยบายเกี่ยวกับ กระบวนการเลือกปัญหา
การวิเคราะห์ปัญหา มีกระบวนการตัดสินใจเลือกกิจกรรม/ทางเลือกของนโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ
อย่างไร ใครมีส่วนร่วมบ้าง และมีปัจจัยที่สำคัญอะไรบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจ มีข้อจำกัดต่อการปฏิบัติ
นโยบายรวมทั้งอุปสรรคต่อการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่อย่างไร และมีแนวทางการ
จัดการข้อจำกัดและอุปสรรคอย่างไร

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์กลุ่ม นำมาจัดกลุ่ม ตาม
ประเด็นสำคัญ และทำการวิเคราะห์ เนื้อหาให้ได้เป็นกระบวนการพัฒนาโครงการการป้องกันควบคุมปัจจัย
เสี่ยงโรคไม่ติดต่อในระดับท้องถิ่น

บทที่ 4

วิเคราะห์ผลการศึกษา

วิเคราะห์ผลการศึกษา แบ่งเป็นสามส่วนคือ ส่วนข้อมูลทั่วไปของ อปท. กระบวนการพัฒนาโครงการด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อของ อปท. และการยอมรับบทบาทกรมควบคุมโรคในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อของ อปท. เพื่อนำไปกำหนดเป็นนโยบายท้องถิ่น โดยทำเป็นรูปธรรมในรูปของแผนงานโครงการประจำปีของ อปท. ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อปท.

ข้อมูลทั่วไป ของอปท. ทั้ง 20 แห่ง ซึ่งในการนำเสนอ ผลการศึกษา ผู้วิจัยให้ รหัส P1-P20 แทนการใช้ชื่อ อปท. แบ่งเป็นเทศบาล จำนวน 7 แห่ง และ อบต. จำนวน 13 แห่ง

ลักษณะการจัดทำนโยบายด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ด้วย หลัก 3 อ.2ส. ในรูปแบบของแผนงานโครงการด้านสุขภาพ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพท้องถิ่น แบ่งโครงการออกเป็นสามประเภทคือ โครงการประเภทที่หนึ่ง คือโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ 3 อ. คือ อารมณ์ อาหาร และการออกกำลังกาย และ 2ส. คือสุรา และการสูบบุหรี่ โครงการประเภทที่สอง คือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเหล้า บุหรี่ในชุมชน ในรูปและโครงการงานศพ งานบุญปลอดเหล้า ที่มีการดำเนินการผสมผสานไปกับเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค และโครงการประเภทที่สาม คือโครงการที่มีการผสมผสานระหว่างโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร่วมกับโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดหวานมันเค็มเค็ม การออกกำลังกายห่างไกลยาเสพติด โดยมีรายละเอียดราย อปท. ที่ศึกษาดังนี้

แสดงประเภทและขอบเขตกิจกรรมในโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ด้วย 3 อ. 2 ส.

ประเภทโครงการ	อปท.	ขอบเขตของโครงการ
โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	P1-P5, P9, P12, P15-P16, P17-P20	กระบวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความดันในกลุ่มอายุ35ปีขึ้นไป กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3 อ. 2 ส.
โครงการการควบคุมเหล้า บุหรี่ในชุมชน	P6-P8, P11, P14	งานศพ งานบุญปลอดเหล้า งานคุ้มครองผู้บริโภค
โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	P13	หมู่บ้านจัดการสุขภาพด้วย 6 อ. : อาหาร ออกกำลังกาย อโรควา อนามัยสิ่งแวดล้อม อบายมุข อารมณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกิจกรรมลดหวานมันเค็มเค็มการออกกำลังกายห่างไกลยาเสพติด

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาโครงการด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคติดต่อด้วย 3อ. 2ส.

กระบวนการพัฒนาโครงการด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคติดต่อด้วย 3อ. 2ส. หมายถึง กระบวนการที่ อปท. ใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกปัญหาด้านสุขภาพ เรื่องปัญหาโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ ว่ามีปัญหาอย่างไร มีแนวทางในการหาปัญหา เลือกรูปแบบ และแนวทางในการจัดการอย่างไร ในแต่ละขั้นตอน/กระบวนการหาปัญหาและเลือกรูปแบบเรื่องโรคไม่ติดต่อในพื้นที่นั้น มีผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วม อย่างไร และในการตัดสินใจเลือกแนวทาง และกิจกรรมในการแก้ปัญหา ที่ภายใต้ นโยบาย/แผนงาน/ กิจกรรมโครงการ ในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่อย่างไร และมีปัญหาอุปสรรค และแนวทางการจัดการข้อจำกัดและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อทางเลือกในการนำนโยบาย นโยบาย/แผนงานในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ อย่างไร ซึ่งในการนำเสนอผลการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายในครั้งนี้แบ่งเป็น 7 หัวข้อคือ

- 2.1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่ต้องการแก้ไขในพื้นที่
- 2.2 ลักษณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2.3 การคัดเลือกปัญหาสุขภาพในการทำแผนงานโครงการของพื้นที่
- 2.4 แนวทางการจัดการปัญหา
- 2.5 ปัญหาในการดำเนินงาน
- 2.6 การจัดการงบประมาณ
- 2.7 การประเมินโครงการ

โดยมีรายละเอียดของแต่ละหัวข้อยังนี้

2.1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่ต้องการแก้ไขในพื้นที่ ในหัวข้อสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่ต้องการแก้ไขในพื้นที่ ประกอบด้วยสี่หัวข้อย่อย ว่าด้วยสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อในชุมชน ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชน ตัวอย่างผู้ป่วยในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจาก โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชุมชน โดยทั้งสี่ประการมีผลต่อการยอมรับปัญหาโรคร้ายเจ็บ หรือโรคไม่ติดต่อ ที่ชุมชนได้พบเห็นทั้งจากคนในชุมชนและข้อมูลด้านสถานะสุขภาพที่ตัวแทนประชาชนคือ อสม. ในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการสำรวจ โดยแต่ละหัวข้อ มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อในชุมชน

“จำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันรายใหม่มีเพิ่มขึ้นทุกปี...ยังตรวจคัดกรองยังเจอมากขึ้น”

“กาแพทรีอินวันเป็นค่านิยมใหม่ในเรื่องการกินหวานในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ”

“กลุ่มเสี่ยงผู้ขายวัยแรงงานเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการนำเข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการเข้ากลุ่มทำให้เสียเวลาทำมาหากิน”

สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อในชุมชน ที่สะท้อนภาพโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับภาพของระดับประเทศที่มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยข้อมูลที่แสดง สถานการณ์ปัญหาของ เทศบาล และ อปท. มาจากข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี มากน้อยแตกต่างกัน ในแต่ละพื้นที่ ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตต้องฟอกไตในพื้นที่ ซึ่งมีในทุกตำบลแต่จำนวนมากน้อย แตกต่างกัน โดยข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่มาจากการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จาก อปท. ส่วนข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนในพื้นที่โดยเฉพาะในกลุ่มฟอกไตนั้นเป็นบทบาทของ รพ.สต. ต้องไปเยี่ยมบ้าน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลในหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ของ อปท. ให้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาดังนี้

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย DM HT ในพื้นที่ ทั้งในภาพรวมระดับอำเภอ และระดับตำบล จาก อปท. ที่ศึกษา ดังนี้ “เบาหวานความดันของเขตเรามีแนวโน้มจะสูงขึ้น จาก ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานความดันรายใหม่ พบผู้ป่วยเบาหวาน 80 คน ความดันโลหิตสูง 92 คน จากประชากรประมาณ 2,000 คน” (P 2: รพ.สต.) เช่นเดียวกับภาพรวมของผู้ป่วย DM HT ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ก็พบว่าจำนวนผู้ป่วย DMHT รายใหม่ เพิ่มขึ้นทุกปี เช่นเดียวกัน “PCU รพ. มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 400-450 คน ความดัน 800 คน รวมผู้ป่วยทั้งใน เขตรพ.และจากเขตเทศบาลP2” (P 2: PCU) ผู้ป่วย DM HT ในพื้นที่เทศบาลตำบลมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี “พื้นที่เรา จากมาอยู่ครั้งแรก PCU นาคำ ตอนนั้นมีผู้ป่วยในเขต 20 กว่าคนจาก5พันคนเมื่อปีที่แล้ว เรื่อยๆ ช่วง มิถุนายน สิงหาคม ตุลาคม เริ่ม30-40-60 เป็น New case DM HT ของ รพ.เองก็จาก200เป็น 300 ตอน ที่มาเราทำคัดกรองครั้งหนึ่งประมาณตุลาปี 57 แต่เราเห็นว่าผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น และมีผู้ป่วยที่ส่งต่อจาก รพ. มากขึ้น ตอนนี้มี 82 รายแล้วครับ” (P1: PCU P1)

พื้นที่ อปท. ที่ทำการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดัน ในพื้นที่พบว่า “ยังตรวจก็เจอผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น” ดังผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “ในฐานะที่เราเป็นพยาบาลจากการตรวจสุขภาพทุกปีเราจะมีคนไข้รายใหม่เพิ่ม อย่งปี 56 เรามี 50 กว่าราย ปี 57 เพิ่มขึ้น 10 ราย ถ้ามว่าโครงการที่ช่วยลด KPI ให้ได้ร้อยละ 3 มันเป็นไปได้

มันยิ่งตรวจก็ยิ่งเจอ” (P 3: รพ.สต.) อปท. P4 การตรวจคัดกรองเริ่มจากสถานการณ์โรคอ้วนของประชาชนในพื้นที่ จึงทำการตรวจคัดกรองเบื้องต้นก่อนที่จะทำการตรวจระดับน้ำตาลและนำมาสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่ม อสม. ดังนี้ “เราเจอปัญหาภาวะโรคอ้วน จากโปรแกรมการตรวจสุขภาพ โปรแกรมก็จะประมวลผลออกมาว่าใครเสี่ยงมากน้อย จาก น้ำหนัก ความดัน ส่วนสูง ตรวจทุกคน 15 ปีขึ้นไป ใช้งบกองทุนตำบล เราจะแยกคนที่เสี่ยงเราจะแยกตามเกณฑ์ว่าก็ข้อๆจะตรวจน้ำตาล คือจะมีเสี่ยง สองในสามต้องเอามาเจาะน้ำตาลเราก็จะมาเรียงอีกว่าใครเสี่ยงมากน้อย ถ้าน้อยก็ให้สูขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยน ถ้าใครเสี่ยงมากต้องเอามาเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” (P3 : รพ.สต.)

กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาในการเข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือกลุ่มผู้ชายวัยทำงาน “เขาบอกว่าเสียเวลาทำมาหากิน” (รพ.สต.P6) และมีปัญหาพฤติกรรมกินหวานมากขึ้นจากการกินกาแฟผสมสำเร็จรูป (ทรีอินวัน) เพิ่มขึ้น “ตอนนี้เราสำรวจพบว่ากินหวานมากขึ้น อย่างน้อยบ้านละ 20 บาทต่อวันต้องเสียให้ค่ากาแฟ เดี่ยวนี้กินเช้า กลางวัน เย็น เป็นพฤติกรรมการกิน ตอนนี้ ร้อยละ80ของร้านชาจาก 34 ร้านมีการตั้งกาดม้มน้ำชากาแฟแล้วเราต้องพยายามอยากทำเรื่องอ่อนหวาน เค็มพอปรับได้แต่ซ่า” (รพ.สต.P6) ค่านิยมใหม่ในเรื่องการกินกาแฟจากเมืองสู่ชุมชน เนื่องจากลูกหลานและวัยทำงานที่เคยมาใช้แรงงานในเมืองกลับไปก็นำพฤติกรรมการกินกาแฟ การงดเหล้าเข้าพรรษาแต่มีสิ่งทดแทนคือกาแฟ “ความรู้เขามีสี่ขึ้นแค่แต่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ ผู้ป่วยเราหลายคนก็ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินเพราะอดไม่ได้ ตอนนี้กาแฟ3อิน1 นี้ละครับงดเหล้าเข้าพรรษาเขาก็มากินกาแฟแทน คราวเรื่องเกือบทุกครั้งเรือนต้องกินนอกเหนือจากครอบครัวที่มีแต่คนแก่ ถ้าวันทำงานกลางคนถึงวัยรุ่นกลุ่มนี้กินกาแฟ .. ในชุมชนผมประมาณ ร้อยละ 50 ครับ การแพะเย็นในตลาดอย่างเทศบาลช่วงนี้เริ่มลดลง ก่อนหน้านี้ถูงนี้ละสิกินเยอะ ผมบริเวณรอบบ้านเท่าที่สังเกตสิปลาดครับ ทั้งกาแฟเย็น กาแฟกระป๋อง 3อิน1กะกินครับ” (อปท.P11) กรณีกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันที่มีภาวะแทรกซ้อน จนไตวาย ที่เป็นตัวอย่างของการสูญเสียด้านเศรษฐกิจและรายได้ในชุมชน ที่ชุมชนรับรู้ร่วมกัน “หมดนาไปเยอะกับการรักษา” (อบต.P6) รวมถึงการช่วยแก้ไขปัญหบางเรื่องของผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต้องสงเคราะห์ทำห้องที่บ้านให้สามารถพอกไตทางหน้าท้องได้แบบปลอดภัย “หลายรายพี่ต้องให้เงิน1000-2000 ทำห้องพอกไต ทำไปทำมารู้ว่าใช้เงินมากเป็นค่าใช้จ่ายทุกเดือนที่ทำต่อเนื่อง” (รพ.สต.P6)

โดยสรุปสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อในชุมชนไม่แตกต่างกัน ทั้ง เทศบาลและ อบต. กล่าวคือ ปัญหาจากการมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันรายใหม่มีเพิ่มขึ้นทุกๆปี กระบวนการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เห็นว่ามีกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ปัญหาการบริโภคที่มีแนวโน้มการบริโภคแบบชุมชนเมืองมากขึ้นทั้งเรื่องการกินอาหารถุงเร็วขายตามรถเร่ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ค่านิยมในการดื่มกาแฟทรีอินวัน ถือเป็นค่านิยมใหม่ในเรื่องการกินหวานในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ และปัญหาเรื่องการนำกลุ่มเสี่ยงมาเข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงผู้ชายวัยแรงงานเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการนำเข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากมองว่าการเข้ากลุ่มทำให้เสียเวลาทำมาหากิน

2.1.2 ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชน

“ชาวบ้านไม่สนใจตรวจคัดกรองสุขภาพ...กลัวมะเร็งปากมดลูกมากกว่าโรคมะเร็งเย็บ”

เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นภาพรวมในระดับชุมชน คือ ชาวบ้านในพื้นที่ไม่ให้ความสำคัญการตรวจคัดกรองสุขภาพ และไม่รับการตรวจคัดกรอง แม้ว่าอาจมีความเสี่ยงจากเรื่องโรคอ้วนที่สามารถประเมินง่าย ๆ ด้วยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง อย่างไรก็ตามในพื้นที่เทศบาลตำบล P1 พบว่า ประชาชนให้ความสำคัญกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกดีกว่าและมากกว่าการตรวจคัดกรองสุขภาพโรคไม่ติดต่อ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าหากมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและหยิบยกสถานการณ์ปัญหาและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ให้ประชาชนเห็นความสำคัญอาจมีผลต่อการสร้างความตระหนักของประชาชนต่อเรื่องโรคมะเร็งเย็บ ได้เช่นเดียวกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้เช่นเดียวกัน ดังภาพสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ว่า

ชาวบ้านในพื้นที่ไม่ให้ความสำคัญการตรวจคัดกรองสุขภาพ และยังกลัวโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าโรคมะเร็งเย็บ จนต้องไปขอตรวจแม้ว่าจะต้องเสียเงินค่าริการ แม้ว่าจะพบว่ามีความเสี่ยงจากการเป็นโรคอ้วน ก็ตาม หรือแม้ว่าจะตรวจพบว่ามีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง แต่ก็ไม่ตระหนักต่อการเป็นโรค HT ที่จะเข้ารับการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังที่ อสม. เล่าว่า “วัดตอนใต้กะสูงตลอดการกินกะเค็มเน้นปลาร้าเน้นเกลือ จนขนาดว่าประกันชีวิตเขาไม่รับเพราะเป็นความดันสูงมาก ถึงแม้ว่าจะมีตัวอย่างในครอบครัวก็ยังไม่ตระหนัก (ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมารักษา)” (P 1: อสม.)

2.1.3 ผลกระทบจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง: ประสบการณ์และตัวอย่างผู้ป่วยในพื้นที่

“ประสบการณ์ตรงและรอยโรคจากผลกระทบหลอดเลือดสมอง คนในครอบครัวเสียชีวิตเนื่องจากไม่มีเงินพอakit คนใกล้ชิดเจ็บป่วยเบาหวานตั้งแต่อายุน้อยแต่ต้องฉีดอินซูลินทุกวัน และเพื่อนบ้านเสียชีวิตทั้งๆที่ไม่ปรากฏอาการป่วยมาก่อน คือสาเหตุสำคัญที่ทำให้ท้องถิ่นให้ความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ ..ที่เรียกว่าโรคมะเร็งเย็บ”

“การไม่รับทราบและเข้าใจอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองทำให้เสียโอกาสในการรักษาให้เป็นปกติ”

นอกเหนือจากข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ในพื้นที่เพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจัยหนึ่งที่ทำพื้นที่มองเห็นปัญหาและความสำคัญของโรคไม่ติดต่อ หรือ “โรคมะเร็งเย็บ” คือการเห็นตัวอย่างเพื่อนบ้านและหรือชาวบ้านในหมู่บ้านใกล้เคียงเสียชีวิตกระทันหันด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งที่ไม่เคยปรากฏอาการป่วยมาก่อนและหรือภายหลังมีอาการป่วย ก็จะทำให้เห็นรอยโรคจากการป่วยเช่นการเป็นอัมพาตครึ่งซีก การเห็นตัวอย่าง

ลูกน้องหรือคนใกล้ตัวอายุยังน้อยป่วยด้วยโรคเบาหวานและต้องฉีดอินซูลินทุกวัน ประกอบกับการเห็นญาติป่วยด้วยโรคเบาหวานมีบาดแผลเพียงเล็กน้อยแต่มีผลกระทบจนต้องเก็บบัตินี้ จากการไปเยี่ยมญาติ ที่โรงพยาบาลก็ยิ่งพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะติดเชื้อจากบาดแผลเพียงเล็กน้อยต้องทำการตัดอวัยวะส่วนนั้นออก หรือจากประสบการณ์ญาติเป็นโรคเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อนจนไตวาย แต่ไม่มีเงินพอจ่ายค่ารักษาจึงต้องปล่อยให้ญาติเสียชีวิตไปในที่สุด การไม่มีความรู้เรื่องอาการแรกเริ่มของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เสียโอกาสในการรักษาจนต้องพิการ การเสียชีวิตกะทันหันโดยไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยหรือมีประวัติว่าเป็นโรคประจำตัวใดๆมาก่อน และการไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน อปท. ทั้งระดับผู้บริหาร และสมาชิก อปท. ผู้นำชุมชน ผนวกกับข้อมูล รพ.สต. ที่มีพบว่าปัญหาผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเห็นความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อทำการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชนรวมถึงการสนับสนุนโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วย 3อ. 2ส. ในพื้นที่ ดังข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ดังนี้

โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ที่ไม่เคยตรวจและไม่ทราบอาการแสดงเบื้องต้น เพราะคิดว่าตัวเองยังแข็งแรงทำงานได้จนมีอาการแสดงรุนแรง มีทั้งจนเสียชีวิต และอัมพาตครึ่งซีกหลังการรักษา ดัง จนท. รพ.สต. เล่าว่า “เรื่องนี้(NCD) มันเกิดมานานแล้วเป็นปัญหาระดับชาติ จนเห็นว่าชาวบ้านทำนาอยู่ก็อ้วนแลเสียชีวิต” (P4: รพ.สต.) เช่นเดียวกับในเขตเทศบาล P2 ที่พบว่า มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในชุมชน แต่ไม่ยอมรับการตรวจคัดกรองสุขภาพ “เราพบแขนขาอ่อนแรงไม่เคยมีอาการมาก่อน หนึ่งคน เราก็ให้พบกายภาพบำบัด แล้วพบว่าความดันสูง 200กว่า” (P2: รพ.สต.) ส่วนในพื้นที่ อปท.P3 พบว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีก เนื่องจากมีปัญหาเรื่อง ล.สมองและไม่ยอมรับการตรวจสุขภาพ “จะมีผู้ป่วย ล.สมองมี ภาวะอัมพาตครึ่งซีกมีให้เห็นในพื้นที่ค่ะ” (P 3: รพ.สต.) ใน รพ.สต. P2 มีผู้ป่วยที่มีอาการขณะทำงานในไร่ แต่ไม่สนใจเข้ารับการตรวจรักษาจนเป็นครั้งที่สองและเสียชีวิตในที่สุด “เรามีชาวบ้านเป็นหลอดเลือดสมองอายุ 57 ปี ไม่เคยป่วย เคยมีอาการล้มขณะทำไร่สองครั้ง แต่ไม่ไปหาหมอ เล่าว่าเป็นคนเว่ยยาก คิดว่าตัวเองแข็งแรงตลอด ครั้งแรกล้มลงนอนรพ. ครั้งที่สองล้มแล้วซอกไปเลย หมอบอกว่าเป็นล.สมอง แต่ละปีก็ไม่เคยไปตรวจสุขภาพ และไม่สนใจตรวจสุขภาพ ก็ไม่มีประวัติเรื่องการเจ็บป่วย”(P 2: รพ.สต.) หรือชาวบ้านบางคนแม้จะมีอาการผิดปกติก็ไม่ยอมรับว่าเจ็บป่วย ดังที่อสม. เล่าว่า “ไม่ยอมตรวจว่าแต่เจ้าของแข็งแรง เมียก็เป็นอสม บอกว่า ตัวซ่อยจึกเป็นหยั่งอยู่ๆกะเว้าบู้เรื่องราวกินข้าวบิ๊งข้าวกะบอกเมียเล่าว่าให้พาไปตรวจกับหมอบอกที่เคยเป็นคนแข็งแรงและไม่เคยตรวจสุขภาพก็ปล่อยไว้หลายวันลูกเมียพูดก็ไปจนพี่น้องต่างจังหวัดคุมขึ้นรถไปรพ. เป็น ล.สมอง เกือบเอาบทัน หลังจากนั้นกะนัดไป รพ.เป็นระยะๆ” (P1: อสม.) หรือตัวอย่าง Case ที่เป็นโรค HT ในพื้นที่ “เป็นผู้สูงอายุเป็นความดันไปยามได้หมอบอกว่าปกติ มีอดีคืนดีเป็นแขนขาอ่อนแรงตอนนี้กะใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ในคุ้มแม่เองบ้านติดกัน เวลาตรวจสุขภาพ ครอบครัวพี่สาวจากไม่เคยมีอาการกะว่าแต่เจ้าของแข็งแรงพอมาวัดกะพบว่าเป็นความดันสูง ตรวจสุขภาพก็ไม่ไป เล่าว่าเธอแข็งแรงครอบครัวเพื่อนในตระกูลนี้ส่วนใหญ่เป็นความดัน” (P 1: อสม.)

กรณีพิการครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งตรวจไม่พบอาการมาก่อนและไม่สนใจดูแลสุขภาพ มีทั้งจากกรณีญาติ เพื่อนบ้านและคนใกล้ชิดดังนี้

“เป็นญาติอายุ 80 กว่าล้มในห้องน้ำตอนนี้ก็พูดพอสื่อสารได้แต่ซีกซ้ายอ่อนแรง” (ปลัด.P6)

“อย่างผู้นำเราที่มีภรรยาเป็นพยาบาล เป็น DMHT ก็ไม่ปรับพฤติกรรมกินกาแฟวันละ 5 ครอบง บุกหิววันละ 2 ของ ช่วงหลังมาทำงานแบกปุ๋ย เมื่อ 2-3 อาทิตย์ที่แล้วก็บ่นปวดแน่นหน้าอก กลืนอาหารลำบากภรรยาคิดว่ากล้ามเนื้ออกเสกก็ฉีดยาให้ ประมาณตี 3 ยกแขนไม่ได้ไป รพ. ตอนนั้นก็เกินเวลาให้ยา ตอนนั้นก็กลับมาแขน-ขาซ้ายอ่อนแรงเดินไม่ได้ อย่างนี้มีเยอะ” (รพ.ส.ต.P6)

“ยังเด็ก ประมาณ 20 กว่าปี เขาบ่นปวดหัว ไปรพ. ก็เสียชีวิตหมอบอกว่าเส้นเลือดในสมอง มีรายนี้ที่เขาจะมา รพ.ส.ต. ทุกอย่างก็ปกติ แต่พอปวดหัวไปรพ.ก็เป็นหลอดเลือดสมองแตกเสียชีวิต” (รพ.ส.ต.P9)

กรณีไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนภัย โรคหลอดเลือดสมองทำให้การรักษาล่าช้าจนพิการครึ่งซีก

“ไปนั่งสานตอกมวยเฝ้าวัว ลูกขึ้นเดินเซ สามีว่าผีเข้าก็พากันไปรดน้ำมันต์ เมื่อก่อนเคยไปตรวจคัดกรองแต่ไม่เป็นอะไร พอไปรดน้ำมันต์ไม่ดีขึ้นบ้านเราเรียกว่า “ตายฝ่าย” (คืออัมพาตครึ่งซีก) แต่ไปรักษาที่อุบลศรี ก็คิดอยู่ว่าถ้าไม่เสียเวลาไปรดน้ำมันต์อาจจะรักษาทันครับ” (อบต.P11)

“มีเคสตายฝ่าย 1 ราย ชุมชนผมมี 1 ราย ปวดหัวและแขนขาซ้ายไม่ได้ก็ส่งตัวรักษาต่อเมื่อก่อนพูดไม่ได้เดินได้ ทุกวันนี้เริ่มพูดได้ หมอบอกว่าเป็นเส้นเลือดในสมอง” (ผู้นำ P15)

กรณีเสียชีวิตจากหลอดเลือดสมอง

“อยู่ดีๆล้มลง ก็นำส่ง รพ.บ๋อยปีนี้มี 2 รายหมอบอกว่าขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เสียชีวิตทั้งสองราย” (ผู้นำ P51)

“กรณีเป็นความดันมาก่อน นอนแล้วก็เสียชีวิตไปเลย เคยเป็นความดันสูงมาก่อน” (อสม. P10)

“เป็นทั้งเบาหวานความดัน พฤติกรรมไม่เลิกกินเหล้าไม่ได้รักษาที่ รพ.ส.ต. ไปล้มที่โยโสธร นอน รพ.อาทิตย์หนึ่งก็เสียชีวิต เขาบอกว่าเป็นโรควูบ” (อบต. P10)

“บ่นปวดหัวในงานศพยาย มีดื่มเหล้าด้วยก่อนนั้นเขาบ่นปวดหัวมาระยะหนึ่งไม่ได้ไปตรวจร่างกาย เป็นเส้นเลือดในสมองแตกอายุ 42 ปี” (อสม. P5)

กรณีเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจและเสียชีวิตเพราะไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในขณะที่ยังป่วยและรับการรักษา

“อดีตผู้ใหญ่เฝ้าก็ไปตายที่นา กลางนา หมอว่าเป็น Stroke มีตัวอย่างเยอะมาก” (รพ.ส.ต.P6)

ประสบการณ์จากการเห็นคนใกล้ตัวเป็น DM และผลกระทบจาก DM ของปลัด เทศบาล เล่าว่า “ช่วงหลังๆมาเมื่อสองสามปีที่แล้วมานี้ลูกน้องผมอายุช่วงสามสิบกว่าเป็นเบาหวาน ต้องเอาเข็มมาฉีดยาทุกวัน พอตีผมไปเห็นคนเป็นเบาหวานที่เป็นแผลนิดเดียวก็ไม่คิดว่ามันจะร้ายแรงอะไรแต่เขาต้องเสียชีวิตเพราะติดเชื้อและอีกรายหนึ่งเป็นแผลก็เกือบโดนตัดนิ้วต้องไปขูดแผลทุกวัน ตอนไปที่รพ.สรรพสิทธิ์ ก็เห็นแต่คนป่วยเบาหวานที่โดนตัดนิ้วตัดขา ผมก็เห็นว่ามันก็น่ากลัวครับ” (P2: ปลัดเทศบาล) หรือกรณีแม่ยายของสมาชิก อบต.ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานจนกระทั่งไตวาย “ผมมีแม่ยายเป็นไตวายเสียชีวิตไปแล้วครับบ่มีเงินฟอกไต กะเลยปล่อยให้เสียไป

เลย ไม่ได้พอกเลย มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายปรึกษาลูกเต้าแล้วว่ามันไม่คุ้มก็เลยปล่อย อยู่บ่นก็ตาย อายุ 65 ปี ครั้นที่สาวคนหนึ่งก็ 70 ปี เป็นเบาหวานละกะไตวาย ทางรพ. โขงเจียมมกะคุยเรื่องค่าใช้จ่ายเป็น 1-2 แสนนี่ละครับ ยายเล่าว่าไปต่อกเงินบ่มีกะเลยปล่อยจนตาย” (P4: สมาชิก อปท.) หรือการเห็นผู้ป่วยไตวายที่พอกไตทางหน้าท้องไม่ถึงปีก็เสียชีวิต “มีกะในพื้นที่เรามีสามคนเป็นระดับคุมไม่ได้จนต้องตัดขาไปแล้วอีกสองคนเป็นไตวาย พอกทางหน้าท้องเป็นอสม. คนหนึ่งตอนนี้เสียชีวิตแล้ว อีกคนหนึ่งกำลังพอกอยู่ ในเขตพื้นที่หนู รายละเอียดเป็นเบาหวาน 10 กว่าปี ไตวายปีกว่าๆพอกหน้าท้องต่อมาก็พอกเลือดเสียชีวิตแล้ว อีกคนที่เหลือพอกทางหน้าท้อง” (P 4: รพ.สต.)

โดยสรุปภาพรวมของกรณีตัวอย่างผลกระทบ ที่พบในชุมชนแบ่งเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆคือ กลุ่มที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ที่ไม่ได้รับการตรวจรักษา และพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ ในทุกพื้นที่ๆทำการศึกษา ในบางพื้นที่มีทั้งเสียชีวิต และภายหลังการรักษาเป็นอัมพาตครึ่งซีก ต้องมารับการฟื้นฟูในชุมชน ปัญหาที่พบคือความรู้เรื่องอาการเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองหลอดเลือดหัวใจยังไม่เป็นที่รับทราบแพร่หลายในชุมชน แม้จะมีการติดประกาศในชุมชนก็ตาม รวมถึงกรณีผู้ป่วยที่ไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรักษาตามแผนการรักษา กลุ่มที่สองคือกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องตัดอวัยวะและหรือมีภาวะไตวายที่พบในพื้นที่ศึกษาเกือบทุกแห่งกรณีพอกไตชุมชนรับรู้ทั้งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และความยุ่งยากในการพอกไต

2.1.4 ปัญหาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชุมชน

“ความผิดปกติเพียงเล็กน้อยแต่ยังสามารถทำงานได้ไม่ถือว่าน่ากลัวอะไรและความเชื่อมั่นในเรื่องสมุนไพรยังมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในชุมชนชนบท”

ปัญหาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชุมชน เริ่มจากชาวบ้านไม่ยอมรับอาการผิดปกติ และไม่ไปตรวจคัดกรองสุขภาพ และหรือไม่ไปพบแพทย์ มีผู้ป่วยหลายคนไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่อง 3 อ. และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยหลายคนหันไปใช้ยาสมุนไพร ที่มีผลต่อการทำงานของไต แม้ว่าจะไปรับยาจากแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม สิ่งที่ยังพอเห็นทำอย่างต่อเนื่องคือการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคของชาวบ้าน ที่แรกเริ่มได้รับการสนับสนุนงบประมาณเป็นเครื่องเสียง และแผ่นเพลงใช้ประกอบกิจกรรมจากเทศบาล/อปท. เกือบทุกหมู่บ้าน ปัจจุบันเหลือเพียงอปท. ละไม่กี่หมู่บ้าน ที่ยังคงมีการเต้นแอโรบิค แต่ในฤดูการทำนาต้องงดออกกำลังกาย ดังข้อมูลที่สะท้อนจากตัวแทน อปท. และสาธารณสุขในพื้นที่ว่า

ผู้ป่วยในชุมชนไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ยอมไปพบแพทย์ “คนที่เป็นคนป่วยถ้าจำเป็นอิทธิพลก็บ่อยากเข้า รพ. ขึ้นกับว่า จนท. จะโน้มน้าวให้มารพ.อย่างไร” (P1: รองนายกเทศมนตรี) หรือแม้จะพบแพทย์มีคำแนะนำเรื่องการกินแต่ยังไม่ยอมปรับเปลี่ยนเรื่องอาหารและการกินอาหาร “เกี่ยวกับพฤติกรรมกิน อย่างเคยกินเค็มกะยังกินคือเก่า อย่างผู้ป่วยเบาหวานที่รู้จักก็ยังไม่กินข้าวเหนียวเหมือนเดิม เขาว่าเคยกินมาตั้งแต่เด็กปรับตอนนี้

ก็ไม่ชิน” (P1: ผู้นำชุมชน) สาเหตุเนื่องจากระยะเริ่มแรกของการปรับเปลี่ยนอาหาร ผู้ป่วยจะมีอาการหิวและเหนื่อยมากกว่าเดิม “ผมกะเป็นเบาหวานมา 7 ปี กินประจำกะพยายามที่หมอแนะนำ กินก็ยุ่งๆ ไข่ ตอนประมาณ 4 โมงจะเหนื่อยมาก อยู่ในบ้านเบาหวานเกิดมากครับ” (P1: กำนัน) ปัญหาสำคัญคือชาวบ้านไม่เชื่อคำแนะนำแพทย์ที่รักษา “อย่างพ่อตาผมนอน รพ.เกือบตาย ความเชื่อของแกคือบ่เชื่อหมอบ่กินยาตามหมอบอก จนป่วยรุนแรง แต่สีไปกินสมุนไพรหลายกว่า อาหารควบคุมบ่ได้เลย ดีแต่ว่าแกบ่กินเหล้าสูบยา” (P 2: สมาชิก อปท.) หรือในกรณีที่พบว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้กลับ พบว่ามีการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน “ในกลุ่มที่เป็นอัตราการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น อย่างคุณคุมระดับน้ำตาลได้ แต่อัตราการใช้ยาเพิ่มขึ้นเราลองมานับเม็ดยา แต่ละคนยาเป็นกระสอบ เป็นกระเป๋าก็มี อย่าง อสม.เราแจกกระเป๋า บางคนแบบกระเป๋าใหญ่เลย แต่ละคนกินข้าวอิมมี้อไปเลย” (P3: รพ.สต.) ปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นปัญหาใหญ่และเป็นเรื่องยากสำหรับชาวบ้านและทำไม่ต่อเนื่อง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “ส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจริงๆของบรมเขาเห็นด้วย แต่พอกลับถึงบ้านก็มีเรื่องใหม่อย่างผู้ป่วยเบาหวานมันลดยาก ไม่ยอมกินยาตามแพทย์บอก กินบ่ตรงเวลา ไปเชื่อยาแผนโบราณ” (P2: PCU รพ.ช.) หรือรพ.สต.ให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแต่ชาวบ้านไม่สนใจ “เวลาคุยกันจะบอกว่าคนนั้นวัดความดันมันสูงถ้าไม่ไปหาหมอดึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม..โสเหล่กันแบบแนะนำ...แต่ชาวบ้านไม่สนใจเรื่องตรวจสุขภาพ” (รพ.สต. P17) แต่อย่างไรก็ตามยังมีให้เห็นบ้าง ในเรื่องการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิกของชาวบ้าน “เรื่องออกกำลังกายผมว่าไปในทางบวกอยู่ทุกมือนี่หลังเลิกงานเขาจะตื่นตัวออกกำลังกายอยู่ครับ จากได้รับความรู้จาก อสม. น้ จากการอบรมแน่ เขาจะออกกำลังกายในบ้าน” (P2: ประธานสภา) ด้วยความยากของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้อปท.ที่มองเห็นปัญหาเห็นว่าความต่อเนื่องโครงการด้านการคัดกรอง สุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ยังต้องมีต่อไปเพราะปัญหาเรื่องพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องแก้ยาก “ทางผู้นำยังมองเห็นความสำคัญของโครงการเพราะว่าเรื่องพฤติกรรมประชาชนทั่วไปผมมองว่าเขาไม่รู้ว่าการบริโภคน้ำตาลมนจะทำให้เกิดความดันเบาหวาน คิดว่ายังมีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องทำต่อเนื่องครับ” (P3: ปลัด)

2.2 ลักษณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สนับสนุนโครงการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

“พื้นที่ตั้งของ อปท.ในพื้นที่กิ่งเขตเมืองและในพื้นที่เขตชนบท เบื้องหลังของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข หรือภาวะสุขภาพผู้บริหาร และ องค์กรประสบความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพของ อปท. เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการ เห็นความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งต่อการตัดสินใจในการให้การสนับสนุนแผนงานโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่”

2.2.1 ที่ตั้งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งเป็น อปท.ที่ตั้งในพื้นที่กิ่งเขตเมืองที่เป็น อปท. นำร่อง และมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่ที่รับผิดชอบ และต้องการสร้างผลงานใหม่ๆด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลงานเชิงประจักษ์ในด้านสุขภาพนอกเหนือจากการประสบความสำเร็จในเรื่องการก่อตั้ง หน่วยรถกู้ชีพเป็นแห่งแรกของจังหวัดอุบลราชธานีโดยใช้งบประมาณและบุคลากรของ อปท.เอง ปัจจัยแห่งความสำเร็จและความเป็นผู้นำในด้านการดำเนินงาน เป็นสาเหตุหนึ่งของการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานโครงการด้านสุขภาพในพื้นที่ รวมถึงแผนงานโครงการด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ส่วน อปท. ในพื้นที่เขตชนบทปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่รพ.สต. และอปท. รวมทั้งปัจจัยด้านภูมิหลังของผู้นำท้องถิ่นโดยเฉพาะนายกอปท. หรือนายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล หรือปลัด อปท. ที่เคยเป็น อสม.มาก่อน หรือแกนนำ อปท.ที่เคยเป็นอสม. มาก่อน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ แผนงานโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ถูกหยิบยกมาพูดคุยและทำเป็นแผนงานโครงการเพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. ประการที่สามคือ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลเป็นพื้นที่หนึ่งในความดูแลของ อปท. ที่สามารถให้ข้อมูลการสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ทั้งในภาพรวมของโรงพยาบาลและปัญหาสุขภาพเฉพาะในเขตรับผิดชอบของ อปท. ทำให้การมองประเด็นปัญหาเรื่องโรคไม่ติดต่อ ชัดเจนขึ้นนำมาสู่การให้การเห็นความสำคัญและผลกระทบของปัญหาและให้การสนับสนุนงบประมาณในที่สุด ดังรายละเอียดในหัวข้อ 2.2

2.2.2 ผู้บริหารและหน่วยงาน อปท. ที่ทำให้โครงการด้านสุขภาพได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง หรือเบื้องหลังของการยอมรับปัญหาและให้การสนับสนุนงบประมาณ คือ ผู้บริหาร อปท.เห็นความสำคัญกับปัญหาสุขภาพมาก่อน ประกอบกับนายกเทศมนตรี หรือนายก อปท. เคยเป็นอสม. มาก่อน ผู้นำมีประสบการณ์ตรงจากผลกระทบของโรคภัยเจ็บ ทั้งกับตัวผู้นำเอง และประสบการณ์จากคนในครอบครัว และคนใกล้ชิด ดังที่ อปท.P3 ถือว่าเป็น อปท. ที่มีทุนผู้นำที่เห็นความสำคัญเรื่องสุขภาพมานานและมีผลงานด้านสุขภาพพัฒนามาอย่างต่อเนื่องดังที่ปลัดเล่าว่า “ปี 52 เราสนใจเรื่องสุขภาพ ปี 53 เราประกวด อปท. ผู้นำด้านสุขภาพชนะเลิศ เราได้งบประมาณหนึ่งล้านบาทเราก็มำทำหน่วยกู้ชีพ ฉุกเฉิน เราทำเองเป็นที่แรกครับ ดำเนินการเองไม่เกี่ยวกับอบจ. ทั้งเรื่องงบเรื่องบุคลากร” (P3 : ปลัด) ความสำเร็จจากการทำรถกู้ชีพ โดยเป็นตัวแบบให้กับ อบจ. โดยใช้เงินของอปท.ทั้งหมดรวมทั้งเรื่องบุคลากร จึงเป็นความสำเร็จแรกเริ่มที่จะคิดต่อยอดในการสร้างผลงานด้านสุขภาพให้เป็นที่ประจักษ์ ประกอบกับมีนโยบายเรื่องกองทุนสุขภาพตำบล เข้ามาจึงเป็นโอกาสอันดีในการสร้างผลงานให้กับอปท. “กองทุน สปสช. ปี 49 เราก็มำทำปี 53 เราก็มำเรื่องรถกู้ชีพครับทำควบคู่กันไป” (P3 : ปลัด) โดยมองว่าผลงานด้านสุขภาพเป็นเรื่องใหม่ของ อปท. “เมื่อก่อนเราทำเรื่องโครงสร้างพื้นฐานมาเยอะ พอเรามาทำเรื่องสุขภาพก็เป็นผลงานใหม่ๆของเรา” (P3 : ปลัด) จึงกล่าวได้ว่าเป็นอปท.นำร่องในเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น “เนื่องจากเราเป็นพื้นที่นำร่องนะครับท่านปลัดแห่งแรกของอำเภอ ที่ทำความร่วมมือกับสปสช. ที่นำกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นลงสู่พื้นที่” (P3 : รพ.สต.) การมีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กับบทบาท รพ.สต. ด้านสุขภาพจึงเป็นโอกาสที่ อปท.จะได้ทำกิจกรรมสุขภาพให้กับประชาชน ด้วยการสมทบเงินงบประมาณ

กองทุนถึงร้อยละ 100 “ก็มองว่าเรื่องสุขภาพในตำบลตอนแรกเรา ทางอปท.ไม่มีโอกาสไปดำเนินการโดยตรงกับประชาชนก็มามองเห็นทางที่สปสช. ให้มาดำเนินการด้านสุขภาพนี้ ดึงท้องถิ่นเข้ามาร่วม..ที่อยากทำเพราะ อปท. ทำเรื่องโครงสร้างพื้นฐานมานานแล้ว แล้วโครงการด้านสุขภาพที่สมทบ 100% มันก็ไม่เยอะ ประมาณสามแสนมั้ง ครบครั้งแรก มันก็เป็นเงินไม่เยอะ” (P3 : ปลัด)

นอกเหนือจากการเป็น อปท.ต้นแบบของอปท. ทั้งจังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงการเป็นผู้นำการทำงานใน อบจ. อุบลราชธานี เช่นกัน “ผู้บริหารสมัยนั้นท่านก็เป็นตัวแทนหรือแกนนำหลักของจังหวัดอยู่ ตำบลแกนนำหลักที่ทางผู้บริหารต้องโชว์ให้ อปท. อื่นในจังหวัดได้เห็น พอดีท่านนายก เป็นประธานชมรม อปท.จังหวัดด้วยตอนนั้น” (P 3: ปลัด) สิ่งสำคัญคือการมองเห็นความสำคัญของการทำโครงสร้างพื้นฐานให้ครอบคลุมควบคู่ไปกับการดูแลเรื่องสุขภาพจะช่วยเสริมกันและกันในการให้บริการประชาชน ดังที่ ตัวแทน รพ.สต. เล่าว่า “ความจริงทั้งสองเรื่องต้องควบคู่กันไป ถ้าเราดูแลสุขภาพดีแต่ถนนหนทางไม่ดีก็ไปรพ.ลำบาก แต่ถ้าดีทั้งสองแบบก็ส่งเสริมกัน” (P 3: รพ.สต. โนนน้อย)

ปัจจัยด้านผู้นำใน อปท.หรือท่านนายกเคยเป็น อสม.มาก่อน “ท่านนายกเคยเป็น อสม.มาก่อน ท่านก็ไม่ว่าอะไรส่วนใหญ่จะสนับสนุน”(P2:ปลัด)ผู้นำให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพและการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เพราะเป็นเรื่องใกล้ตัว “ถ้าอายุมากอย่างผมเมื่อก่อนก็แข็งแรง แก่มากก็ต้องไปรพ. เรื่องเหล่านี้ก็ไม่ได้ต่อสุขภาพ ผมก็ละเลิกเหล่านี้ไปแล้ว” (P4:สมาชิก อปท.) หรือการมีประสบการณ์ตรงที่เป็นผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อจนเป็นรอยโรคแขนขาอ่อนแรงซีกขวา หรือการพบว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากการตรวจคัดกรองของ รพ.สต. ดังที่ จนท. รพ.สต. เล่าว่า “จริงๆตอนนั้นท่านนายกท่านเป็นความดันแต่ท่านไม่รู้ตัว ไม่เคยมีอาการมาก่อน เวลาท่านมาเยี่ยม รพ.สต. ท่านมักจะบ่นปวดหัว ก็เลยชวนท่านมาตรวจวัดความดัน ก็พบว่าความดันสูง หลังจากนั้นท่านก็ไปรับการรักษาที่ รพ. ตอนนั้นระบบการดูแลรักษาใน รพ.สต. ยังไม่มี ท่านก็ไปรับการรักษาที่ รพช.” (P3: รพ.สต.)

โดยสรุปจะเห็นว่าลักษณะผู้นำ อปท. มีมีผลต่อการให้การสนับสนุนแผนงานโครงการเกี่ยวกับ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่นนั้น จะต้องมียี่งประกอบของลักษณะผู้นำสามประการที่สำคัญคือ หนึ่งเคยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับการทำงานด้านสาธารณสุขมาก่อน เช่น เคยมีประวัติเป็น อสม. เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มีภรรยาเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขมาก่อน สองมีประสบการณ์ตรงและโดยอ้อมต่อปัญหาและผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง มาก่อนรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าว จนมีผลกระทบต่อสุขภาพ การดำรงชีวิตประจำวันหรือแม้กระทั่งเสียชีวิตในที่สุด และประการที่สามคือ ผู้นำ อปท. เป็นนักพัฒนาพื้นที่อย่างต่อเนื่องในทุกมิติทั้งเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน เศรษฐกิจสังคม และเรื่องสุขภาพถือเป็นเรื่องท้าทายต่อการพัฒนางานของ อปท. ที่อยู่ในความดูแล

2.2.3 องค์ประกอบความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพของ อปท. ปัจจัยหลักในการดำเนินงานด้านสุขภาพได้สำเร็จในพื้นที่ อปท.ต้นแบบหรือ อปท.นาร่องเกิดจาก อปท. และ รพ.สต. มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ความสามัคคีและความร่วมมืออันดีของคนในชุมชน การเมืองท้องถิ่นไม่มีความขัดแย้งกัน นำมาสู่ความร่วมมือของท้องถิ่นทั้งจากภาคประชาชน หน่วยงานในท้องถิ่นทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคการเมืองท้องถิ่น ดังข้อความที่สะท้อนให้เห็นปัจจัยแห่งความสำเร็จดังกล่าวข้างต้น โดยตัวแทนของ อปท.ต้นแบบ ดังนี้

ข้อความที่สะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานท้องถิ่น ชุมชน เจ้าหน้าที่รพ.สต. และ อสม. ได้แก่

“ชาวบ้านก็ทำตาม เพราะอสม.กับชาวบ้านก็เข้ากัน อสม.ก็เข้าหาประชาชน” (P3: กำนัน)

“อปท.ลงพื้นที่ไปพร้อมๆกับเรา เรามีความสัมพันธ์ดีกว่า อปท.อื่นๆ ส่วนใหญ่จะมีปัญหาระหว่าง อปท.กับ รพ.สต. แต่ที่นี้ทำงานด้วยกันได้ดี” (P4: รพ.สต.)

ข้อความที่สะท้อนถึงความร่วมมือ ความสามัคคี ในการทำงานร่วมกัน และไม่มีข้อขัดแย้งทางการเมืองท้องถิ่นได้แก่

“ผมมองประเด็นที่มีความสำคัญคือความร่วมมือจากท้องถิ่นและผู้นำชุมชนโดยเฉพาะท้องถิ่นถ้าเราเสนออะไรเข้ามาเขาสันับสนุนทุกเรื่องเรามีอิสระในการคิด” (P3: รพ.สต.)

“ผมว่าคนมันถูกกันเพราะผู้บริหารถูกกัน เข้าใจกัน” (P3: กำนัน)

“วิชาการเมืองยังเป็นขั้วเดิมการปฏิบัติงานก็เลยต่อเนื่อง ทีมงานสมัครสมานสามัคคีกัน คนเรามีความสัคคีไม่ขัดแย้งทำอะไรก็สำเร็จ” (P3: รองนายก.)

ประเด็นที่สำคัญที่สุดคือการมีวิสัยทัศน์ของผู้นำ และการทำงานมีการรับฟังความคิดเห็นกัน “ก็คงเป็นเรื่องสัมพันธ์ภาพที่เปิดโอกาสคุยและรับฟัง และการเปิดกว้างเรื่องกรอบด้านสุขภาพ ที่เหลือให้เราไปคิดกิจกรรมเองค่ะ เรามองในมุมของผู้บริหารคือท่านนายกและทีมงานเขามีวิสัยทัศน์กว้าง ท่านมองว่าเป้าหมายการทำงานคือชาวบ้าน พอสาสุขเสนอท่านก็บอกว่าเอาสิทำเลย อย่างน้องทันตะก็เป็นทุน อปท.ที่ส่งเรียน ก็แสดงว่าท่านมีวิสัยทัศน์ดีค่ะ” (P3: อบต P3)

2.3 การคัดเลือกปัญหาด้านสุขภาพในการทำแผนงานโครงการของพื้นที่

เริ่มมาจากการดำเนินการคัดกรองโรคไม่ติดต่อในชุมชน นำมาใช้เป็นข้อมูลในการประกอบการพิจารณาจัดทำแผนงานโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ โดยใช้กระบวนการพิจารณาคัดเลือกปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้วยการทำประชาคม และนำประเด็นปัญหาที่ได้มาจัดทำเป็นแผนงานโครงการเพื่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เพื่อนำเสนอให้คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลผ่านการพิจารณาของสภา ที่เป็นคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลจากหลายภาคส่วนในท้องถิ่น มาช่วยพิจารณาเพื่อสนับสนุนงบประมาณโครงการ ซึ่งประเด็นสำคัญในการพิจารณา นอกเหนือจากงบประมาณที่ถูกรวมกรอบการใช้เป็นสัดส่วนไว้ตั้งแต่ต้นแล้ว ส่วนที่ใช้ในการพิจารณาแผนงานโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อใน อปท. คือการมีเป้าหมายโครงการชัดเจนที่เรื่องสุขภาพประชาชน และเห็นความสำคัญของกิจกรรมที่ดำเนินงานโครงการ ดังนี้

2.3.1 การคัดกรองโรค NCD ในชุมชน

“การคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชน เป็นจุดเริ่มต้นของการทราบสถานการณ์ปัญหาโรคภัยเจ็บในชุมชน ที่จะสื่อสารกับชาวบ้านและผู้นำท้องถิ่น ในการดำเนินการด้านสุขภาพขั้นต่อไป”

“กระบวนการคัดกรองภาวะสุขภาพใช้งบประมาณจากกองทุนฯ ส่วนอุปกรณ์และเครื่องมือในการตรวจคัดกรองได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน”

“การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเน้นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครให้สามารถทำการคัดกรองภาวะสุขภาพได้”

การคัดกรองภาวะสุขภาพของ รพ.สต. ทำการคัดกรองในประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เมื่อพบว่าใครมีภาวะเสี่ยงจึงทำการตรวจระดับน้ำตาล และจัดแบ่งกลุ่มเสี่ยง ทั้งกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบคัดกรองที่สนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หลังจากนั้นจึงทำการประเมินกลุ่มเสี่ยงและตามมากลุ่มเสี่ยงดังกล่าวเข้ามารับการตรวจวัดระดับน้ำตาลโดยกลุ่มที่รพ.สต.ทุกแห่งใช้เป็นกลุ่มเป้าหมายในการจัดทำโครงการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ โดยใช้หลักการ 3อ.2ส. ในการออกแบบกิจกรรมแผนงาน/โครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงแนวทางการคัดกรองสุขภาพว่า สสจ. จะเป็นคนสนับสนุนแบบการคัดกรอง แนวทางการคัดกรอง ส่วนอุปกรณ์ในการตรวจระดับน้ำตาลเบี่ยงจากโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง อปท. สนับสนุนงบประมาณในส่วนของกระบวนการตรวจคัดกรอง ในขณะที่ลงไปทำการตรวจคัดกรองในหมู่บ้าน บทบาทในการคัดกรองเบื้องต้น รพ.สต. ส่วนใหญ่จะใช้ อสม. เป็นผู้คัดกรองเบื้องต้นให้ หลังจากนั้นข้อมูลการตรวจคัดกรองมาวิเคราะห์หากกลุ่มเสี่ยง จึงจะทำการนัดกลุ่มเสี่ยงมารับการตรวจที่ รพ.สต. อีกรอบ ทั้งนี้มี รพ.สต. สองแห่งที่พัฒนาศักยภาพ อสม. ได้เกือบทุกคน และสามารถตรวจคัดกรองด้วยการวัดระดับน้ำตาลได้ ส่วนการตรวจมาตรฐานเครื่องวัดระดับน้ำตาลจะทำทุกสองเดือนโดยห้องตรวจปฏิบัติการโรงพยาบาลชุมชน

“การคัดกรองจะมีแบบพร้อมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป การคัดกรองก็จะเป็นเรื่องประวัติ ข้อมูลทั่วไป การรับประทานอาหารหวานมันเค็ม จะรวมไปถึงการสูบบุหรี่ การขับขี้สวมหมวกกันน็อค น้ำหนัก ความดันส่วนสูง เอามาจากแบบฟอร์มของ สสจ. กำหนดให้” (P 2: รพ.สต.)

“CUP มีแต่ถามว่าจะเอาเงินไปทำอะไรมัย เรามีเครื่องวัดความดัน ตรวจน้ำตาลได้ทุกคน พี่ทำโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. สองปีซ้อนมาทำงานที่ รพ.สต. ทุกวันๆละ 2 คนตั้งแต่มาช่วยวัดส่วนสูง ชั่ง นน. วัดความดัน และสามารถตรวจน้ำตาลได้ เราขึ้นป้าย โรงเรียน อสม. ในรพ.สต” (รพ.สต.P6)

“การตรวจคัดกรองเราก็ทำมานาน แรกๆเป็นการให้ความรู้ ต่อมาก็เป็นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แรกๆ ใช้งบ สสจ. หลังจากนั้นไม่มีงบ เราใช้งบของกองทุนตำบลค่ะ” (รพ.สต.P10)

“กลุ่มเสี่ยงที่ได้จากการคัดกรองเราใช้การแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหากดูแลปฏิบัติตัวเองใน 3 เดือนไม่ได้ เราก็จะส่งรพ.สต. และ รพ.ช.ต่อไป” (รพ.สต.P10)

“เราจะเปลี่ยนเวรกันให้บริการผู้ป่วยที่ รพ.สต. อสม.เชี่ยวชาญ อย่างน้อยหมู่ละ 3 คน แต่บางหมู่บ้าน อาจจะมี มากกว่า เรามีเครื่องตรวจเบาหวานประชุมทุกหมู่บ้านอยู่ที่ศูนย์ สสม.” (รพ.สต.P11)

“การคัดกรองเราใช้แบบฟอร์ม Verbal screening ใช้เวลา1เดือน ก็มาเช็คว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง อสม.จะรู้ว่าใครเป็นกลุ่มเสี่ยง เรามีเครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจน้ำตาลทุกหมู่บ้าน เป็นเงิน สสมช. ส่วน เงิน กองทุนฯ เราใช้สนับสนุนกระบวนการคัดกรอง” (รพสต.P9)

โดยสรุปการคัดกรองสุขภาพเป็นแนวทางหนึ่งในการหาปัญหาและขนาดของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อ เพื่อนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการพูดคุย และทำประชาคม เพื่อจัดทำแผนงานโครงการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วย3อ.2ส.

2.3.2 การทำประชาคม

“ช่องทางของการคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพกลับสู่ประชาชนเพื่อพิจารณาปัญหายอมรับจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและออกแบบการแก้ไขปัญหาร่วมกัน”

“ปัญหาโรคไม่ติดต้อจะอยู่ในลำดับที่สองสามารถจากเรื่องไข้เลือดออกและผู้สูงอายุ”

การทำประชาคมเป็นกระบวนการคัดเลือกปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อนำมาใช้ในการทำแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหา อย่างไรก็ตาม อปท. ไม่ได้ใช้การทำประชาคมทุกแห่ง และมีแนวทางในการทำประชาคมก็แตกต่างกันกล่าวคือ การทำประชาคมแบบบูรณาการทีมและบูรณาการประเด็นปัญหา กล่าวคือทำการบูรณาการ งานด้านสาธารณสุข ร่วมกับงานด้านอื่นๆ รวมทั้งการทำแบบบูรณาการทีมทั้งจาก อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนร่วมกับชาวบ้าน อปท. บางแห่งทำการประชาคมเฉพาะงานด้านสาธารณสุขร่วมกับชุมชน ชาวบ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน เพื่อคัดเลือกและจัดลำดับปัญหาทางด้านสาธารณสุขในการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. ส่วน อปท. หรือใช้แนวทางการประชุมคณะกรรมการกองทุนและทำการจัดสรรงบประมาณเป็นเบื้องต้นตามกลุ่มงานที่ อปท.จะสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น หลังจากนั้นให้ตัวแทนหลักของงานด้านต่างๆ ไปจัดทำแผนงานโครงการเพื่อนำเสนอผ่านสภาคณะกรรมการกองทุน เพื่อพิจารณาสนับสนุนงบประมาณ

ประเด็นสำคัญในการทำประชาคมด้านสาธารณสุขและสุขภาพ คือการคืนข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชนให้รับทราบสถานการณ์ร่วมกัน เพื่อคัดเลือกปัญหาสุขภาพจากข้อมูลที่น่าเสนอโดย รพ.สต.หรือ PCU หลังจากนั้น รพ.สต.หรือ PCU จึงนำปัญหาที่ถูกคัดเลือกไปทำเป็นแผนงานโครงการ ดังที่ตัวแทน PCU รพ.เล่าถึงการทำประชาคมว่า “ที่เราทำจริงเทศบาลไม่ได้ไปร่วมจะเป็น PCU อสม และผู้นำชุมชน ชาวบ้าน ...มาร่วมกัน ก็ถามถึงปัญหาด้านสุขภาพ เรามีข้อมูลข้อมูลบ้านบางส่วน ข้อมูลคัดกรองก็เอามาคุยกันและให้ชาวบ้านมาตรวจสอบ เราจะพูดถึงปัญหาว่าแต่ละหมู่บ้านมีปัญหาอะไรที่สำคัญ1-2-3-4 แล้วเราจะหาทางแก้ปัญหายังไง เราทำปีละครั้ง ใช้เวลา ครึ่งวัน ส่วนใหญ่ประมาณ 30-40 คนที่มาคุยกัน” (P 1: PCU รพ.) ในขณะที่ อปท.P4ใช้การทำประชาคมแบบบูรณาการทีม “การทำประชาคมหมู่บ้านมีอปท. หลายหน่วยร่วมทำ ในเขตหมู่บ้าน 5 หมู่บ้าน รับผิดชอบ ประชากร 3600 กว่าคน...ออกไปกับทีม อปท.นายก รองนายก หัวหน้าส่วนต่างๆ สมาชิก อปท.ของ

บ้านที่เราไป กคน. ตัวแทนชุมชน ที่แต่ละหมู่บ้านตั้งขึ้นมา กำหนดผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อสม และเจ้าหน้าที่ เราจะโหวตเสียงประชาชนว่าปัญหาอะไรสำคัญ 1-2-3-4 ก็จะมาเลือกเอา” (P4: รพ.สต.) นอกจากนี้บูรณาการทีมก็ ยังเป็นการบูรณาการงานทั้งสาธารณสุข การศึกษา อาชีพ ผู้สูงอายุ “ประชาคมแต่ละครั้งทำทุกเรื่อง สาธารณสุข อปท. การศึกษา พัฒนาชุมชน เรื่องเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ โครงสร้างพื้นฐาน อาชีพ การส่งเสริมอาชีพ ทั้ง 4-5 เรื่อง ต้องเตรียมข้อมูล แล้วแต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยหัวหน้าส่วนราชการเตรียมข้อมูล” (P4: รพ.สต.) แต่แนวทางในการทำประชาคม ไม่แตกต่างกัน คือเน้นการคืนข้อมูลผลการตรวจคัดกรองสุขภาพ สุขภาพให้ชาวบ้านรับทราบ และทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่จำเป็นเร่งด่วนโดยชาวบ้าน “สาธารณสุขจะคืนข้อมูลด้านสุขภาพให้ชุมชนว่าเป็นอย่างไร มีโรคอะไรที่มามากที่สุด เราใช้ฐานข้อมูลจังหวัด เราเอามาจาก รพ.ที่ชาวบ้านไปรับยา ทั้งจากรพ.สต. และ รพช. มันจะเชื่อมโยงข้อมูลกัน...เตรียมทีมว่าจะไปที่ไหนอย่างไร เราจะประชุมก่อนว่าต้องการข้อมูลอะไรให้ชาวบ้านเตรียมไว้ การเลือกปัญหา...ขึ้นกับว่าชาวบ้านจะยกมือเรื่องอะไร ขึ้นกับหน้าเช่นหน้าฝนก็จะเป็นเรื่องไข้เลือดออก” (P4: รพ.สต.)

ในการทำประชาคมโดยภาพรวมระดับตำบลปัญหาด้านสุขภาพจะมีการพูดคุยน้อย ส่วนใหญ่จะปั่นเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน “คือการทำประชาคมเราทำร่วมกับหลายๆเรื่องสุขภาพก็ถูกหยิบยกขึ้นมาบ้าง เราทำปีละครั้ง ลงชุมชนด้วยกัน” (อบต.P5) หรือหน่วยงาน รพ.สต. เข้าไปร่วมเพื่อชี้แจงเรื่องสุขภาพให้ประชาชนรับทราบ และในกรณีที่มีการจัดเรียงลำดับความสำคัญเรื่องปัญหาสุขภาพแล้ว โรคไม่ติดต่อเบาหวานความดันโลหิตสูงจะถูกจัดอยู่ในลำดับที่สองสามเท่านั้น “เราจะพูดเรื่องระบบสุขภาพ ตัวเองไปร่วมปี58ไปเป็นบางหมู่ไปร่วม2หมู่จาก6หมู่ที่ไป ก็จะไปชี้แจงเรื่องDMHT 3อ.2ส. ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ในแต่ละปีเทศบาลจะทำแผนทำประชาคม เราก็ขอไปแทรกส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องงาน NCD และก็ ใช้เลือดออก เป็นประเด็นหลักที่เราใช้ไปพูดคุยตอนทำประชาคม ... การเลือกปัญหาลำดับแรกๆจะเป็นเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน ถนน ประปามากกว่า ถ้าลำดับเรื่องสุขภาพจะเป็นใช้เลือดออก ที่สองผู้สูงอายุผู้พิการ ส่วนงาน NCD อยู่ที่ลำดับสองสามประมาณนี้ค่ะ” (รพ.สต. P17)

2.3.2 ที่มาของแผนงาน โครงการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในท้องถิ่น

“การป้องกันควบคุมปัญหาและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อนั้นสอดคล้องกับตัวชีวิต นโยบายระดับจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้จะมีข้อจำกัดงบประมาณสนับสนุนจากCUP แต่ยังมีโอกาสทำงานจากการสนับสนุนโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นประกอบกับความชัดเจนในเรื่องข้อมูลสถานการณ์ปัญหา การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และกรณีผู้ได้รับผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อในชุมชน นำมาสู่การยอมรับว่าโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาในระดับพื้นที่ จำเป็นต้องมีการทำกิจกรรม แผนงานโครงการในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ”

“ผลกระทบจากสถานะกองทุนหมู่บ้าน ที่มีสาเหตุมาจากภาระหนี้สินของชาวบ้านจากการจัดงานศพที่มีเหล่า ทำให้ท้องถิ่น หาทางลดภาระหนี้สินด้วยโครงการริเริ่มรณรงค์งานศพปลอดเหล้า”

“การใช้นโยบายงานศพปลอดเหล้าอย่างเข้มข้นโดยนายอำเภอเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ”

การรับทราบปัญหาจากผลการคัดกรองสุขภาพ อปท. เกือบทุกแห่งจึงให้การสนับสนุน เป็นโครงการต่อเนื่องทุกปี เนื่องจากเห็นความสำคัญของปัญหาโรคที่เกิดจากพฤติกรรม แม้ว่าใน อปท.ที่อยู่ใน CUP (Contracting Unit for Primary Care: สถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ) ที่มีฐานะดีในช่วงแรกได้ใช้งบประมาณจาก งานสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) มาใช้ในการคัดกรอง แต่หลังจากมีกองทุนสุขภาพตำบล รพ.สต. ใช้งบประมาณจาก สสม เพียงปีเดียวก็ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทาง CUP ดังนั้นงบประมาณหลักที่ใช้ในการตรวจคัดกรองสุขภาพและงบประมาณในการใช้จัดทำแผนงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3อ.2ส. จึงมาจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก ส่วน รพ.สต. ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและที่มีสถานะอยู่ใน CUP ที่มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณนั้นไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการทำกิจกรรมคัดกรองสุขภาพและการทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย3อ.2ส.ดังนั้นกองทุนหลัก ประกันสุขภาพท้องถิ่น จึงเป็นแหล่งงบประมาณหลักและสำคัญต่อการทำแผนงานโครงการเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทางกรมควบคุมโรค ทั้งนี้ อปท. ส่วนใหญ่สมทบเงินกองทุนฯ ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด มีเพียงแห่งเดียวที่เห็นความสำคัญของผลงานด้านสุขภาพ และเห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องของการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างแท้จริง จึงมีการสมทบงบประมาณกองทุนฯ ถึงร้อยละ100 อย่างสม่ำเสมอ

การคัดกรองเป็นจุดเริ่มต้นในการ ค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานความดัน เพื่อนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ดังนั้นการคัดกรองจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการหากกลุ่มเป้าหมายในการทำโครงการ “ทางรพ.ก็จะประชุมคัดกรองสุขภาพกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปก็เจอกลุ่มเสี่ยง บางที่เราออกไป พบน้ำตาล 200-300 ก็ไม่มีประวัติว่าเป็นคนไข้ของรพ. เมื่อคัดกรอง เราก็มาวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเขียนโครงการเข้ามา” (P 2: PCU) กิจกรรมคัดกรองทำต่อเนื่องทุกปี โดยมีจุดเริ่มมาจากการตรวจสุขภาพประจำปี “เริ่มจากเรามีตรวจสุขภาพประจำปีทำต่อเนื่องมาเรื่อยๆครับ เราตรวจน้ำตาล ความดัน รอบเอว ทำทุกปีต่อเนื่อง ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปตรวจทุกปี” (P 2: PCU รพ.) ทั้งนี้เป้าหมายประชาชนเป็นผลจากการคัดกรองสุขภาพ รวมระหว่างประชากรในพื้นที่ PCU รพ. และพื้นที่ รพ.สต. “โครงการตรวจสุขภาพเราจะขอร่วมกันกับรพ. เอาเป้าหมายมารวมกันเทศบาลก็ให้การสนับสนุน” (P 2: รพ.สต.) เช่นเดียวกับ อปท.P3 ที่ทำเป็นโครงการต่อเนื่องโดยเริ่มจากการได้รับงบประมาณจากสสม. “โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจริงๆเป็นโครงการต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่มีโครงการตรวจสุขภาพประชาชนตั้งแต่ปี 52-53 ที่เราทำโครงการ ช่วงแรกๆเราไม่ได้ใช้ มันจะมีงบ สสม.” (P 3: รพ.สต.) การใช้งบจากสจจ. ทำได้ปีเดียวไม่มีงบประมาณต่อเนื่องจาก CUP ดังนั้นความต่อเนื่องของโครงการหลักๆจึงมาจากการสนับสนุนด้วยเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น “ตอนแรกเราตรวจโดยไม่มีงบประมาณ การใช้งบ สสม. เราเอามาทำเป็นค่าอาหาร เท่านั้น ส่วนวัสดุอุปกรณ์เราเบิกจาก รพ.วาริน การตรวจคัดกรองก็จะมีตั้งแต่การคัดกรองน้ำหนัก ส่วนสูง ความดัน ตรวจหาน้ำตาลในเลือด เบิกจาก รพ.วาริน ช่วงแรกๆก็จะมีงบตรวจไขมันทางสจจ.เขาก็จะมีเครื่อง แต่ทำได้ปีเดียวมันไม่มีงบเพิ่ม” (P 3: รพ.สต.) นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่ม

เสี่ยงแล้ว กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตรายใหม่ในพื้นที่เพิ่มมากขึ้นก็เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการทำแผนงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกัน “คนไข้รายใหม่เพิ่มมากขึ้น เราก็มองว่าในคนที่มีความเสี่ยง หรือคนที่ป่วยอยู่แล้วนี่เรามีแนวทางที่จะคุมไม่ให้เขาเป็นอีกได้มั๊ย ก็เลยเกิดโครงการนี้ขึ้นมา” (P3: รพ.สต.) เช่นเดียวกับพื้นที่ อปท. P17 “ปัญหาจากแต่ละปีจะมีการคัดกรองปัญหาที่พบคืออัตราเสี่ยงสูงก็นำกลุ่มนี้มาเป็นเป้าหมายอบรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม..คนที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเป็นคนเขียนโครงการแต่เรื่องแนวทางปัญหาคุยกันเป็นภาพรวม ส่วนมากเป็นการประชุม อสม.ประจำเดือนเป็นการติดตามความก้าวหน้าโครงการทุกเดือนเพราะงบบสพช.ที่นี้จะโอนเข้าเงินบำรุง รพ.สต.” (รพ.สต...P17)

ขั้นตอนของการทำแผนงานโครงการ นั้น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะเป็นตัวหลักสำคัญในการทำแผน และเป็นแกนนำสำคัญในการเตรียมแผนงานโครงการก่อนส่งขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น “การมีส่วนร่วมในระดับ รพ.สต.ในการกลั่นกรองแผนงาน เราจะประชุมกันใน อนามัยว่าจะทำอะไรบ้าง เพราะเบาหวานความดันของเขตเรามีแนวโน้มจะสูงขึ้นก็เลยมาทำ ดูจากข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานความดันรายใหม่” (P 2: ปลัด) โดยมีการพูดคุยถึงกรอบงบประมาณ กลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมโครงการและการประเมินคร่าวๆก่อนให้ รพ.สต.ไปจัดทำโครงการ “เราจะมาคุยกันตอนที่จะทำแผนอย่างโครงการ 3๐2๕ นี้ ว่าเราจะทำยังไง กลุ่มเป้าหมายเป็นใครและจะทำอะไรบ้าง แล้วค่อยให้เขารายงานความก้าวหน้าโครงการ” (P2:ปลัด) ในขณะที่ อปท.P3นั้นการทำแผนงานโครงการเริ่มจาก รพ.สต. ในพื้นที่ ร่วมกับ อปท. และคณะกรรมการกองทุนฯ จะร่วมกันประชุมพูดคุยถึงงบประมาณในการจัดทำโครงการ “มีงบประมาณพอจะประชุมกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดการเสนอโครงการ/กิจกรรมที่ทำให้เสียเวลา เรามี รพ.สต.ทุ่งบอน และรพ.สต.โนนน้อย ในพื้นที่อยู่แล้วพอดีมีการตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีศูนย์เด็กเล็ก กับโรงเรียน เราก็จะมาคุยกัน” (P3: ปลัด) มีการวางแผนการจัดการงบประมาณกองทุนร่วมกันในเบื้องต้นเพื่อกำหนดกรอบวงเงินโครงการด้านสุขภาพ “กองทุนหลักประกันสุขภาพ คณะกรรมการกองทุนจะประชุมกันและจำแนกงบประมาณ ได้แก่ รพ.สต. ท้องที่ ตัวแทนจากสภาพ นายก ประธาน ปลัด ผู้ทรง2 ท่านตัวแทนจากหมู่บ้าน รพ.สต. อสม. เราก็วางแผนงบประมาณ เรื่องงบดำเนินงาน 15% เราให้ 20% เราก็จะแบ่งเป็นสอง รพ.สต. 10 หมู่กับ 9 หมู่รับผิดชอบ เราไม่ให้แยกงบประมาณเราก็จะจัดยกให้เรียบร้อย ค่อยมาเสนอว่าจะทำกิจกรรมตาม สบสช. กำหนด” (P3: ปลัด)

หลักการทำโครงการและ กิจกรรมที่ต้องสอดคล้องกับนโยบาย ตัวชี้วัด และเป็นปัญหาระดับพื้นที่ ดังที่ รพ.สต. กล่าวว่า “ถ้าการทำงานในระบบราชการสิ่งที่เราต้องดูคือเรื่องนโยบายเป็นหลัก แผนงานโครงการต้องสอดคล้อง ส่วนที่สองตัวชี้วัด ส่วนที่สามเป็นปัญหาในพื้นที่ ซึ่งเมื่อดูภาพรวมจะเห็นว่ามีอยู่ในพื้นที่ที่เป็นปัญหาที่เราต้องจัดการอยู่” (P3: รพ.สต.) ดังนั้นประเด็นเรื่องความสอดคล้องของปัญหาในพื้นที่ ตัวชี้วัด และนโยบายของกระทรวง เป็นประเด็นที่ถูกนำเข้าไปพูดคุยกัน ในการทำประชาคมหมู่บ้านเช่นกัน “รวมกันเลยครึ่งทั้งนโยบาย ตัวชี้วัดและปัญหาในพื้นที่ ประชาคมหมู่บ้านแต่ละครั้งเราต้องเอาเรื่องพวกนี้เข้าครึ่ง” (P3: รพ.สต.) การทำแผนงานโครงการ รพ.สต. ดูจาก KPI เป็นหลักและดูว่าส่วนไหนที่ กองทุนฯ จะสามารถให้การสนับสนุนได้ “งบ อบต.เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เราวางแผนว่างบประมาณที่จัดสรรเราจะดูว่า KPI ตัวไหนสำคัญ

การทำแผนของงบประมาณจาก อบต.ก็จะดูว่าส่วนไหนที่ อบต.พอจะสนับสนุนได้ อย่างปีนี้ PCU ทำเรื่องคัดกรองในกลุ่ม 35 ปีขึ้นไป และการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มหลัก และขอเรื่องการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่ะ ตรงนี้ก็หมดแล้วเงิน” (PCU ..P15) ร่วมกับการให้ความสำคัญงานโรคไม่ติดต่อโดยจัดเป็นวาระสุขภาพระดับอำเภอ “PCU เราทำเป็น ODOP (One District One Project; หนึ่งอำเภอหนึ่งโครงการ..นักวิจัย) ประกาศเป็นวาระสุขภาพอำเภอร่วมกับ เทศบาล อบต. โรงเรียนส่วนราชการเกษตร พัฒนาการอำเภอ เรายอมลงทุนเอาภาคีเครือข่ายทั้งหมดเข้ามา เราคืนข้อมูลให้และทำ MOU ร่วมกัน ประกาศวาระร่วมกัน คือ “ภาคร่วมคิดชุมชนร่วมใจต้านภัยเบาหวาน ด้วยการลดหวานลดมันลดเค็มเติมเต็มเต็มออกกำลังกายห่างไกลบุหรี่สุรา เป็น moscot เรา kick off ด้วยการณรงค์ในระดับอำเภอ” (PCU ..P15) หรือดูจาก KPI ที่ตกเกณฑ์จากปีก่อนหน้า“เราจะให้ข้อมูลเรื่องสภาพปัญหาผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเอาข้อมูลมาคุยกันว่าคนไข้ กลุ่มเสี่ยงและโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เพื่อนำไปใช้เป็นฐานในการทำแผน ข้อมูลมาจากจำนวนคนไข้มารับบริการ ข้อมูลจากการคัดกรอง และจากการประชาคม ส่วนใหญ่การทำแผนเราทำจาก KPI ของปีที่แล้วที่ตกเกณฑ์และปัญหาสาธารณสุขค่ะ ..ที่นี้จะเน้นกิจกรรมป้องกัน7สี และDPAC” (รพ.สต. ..P50) ส่วนบางแห่งใช้หลักการทำแผนงานโครงการตามระบบ DHS มาเป็น Sub-DHS “การจัดทำแผน NCD ผ่านระบบ DHS และ sub-DHS โดยรพ.สต.ร่วมกับ อสม.และตัวแทนชาวบ้าน” (รพ.สต...P19)

กรณี อบต. ที่มีโครงการเกี่ยวกับการลดเหล้าในงานเทศกาล งานบุญและงานศพ ได้แก่ อบต. P5, P6, P10, P13 นั้นมีสาเหตุมาจาก ผลกระทบจากสถานะกองทุนหมู่บ้านจะล้มละลาย เนื่องจากชาวบ้านไม่สามารถใช้หนี้สินที่ค้างกับกองทุน สาเหตุมาจากภาระหนี้สินของชาวบ้านที่เป็นหนี้จากการซื้อเหล้าไปช่วยงานศพในหมู่บ้าน ตามประเพณีที่ปฏิบัติกันมา ทำให้ต้องถึ้นเริ่มเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญและหาทางลดภาระหนี้สินโดยเริ่มจากการทำทำตัวอย่างงานศพปลอดเหล้า โดยตัวแทน ทั้งนี้กว่าจะเริ่มดำเนินงานก็ใช้เวลานานเป็นปี เนื่องจากไม่มีสมาชิกในหมู่บ้าน คนใดกล้าจัดงานศพปลอดเหล้า และการเอาเหล้าไปช่วยงานถือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติ “เป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่เราต้องถือ เหล้า ข้าวสาร น้ำปลา และเงินไปช่วยงานศพ” (อบต. P5) จนกระทั่งญาติของผู้บริหารของอบต. เสียชีวิต และเริ่มเป็นตัวอย่งงานแรก จนประสบความสำเร็จ

“ปัญหาเริ่มจากค่าใช้จ่ายงานศพ เราเป็นชุมชนใหญ่เมื่อมีคนตายสิ่งที่เราต้องจัดการคือเรื่องเหล้า อาหาร ข้าวสาร อาหารก็จะมีพวกหมูฝักค่ะ แต่สิ่งที่ต้องใช้บริหารจัดการคือข้าวสารกับเหล้า คือสมาชิกกองทุน กองทุนหมู่บ้าน พอสิ้นปีเราก็เอามาคุยกันว่าสมาชิกเป็นหนี้เพราะอะไร ร้อยละ 80 เป็นหนี้เพราะเหล้าเปียร์และข้าวสาร เกิดจากงานศพ เป็นอันดับหนึ่ง สองหลังงานศพจะเห็นภาพเหล้า น้ำอัดลมเต็มโต๊ะ พระสวดก็สวดไป คนกินเหล้า เล่นการพนันก็เล่นไป เราเห็นว่าอันนี้มันไม่ใช่แล้ว อันที่สามเราดูสาเหตุที่เขาไม่ใช้หนี้กองทุนเพราะอะไร อย่างหมูฝักมีเจ้าหนี้คนเดียวเขาก็ไปใช้หนี้กันแต่เหล้าและข้าวสารทุกคนเป็นสมาชิกกองทุนต้องช่วยเหลือกัน คือยังไม่ใช้หนี้ อย่างนี้ ติดหนี้ข้ามปีคือเรื่องข้าวสาร-เหล้าเพราะพ่อ ลูก สามี ตาย ค่าใช้จ่ายงานเล็กๆก็ประมาณ 1-1.5 แสนงานใหญ่ๆก็ประมาณ2-3 แสนค่ะ” (รพ.สต.. P6)

“ศพยังไม่ถึงบ้านมีหมูมีเหล้าไปรออยู่ก่อนแล้ว พองานศพเสร็จเงินค่าเหล้าก็ไม่ได้ เงินค่าข้าวสารก็ไม่พอ

เจ้าภาพไม่มีเงินจ่ายพอปีผลสิ้นปีกลายเป็นว่าคนที่จัดงานศพเป็นหนี้กองทุนคนละ 2-3 หมื่นหนี้เหล่านี้กับข้าวสาร กองทุนเราก็จะเจ๊งมันเริ่มวิกฤติ เราก็เชิญ ผญบ. กำนัน นายก มาคุยกันเริ่มโครงการคุ้มครองผู้บริโภคก่อน เองงานแรกตั้งแต่ปี 52 ...พอดีญาติรองนายกเสียและครอบครัวเป็นผู้หญิงทั้งสองคน ญาติส่วนใหญ่ก็ไม่กินเหล้า ก็อาสาเป็นตุ๊กตาในการจัดงานศพปลอดเหล้า ช่วงนั้น ผญบ.ก็ไม่กินเหล้าก็เลยที่ว่าเอางานนี้แหละ ตอนนั้นคนกินเหล้าก็โวยวายแต่เจ้าภาพนี่นั่งทุกคนเลย เรากำนัน ผญบ. ก็บอกว่าอยู่กันอย่างกระสับกระส่าย ครั้งแรกเราก็กังวลอยู่” (รพสต.. P6)

ที่มาของโครงการจากการเข้าร่วมเป็นหมู่บ้านศีลห้า โดยความร่วมมืออย่างเข้มแข็งระหว่างตำรวจ เทศบาล เจ้าคณะอำเภอ และเจ้าคณะตำบล และมีการเข้มงวดในเรื่องเหล่านี้โดยผู้กำกับในพื้นที่เป็นกำลังสำคัญในการใช้มาตรการทางกฎหมายเข้าควบคุม นอกเหนือจากมาตรการของเจ้าคณะตำบลที่ไม่ไปร่วมสวดอภิธรรมในงานศพหากไม่ปลอดเหล้า รวมทั้งการควบคุมการขายเหล้าในงานบุญในบริเวณวัด “พอดีเราทำโครงการหมู่บ้านศีลห้า ผมเป็นคนไปรับป้ายจากรพสงฆราชที่ธาตุนม นครพนม ผมก็ยังกินเหล้าสูบบุหรี่แต่กินเป็นเวลา ลดละแต่ยังไม่เลิก กลับมาคุยกับ รพสต. ที่รับมาผมก็ไปสอบถามว่าจะทำยังไง ก็มีผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เจ้าอาวาสวัดที่เป็นเจ้าคณะตำบล เราคุยกันว่าจะทำอย่างไร มันเป็นโครงการของกระทรวงวัฒนธรรมกำหนดตำบลละ 1 หมู่บ้านปรองดองสมานฉันท์ เป็นตำบลละ 1 หมู่บ้านว่าเป็นหมู่บ้านรักษาศีล 5 เพราะข้อที่ 5 ถ้ารักษาได้ข้ออื่นๆก็ไม่มีปัญหา โครงการนี้ผ่านมาช่องทางวัด ลงตำบลนี้ ทำ MOU เปิดป้ายหมู่บ้านรักษาศีล 5 ก็มีการขยายโครงการตอนนี้มีใบสมัครสมาชิกเข้าร่วมโครงการทุกตำบล” (ผู้นำ P10)

ที่มาของโครงการจากนโยบายนายอำเภอ ให้มีการสร้างค่านิยมใหม่ในการจัดงานศพปลอดเหล้า และมีการควบคุมการดำเนินงานอย่างเคร่งครัด มีการรายงานงานศพปลอดเหล้าโดยผู้นำชุมชนให้นายอำเภอรับทราบทุกเดือน “ก่อนมีโครงการชาวบ้านก็รู้ว่าเหล้าไม่ดีเปลือง งานศพคือคนตายขายคนเป็นเพราะต้องไปกู้หนี้ยืมสินมาจัดงาน บ้านเราสังคมเป็นค่านิยมถ้าไม่มีเหล้าก็จะน้อยหน้า ตอนนี้ก็เลยต้องสร้างค่านิยมใหม่โดยนโยบายอำเภอ ทางเทศบาลก็จะไปร่วมงาน ต้องค่อยเป็นค่อยไป...เมื่อก่อนฟรีสไตล์ ตามถนนอยากเล่นการพนันก็เล่นอยากกินก็กินตามถนนหนทาง...สวนใหญ่ชาวบ้านมี” (นายก..P13)

โดยสรุป พบว่าใน อปท. ที่ดำเนินงานศพปลอดเหล้า ร่วมกับงานบุญในบางแห่งที่ประสบความสำเร็จมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้คือ การยอมรับปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นในระดับหมู่บ้านและใช้ความร่วมมือของผู้นำชุมชน และท้องถิ่นในการจัดการปัญหา การใช้นโยบายอย่างเข้มข้นโดยนายอำเภอ การเข้าร่วมโครงการหมู่บ้านศีลห้าอย่างเป็นทางการประกอบกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งศาสนา ผู้นำชุมชนท้องถิ่น และตำรวจอย่างเข้มแข็ง

2.3.4 การพิจารณาสนับสนุนงบประมาณโครงการฯ

“ประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชน และความคุ้มค่าของแผนงานคือหลักการพิจารณาตัดสินใจสนับสนุนงบประมาณ ในรูปของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ”

“การจัดสรรงบประมาณใช้เกณฑ์ตามกำหนดของ สปสช. รวมทั้งการกลั่นกรองในเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณให้ถูกต้อง”

“รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการทำแผนงานโครงการด้านสุขภาพ ที่ใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น”

การพิจารณาสนับสนุนงบประมาณโครงการฯ ทุกแห่งใช้การพิจารณาโดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น การตัดสินใจให้การสนับสนุนแต่ละที่มีบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจในสภาที่แตกต่างกัน บางแห่งใช้ปลัดเป็นผู้นำในการพิจารณาหลัก ในขณะที่บางแห่ง ใช้หลักการกลั่นกรองโครงการและงบประมาณเบื้องต้นตามกรอบงบประมาณที่จัดสรรให้ โดยตัวแทนหน่วยงานเรื่องนั้นๆ เช่นแผนงานโครงการด้านสุขภาพผู้รับผิดชอบหลักคือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ทำแผนงานโครงการตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากคณะกรรมการกองทุนฯ ก่อนนำไปผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกองทุนฯ อีกครั้งหนึ่ง ในขณะที่ อปท. บางแห่งไม่ได้กำหนดกรอบวงเงินชัดเจน แต่ให้ รพ.สต. หรือ PCU จัดทำโครงการด้านสุขภาพ มาแล้วใช้การตัดสินใจเลือกให้การสนับสนุนโครงการฯ โดยความเห็นชอบของสภาและคณะกรรมการกองทุนฯ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของแผนงานโครงการและงบประมาณเป็นหลัก ดังนี้

การพิจารณาโดยสภาและคณะกรรมการกองทุนฯ ใช้หลักการการใช้งบของกองทุนเป็นหลักร่วมกับการพิจารณาโดยคณะกรรมการกองทุนที่มีบุคคลหลากหลาย หากมีโครงการส่งเข้ามามาก คณะกรรมการกองทุนฯ พิจารณาการตัดโครงการ ตามงบประมาณที่จะสนับสนุนได้ โครงการส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เนื่องจากมีการกลั่นกรองจากตัวแทนคณะกรรมการกองทุน และคณะอนุกรรมการกองทุน โดยประเด็นในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการฯ คือประเด็นเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามหลักการที่ถูกต้อง ก่อนนำเสนอคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อพิจารณาอนุมัติงบประมาณ แบบที่สองคือการเชิญคณะกรรมการกองทุนร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพคือ รพ.สต. หรือ PCU ในพื้นที่มาร่วมพิจารณากรอบวงเงินในการจัดทำโครงการประจำปี พร้อมกับกรอบแนวทางของเนื้อหาการจัดทำแผน โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน “ก่อนจะให้งบประมาณเราก็จะเชิญหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ตัวแทนจะเป็น ผอ.รพ.สต.ทั้งสามหน่วยงาน มาพูดคุยกันว่าจะทำยังไงให้มีทั้งผู้ใหญ่บ้านผู้แทนอสม. และทางโรงเรียน จะมาคุยกันว่าแผนปีนี้เราจะมีอะไรบ้างและจะทำโครงการอะไร ส่วนวงอนุมัติงบประมาณดูจากประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชน และเป็นโครงการที่จำเป็นเร่งด่วนและมีความเป็นไปได้”(P2: ปลัด) เฉพาะโครงการด้านการตรวจสุขภาพเป็นเรื่องที่อปท. เห็นความสำคัญมาอย่างต่อเนื่องและพิจารณาให้การสนับสนุนต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการพิจารณาเข้มข้นก็ตาม “ค่อนข้างเข้มข้นครับเพราะกรรมการมาจากหลายภาคส่วน งบ 5 แสนกว่า ก็แบ่งเป็นเรื่องการตรวจสุขภาพ ส่วน

ใหญ่ให้หน่วยบริการสาธารณสุข...ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการตรวจสุขภาพเรื่องเบาหวานความดันเราก็กี่ให้ทุกปี” (P2: ปลัด) หรือการทำแผนงานโดย อปท.จะทำแผน 3-5ปี ส่วนแผนรายปีชุมชนร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพและนำเสนอให้สภาฯ พิจารณากลับกรองเพื่อสนับสนุนงบประมาณ ชุมชนทำโครงการสภามาพิจารณากลับกรองอีกครั้ง “ทำครั้งเดียวจะแบ่งระดับหมู่บ้านให้ทำแผนไว้ก่อนแผนชุมชนรายปี อปท.ทำแผน3-5 ปี ส่วนใหญ่ถ้าเป็นแผนชาวบ้านเราจะเอามาคุยกันในสภา กลับกรองโครงการกัน” (P4: รพ.สต.)

หลักการพิจารณาออกจากประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนแล้วยังดูเรื่องความคุ้มค่าของแผนงานโครงการความคุ้มค่า ในบางอปท. คนตัดสินใจเรื่องการสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพหลายๆ นายก อปท. ได้ให้ปลัดเป็นคนตัดสินใจเรื่องสุขภาพแทน “งบประมาณด้านการตรวจขอเท่าไรเราก็กี่ให้จะไม่ตัด อย่างโครงการทำอสม.ก็จะดูถึงเรื่องความคุ้มค่าทำจริงมากน้อยแค่ไหนได้ประโยชน์อะไรอย่างนี้ครับ...คือส่วนใหญ่ท่านนายกจะไม่ค่อยพูดส่วนใหญ่ก็จะเป็นผมนี่ละที่จะเป็นคนตัดสินใจว่าจะให้ใคร จริงๆเบาหวานความดัน บางทีคนที่ไม่ได้เรียนมาก็ไม่รู้ว่ามีอันตราย” (P2:ปลัด) เช่นเดียวกับ อปท.อีกแห่งหนึ่งที่เริ่มจากการกำหนดกรอบวงเงินสนับสนุนโดยคณะกรรมการกองทุนฯ หลังจากนั้นจึงให้ผู้รับผิดชอบโครงการจัดทำโครงการด้านสุขภาพโดยมีคณะกรรมการร่วมกันพิจารณาอนุมัติ “หน่วยบริการเราขงขึ้นไป ถ้าเป็นชุมชนเขาก็ขงขึ้นมาคณะกรรมการก็จะทำหน้าที่พิจารณาว่าเหมาะสมจะทำมั้ย” (P3:รพ.สต.) หลักการในการพิจารณาให้การสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพ พิจารณาจากโครงการที่มีลักษณะต่อเนื่องกรรมการเน้นรูปธรรมของผลงานที่จับต้องได้ “ถ้าหน่วยบริการเสนอโครงการที่ไม่ถูกใจกรรมการก็จะมีกรอภิปรายกันว่าโครงการที่เสนอมานี้ในปีหลังๆต้องสามารถเห็นได้และจับต้องได้” (P3: รองนายก)

รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำโครงการด้านสุขภาพในทุก อปท.มี อปท.หลายแห่งที่เริ่มให้กลุ่มผู้นำชุมชน อสม. และกลุ่มองค์กรในชุมชนนำเสนอโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมี รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยงในเรื่องการจัดทำโครงการ โครงการใดที่ รพ.สต.เป็นเจ้าของโครงการเงินจะถูกโอนเข้า รพ.สต.

“โครงการสุขภาพ มอบให้ทาง รพ.สต.ดำเนินการทั้งหมด เราสนับสนุนแต่เรื่องงบช่วงหลังเสนอให้กลุ่มองค์กร อสม. ฃญบ. ทำโครงการมี รพ.สต. เป็นที่ปรึกษา แบ่งกันเป็นเจ้าของภาพ” (P9: ปลัด)

“ทางอนามัย ทำโครงการมาหลังจากคณะกรรมการอนุมัติเงิน เราก็กี่ผลักเงินเข้าสู่ระบบของเงินบำรุง รพ.สต. การอนุมัติเงินดูจากเป็นโครงการเร่งด่วนและแก้ปัญหาชุมชน เป็นหลัก เปิดโอกาสให้รพ.สต. มองทะลุเรื่องการดูแลผู้ป่วยดีกว่าส่วนอื่นๆ” (P10: ปลัด)

การพิจารณาจัดสรรงบประมาณ ส่วนใหญ่แล้วจะใช้ฐานงบประมาณในการจัดทำโครงการในปีก่อนหน้าเป็นฐานในการอนุมัติงบประมาณ เพื่อให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องได้เตรียมแผนงานโครงการให้ทัน หากพื้นที่ อปท.ใดมี รพ.สต. มากกว่าหนึ่งแห่ง จะใช้เกณฑ์การจัดสรรงบประมาณตามหลักการของจำนวนประชากร UC (Universal Coverage) เป็นหลัก

“หลักเกณฑ์การใช้ เงินกองทุนเมื่อมีงบประมาณพร้อมเราก็กี่แจ้งผ่าน อสม. ผู้นำชุมชน รับทราบ เราก็กี่จะกำหนดวันให้ส่งโครงการ การจัดสรรงบประมาณเรายึดตามหลักเกณฑ์ เงินที่พิจารณาโครงการตามภาพรวมเรา

ให้ชาวบ้านที่มีคุณสมบัติในนามกลุ่ม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ รพสต. เป็นคนเสนอโครงการเข้ามาเราก็พิจารณาในภาพรวม เราไม่ได้กำหนดชัดเจนว่าแต่ละกลุ่มใช้เงินเท่าไรมีกี่โครงการ..นายกท่านให้การสนับสนุนดีมากกว่าร้อยละ 50 ปี นี้ก็ยิ่งให้มากกว่าร้อยละ50อีกค่ะ” (P13: รพสต.)

“การจัดสรรงบประมาณ สปสช.จะดูตามหลักเกณฑ์การใช้เงินปีที่แล้ว เป็นฐาน” (P9: ปลัด)

“เราเริ่มจากการประชุมคณะกรรมการ ผ่านคณะกรรมการร่วมกันจะมีนายกเป็นประธาน ใช้ฐานเงินอ้างอิงจากปีที่แล้ว พอเม็ดเงินลงมาเราก็ค่อยส่งโครงการมาขอค่ะ..การจัดสรรงบประมาณแบ่งตามประชากร UC เป็นหลัก การพิจารณาแผนงาน...ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหาเพราะมีการกลั่นกรองมาบ้างแล้ว เราให้ทุกโครงการแต่งบประมาณอาจไม่ได้ตามที่ และช่วยปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้ได้ตามหลักการใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ” (P17: รพ.สต.)

โดยสรุปหลักในการพิจารณาโครงการคือ มองประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชน และความคุ้มค่าของแผนงาน ก่อนพิจารณาโครงการมีคณะกรรมการกองทุนฯ ทำหน้าที่กลั่นกรองโครงการเน้นในเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณให้ถูกต้อง ส่วนการตัดสินใจสนับสนุนงบประมาณนั้นเป็นเรื่องของคณะกรรมการกองทุนฯ โดยการจัดสรรงบประมาณนั้นใช้เกณฑ์ตามกำหนดของ สปสช. และมีรพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการทำแผนงานโครงการด้านสุขภาพ ในทุก อปท.

2.3.5 การเห็นความสำคัญของกิจกรรม

“สถานการณ์ปัญหา ผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อจากตัวอย่างในพื้นที่ โดยเฉพาะผลกระทบทางเศรษฐกิจครัวเรือนคือสาเหตุของการเห็นความสำคัญโรคภัยเจ็บและเห็นความสำคัญต่อการจัดกิจกรรมจัดการปัญหาในพื้นที่”

“การจัดงานศพปลอดเหล้าช่วยให้เจ้าภาพประหยัดเงินได้มากจนสามารถเอามาใช้ทำบุญเลี้ยงพระได้”

การให้ความสำคัญกับกิจกรรมในแผนงานโครงการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3อ. 2ส. ของอปท. เกิดจากสาเหตุหลายประการด้วยกันตั้งแต่ อปท. เห็นความสำคัญเรื่องโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ตัวผู้นำเองเป็นตัวแทนของผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งผลกระทบต่อคนครอบครัว เศรษฐกิจครอบครัว และต่อร่างกายที่อ่อนแรงครึ่งซีก และการมีตัวอย่างคนในพื้นที่ป่วยและเสียชีวิตเนื่องจากสาเหตุ การไม่ตรวจคัดกรอง เพื่อการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

กรณีที่ผู้นำมองเห็นผลกระทบจากโรค DM HT ลล สมอง และลล หัวใจ ประกอบกับตัวผู้นำเองมีรอยโรคแขนขาอ่อนแรงซีกขวาจากผลกระทบ หลอดเลือดสมองเนื่องจากมีพฤติกรรมการดื่มสุรามาก จนสามารถบอกถึงสาเหตุของโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพว่าสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดที่มีภาวะ ตีบ และแตก “ตีบ แตก อย่าง ปลัดนี้ ..เป็นตัวอย่าง แต่ก่อนเดินแทบไม่ได้ต้องพยุงตอนนี่ก็ดีขึ้น อยากให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์เรื่องโรคภัยเจ็บให้

ประชาชนรับทราบและตระหนักปัญหา” (P 4: รพ.สต.) แม้กระทั่งปลัดเอง ก็เข้าใจและรู้ซึ่งถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อทั้งผลกระทบต่อตัวเองและในครอบครัว การป้องกันจึงเป็นแนวทางที่ดีที่สุดที่จะไม่ให้เกิดผลเสียต่อบุคคลและครอบครัว “ครอบครัวหนึ่งมีประมาณ 5-6 คน ถ้าป่วยคนหนึ่งใครจะดูแล นี่คือปัญหา ต้องป้องกันตั้งแต่ต้น” (P4: ปลัด) โรคนี้ในมุมมองของคนในพื้นที่ว่าเป็นโรคร้ายเจ็บที่หนักแล้ว เมื่อเจ็บป่วยแต่ถ้าไม่มีอาการก็เหมือนคนปกติที่ยังสามารถทำงานได้ทำให้ชาวบ้านคิดว่าตัวเองไม่เป็นอะไรยังปกติจึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ “คือไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพราะโรคนี้มันเป็นโรคร้ายเจ็บ” (P4: รพ.สต.)

การมองเห็นความสำคัญของโรคร้ายเจ็บของคนในพื้นที่จึงมีสาเหตุแตกต่างกันไปตั้งแต่การประสบเหตุการณ์และผลกระทบด้วยตนเอง การเห็นตัวอย่างในคนในชุมชนที่ป่วยด้วยโรค ลม สมอง และหรือลม หัวใจ การเห็นคนใกล้ตัวที่ป่วยและทรมาณจากภาวะแทรกซ้อนหรือแม้กระทั่งการที่นักวิจัยลงไปเก็บข้อมูลทำวิจัยในประเด็นโรคไม่ติดต่อและผลกระทบ ผลจากการพูดคุยทำให้เทศบาลเห็นความสำคัญของโรคไม่ติดต่อกว่าขึ้น

การจัดงานศพปลอดเหล้าทำให้เจ้าภาพมีเงินเหลือทำบุญ และจากเดิมที่มีคนกินเหล้าเล่นการพนันเฝ้าศพก็เปลี่ยนเป็นญาติแทน พร้อมกับมีกลุ่มคนดีเข้าร่วมฟังสวดอธิษฐานเพิ่มขึ้น “งานนี้ช่วยลดค่าใช้จ่าย 5-6 หมื่นเมื่อก่อนไม่มีคำว่าสวดอธิษฐานแต่เดี๋ยวนี้ชาวบ้านเปลี่ยนช่วยงานด้วยเหล้าเบียร์เป็นเงินทำให้มีเงินช่วยเจ้าภาพจัดการสวดอธิษฐาน...ตอนแรกๆเรามีป้ายงานศพปลอดเหล้า พอหลังๆเราไม่มี เป็นที่รู้กันว่าคุณมาเราก็ไม่มีเหล้าให้กินอยู่แล้ว พอมีวัฒนธรรมเปลี่ยนเมื่อก่อนมีเหล้าก็มีคนแข่งทั้งวันพอไม่มีเหล้าก็มีญาติๆเฝ้า พอตอนเย็นก็มีกลุ่มคนดีเข้าร่วมสวดอธิษฐาน เขาก็เริ่มมองเห็นข้อดี เงินเราไม่ได้ถวายพระหมด ผญบ กำนัน อสม ที่อยู่ในนี้ จะเตรียมเรื่องเงินใส่ซองให้เจ้าภาพถวายพระ เราจัดการให้หมด ส่วนเงินที่ชาวบ้านมาช่วยก็ใส่กล่องรวม เหลือเท่าไรเจ้าภาพก็เอาไปจัดทำบุญ ตอนนี้อะยายไปงานบวช งานกฐิน และงานบุญอื่นๆ” (P6: รพ.สต.)

2.3.6 เป้าหมายโครงการ

“ประชาชนสุขภาพดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีความสุขคือเป้าหมายของการทำงานด้านสุขภาพของท้องถิ่น”

แม้ว่าในรายละเอียดของแผนงานโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ จะไม่ได้กำหนดเป้าหมายเชิงผลกระทบจากการทำงาน แต่การพิจารณาให้งบประมาณสนับสนุนทั้งการสนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในบางอปท.สนับสนุนถึงร้อยละ 100 และให้การสนับสนุนแผนงานโครงการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดนั้น อปท. มิได้ให้การสนับสนุนตามหน้าที่แต่เพียงอย่างเดียว เพราะต่างมีเป้าหมายในใจว่าด้วยเรื่องการมีสุขภาพดีของประชาชน ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3อ.2ส. ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อหรือโรคร้ายเจ็บในมุมมองที่คนในพื้นที่รับทราบ ท้ายที่สุดคือเป้าหมายของการอยากให้ประชาชนในพื้นที่มีความสุข ดังข้อความที่สะท้อนเป้าหมายของ อปท. ในด้านต่างดังนี้

อยากเห็นว่าประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ “ทางเทศบาลก็อยากให้หน่วยงานรับงบประมาณไปทำและเห็นผลเกิดขึ้น เราไม่อยากจะเห็นแค่การจัดอาหาร เบรค แล้วก็จบเท่านั้น ลักษณะโครงการออกเยี่ยมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทำให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงชัดเจน เราก็ยินดีที่จะให้การสนับสนุนให้เกิดการต่อเนื่อง” (P2 : ปลัด) เป้าหมายหลักของการทำงานคือประชาชน “ “ท่าน(นายก)มองว่าเป้าหมายการทำงานคือชาวบ้าน พอสาสุขเสนอท่านก็บอกว่าเอาสิทำเลย อย่างน้องทันตะก็เป็นทุน อปท.ที่ส่งเสริม ก็แสดงว่าท่านมีวิสัยทัศน์ดีค่ะ” (P3 : รพ.สต.) อยากให้ประชาชนสุขภาพดีไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพราะ หากคนในครอบครัวป่วยหนึ่งคนก็จะมีผลกระทบทั้งครอบครัวในทุกเรื่อง “เรามองที่สุขภาพถ้าสุขภาพดีไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมเราป้องกันดีกว่าเข้า รพ. หนึ่งกำลังคนเราแต่ละครอบครัวก็น้อยด้วยถ้าป่วยเท่ากับป่วยหมดบ้าน ไปมาก็ไกลด้วย ต้องดูแลตัวเองก่อนจะดีกว่า” (P4 : อปท.ปลัด) ทำที่สุดคือเป้าหมายเรื่องความสุขของประชาชน “ผมว่ามันเป็นเรื่องประโยชน์และความสุขของพี่น้องประชาชนเรามีเหมือนกันคือความสุขของประชาชน และมีความร่วมมือกัน” (P3 : ปลัด) กิจกรรมบางประเภทให้เป้าหมายหลากหลายทั้งผลลัพธ์และกลุ่มอายุผู้เข้าร่วมกิจกรรม “คือร่ววย่อนยุคนี้มันไม่ได้เฉพาะการออกกำลังกายอย่างเดียวแต่มันได้เรื่องสภาพจิตใจ ได้อารมณ์ด้วย มันจะเชื่อมกับ อารมณ์ คือมันจะได้ทั้งสุขภาพจิตสดชื่นแจ่มใส ครบรวมทั้งอโรควา และกลุ่มวัยตั้งแต่วัยรุ่นถึงผู้สูงอายุ เราเน้นกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุทั้งผู้สูงอายุประชาชนทั่วไปและประชาชนครับ ” (P15 : กำนัน)

2.4 แนวทางการจัดการปัญหา

เริ่มจากการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเชิญเข้ามาร่วมอบรมใช้หลักสูตร 1 วัน ส่วนใหญ่ทำเป็นฐานกิจกรรม ตามหลัก 3อ. 2 ส. กิจกรรมที่ยังเห็นดำเนินการต่อเนื่องแต่ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่คือการเดินแอโรบิค จำนวนผู้ร่วมกิจกรรมขึ้นกับฤดูกาลหากเป็นฤดูทำนาจะหยุดกิจกรรมนี้โดยปริยาย

2.4.1 กลุ่มเป้าหมายในการทำงาน ในที่นี้หมายถึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนในพื้นที่ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานความดัน ในบางพื้นที่จะรวมกลุ่ม อสม. และกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งรพ.สต.ร่วมกับ อปท. นำมาเข้าสู่โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3อ.2ส. ดังนี้

เบื้องต้นกลุ่มเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เลือกจากกลุ่มเสี่ยง ที่ทำการคัดเลือก ภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดย อสม. และเน้นคนที่มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมอบรม “คัดจากกลุ่มเสี่ยงที่เราตรวจเจอซึ่งความจริงเราทำไม่ครบทุกคนอยู่แล้วเราก็ให้ อสม. ช่วยดูว่ามีใครที่พอจะมาได้ การเลือกๆ จากกลุ่มเสี่ยง ความดันต่ำกว่า 120 เราไม่เอาเราเลือกเสี่ยงมากมาก่อนค่ะ อปท.ก็จะไปร่วมตอนที่เรากำลังทำกิจกรรมจริงๆในแต่ละปีเราจะมีรายงานผลการทำงานทุกปี” (P3: รพ.สต.) ในบางแห่งจะทำการเลือกจากกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่ม อสม. และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพื่อเข้ารับการอบรม ทั้งนี้ใน

การทำกิจกรรมจะมีตัวแทนกรรมการกองทุนฯ เข้ามาร่วม กิจกรรมทุกครั้ง “อปท.ก็จะวางไว้ตั้งแต่แรกว่าถ้าหน่วยงานสุขภาพทำกิจกรรมอะไรด้วยเงินกองทุนก็จะให้แจ้งกรรมการกองทุน ได้เข้าร่วมกิจกรรม กรรมการกองทุนเรามีเท่าไรนะครอบครัว ประมาณ 15 คนนะ ถ้าพิธีการจะเชิญนายก หรือรองไปร่วมรับรู้ โดยเชิญเป็นประธานเปิดเกือบทุกงาน” (P3: ปลัด)

2.4.2 การดำเนินโครงการ

“ดำเนินการอบรมหนึ่งวัน ใช้ฐาน 3อ. 2ส. ตามแนวทางที่ได้รับจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงสูง ต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้นำ อสม. และกลุ่มป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาล และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้”

โครงการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อใน อปท.ที่ศึกษา มีสามประเภทคือ หนึ่งโครงการคัดกรองภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความดัน ต่อเนื่องถึงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลักการ 3อ.2ส. สองโครงการชุมชนสุขภาพดี ที่มีขอบเขตเป็นภาพรวมในบริบทชุมชน และประชาชนทุกกลุ่มอายุในชุมชน และสามโครงการที่เน้นเรื่องการลดเหล้าในงานศพ และงานบุญทั้งนี้โครงการประเภทที่สามจะต่อเนื่องไปถึงโครงการที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้โครงการทั้งสามประเภทจาก อปท. ที่ศึกษา 20 แห่งนั้น ยังมีประเด็นข้อสังเกตในการทำโครงการงานศพปลอดเหล้าแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ระหว่างพื้นที่ อปท.ในเขตกิ่งเมืองถึงเขตเมือง กับ อปท.ในเขตพื้นที่รอบนอก กล่าวคือ อปท. ในเขตพื้นที่เขตเมืองและกิ่งเมือง มักจะยอมรับโครงการงานศพปลอดเหล้า และนำไปปฏิบัติอย่างเกิดประสิทธิผลได้ดีกว่า อปท.ในพื้นที่รอบนอกที่ยังคงให้ความสำคัญกับค่านิยมและประเพณีเกี่ยวกับเหล้าเหนียวแน่นกว่าชุมชนใน พื้นที่เมืองและกิ่งเมือง ที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตได้มากกว่ารวมทั้งความจำกัดทางด้านเศรษฐกิจและการอยู่อาศัยแบบตัวใครตัวมันมากกว่าชุมชนรอบนอก

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. ของกรมควบคุมโรคเป็นโครงการที่ดำเนินการต่อเนื่องจากการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ เพื่อจัดแบ่งประเภทกลุ่มประชาชนว่ามีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงระดับใดโดยใช้เกณฑ์การจัดระดับความเสี่ยงที่ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในส่วนของกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วย 3อ.2ส. จากเดิมที่ทำการอบรมด้วยการบรรยายแนวทาง 3อ.2ส. ต่อมา มีการปรับรูปแบบการอบรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการบรรยายเพียงอย่างเดียวมาเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยแบ่งเป็นฐานความรู้ ตามหลัก 3อ 2 ส. ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมจะทำกิจกรรมเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละฐาน ซึ่งแนวทางการทำกิจกรรมในแต่ละฐานนั้นได้รับแนวทางมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กิจกรรมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดคือกิจกรรม อ. อารมณ์ มีทั้งการนำสมาธิบำบัดแบบ SKT (SKT1-7) มาใช้ หรือการนั่งสมาธิ การปรับเรื่องอารมณ์ต่างๆไปในชีวิตประจำวัน และการใช้แบบทดสอบความเครียด มาเป็นเครื่องมือในการวัดระดับความเครียดก่อนให้คำปรึกษา โดยหวังผลในเรื่องการจัดการ อ.อารมณ์ ส่วนกิจกรรม3อ. ในภาพรวมก็มีการเน้นหนักแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด

บางจังหวัดใช้เรื่อง DPAC เป็นตัวนำ บางจังหวัดมีการใช้ผสมผสานทั้ง DPAC การใช้ฐานความรู้ และการนำปึงปองเจ็ดสีมาใช้ในการจำแนกระดับความเสี่ยงไปจนถึงการป่วยในโรคเบาหวาน

ในอพท. บางแห่งจะแยกคำว่า 3๐2ส และ SKT ออกจากกัน โดย SKT เน้นไปที่ผู้ป่วยเป็นหลัก ดังที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เล่าถึงหลักการแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพว่า “กับกลุ่มเสี่ยง หลักๆ ใช้ 3๐2ส เป็นเบื้องต้น ที่เพิ่มคือ SKT เน้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รพ.สต.ต้องการลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล...เอามาจากกระทรวง(เนื้อหาการอบรม) เลือกลงจากบริบทของพื้นที่ว่ารับได้แค่ไหน อย่างกำหนดการจะเน้น 3๐2ส เดินเร็ว รู้ทันพิษภัยบุหรี่สุรา” (P4: รพ.สต.) นอกจากนี้ยังมีการพูดคุยแนวทางการดำเนินงานต่อเนื่องในปีถัดไปเพื่อให้โครงการฯ เกิดความต่อเนื่อง รวมไปถึงแนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ อพท. บางแห่ง มีการประยุกต์ใช้หลัก 3๐ 2ส เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ด้วยการนำหลักแต่ละข้อมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับวิถีชีวิตชุมชน เนื่องจากเห็นว่า กิจกรรมต้องปรับเข้ากับวิถีชีวิตของคนในชุมชนก่อน “เราคิดเองว่าเราต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอะไรบ้าง อย่างเช่น มาดูเรื่อง 3๐2ส เราต้องมาดูว่าเราอยากให้ชาวบ้านอะไรปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตชาวบ้าน” (P3: รพ.สต.) การประยุกต์เรื่องออกกำลังกายให้เข้ากับวิถีชีวิตชุมชน ด้วยการให้หลักยึดเหยียด โดยใช้ไม้ไผ่ที่ชาวบ้านใช้ทำเป็นด้ามไม้กวาดอยู่แล้วแทนการเดินแอโรบิก “อย่างเราสอนการเดินแอโรบิกมันเหมาะสมกับชาวบ้านมัยที่จะทำให้ออกกำลังกายได้สามวันต่ออาทิตย์ ซึ่งในไม้ไผ่ ทางอพท.ท่านจะรู้ว่าเมื่อก่อนสนับสนุนเครื่องเสียงทุกหมู่บ้าน มันก็หายไปเพราะมันไม่เหมาะสม อย่างนี้ เราก็มามองว่าบ้านเราเป็นหมู่บ้านทำไม้กวาด เรามีไม้ไผ่เป็นด้ามไม้กวาดเราก็มาคิดว่า ทำไม้พองตีมัย อย่างนี้คะ อย่างหนึ่งที่เราดูคือการสอนยึดเหยียดในผู้สูงอายุ เขาจะชอบเพราะผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ เราก็มองตรงนั้น...อย่างบุหรี่ยุราที่จะหารูปน่ากลัวๆหน่อย” (P3: รพ.สต.1) เช่นเดียวกับการประยุกต์เรื่องอาหารเข้ากับวิถีชุมชน ชาวบ้านเข้าใจง่ายด้วยการใช้สีเป็นตัวแบ่งระดับการกิน “อย่างเรื่องอาหาร เราไม่มี Package มันมีเป็นแคโรลีสาวบ้านเขาไม่เข้าใจเขาทำไม่ได้เราก็เอามาทำตามสี อย่างของเรา ที่อบรมชาวบ้านเอาเรื่องกินตามสีเช่นเขียวกินได้ตลอดเช่น ผัก สีเหลืองก็กินยั้งๆหน่อยอย่างเช่นผลไม้ ผลไม้กวาดอย่างนี้ ก็จะกลายเป็นสีแดงไปแล้ว สีแดงก็เป็นพวกของทอด น้ำหวาน น้ำอัดลม เราสอนชาวบ้านทุกคน ตรงนี้เราคิดเอง อพท.สนับสนุนเงินอย่างเดียว” (P3: รพ.สต.)

หรือการประยุกต์ใช้แพทย์ทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้หลักการว่าต้องง่ายๆ ใกล้ตัวและเป็นรูปธรรม คือการใช้หลัก ก ข ค ง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน “กิจกรรม 3๐2ส ลดหวานมันเค็มกลุ่มป่วยกลุ่มเสี่ยงก็ไม่แตกต่างกัน ส่วนกิจกรรมเราออกแบบเนื้อหา 3 ๐2ส ที่เพิ่มเติมคือเรื่องการแพทย์ทางเลือกที่เราเอามาใช้ การใช้แพทย์ทางเลือกเช่น ดื่มน้ำคอลลอยด์ โดยส่วนตัวไปปรับแนวคิดของหมอเขียวมาก็มีที่เขาช่วย ในส่วนตัวคิดว่าเรื่องสุขภาพ ต้องง่ายๆใกล้ตัวและได้ผลรูปธรรมที่เราสอนคือเน้นเรื่องสูตร ก ข ค ง อบรมในหนึ่งวัน....คือเพิ่มกินข้าวกล้อง หรือปลายข้าว ข..แกว่งแขน ค..คอลลอยด์ ให้เขาทำเอง จากสมุนไพร 5 ส่วนประยุกต์จากสูตรหมเขียว ง..งดบุหรี่ยุรา ให้มาทำ SKT อาจารย์สมพร มาทำเรื่องสมาธิบำบัดตอบเรื่องอารมณ์” (P3: รพ.สต.2) อย่างไรก็ตาม บางแห่งยังมีข้อจำกัดในเรื่องชุดความรู้ที่ใช้ในการอบรมไม่สามารถคิดประยุกต์หรือต่อยอดแนวทางการอบรมจากที่มีอยู่เดิมได้ ยังต้องการการสนับสนุนชุดความรู้เพื่อ

ใช้ในการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

“กิจกรรมเราใช้ป้องกันเจ็ดสี โดยอสม.เขาจะรู้คนไหนในบ้านที่เขารับผิดชอบว่าป่วย เสี่ยง มีการทำกิจกรรมกลุ่มเรื่อง 3๐2ส. แลกเปลี่ยนกัน ส่วนการเน้นหนัก 2ส. จะเป็นเรื่องของเจ้าคณะพระภิกษุ สำหรับคนที่ต้องการลดละเลิก ท่านเข้ามาช่วย” (P9: รพ.สต.)

“หนูจะออกแต่ละหมู่บ้านลงไปให้ความรู้ด้วยการบรรยายในหมู่บ้าน เรื่องอาหารการออกกำลังกาย ให้ความรู้รวมๆ ถ้าเป็นกลุ่มใช้ DPAC เราถึงจะลงรายละเอียดเยอะหน่อย เพื่อเจาะเรื่องอาหารการออกกำลังกาย เพราะแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน เรื่องอารมณ์ เราใช้แบบประเมินความเครียดให้เขาประเมิน เราเน้นเฉพาะเรื่อง 3๐.ก็มากแล้ว” (P17: รพ.สต.1)

“แต่ละปีเราจะแบ่ง3-4 กิจกรรม เริ่มจากการคัดกรองโดยอสม ชุมชน คัดกลุ่มเสี่ยง จาก verbal screening กลุ่มอายุ 35ปีขึ้นไป เราแบ่งเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มที่มีประวัติกรรมพันธุ์กับกลุ่มเสี่ยงทั่วไป เราก็เลือกเอากลุ่มที่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมมาอบรม ก็แบ่งกิจกรรมเป็นสองช่วงคือการมาแลกเปลี่ยนพฤติกรรมสามวัน หลังจากนั้นมาประเมิน ใช้วิทยากร 2-3 คนมาแลกเปลี่ยนเรื่อง3๐.2ส. ปีที่แล้วใช้สมาธิบำบัด และ SKT แต่ว่าพอหมดสามเดือนก็ตีรอบไป ประเมินสามเดือนยังอยู่หกเดือนเริ่มหายไป” (P17: รพ.สต.1)

โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ด้วย 6 ๐.

เน้นหลักการ6๐. ให้ชุมชนเลือกผู้นำในแต่ละ ๐. ในการดำเนินงาน ใช้การประกวดหมู่บ้านในแต่ละปีเป็นกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนกิจกรรม โดยมีคณะกรรมการกองทุนฯ ซึ่งต้องมาทำความเข้าใจหลักเกณฑ์การประกวด เนื่องจากคณะกรรมการฯกองทุนฯ มีการเปลี่ยนแปลงทุก 4 ปี จากเดิมคณะกรรมการคือจนท. รพสต. ตัวแทนชุมชน โดยมีรายละเอียดของแต่ละ ๐.ดังนี้

๐1. ออกกำลังกาย แรกเริ่มแต่ละหมู่บ้านมีการออกกำลังกายไม่เหมือนตั้งตั้งแต่การใช้ไม้พอง การเดินแอบิค แต่ไม่ยั่งยืน พอเปลี่ยนมาเป็นรำวงย้อนยุค ทุกหมู่บ้านมีการรวมกลุ่มกันทำกลุ่มรำวงย้อนยุคของชุมชน ซึ่งทุกกลุ่มอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรม ได้ทั้งออกกำลังกาย อารมณ์ ทุกกลุ่มอายุและเพศ สามารถเข้าร่วม

“(P5: กำนัน อสม. รพ.สต. อบต.)

๐2. อโรคยา...เน้นเรื่องการป้องกันควบคุมโรคเช่นเรื่องการปราบลูกน้ำยุงลาย และการนำยาสมุนไพรมาใช้รักษาโรค “กุดชุมเราขึ้นชื่อเรื่องยาสมุนไพรอย่างไร้พอสต.เรามีกรอบยาสมุนไพรที่เบิกจาก รพ กุดชุม เกี่ยวกับขมิ้นชัน อบเชยรักษาโรค รพสต.จ่ายยาสมุนไพรเรื่องโรคกระเพาะอาหาร บางสถานบริการจะมีนักแพทย์แผนไทย นวดคลายกล้ามเนื้อจะไม่ใช้ยาปัจจุบัน” “(P5: กำนัน อสม. รพ.สต.)

๐3. อนามัยสิ่งแวดล้อม..เน้นเรื่องดูแลความสะอาดชุมชน ถนนหนทาง น้ำเสียและการจัดการขยะในครัวเรือน “ผมอยู่ฝ่ายปกครองทำความสะอาดหมู่บ้านจะใช้กับชุมชน ถ้าทำจริงสองครั้งต่อปีคือวันที่ 12 สิงหาคม และวันที่ 5ธันวาคม เราทำเป็นพระราชกุศลประจำอยู่แล้วครับ อบต.กุดชุมจะไม่มีรถเก็บขยะเลยครับตั้งแต่ตั้ง อบต.มา เราเน้นให้ชุมชนจัดการขยะเอง แต่ถ้าตรงไหนมีปัญหาเราจะไปจัดการฝังกลบให้ ส่วนมากชาวบ้านจะเก็บขยะกันเอง”

๑4.อาหาร..เน้นเรื่องงานคุ้มครองผู้บริโภคเน้นมาตรฐานสุขภิบาลอาหาร ส่วนร้านค้า ดูเรื่องการจัดวางอาหารสิ่งของที่หมดอายุ ยา และเหล้าบุหรี่ “ตอนนี้อาหารเขาต้อกว่าถ้าผักมีร่องแมงกั๊ดแสดงว่าปลอดภัยสารพิษอย่างเรื่องสารปนเปื้อน ก็รู้อย่างถ่วงอกถ้าชาวเกินไปก็น่าจะมีสารฟอกขาว หรือเนื้อหมูที่สีแดงมาๆอาจจะมีการปนเปื้อนค่ะ ตอนนี้ชาวบ้านเริ่มเรียนรู้แล้วค่ะ” (P5: อสม.)

๑5.อารมณ์ เน้นเรื่อง รำวงย้อนยุค “อบต.สนับสนุนโดยฝึกอบรม และสนับสนุนเงินซื้ออุปกรณ์หมู่ละ 5000 แต่ชาวบ้านจะควักกระเป๋าซื้อเพิ่ม บ้านผมใช้จริง 7-8 พันบาท ค่าลงก็ 7 พันแล้วเรามีกิจกรรมประจำปีก็จะเอาไปแสดงร่วมกัน ...ได้ออกกำลังกาย สนุก และได้อารมณ์ เล่นดนตรี ร้องและรำเอง ผู้สูงอายุก็เป็นรำวงย้อนยุคและทำกิจกรรมสุขภาพในวันที่จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ” (P5: กำนัน อสม. รพสต. อบต.)

๑6.อบายมุข เน้นเรื่อง to be no.1 ในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ส่วนมากจะเป็นวัยรุ่นมากกว่าวัยแรงงานและวัยสูงอายุ

โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามหลักการ6อ.นั้น เป็นภาพของการสร้างภาวะสุขภาพแบบบูรณาการและครอบคลุมทุกมิติในระดับชุมชน ในเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ที่มีส่วนช่วยเสริมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3อ.2ส. ที่กิจกรรมเน้นในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีความจำกัดเรื่องงบประมาณไม่สามารถนำกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดมาเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ครอบคลุมได้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูงเท่านั้น การดำเนินงานของ อบต. P15 ในเรื่องโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อไม่ได้ดำเนินการเฉพาะในระดับตำบลเท่านั้น ในภาพรวมของระดับอำเภอยังทำเป็นวาระสุขภาพระดับอำเภอด้วย ODOP (on district one project) ในการทำหมู่บ้านต้นแบบลดหวานลดมันลดเค็ม หลายพื้นที่ใช้เชิงหลักประกันสุขภาพ ดำเนินการตำบลละหมู่บ้าน กิจกรรมหลักคือการพัฒนาศักยภาพบุคลากร THML(Tambon health management learning) สร้างเป็นทีมระดับตำบล เน้นความรู้เรื่องการวิเคราะห์ปัญหา ให้ความรู้ในเรื่องเครื่องมือและเทคนิคต่างๆ ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เช่นแผนที่ต้นไม้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อให้สามารถวางแผน และทำโครงการด้านสุขภาพระดับตำบล

โครงการงานศพปลอดเหล้าและงานคุ้มครองผู้บริโภค

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการการริเริ่มงานศพปลอดเหล้าโดยชุมชน คือการเห็นปัญหาวิกฤตกองทุนหมู่บ้านที่เกิดจากชาวบ้านไปซื้อเหล้าและอาหารไปช่วยงานศพ ประกอบกับเจ้าภาพจัดงานหลังงานศพ ยังติดหนี้เงินกองทุน ทำให้เงินกองทุนร่อยหรอลง กลุ่มผู้นำชุมชนจึงช่วยกันสาเหตุของปัญหาจึงพบว่าสาเหตุใหญ่คือสมาชิกกองทุนเป็นหนี้จากการจัดงานศพและส่วนหนึ่งเป็นหนี้จากการเชื่อของในร้านค้าชุมชนเพื่อไปช่วยงานศพ ไม่สามารถมาใช้หนี้กองทุนหมู่บ้านได้ กลุ่มผู้นำจึงคิดโครงการงานศพปลอดเหล้า โดยใช้งานของญาติ รองนายก. เป็นงานแรก “งานแรกไม่ได้จ่ายค่าเหล้า 7หมื่นบาทเป็นเงินเหลือเน็ตๆสำหรับเป็นค่าทำบุญต่อกับบุตร พอเปิดงานแรกได้เราก้ได้งานต่อๆไป happy เจ้าภาพและ ฌอบ.กำนันก็สนับสนุนและเป็นตัวแบบเลยไม่กินเหล้า”(P6: รพ.สต.)

การจัดงานศพปลอดเหล้านอกเหนือจากช่วยเจ้าภาพประหยัดค่าใช้จ่ายจำนวนมากแล้วยัง มีเงินเหลือจากเดิมที่ชาวบ้านช่วยด้วยเหล้ามาเป็นการเอาเงินมาช่วยทำให้เงินเหลือทำบุญใส่ซองถวายพระในการสวดอภิธรรม “เปลี่ยนเป็นเงินช่วยให้เจ้าภาพสวดอภิธรรม คืนหนึ่งสวด 150 คณะ ตำสุดคือ100บาท ยายผมตายคืนนั้นมี300 คณะ ได้เงินสามหมื่นกว่าบาท ค่าใช้จ่ายคืนนั้นก็หมื่นกว่าบาท เราจะบริหารจัดการใส่ซองพระ” (P6: ผู้นำ) และใช้จัดงานทำบุญเลี้ยงพระได้ “งานหนึ่งก็จะเหลือให้เจ้าภาพคืนละ 4-5 พัน เพื่อใช้ตั้งต้นในการทำบุญในงานต่อไป เมื่อก่อนเป็นหนี้ มันก็เลยลามอย่างกองทุนเราประธาน อสม. ก็เป็นผู้จัดการกองทุนหมู่บ้านจะแจ้ง เรา ก็เริ่มตั้งแต่ปี 52 ตอนนั้นเริ่มฟื้นตัวเพราะคนที่ค้างตั้งแต่งงานลูกตาย ผัวตายก็ยังใช้หนี้เราไม่หมดเลย” (P6: รพ.สต.)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการงานศพปลอดเหล้าโดยโครงการของหน่วยงานราชการเป็นผู้ริเริ่มคือ การให้และใช้นโยบายอย่างเข้มข้นโดยนายอำเภอ การอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการดำเนินงานทั้งเรื่องกิจกรรมงานศพปลอดเหล้า การเป็นตัวอย่างของการไม่ดื่มเหล้า นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือจากผู้นำทางศาสนาของระดับหมู่บ้าน ตำบลและระดับอำเภอ ร่วมกับผู้ควบคุมและบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย ด้วยการแจ้งเตือนและการตรวจจับคือตำรวจ โดยผู้กำกับในพื้นที่ ในส่วนของหมู่บ้านผู้นำชุมชน ต้องร่วมมือกันและดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชนทุกแนวทาง ตั้งแต่ประชุม การประชาสัมพันธ์ การทดลองให้เด็กไปซื้อเหล้ากับบุหรี่ยี่ห้อเพื่อทดสอบว่าร้านค้าในชุมชนมีการขายให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีหรือไม่ รวมทั้งการสอดส่องดูแลและควบคุมในระดับชุมชน ด้วยการแจ้งเตือนบอกกล่าวด้วยความปรารถนาดี ดังนี้

การให้ความร่วมมือจากพระผู้นำในระดับตำบล และระดับเจ้าอาวาสในหมู่บ้าน “ตอนแรกๆก็มีปัญหาอยู่ทางวัดก็ว่าถ้าไม่ได้ 5 ซ็อกก็ได้สัก 2 ซ็อกก็ยังดี ก็มีเรื่องเหล้ากับการพนัน ครับ เขาก็ขอจัดแควงานศพกับงานบวช เจ้าคณะตำบลเป็นประธานให้..งานศพถ้าไปนิมนต์งานศพถ้ามีเหล้าในงานท่านจะไม่รับนิมนต์ ชาวบ้านรับรู้ว่ามีเหล้าในงานศพท่านไม่รับนิมนต์” (P10: ผู้นำ)

การประชุมพูดคุยอย่างต่อเนื่องในชุมชน “เวลาประชุมเราก็เรียกเจ้าของร้านมานั่งประชุมด้วยมาคุยด้วย ก็มีสาธารณสุข ผอ. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. มาประชุมกัน ผมคุยกันทุกเดือน” (P10: ผู้นำ)

การตรวจสอบการดำเนินงานของร้านค้าชุมชนในชุมชน “มีการตรวจสอบกันทุกเดือน อย่างเขาเห็นเด็กไปซื้อเหล้า ก็มีคนไปบอกแม่ของเด็กเขาก็ถามร้านค้าน่าลูกมาซื้อไปกินเองหรือซื้อให้ใคร เขาก็บอกว่ามาซื้อให้รุ่นพี่ แม่เขาก็บอกว่าอย่าใช้ลูกเขาอีกนะ” (P10: ผู้นำ)

ความร่วมมือจากทางตำรวจโดยผู้กำกับ “ตอนผมจัดงานมหรสพ แจงหมอลำชุดใหญ่มา มีผู้กำกับเข้ามาร่วมงานด้วย ห้ามขายเหล้าในงาน ผู้กำกับก็จับทั้งร้านที่มาขายในงานครับ ต่อมาถ้าใครจะกินก็ไปซื้อร้านค้าในหมู่บ้าน ซึ่งไม่อยู่ในขอบเขตการจับผู้กำกับว่าครับ ในบริเวณหมอลำไม่ให้ขายคุดได้” (P10: ผู้นำ)

การดำเนินโครงการตามนโยบายนายอำเภออย่างเข้มข้นและมีการรายงานผลการดำเนินงานต่อนายอำเภอทุกเดือน “ส่วนการรณรงค์พระคุณเจ้าเป็นผู้ช่วยอีกแรง บอกชาวบ้าน ผู้นำชุมชน ชุมชนนี้ทำโครงการนี้ทั้ง เทศบาล รพสต. โรงเรียน ชุมชน อสม. ที่นี้จะเด่นเรื่องงานบุญพาแลง บุญประเพณี นโยบายหลักเน้นเรื่องเหล้า นายอำเภอทำทุกเดือนต้องรายงานนายอำเภอทุกเดือน นายอำเภอมาร่วมงานก็จะมาพูดมาบอกชาวบ้านเอง ตาม

แบบพร้อมรายงานว่าในเดือนนี้มีงานบุญอะไรบ้าง แต่ผลงานปลอดเหล้างานผู้ตายชื่อเจ้าภาพคือ ใคร ปลอดเหล้า กี่งานไม่ปลอดกึ่งงาน” (P13: นายก ผู้นำ รพสต.)

2.4.3 โครงการออกกำลังกายต่อเนื่อง

“กิจกรรมเต้นแอโรที่ต่อเนื่องในบางหมู่บ้าน รูปธรรมของกิจกรรม อ. ออกกำลังกาย ผลลัพธ์จากการสนับสนุนของท้องถิ่นด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น”

ความต่อเนื่องของโครงการทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบ้างในมุมมองของผู้บริหารอปท. โดยเฉพาะเรื่องออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่เห็นเป็นรูปธรรมในบางพื้นที่ และบาง อปท. “ถามว่าดื่มต่อเนื่องมัย ผมว่ามันต้องทำต่อเนื่องเพราะต้องย่ำๆให้เคยชิน เพื่อให้เห็นความสำคัญ ตอนนั้นในชมรมเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในการออกกำลังกาย” (P3: ปลัด) อย่างไรก็ตามถึงแม้กิจกรรมออกกำลังกายยังมีการดำเนินการต่อเนื่องในชุมชนแต่ไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และจะหยุดกิจกรรมตามฤดูกาล โดยเฉพาะช่วงดึก ในบางแห่งประชาชนที่เป็นสมาชิกส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการเต้นแอโรบิกและยังคงเหนียวแน่นในการออกกำลัง ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทของ อปท. หากเป็นชุมชนเมืองและมีลานกิจกรรมของเทศบาลจัดให้ การดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายจะมีความต่อเนื่องมากกว่า ในบริบทของชุมชนชนบท จะเห็นได้จากอปท.ที่มีการยุบรวมลานกิจกรรมออกกำลังจากการเต้นแอโรบิกทุกหมู่บ้าน เหลือเพียงการสนับสนุนเฉพาะกลุ่มแอโรบิกในชุมชนเมือง ที่มีความต่อเนื่องการออกกำลังกายทุกวัน โยสาเหตุหลักของความต่อเนื่องในกิจกรรมออกกำลังกายคือการมีกิจกรรมการประกวดการเต้นแอโรบิกในชุมชน ทำให้การเต้นแอโรบิกในรูปแบบต่างๆมีความต่อเนื่อง “ที่หมู่บ้านผมลูกๆหลานๆทำทุกวัน ชมรม อสม. เป็นแกนนำก็พากันเต้น เราจะมาประกวดกัน ...ที่เหลือแอโรบิกเป็นกลุ่ม บาสโลฟ ของ อสม. และผู้สูงอายุ” (P10: ผู้นำ) หรือในบางแห่งใช้งบ สสมช.ในการสร้างทีมนำออกกำลังกายของทุกหมู่บ้าน “ปีนี่ปีที่5สองปีแรกสร้างวิทยากร ผู้นำการออกกำลังกายใช้งบกองทุนฯ เป็นจุดเริ่มและใช้งบ สสมช.มาดำเนินการต่อเนื่องตอนแรกเราสร้างทีมออกกำลังกายเริ่มที่ รพสต. เราก็เลยขยายลงหมู่บ้าน พอตีมีงบสสมช. เราก็เลยทำทุกหมู่บ้าน” (P10: รพสต.)

2.5 ปัญหาในการดำเนินงาน

“อัตรากำลังหน่วยบริการสุขภาพท้องถิ่น อุปกรณ์สนับสนุนการดำเนินงาน งบประมาณจาก CUP และความเข้าใจในบทบาทของ อปท. ด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาต่อการดำเนินงาน”

ปัญหาหลักคือเรื่องอัตรากำลัง ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองสุขภาพให้ครอบคลุม งบประมาณในการดำเนินงานจากทาง CUP ในเรื่องการตรวจคัดกรองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในชุมชน ชุดความรู้ในการทำกิจกรรม และ Intervention ที่หลากหลายในการเลือกใช้ทำกิจกรรมอบรม

เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ในชุมชนได้ ดังนี้

ปัญหาเรื่องอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพใน รพ.สต. นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการไม่มีสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจาก CUP โดยเฉพาะ รพ.สต. ใน CUP ที่มีปัญหาเรื่องการเงินไม่เพียงพอใช้จ่ายงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อจึงเป็นงานรองที่จะไม่ถูกนำมาให้การสนับสนุนงบประมาณ ดังนั้นหาก รพ.สต. ในพื้นที่ที่ใดไม่มีความสัมพันธ์อันดีกับ อปท. หรือ อปท. ในพื้นที่ใดไม่เห็นความสำคัญของการทำงานด้านสุขภาพก็จะไม่มีงบประมาณในการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ เป็นเพียงแต่งานตั้งรับเรื่องการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิต ใน รพ.สต. เท่านั้น ดังที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้สะท้อนภาพของ รพ.สต. อื่นๆที่ไม่ได้ทำกิจกรรมด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ทั้งเรื่องการตรวจคัดกรองสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ “รพ.สต. อื่นๆก็ไม่ได้ทำเลยเพราะรอกองทุนฯ (สุขภาพท้องถิ่น) อย่างเดียว ถ้าไม่ได้ก็ไม่ได้ทำงานเลย ที่อื่นไม่ได้ทำเลย ประชาชนก็ไม่ได้รับผลประโยชน์เลย” (P4: รพ.สต.)

ปัญหาด้าน อปท. ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการทำงานด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเนื่องจาก เจ้าหน้าที่ อปท. ไม่เข้าใจบทบาทงานด้านสาธารณสุข “ผมว่าที่ไม่ work เพราะพนักงานไม่เข้าใจบทบาท สององค์กรนี้เพิ่งเกิดพอรับคนใหม่มาทำงานก็ไม่รู้บทบาทว่าต้องทำอะไร” (P4: ปลัด) ทั้งที่ในความเป็นจริง อปท. มีงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น แต่ไม่มีคนทำงาน “ทุกวันนี้โอนงานมาให้ อปท. แต่ไม่มีคน ทำให้มีปัญหา...บางอปท. มีนักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุข ทำมายังไม่มีโครงการด้านสุขภาพเหมือนพื้นที่เราทั้งที่มีคนมีเงินมีทุนกลับทำไม่ได้ อยากให้ทางกระทรวงช่วยดูแลด้วยเพราะงานด้านสุขภาพที่ใช้เงินกองทุนไม่เห็น” (P4: รพ.สต.)

2.6 แหล่งงบประมาณและจัดการงบประมาณ

“กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น คือแหล่งงบประมาณหลักในสนับสนุนโครงการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตั้งแต่การสนับสนุนเรื่องการตรวจคัดกรองสุขภาพ จนถึงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก 3อ. 2 ส. ที่ดำเนินการโดย รพ.สต. และหรือ PCU ”

การจัดการงบประมาณในครั้งนี้ แบ่งเป็นสองประเด็นคือการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนแผนงานโครงการด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการจัดการงบประมาณของหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนแผนงานโครงการด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ อปท. แต่ละแห่งมีการจัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ออกเป็นงานหลายส่วน เช่นการสนับสนุนแผนงานโครงการด้านสุขภาพรวมถึงการคัดกรองสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษา ศูนย์เด็กเล็ก และเรื่องอาชีพ

การจัดการงบประมาณของ หน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นถือเป็นแหล่งงบประมาณหลักในการทำโครงการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ของ รพ.สต. โดยเฉพาะ รพ.สต. ที่อยู่ในพื้นที่ที่ CUP มีปัญหาทางการเงินที่ และ รพ.สต.ขาดการสนับสนุนงบประมาณดำเนินกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับตำบล หรือ แม้แต่ใน CUP ที่ไม่มีปัญหาทางการเงิน แต่การบริหารจัดการงบ PP ก็ยังขาดการสนับสนุนงบประมาณ ให้ รพ.สต. ดำเนินกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ดังนี้

ในอปท. ที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งเป็น PCU ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. นั้นมีการสนับสนุนงบประมาณโครงการด้านการคัดกรองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสนับสนุนทุกปี งบประมาณจากอำเภอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้รับการสนับสนุน แม้ว่าจะมีการเสนอแผนงานโครงการขึ้นไปขอรับการสนับสนุนก็ตาม “หลักๆเรื่องเงินจะได้รับจากเทศบาลช่วยอำเภอก็ไม่มีงบประมาณสนับสนุน เพราะงบประมาณไม่ผ่าน CUP Board” (P2: รพ.สต.และ PCU) โดยเฉพาะในส่วนของ PCU โรงพยาบาล ที่อยู่ในพื้นที่ อปท. จะมีการแบ่งงบประมาณในการดำเนินงานชัดเจนกล่าวคือ งบประมาณที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนจากทางโรงพยาบาลแต่งบประมาณที่ใช้ในการทำโครงการเพื่อการตรวจคัดกรองสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะใช้เงินจากทางเทศบาล ในอปท.ที่มีสภาพกึ่งสังคมเมืองและไม่มีปัญหาด้านการเงินในระดับ CUPแต่การสนับสนุนงบประมาณด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ยังไม่ลงถึงรพ.สต. แหล่งงบประมาณหลักก็คือ งบประมาณจาก อปท. เนื่องจากงบประมาณถูกหักจากCUP เวลา รพ.สต.ไปเบิกอุปกรณ์ตรวจน้ำตาล “งบค่าวัสดุเราไม่เคยได้รับครับแต่เขาให้เราเบิกได้ แต่เขาจะหักกลบกลบหนี้จากงบ PP ตรงนั้น เหมือนกับเราแอบเอาของเขาเพราะว่าเรามีส่วนของเราที่จะใช้อยู่เราก็ใช้งบตรงนั้น” (P3: รพ.สต.) หลักการจัดสรรงบประมาณ แบ่งเป็นก้อนงบประมาณในแต่ละเรื่อง และให้คณะกรรมการที่ดูแลในแต่ละเรื่องนำไปใช้เป็นกรอบในการทำแผนงานโครงการแต่ใช้หลักการจัดทำโครงการตามหลักการของ สปสช. และสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงการกำหนดสัดส่วนงบประมาณ ให้แต่ละกลุ่มเพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการเท่านั้น “ผมทำให้มันง่ายด้วยการกำหนดสัดส่วนงบประมาณด้านสุขภาพให้ ส่วนการออกแบบกิจกรรมรพ.สต. ทำเอง” (P3: ปลัด)

อย่างไรก็ตามในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ทั้งในภาพรวมของระดับอำเภอจะพบว่า ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่ง โดยเฉพาะในพื้นที่ของ PCU ที่อยู่ในการดูแลของ อปท.และ โรงพยาบาลชุมชน โดยมีบสนับสนุนการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ ทั้งจากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น งบประมาณสนับสนุนจากCUP และงบประมาณจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล “เรามีงบจากหลายส่วนโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อปท. ให้งบการคัดกรอง ปีนี้เราเป็นวาระสุขภาพอำเภอ “ลดหวานลดมันลดเค็มเติมเต็มการออกกำลังกายห่างไกลบุหรี่สุรา” แต่ละหมู่บ้านในรพ.สต.ก็จะพัฒนาให้เป็นหมู่บ้านต้นแบบโดยการพัฒนาศูนย์และจัดสรรงบจากเงินบำรุง อย่าง PCU เราใช้เงินบำรุง รพ. ทำเป็นภาพรวมอำเภอ รพ.สต.นี้ก็ใช้งบประมาณ อปท.จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย ส่วนฝั่ง PCU ใช้งบ อปท คัดกรองแต่ใช้งบเงินบำรุงรพ.ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” (P15: รพ.สต.)

ในอพท.ที่อยู่ในพื้นที่ชนบทไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสสอ.และหรือจากCUP ในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการคัดกรองสุขภาพ แต่ใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเป็นหลัก โดยงบประมาณส่วนใหญ่ใช้ไปกับการตรวจคัดกรองสุขภาพ เนื่องจาก CUP ยากจน รพ.ไม่สามารถสนับสนุนอุปกรณ์การตรวจน้ำตาลได้ “การสนับสนุนงบจาก CUP งานป้องกันส่งเสริมไม่ค่อยมีงบสนับสนุน ผมมีแต่ขอจากกองทุนตำบลเท่านั้น” (P10: รพ.สต.)

2.7 การประเมินโครงการ

“ไม่มีความชัดเจนและรูประบุธรรมในการประเมินโครงการฯ โดยเฉพาะการประเมินผลเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง”

การประเมินผลการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ไม่มีความชัดเจนนัก “การประเมินผลยังไม่ชัดเจน แต่จะมีการพูดคุยในเวทีอื่นอย่างชุดปฏิบัติการการจัดประชุมปี 59 เราก็นำเสนอผลปีที่แล้วและบอกว่าเราจะต่อยอดปีนี้ด้วยเรื่องอะไร” (P10: รพ.สต.) มีบางพื้นที่ใช้บทบาทของ อสม. ประเมินจากการไปตรวจสุขภาพซ้ำ “ประเมินจากให้อสม.ไปวัดความดัน เจาะน้ำตาล และมีคู่มือควบคุมการกินอาหาร โดยอสม.ไปประเมิน”(P2: รพ.สต.) ในพื้นที่ PCU โรงพยาบาลจะมีปัญหาการประเมินผลในกลุ่มเสี่ยงเนื่องจากหลังการอบรมก็กลับบ้านไม่ได้มารับบริการที่รพ.เหมือนกับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องมารับยาประจำจากเจ้าหน้าที่ที่สามารถประเมินประสิทธิภาพโครงการจาก ผลการตรวจระดับน้ำตาลและความดันโลหิต เมื่อมารับยาประจำเดือน “สำหรับ รพ.การประเมินกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีเพราะเขาไม่ได้มารพ. แต่กลุ่มป่วยเขาต้องมารพ.ตามนัดอยู่แล้ว” (P2: PCU) เช่นเดียวกับในรพ.สต.ปัญหาการติดตามประเมินในกลุ่มเสี่ยงมักจะมีข้อจำกัดเนื่องจากอัตรากำลังในรพ.สต.ไม่เพียงพอ “ปัญหาอยู่ที่กลุ่มเสี่ยงที่อบรมไม่ครอบคลุม และการติดตามค่อนข้างยากมันเยอะพื้นที่รับผิดชอบเยอะ เราต้องอาศัย อสม.ในการติดตาม” (P2: รพ.สต.) ปัญหาการประเมินกิจกรรมตาม KPI คือพื้นที่ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยก่อนหน้าที่เป็น CKD “การคุมของเขาถ้าประเมินจากเกณฑ์ของเราว่าคนไข้มีเปลี่ยนเป็น CDK เช่นตัดเท่าเพิ่มขึ้นมัย เป็นไตวายเพิ่มขึ้นมัยหรือลดหัวใจ ลล สมองเพิ่มขึ้นมัยมันก็มี แต่มันมีคนที่เป็นก่อนหน้านี้อยู่แล้วซึ่งเราไม่เคยได้เก็บสถิติว่าก่อนหน้านี่เขาเป็นกี่คน” (P3: รพ.สต.)

ส่วนที่3 การยอมรับบทบาทควบคุมโรคในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

การยอมรับบทบาทควบคุมโรค ในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ บทบาทของกรมควบคุมโรคในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ที่นำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือบทบาทในสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก 3อ. ในกลุ่มประชาชนปกติทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ รวมถึงการคัดกรองและการประเมินความเสี่ยง

เบาหวานและความดันโลหิต ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการบังคับใช้มาตรการในการควบคุมเรื่องการขาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่ม และการสูบบุหรี่ ในมาตรการ 2ส. คือ เหล้า การสูบบุหรี่ในระดับชุมชน มีดังนี้

“นโยบายท้องถิ่นรูปแบบงานโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เห็นชัดเจนในเรื่อง 3อ. ส่วนเรื่อง 2 ส. คือการป้องกันควบคุมเหล้า-บุหรี่ ตามมาตรการทางกฎหมาย มีหลายประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ทำให้หลาย อปท. แทบไม่เน้นกิจกรรม เท่ากับ 3 อ. ที่ยังพอมิให้เห็นเป็นเรื่องมาตรการทางสังคมที่สร้างโอกาสให้ประชาชนลดการดื่มในงานประเพณีและงานศพปลอดเหล้า”

จากแผนงานโครงการของ อปท. ที่ทำการศึกษากว่า 20 แห่ง พบว่า การทำแผนงานโครงการสามประเภทคือ ประเภทที่หนึ่งคือโครงการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ 3อ.2ส. ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจะเน้นไปที่บทบาทของกรมควบคุมโรคเรื่อง 3 อ. เป็นหลัก ภายใต้แผนงานโครงการด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมตลอดทั้งการป้องกันควบคุมภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ของ รพ.สต. ประเภทที่สองเป็นโครงการชุมชนสุขภาพดี ที่เน้นทั้งเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการใช้ปัจจัยเสี่ยง 3อ.2ส. ร่วมกับการสร้างชุมชนสุขภาพดีแบบบูรณาการในทุกมิติและทุกกลุ่มอายุในชุมชน อย่างไรก็ตามโครงการทั้งสองประเภทยังขาดความเข้มข้นในการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยง 2 ส. ที่เป็นบทบาทสำคัญของกรมควบคุมโรค มีเพียง อปท. 4 แห่ง ที่ ทำแผนงานโครงการประเภทที่สามคือแผนงานโครงการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเรื่องเหล้าด้วยโครงการงานศพปลอดเหล้าและมีสองในสี่แห่งที่ดำเนินโครงการด้วยการผนวกเข้ากับงานคุ้มครองผู้บริโภค สิ่งที่ยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมคือการป้องกันควบคุมการสูบบุหรี่ในชุมชน รวมทั้งการป้องกันกลุ่มนักดื่มหนักสูบบุหรี่ใหม่และในที่เป็นนักดื่มหนักสูบบุหรี่ที่มีอยู่เดิม รวมถึงการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการจำหน่ายเหล้า บุหรี่ในระดับชุมชน

อย่างไรก็ตามตามตัวอย่างความสำเร็จของ อปท. ที่ดำเนินงานควบคุมเรื่องการดื่มเหล้าในชุมชน โดยไม่ได้ใช้มาตรการทางกฎหมาย แต่ใช้มาตรการทางสังคมในการงดดื่มเหล้าในงานศพ รวมทั้งงานบุญอื่นๆ ซึ่งความสำเร็จนี้มีความเฉพาะในเรื่องปัจจัยด้านบริบทของ อปท. ทั้งในเรื่องความเป็นสังคมเมืองและกึ่งเมือง ปัจจัยด้านการมองเห็นผลกระทบของปัญหาภาระหนี้สินกองทุนหมู่บ้านเนื่องจากจัดงานศพและมีการเลี้ยงเหล้าตามประเพณีท้องถิ่น ปัจจัยด้านความเข้มแข็งของคณะผู้บริหารอปท. และความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่าง รพ.สต. และ อปท. ปัจจัยด้านความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งจากผู้ทางศาสนาในระดับต่างๆ ตำรวจท้องถิ่น หน่วยงานด้านสุขภาพ ผู้นำชุมชนและความร่วมมือของชุมชน และปัจจัยด้านความเข้มแข็งของนโยบาย

และการนำนโยบายของนายอำเภอไปปฏิบัติ ทำให้การจัดงานศพและงานบุญปลอดเหล้าประสบความสำเร็จ
ความสำเร็จดังนี้

เรื่องการใช้มาตรการงานศพปลอดเหล้าโดยวัดจากไม่มีงานศพในพื้นที่ที่มีเหล้ามาตั้งโต๊ะถึงร้อยละ 100
“เราก็เสนอโครงการงานศพปลอดเหล้าเข้าไป ทีนี้ ถ้ามองว่าโครงการนี้ที่มี อปท.เป็นแกนหลักได้ผลมัย ที่เห็นชัดเจน
เลยคือทุกวันนี้ในงานศพ 2015 ไม่มีเหล้าตั้งโต๊ะทุกงาน มันปลอด 100% มัย ในส่วนของผู้เตรียมงานอาจะมี แต่
ระหว่างที่เลี้ยงแขกมาในงานไม่มีเลย อันนี้เป็นความจริง 100%...มันเร็วมากครับ งานศพทำปีแรกก็ได้ผลเลยเพราะ
มันประหยัดค่าใช้จ่ายเขา”(P3: ปลัดและรพ.สต.) หลักสำคัญของโครงการงานศพปลอดเหล้าคือ การไม่มีเหล้าใน
งานศพถือว่าเป็นการให้เกียรติคนตาย “การดำเนินงานช่วงแรกเป็นการสมัครใจ อปท.จะพิมพ์ป้ายให้แขกจากที่อื่น
รับทราบ ว่า “งานศพปลอดเหล้าให้เกียรติคนตาย” ทีนี้แขกมาจากที่อื่นเขาก็จะไม่ถามหาเหล้าเลย เพราะมีป้าย
บอก ก็จะช่วยเจ้าภาพประหยัดไปเยอะ ไปๆมาๆ ตอนนี้งานไม่ต้องขึ้นป้ายแล้ว ไม่มีเหล้าตั้งโต๊ะเลย ทุกคนใน
ตำบลและแขกรับรู้” (P3: ปลัด) สาเหตุที่โครงการประสบความสำเร็จและได้ผลดีเกินคาด อย่างรวดเร็วมาก เนื่อง
การไม่มีค่าใช้จ่ายเรื่องเหล้าในงานศพ สามารถช่วยเจ้าภาพประหยัดเงินในการจัดการได้มาก ส่วนรายละเอียดที่
เป็นตัวเงินที่บอกถึงจำนวนที่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในงานนั้นทาง รพ.สต. และเทศบาลไม่เคยทำการประเมิน
อย่างเป็นทางการ แต่ฟังจากการพูดคุยกับชาวบ้านว่าหลังการจัดงาน พบว่ามีถังเหล้าเป็นสิบลูกถังก็ประมาณ 4-5
หมื่นบาท นั่นคือตัวเงินที่ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายแบบคร่าวๆ ความสำเร็จในการใช้มาตรการทางสังคมเพื่อควบคุม
การดื่มเหล้าในงานศพของ อปท. แห่งนี้ได้ขยายไปถึงการควบคุมการดื่มเหล้าในงานบุญประเพณีอื่นๆตามมา ดังที่
รองนายกเล่าว่า “กฐินงานบวชก็เริ่มไม่มีแล้ว กฐินปลอดเหล้า กฐินเราพิมพ์การ์ดว่ากฐินปลอดเหล้า งานบวชก็เริ่ม
จะไม่มีเหล้า ตั้งแต่ที่ผม(รองนายก) ไปเป็นประธาน ถึงแม้ว่าเราจะไม่มีป้ายเราก็ทำเป็งานบุญ(ทุกอย่าง)ปลอดเหล้า”
(P3: รองนายก)

ในมุมมองของผู้บริหาร อปท. มองว่าการจัดทำโครงการที่เกี่ยวกับเหล้าและบุหรี่เป็นเรื่องยาก เนื่องจาก
การนำเหล้าไปช่วยงานศพของชาวบ้านถือเป็นประเพณีปฏิบัติต่อเนื่องกันมาตลอด ดังนั้นจึงมีเพียง อปท. ส่วนน้อย
เท่านั้นที่เห็นความสำคัญและทำโครงการประเภทนี้ สิ่งที่ตามมาจากการดำเนินโครงการคือ ช่วยเจ้าภาพประหยัด
เงินในการจัดงาน

“เรื่องเหล้าบุหรี่เป็นเรื่องยากแต่ผมอยากทำเรื่องยากก่อน แต่ก่อนตำบลเราขึ้นชื่อว่าเป็นนักเลงเวลามีบุญ
ต้องตีกันต่อยกันกินเหล้าเป็นประจำ ผมจินตนาการในความคิดผมเป็นรูปร่างได้ประมาณ ร้อยละ 60 ตอนนี้งานก็
เลิกได้แล้ว” (P5: นายก)

“ตอนที่ทำได้ครบทุกหมู่บ้านคืองานศพ นอกเหนือจากงบกองทุนสุขภาพเราไปของบ สสส. ร่วมกับสามตำบลเข้าร่วมประเด็นการปลอดเหล้าในงานศพ เมื่อก่อนใช้ป้ายไวน์ลไปห้อยแล้วก็หายขาด ตอนนี่เราทำเป็นป้ายถาวรให้กับทุกหมู่บ้าน” (P5: ปลัด)

“แรกๆก็มีสมาคมช่วยเหลือเจ้าภาพเป็นเงิน 20 บาทบวกเหล้าไปช่วยเจ้าภาพ โครงการนี้เปลี่ยนจากเหล้าเป็นเงิน 100บาทแทน ช่วยเจ้าภาพประหยัดได้มาก เราสามารถใช้เงินไปซื้อข้าวและน้ำเปล่าถวายพระ แต่ก่อนเหล้าประมาณ 100กว่า-200 บาทต่อขวด ก็ใช้ประมาณ 10 กว่าๆหนึ่งมี 12 ขวดต่อถัง ตอนนี่ไม่ใช้เหล้าในงานเลย แต่จะเป็นน้ำอัดลมแทน งานหนึ่งประหยัดประมาณ 3-5 หมื่นบาท (P5: ผู้นำ1 รพสต.)

“เรื่องเหล้าเดิมบ้านผมเวลามีงานศพ ส่วนมากจะจนไม่มีเงินซื้อเหล้าเราก็เลยตั้งชมรมนี้มาเพื่อช่วยเหล้า ที่แรกได้50-60 ขวด ตอนนี่ได้ 160 ขวด ทุกงานจะมีพอหลังๆมาโครงการนี้เริ่มแทรกซึมเข้ามา มีหมู่บ้านศีล 5 บ้างก็ถอยลงได้เกือบร้อยละ 80 ครั้ง บางงานก็ไม่มีเลยเหล้า บางบ้านก็จะบอกว่าเขาไม่เอาเหล้าจะเปลี่ยนเป็นเงิน 100 บาทผมก็จะประกาศให้ก็ลดน้อยลงมากแต่ยังไม่สำเร็จ อย่างงานบวชงานกฐิน ก็ปลอดเหล้า... ผมก็ประกาศทางหอกระจายข่าว ถ้าบ้านไหนไม่ปลอดเหล้า ผญบ.จะไม่ไปร่วมงานผมเกษียณ 1 ตค 57 ทุกวันนี้ก็ยังปลอดเหล้าช่วยประหยัดได้เงินได้ประมาณ 4 หมื่นบาท” (P5: ผู้นำ2)

การทำงานด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เริ่มจากโครงการสมัครใจเลิกเหล้าและตามด้วยโครงการงานศพปลอดเหล้า “เรื่องเหล้าบุรี ปี 56 เรามาประชาคมใหญ่ ที่นี้ตกลงกันว่าเราจะเดินอย่างไรเรื่องงานศพงานบุญปลอดเหล้าเริ่มจากงานบุญต่อมาก็เป็นงานศพมีเจ้าคณะตำบล สาธารณสุข เจ้าคณะอำเภอ ตำรวจ เทศบาล องค์การภาคีเครือข่ายเรามาทั้งหมด ตอนนั้นเรามาหาข้อตกลงกันหรือสัญญาใจกันก่อน ว่าใครจะเลิกเหล้า มีเลิกเหล้า 5 ราย บุรียังไม่ได้ดำเนินการ เขาเลิกได้ไม่กี่เดือนก็กลับมาสูบอีกเราไม่ได้ทำเป็นโครงการแต่เอามาทำเป็นสัญญาใจ ด้วยการเอาตัวอย่างคนติดเหล้ามาเป็นตัวอย่างและเอาไปเลิกเหล้า เราทำร่วมกับพระ งานศพปลอดเหล้าเราทำได้ทุกหมู่บ้าน ไม่มีเหล้าตั้งโต๊ะในงานศพ” (P9: ผู้นำ2) ส่วนโครงการเกี่ยวกับบุรี เป็นเพียงการรับแนวทางจากระดับจังหวัดมาปฏิบัติในเบื้องต้นในเรื่องการติดป้ายประชาสัมพันธ์ในเขตปลอดบุรีเท่านั้น “เราเริ่มมีโครงการรณรงค์บุรี กำหนดเขตปลอดบุรีตาม พรบ. เริ่มเริ่มทำป้ายรณรงค์ไปแจกที่โนโรงเรียน วัด เป็นเขตปลอดบุรีตามกฎหมาย ดำเนินการปีนี้ได้ใช้งบประมาณแต่ สสจ.สนับสนุน 2000 บาท เราประชาสัมพันธ์เป็นหลัก อย่างตัวผมก็เลิกบุรี เราทำ MOU กับจังหวัดเป็นตำบลปลอดบุรีปลัดก็เลยเป็นตัวอย่างเลิกบุรี เราใช้การประชาสัมพันธ์เรื่องการไม่สูบบุหรี่ตามงานต่างๆ รวมทั้งการขอความร่วมมือกับวัดและโรงเรียน เจ้าอาวาสให้ความร่วมมือดี” (P10: ปลัด)

ปัญหาการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมเหล้า-บุรีในชุมชน เนื่องจากชุมชนมองว่าเหล้ากับวิถีชีวิตชุมชนเป็นเรื่องเดียวกัน ทำให้แนวคิดในการการบังคับใช้กฎหมายเหล้า บุรี ในชุมชนไม่เกิดการยอมรับ และไม่สามารถดำเนินการในทางปฏิบัติกับชุมชนได้ รวมถึงประเด็นปัญหาและสถานการณ์ในการป้องกัน

นักตี๋หน้าใหม่ในชุมชนในมุมมองของชุมชน และข้อเสนอแนะการแก้ปัญหาที่ตี๋แอลกอฮอล์ และนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ ในมุมมองของชุมชนใน 5 ประเด็นคือ

- 3.1 เหล้ากับวิถีชีวิต
- 3.2 การควบคุมเหล้า-บุหรี่ในชุมชน ด้วยมาตรการทางกฎหมาย
- 3.3 การป้องกันนักตี๋-นักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในชุมชน
- 3.4 ผลกระทบจากการใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการจำหน่ายเหล้า-บุหรี่ในชุมชน

ดังรายละเอียดในแต่ละประเด็นดังนี้

3.1 เหล้ากับวิถีชีวิตชุมชน ในมุมมองของท้องถิ่น

“เหล้าเป็นสัญลักษณ์ของความรื่นเริง การฉลองความสำเร็จในการทำงาน เป็นตัวแสดงฐานะของเจ้าภาพในการจัดงานเลี้ยง หากไม่มีเหล้าเสริมในการทำงานจะเกิดความไม่พอใจ และไม่ให้ความร่วมมือในการทำงานส่วนรวม”

เหล้าเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชุมชน ตั้งแต่ การทำงานกับงานบุญเป็นวิถีชาวบ้านต้องเอาเหล้ามาเป็นตัวเสริม การไม่มีเหล้าจะทำให้คนทำงานไม่พอใจและไม่ให้ความร่วมมือในการทำงานชุมชน “คือวิถีชีวิตของพี่น้องในเขตเทศบาล ถ้ามีงานต้องเอาเหล้ามาว่ากัน มาประชุมก็ต้องมี งานทุกงานต้องมีเหล้าถ้าเราจะมาตัดพวกนี้ก็จะมีการต่อต้านไม่พอใจ และไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมอื่นๆ” (P2: อปท.) การไม่มีเหล้าในงานบุญเป็นเรื่องที่ชาวบ้านไม่คุ้นเคยและมองว่าหากเจ้าภาพไม่มีเหล้าให้คนมาร่วมงานอาจเป็นบาปได้ “การปฏิบัติสียากเพราะสุรากับวิถีชุมชนมันไปด้วยกันงานบวช งานเกิด งานตาย งานกฐิน ถ้าเหล้าไม่มีเจ้าภาพสียากเพิ่มว่า” (P1: รองนายก) นอกจากนี้เหล้ายังเป็นสัญลักษณ์ในการฉลองความสำเร็จในด้านต่างของชุมชน แม้กระทั่งเรื่องเล็กน้อยๆ เช่น หลังการแข่งขันกีฬาของกลุ่มเยาวชนในชุมชน “ส่วนใหญ่ก็แข่งกีฬาปะครังหลังจากแข่งเสร็จก็ฉลองกันด้วยเหล้า บุหรี่ครับ” (P2: ปลัด) รวมไปถึงการเป็นสัญลักษณ์ที่บ่งบอกฐานะของเจ้าภาพ ว่ามีฐานะดีไม่ดีโดยดูจากการเลี้ยงเหล้าในการจัดงาน “เรื่องเหล้า ขึ้นกับเจ้าภาพ บางคนเขาอยากให้มีเหล้าเขาก็ทำงานศพกับเหล้าเป็นเรื่องวิถีชีวิตชุมชน แต่มันขึ้นกับเจ้าภาพ บางคนมีเงินมีทองก็อยากแสดงศักยภาพ ด้วยการเลี้ยง” (P1: รองนายก) และการตี๋เหล้าตอนเย็นหลังการทำงานเป็นวิถีชุมชนหากใช้มาตรการทางกฎหมายจริงอาจเป็นไปได้ยาก “ฝ่ายปกครองมันยาก เพราะพฤติกรรมชาวบ้านก็รู้ๆอยู่เรื่องตี๋กินตอนเย็นต้องเบื่กหน่อยตั้งวงตี๋กิน ถ้ามีกฎหมายจริงๆก็ลำบากจะมีการแหกกฎครับ” (P3: ปลัด) หากมาตรการทางกฎหมายที่จะบังคับใช้ ชัดกับวิถีชุมชนก็จะเกิดผลกระทบด้านลบในชุมชน โดยเฉพาะกับผู้ที่ทำหน้าที่ข้าราชการในชุมชน “การใช้การบังคับที่ชัดกับวิถีชีวิตการต่อต้านสิทธิอันแอง แทนที่จะดีกลับเป็นผลร้ายกับคนทำโครงการแบบนี้ได้” (P2: ปลัด) การจัดการสิ่งที่เป็นวิถีชีวิตต้องค่อยเป็นค่อยไปและใช้เวลา “ถ้าจะให้เลิกเด็ดขาดเป็นไปได้ ต้องรณรงค์ให้ค่อยเป็นค่อยไป ที่เห็นในชุมชน

ถ้าห้ามมีคนไปสอดส่องดูแล อย่างการพนันในงานศพ ถ้าตำรวจไปตรวจก็ไม่ม้งานศพปลอดเหล้าในพื้นที่เราณรงค์ ก็มีเป็นบางบ้าน แต่เรื่องการพนันเห็นชัดเจน” (P1: อปท.) ในชุมชนความสนิทและความสัมพันธ์ส่วนตัวและใน ภาพของเครือญาติ ยังเป็นอุปสรรคในการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายได้ “คือคนซื้อกับคนขายมันสนิท คู่กันเคย กัน มันก็ขายให้มันเป็นเรื่องปกติกันชุมชน พอให้ลูกไปซื้อก็ยังมีอยู่” (P10: ปลัด.)

3.2 การควบคุมเหล้า-บุหรี่ในชุมชน ด้วยมาตรการทางกฎหมาย

“การควบคุมเหล้า-บุหรี่ด้วยมาตรการทางกฎหมายขัดแย้งกับวิถีชุมชน การใช้มาตรการทางสังคมด้วยการ สร้างโอกาส ให้ชาวบ้าน ลด ละ เลิก สุรา ในงานเทศกาล งานบุญประเพณี งานศพในชุมชน การสร้างตัวแบบการ เลิกเหล้า-บุหรี่ โดยคนในชุมชน เป็นการสร้างความเคยชินและปรับวิถีชุมชนอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นแนวทางที่ เป็นไปได้และมีตัวอย่างความสำเร็จในหลายพื้นที่”

ในมุมมองของตัวแทนท้องถิ่นเองเห็นว่าบังคับใช้กฎหมายในชุมชนเป็นไปได้ยาก เพราะเป็นการแก้ไขที่ ปลายเหตุ หากมีการนำมาตรการทางกฎหมายมาใช้ในชุมชนโดยคนในชุมชนแล้ว จะทำให้เกิดปัญหามากกว่าการ ใช้บุคคลนอกชุมชนมาบังคับใช้กฎหมาย “หนูเห็นด้วยว่าต้องทำให้เป็นตัวอย่าง แต่การแต่งตั้งกรรมการขึ้นมาละผู้ ไต่สวนดูแลให้ หรือมาสอดส่องในช่วงแรกๆ ตอนที่หนูออกไปใหม่ๆก็บอกเรื่องกฎหมายให้ร้านค้าเขาทราบ แต่ก็คือ เก้า ในชุมชนยังไม่รู้ว่าจะเป็นคนไหน หากเป็นคนในชุมชนแล้วจะเกิดการไม่ไว้ใจกัน” (P4: รพ.สต.)หรือหากจะทำ จริงอาจจะทำได้เป็นบางช่วงแต่ไม่ยั่งยืน “มาตรฐานมันจะมีความผิดตามกฎหมาย ช่วงแรกๆทราบเขาก็กลัวแต่ ต่อไปสักหน่อยก็คือเก๋าละ” (P4: รพ.สต.) และก็จะมีคนลักลอบขาย “ไม่ขายคนอื่นเขาจะขายละ ยังไงก็มีการ ลักลอบขายอยู่แล้ว” (P2: อสม.)

ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น จากการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายในชุมชนคือ เกิดการต่อต้านจากชุมชน “การใช้กฎหมายเข้มเขากะเสียเงิน แต่การต่อต้านท่ามีแท้ๆ เขากะว่าเงินกะเงินเฮา บ่ได้ขอเงินเฒ่าซื้อ ทั้งเหล้าทั้ง ยาสูบ” (P2: อปท.) เกิดปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ของคนในชุมชน การขาดความไว้วางใจ ความเชื่อใจระหว่างกัน “ร้านค้าไปบอกเขาไม่ให้ขายเหล้าเขากะสิซัง ก่อนผมสิขายผมกะเสียภาษีอยู่ เขากะว่า ห้ามแต่ผู้กินผู้ผลิตคือบ่ ห้าม เขากะว่าเรา” (P2: อสม.) เกิดปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ของคนในชุมชน การขาดความไว้วางใจ ความเชื่อใจ ระหว่างกัน “ร้านค้าไปบอกเขาไม่ให้ขายเหล้าเขากะสิซัง ก่อนผมสิขายผมกะเสียภาษีอยู่ เขากะว่า ห้ามแต่ผู้กิน ผู้ผลิตคือบ่ห้าม เขากะว่าเรา” (P2: อสม.) เกิดผลกระทบต่อความร่วมมือของชาวบ้านในการทำกิจกรรมชุมชน รวมไปถึงผลกระทบต่อฐานเสียงในการเลือกตั้งของผู้บริหาร อปท. “บางครั้งเราจะขอความช่วยเหลือเขาจาก กิจกรรมอื่นเขาก็เอาอันนี้ละมาอ้างบ่ให้ความร่วมมือ...จับบ่ได้เพราะเป็นลูกหลานเจ้าของ เขาว่าไผเลือกถ้าพวก ข้อยบ่เลือกสิได้บ้อ เขากะว่า” (P2: อสม.) สิ่งที่สำคัญคือการเคารพหนี้อะหว่างกันคนในชุมชนหมดไป ดังมุมมอง ของ รองนายก ที่มองว่า “ไปเข้มงวดเขา (ด้วยการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมเหล้า-บุหรี่ใน ชุมชน...นักวิจัย) อาจไม่นับถือเรา” (P1: รองนายก) ผู้ที่จะสามารถใช้มาตรการทางกฎหมายให้เกิดผลได้ดีนั้น

มุมมองของท้องถิ่นมองว่าน่าจะต้องเป็นคนนอกชุมชนจึงจะดำเนินการได้ “ถ้าใช้มาตรการเด็ดขาดคือสืได้ ต้องเป็นคนนอกคนในชุมชนไม่ได้” (P2: อปท.)

แนวทางการควบคุมโดยกฎหมายขัดแย้งกับวิถีชีวิตชุมชน และการจัดการตามมาตรการไม่สอดคล้องกับวิถีชุมชน “ทางอำเภอมีคณะกรรมการดูแลว่าห่างจากสถานศึกษา 300 เมตรมันก็ลำบาก... มันหนักใจผู้ปฏิบัติอย่างตำรวจถ้าจะไปจับมันก็ยากอยู่เพราะบ้านเขาอยู่ตรงนี้นานแล้ว (P 1: อปท.) นอกจากนั้นยังมองว่าชุมชนเป็นเรื่องของลูกหลานและเครือญาติทำให้การใช้มาตรการทางกฎหมายกับลูกหลานเป็นไปได้ยาก “กฎหมายเหล้ามันหนักใจผู้ปฏิบัติกับลูกกับหลาน...มันเป็นเรื่องยากเสียดายกฎหมายคั่วไหนไปจับมีแต่ลูกหลานทั้งนั้น อีกอย่างเขาขายของชำอย่าง เรื่องยาสูบก็ไม่ต่างกัน” (P 1: รองนายก) การควบคุมด้วยกฎหมายในเครือญาติในชุมชนเป็นไปได้ลำบาก หากมีการเข้มงวดเหมือนทหารมาควบคุมเรื่องบุหรีในชุมชนช่วงหนึ่ง ก็พอจัดการได้แต่ก็ไม่ยั่งยืน “เมื่อก่อนมีข้อห้ามสูบบุหรีที่สาธารณสุขในชุมชน เมื่อก่อนทหารก็มาช่วยควบคุมครับ มันเป็นหมู่บ้านที่พัฒนาและประกวดอบรมกะตืออยู่หลังอบรมกะคือเก่า” (P 2: อปท.)

มองว่าปัญหาเริ่มจากรัฐที่เป็นผู้ทำให้มีการผลิต แต่ชุมชนมองว่ารัฐกลับเอากฎหมาย มาเป็นมาตรการห้ามประชาชนไม่ให้ดื่มและขาย “มันขัดแย้งกันคะเอากฎหมายมาคุมประชาชน แต่การผลิตรัฐบาลเป็นคนทำ” (P1:อส.ม.) การบังคับใช้จึงเป็นเรื่องยากเพราะมีในชุมชนมานาน ปัญหาอีกประการหนึ่งคือเรื่องการไม่รู้รัฐมาตรการทางกฎหมาย โดยคนขายไม่ทราบมาตรการขณะที่เยาวชนที่ซื้อก็ไม่ทราบกฎหมายควบคุม “ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ไปซื้อผมว่ามันก็ยาก บางทีคนขายเขาก็ไม่รู้แม้กระทั่งเวลาขาย มันยากเพราะอย่างใกล้ๆบ้าน เขาก็ซื้อและใช้กระตาด หนังสือพิมพ์ห่อ” (P1:กำนัน) หรืออาจจะต้องเริ่มจากการให้ความรู้ก่อน และมาตรการที่ใช้ต้องควบคุมทั้งผู้ซื้อผู้ขาย และผู้ดื่ม “หนูคิดว่ามันต้องควบคุมทั้งผู้ขายนำ ถ้าเขาไม่ขายคนซื้อไม่ได้ก็ไม่ได้กิน มันทั้งผู้ซื้อ ผู้กิน และผู้ขาย ร้านค้า” (P4: รพ.สต.) ในพื้นที่พบว่ามีการดื่มแอลกอฮอล์แอบแฝงในรูปของยาต้องบำรุงร่างกาย ที่ชาวบ้านดื่มกินแทนเหล้าไม่ได้ดื่มกินเพื่อชูกำลัง ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกายไม่ต่างจากการดื่มเหล้าเช่นกัน เรื่องการแบ่งขายย่อยในชุมชนยังมีในร้านค้าชุมชนทุกพื้นที่

“ในชุมชนร้านค้ามันฉลาดนะมันเห็นผมมันก็ไม่ขายนะ อย่างเหล้าก็เอาขวดที่ไม่ได้เปิดมาตั้งโต๊ะที่ขายเป็นเป็กก็แอบซ่อนไว้” (P10: กำนัน)

“เรื่องการแบ่งขายย่อย ยังมีเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง เพราะมันได้กำไรมากกว่าขายเป็นขวดและเป็นซอง เพราะเราขายให้คนเงินน้อยไม่ได้ขายให้คนเงินมาก” (P10: ผู้นำ)

“กลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมดื่มสุบตีขึ้นอย่างเมื่อก่อนศาลาประชาคมหกเหลี่ยมมีมั่วสุม ตอนนี้อยู่ไม่มีแล้ว ผมว่าบางทีเกิดจากการสนับสนุนจากราชการและระเบียบกฎหมาย พอเราประชาสัมพันธ์ห้ามกินในสถานที่ราชการเขาก็อย่างเมื่อก่อนกินตามท้องถนนตามวัดเป็นเรื่องปกติ แต่ตอนนี้ไม่มีแล้ว อย่างเยาวชน เล่นกีฬาเมื่อก่อนรวมกลุ่มกันกินเหล้าบุหรี ตอนนี้อยู่ไม่มีแล้วแต่ไปแอบกินที่อื่นไม่รู้” (P15: ผู้นำ)

“ปัญหาเด็กเยาวชนในชุมชน เราเคยบอกกล่าวตักเตือนได้แต่เขาไม่เชื่อฟัง ถ้าร้านนี้ไม่ขายก็จะไปซื้อร้านอื่น” (P15: กำนัน)

รายได้จากสรรพสามิตรเป็นรายได้หลักเข้าสู่ชุมชน จึงทำให้ความร่วมมือเรื่องเหล้าบุหรี่ปริมาณของร้านค้าชุมชน เป็นไปได้น้อย การเน้นจำกัดการเป็นนักดื่มหนักสูบบุหรี่ใหม่ในกลุ่มเยาวชน ด้วยการสกัดช่องทางการเข้าถึง ทาง อินเทอร์เน็ตจะได้ผลดีกว่า “การใช้มาตรการก็เป็นไปได้แต่จะเกิดผลกระทบกับร้านค้าแน่นอน บอกตรงๆว่ารายได้ ที่เข้าสู่ชุมชนคือสรรพสามิตร จากการขายเหล้าบุหรี่ปริมาณ รายได้หลักปีหนึ่งเป็นล้านครึ่ง เราได้จากภาษีนั้นมาเยอะ ชุมชนเราส่วนใหญ่สินค้าที่ขายได้ขายคล่องคือสุราและบุหรี่ปริมาณเป็นทุกแห่งครับ มันก็พูดยากทั้งเป็นได้ละเป็นยาก ขึ้นกับความร่วมมือของชุมชน ผมคิดว่าเราควรมาจำกัดอย่างกลุ่มเยาวชนเราควรทำ ทุกวันนี้สื่อต่างๆมันเยอะเด็ก เห็นโฆษณามันเยอะมากกว่าทางทีวี มันโฆษณาทางเวปทางเฟส การซื้อที่ตลาดบางที่ยากกว่าทางเน็ต ซึ่งช่องทาง เวปไวคนี้เด็กเข้าถึงได้ง่ายกว่า การซื้อขายมันคล่องกว่าครับ” (P10:ปลัด)

แนวทางการจัดการปัญหาเรื่องเหล้าในชุมชน ในมุมมองของชุมชนคือการใช้มาตรการทางสังคมด้วยการ สร้างโอกาส ให้ชาวบ้านลดละเลิกการดื่มสุรา ในงานเทศกาล งานบุญประเพณีต่างๆ และงานศพในชุมชน และการ มีตัวแบบการเลิกเหล้าที่เป็นรูปธรรมโดยคนในชุมชน ดังในพื้นที่ที่ยกตัวอย่าง ปลัด อบท.เป็นตัวอย่างในการเลิก เหล้าของชุมชน “อย่างท่านปลัดเมื่อก่อนเมาตลอดเวลาตอนนี้ท่านก็เลิกได้” (P4:กำนัน) ด้านมาตรการทางสังคม ด้านการสร้างโอกาสในการงดเหล้าในงานบุญประเพณีเช่น ช่วงเข้าพรรษา“อย่างกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษาเราก็ ทำทุกปี ส่วนใหญ่คนที่กินเหล้าออกพรรษาก็จะงดช่วงเข้าพรรษา...คือเราห้ามเขาไม่ได้เราต้องมีกิจกรรมให้เขาทุก ปี” (P3: ปลัด) หรือตัวอย่าง อบท. ที่ประสบความสำเร็จจากการทำโครงการงานศพปลอดเหล้าเต็มพื้นที่และ ประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็วภายในหนึ่งปี “มันเร็วมากครับ งานศพทำปีแรกก็ได้ผลเลยเพราะมันประหยัด ค่าใช้จ่ายเขา” (P3:ปลัด) เนื่องจากมีการริเริ่มดำเนินการมาก่อนในรูปของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ที่สามารถทำได้ดีแต่การขยายโครงการให้เต็มพื้นที่มีข้อจำกัดในเรื่องอัตรากำลังคนทำงาน ของ รพ.สต. เมื่อ อบท. เข้ามาร่วมดำเนินงาน ด้วยการสนับสนุนงบประมาณ และการดำเนินงานร่วมกัน ภายใต้โครงการงานศพปลอด เหล้า จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว

โดยสรุป อบท.ที่ศึกษาจาก 20 แห่ง พบว่ามี 4 แห่ง ที่มีการนำโครงการงานศพ และงานบุญปลอดเหล้ามา ใช้ในพื้นที่ จนประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตามใน อบท. ที่ไม่มีโครงการงานศพปลอดเหล้า แต่มีบางแห่งที่ พยายามนำโครงการงานศพปลอดเหล้ามาใช้ในบางหมู่บ้าน แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ถึงแม้จะเห็นได้ชัดเจนว่าช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย แต่ส่วนใหญ่ยังมองว่าเรื่องเหล้าเป็นสิ่งจำเป็นต้องมีในงานบุญ ประเพณี รวมถึงในงานศพ เหล้าอยู่ประเพณีและวิถีชุมชน รวมทั้งเป็นสัญลักษณ์ที่บ่งบอกถึงเรื่องเศรษฐกิจ ของเจ้าภาพจัดงาน

3.3 การป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ในชุมชน

“การป้องกันนักดื่ม-สูบบุหรี่หน้าใหม่ในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งครอบครัว โรงเรียน ชุมชนร่วมกับการสร้างและใช้มาตรการทางสังคม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น”

“การควบคุมนักดื่มนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ ด้วยการสร้างความเข้าใจ การยอมรับและนำไปปฏิบัติแก่เจ้าของผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชน”

วัยรุ่นเป็นวัยที่ชอบลอง และมองว่าเป็นสิทธิของเขาที่จะดื่มสุราและสูบบุหรี่ จึงเป็นเรื่องยากหากไม่ใช่คนในครอบครัวห้าม “ห้ามก็บ่ฟังกะบอกว่าเรื่องของช้อย สิสูบลิกินกะเรื่องของช้อย” (P2: อสม.) ในบางพื้นที่ที่มีปัญหาเสพติด เยาวชนตอนต้นจะเป็นตัวเดินยา(เสพติด) ในชุมชนบางคนกลายเป็นตัวหลักในการขายยา “ตอนนี้เด็ก11-12ปีเริ่มเดินยาจ่ายยาเสพติดในหมู่บ้านแล้วแบบนี้เป็นมานานแล้วและเป็นปัญหาของหมู่บ้าน”(P2: อปท.) นอกจากนี้เหล่าเป็นปัจจัยหลักในการลดลงความสำเร็จของกลุ่มวัยรุ่นในชุมชน เช่น เรื่องกีฬา “อย่างกีฬาเป็นเรื่องดีหลังแข่งขันเสร็จก็ลดลงกันด้วยเหล่า”(P1:ปลัด) การควบคุมอย่างเข้มงวดโดยผู้นำ เป็นทางหนึ่งในการควบคุมการดื่มเหล้าของเยาวชนในงานกีฬา “ที่ผ่านมาเป็นโครงการแข่งขันกีฬาเยาวชน ผมใช้มาตรการเดินตรวจทุกซุ่มไปกินข้าวกับทุกซุ่มไม่มีตีกันไม่มีเหล่า เราตกลงกันก่อนว่าถ้ามีเหตุการณ์เกิดขึ้นปีต่อไปจะไม่จัด นอกจากนายก ก็มีผู้นำชุมชน และ สอบต.มาควบคุมดูแลแต่ละหมู่บ้านไม่ให้มีการดื่มเหล้าและตีกัน” (P17 : นายก) การควบคุมพฤติกรรมเยาวชนในชุมชนโดยผู้นำ เป็นแนวทางหนึ่ง เป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้กลุ่มวัยรุ่นระมัดระวังพฤติกรรมการดื่มเหล้ามากขึ้น หรือการควบคุมด้วยการสุ่มตรวจร่วมกับระดับอำเภอ “เมื่อก่อนมีแหล่งซ่องสุม อย่างโรงเรียน ไต่ะสนุก ตอนนี้ดีขึ้นกว่าเดิม เมื่อก่อน เคยสุ่มตรวจยาเสพติดถึง 40 คนเป็นการสุ่มตรวจจากทางอำเภอก็ไม่พบสารเสพติดครับ” (P13 : ผู้นำ)

การควบคุมเหล้าบุหรี่ยุ่กับเยาวชนต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งทาง โรงเรียน เทศบาล และรพสต. โดยเฉพาะในโรงเรียนเป็นสถาบันหลักในการให้ความรู้เรื่องโทษบุหรี่สุรากับกลุ่มเยาวชน “ผมว่ามันมีความเป็นไปได้มากต้องเริ่มจากโรงเรียน ครู รพสต. เทศบาล ตั้งแต่ประถม ตอนนี้5-6บุหรี่ยาเสพติดมาแล้ว...อย่างผมไม่ดูบุหรี่เพราะตอนเรียนครูบอกว่ามีโทษก็ไม่ทำตั้งแต่ตอนนั้น สถานศึกษาถ้าให้ส่วนนี้กับเด็กก็มีความเป็นไปได้สูงที่จะสำเร็จ แบบนี้อาจเป็นไปได้”(P2:ปลัด) การส่งเสริมให้เลิกเหล้าง่ายกว่าการไปควบคุมเหล้าในชุมชน “ในพื้นที่ของเรามี 17 ร้านค้าคะ อย่างออกตรวจ พบส. หนูเอาป้ายไปติดให้กะคือเอา ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื่อกะคือเก่าคะ หนูรับงาน พบส.พร้อมความเป็นไปได้ในชุมชน (อสม) คิดว่ามันยากกว่าการเลิกเหล้าง่ายกว่าการไปควบคุมร้าน” (P 4: รพ.สต.) “อย่างผมเลิกเหล้าง่ายกว่าบุหรี่ยุ่” (P4: ปลัด) การควบคุมปัจจัยด้านผู้ชายเป็นสิ่งที่ชุมชนเห็นว่ามีสำคัญในการป้องกันนักดื่มนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในชุมชน “กับกลุ่มวัยรุ่นค่อนข้างลำบากครับบังคับเขาทีเดียวกัเป็นไปได้ยาก...ผมคิดว่าครอบครัวชุมชนต้องช่วยกันดูแล เรื่องการขายมันต้องเริ่มจากครอบครัว ชุมชนภาคีรัฐเราทำเต็มที่อยู่แล้ว ผมคิดว่าสำคัญที่สุดคือร้านค้า” (P10: อบต) หากเจ้าของร้านค้ามีความตระหนกอย่างดีแล้วจะช่วยควบคุมป้องกันได้มาก “บ้านผมเป็นร้านค้าขายเหล้าบุหรี่ยุ่ ถ้าผู้ใหญ่ที่วานเด็กมาซื้อผมไล่กลับ เพราะถ้า

ใช้เด็กเห็นบ่อยๆก็จะเลียนแบบผู้ใหญ่ ใครมาซื้อผมจะบอกเลยว่าใช้ทำไมได้ ก็จะเลียนแบบ ถ้าผู้ใหญ่ไม่เป็นแบบอย่างให้เด็กเยาวชนก็ไม่ได้” (P5: อสม) การสร้างการรับรู้ ยอมรับของร้านค้าชุมชน และนำไปปฏิบัติจริงเป็นแนวทางที่เป็นไปได้มากกว่าแนวทางอื่น “ผมว่าตัวปัญหามันอยู่ที่ร้านค้าถ้าเอามาคุยกันและชี้ให้เห็นว่าการขายเหล้าให้เยาวชนมันไม่ดี ที่ทำอยู่ตอนนี้ยังไม่เต็มที่ เราพูดไปมันก็เฉย บางเรื่องมันเกี่ยวกับนโยบายผู้บริหาร เรื่องคะแนน ผมว่าควรให้บ้าน วัด โรงเรียน ร่วมมือกันและช่วยกดดันร้านค้าดีกว่าจะออกมาออกเป็นระเบียบ ที่มันจะมีผลกระทบแน่นอน” (P10: ปลัด)

ครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดี และกรณีแบบอย่างไม่ดีจนเกิดผลต่อสุขภาพและเสียชีวิตในช่วงอายุน้อยๆ อาจเป็นข้อคิดให้กับลูกๆให้คิดห่างไกลจากสุราได้ “ในชุมชนมันก็ยากค่ะ เท่าที่สัมผัสในชุมชนครอบครัวต้องเป็นหลัก ความจริงพ่อยังสูบบุหรี่ก็เกิดการเลียนแบบ พ่อแม่ สองมันเปรียบเทียบว่าพ่อกินสุราก็เกิดป่วย มะเร็ง ฤกษ์ลมโป่งพอง ถ้าเป็นโรคนี้อายุไม่ยืน อย่างที่เห็นตัวอย่างคนในตำบลตอนใหญ่ กินเหล้าขาวเป็นโรคตับแข็ง อายุสามสิบกว่าปี ลูกยังเล็กๆอยู่สามคน ถ้าเห็นตัวอย่าง ถ้าเด็กมีความคิดก็จะไม่แตะต้อง” (P 1: อสม.) วัยรุ่นติดเพื่อนอาจต้องอาศัยความร่วมมือกับทางโรงเรียนในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เนื่องจากเพื่อนมีอิทธิพลต่อเด็กมาก การป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ด้วยสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา และคนในชุมชนครอบครัว เป็นหลัก “ผมว่าการแก้ปัญหาในระดับหนึ่งต้องไปพร้อมกันสามส่วนอย่างหนึ่งคือบ้านเป็นหลักสองสถาบันการศึกษาต้องสอดส่องดูแล อีกส่วนคืออยู่นอกระบบการศึกษาชุมชนต้องช่วยกันดูแล”(P1:อปท.) ต้องใช้ความร่วมมือทั้งครอบครัวและโรงเรียน และสภาพสังคมปัจจุบันเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เด็กสูบบุหรี่และดื่มมากขึ้น ส่งเสริมประเด็นการศึกษา ให้เยาวชนห่างไกลเหล้า-บุหรี่ ถ้าระบบการศึกษาสอนดี ร่วมกับทางครอบครัว พ่อแม่ ดูแลก็จะช่วยลดปัญหาได้บ้าง “เด็กถ้าระบบการศึกษาดี เขาก็จะถูกสอนในทุกด้านทั้งเรื่องการใช้ชีวิตของเขา ที่จริงเราต้องสอดแทรกในระบบการศึกษาให้มากขึ้น พ่อแม่ก็ต้องช่วย สอนลูก ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นกับเด็กว่าเขาจะรับได้มากน้อยแค่ไหน”(P3: รองนายก)

การป้องกันนักดื่ม นักสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนต้องเริ่มตั้งแต่การสร้างวินัยของประเทศเรื่องเวลาการทำงานและวันหยุดพักผ่อน “การห้ามเหล้ามันยากมันสวนกับความที่เป็นจริง ถามว่ามีความรู้มัย เยาวชนมีแต่ยังดื่มเป็นความเคยชิน ผมว่าต้องตัดโอกาส สถานที่ ไปเลย ผมมองใหญ่เลยนะครบระดับประเทศ เลย์รู้ว่าต่างประเทศมีวินัยการปฏิบัติตนมากกว่าเรา” (P3:ปลัด) แม้แต่เรื่องกิจกรรมการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ มักมีกิจกรรมต่อเนื่องเชื่อมโยงกับหลายกิจกรรม ทั้งเรื่อง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmitted Infection: STI) และโรคเอดส์ (AIDS) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มเหล้า ตามมาด้วยการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จนทำให้เกิดการติดเชื้อและตั้งครรภ์ในที่สุด ดังนั้นกิจกรรมการป้องกันปัญหาต่างๆเหล่านี้ ต้องเป็นลักษณะโครงการแบบบูรณาการ

3.4 ผลกระทบที่จะเกิดจากการใช้มาตรการกฎหมาย ในการควบคุมการจำหน่ายเหล้า-บุหรี่ในชุมชน

“ขัดกับวิถีชุมชน ระบบความสัมพันธ์ของคนในชุมชนถูกทำลาย ขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อความสามัคคีและร่วมมือกันในการทำงานภาพรวมของชุมชนท้องถิ่น”

ในมุมมองของพื้นที่ที่มองว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ ผู้นำจะถูกชาวบ้านตำหนิ มีผลกระทบต่อฐานเสียงในการเลือกตั้ง กระทั่งกระทบระบบความสัมพันธ์ของคนในชุมชน และขัดกับวิถีครอบครัวและชุมชน

มองว่าการกำหนดมาตรการ ควรทำให้สอดคล้องกับวิถีและความเป็นอยู่ของคนในพื้นที่ชุมชน โดยเฉพาะเรื่องวิถีครอบครัวในชีวิตประจำวัน หากดำเนินการตามมาตรการทางกฎหมายในชุมชนจะโดนชาวบ้านต่อว่าควรเริ่มดำเนินการให้ได้ผลจากระดับประเทศก่อน “จะลำบากจะโดนตำ เพราะเป็นเครือญาติ แต่ละหมู่บ้านเลยเราเป็นเครือญาติกัน เราต้องขยับจากบน ลงมาเรื่อยๆก่อน จากเบื้องบนลงมาข้างล่าง” (P3: กำนัน) โดยเฉพาะบทบาทของเทศบาลทำอะไรได้ไม่มากนัก “ส่วนเทศบาล ไม่ได้ใช้มาตรการอย่างการไปจับไปอะไร ไม่ได้เขาก็ยังจะต่อต้าน เรื่องแบบนี้พูดกันดีๆจะเป็นไปได้มากกว่า” (P13: นายก) ตัวอปท. เองก็จะโดนชาวบ้านต่อว่า “เขตP3เรามีหมู่บ้านรับผิดชอบประมาณ 20 แห่งและมีร้านค้าปลีกย่อยเยอะมาก กรณีแถวบ้านนอกการซื้อของใช้ลูกซื้อต่ำกว่า 18 แนนอน เวลาซื้อขาย 24 ชม.แนนอนเพราะเราไม่ใช่ 7-11 และไม่ใช่ธุรกิจร้านใหญ่ไม่มีเงินโกมาย เป็นร้านเล็กๆคุณตาคุณยายเฝ้าร้านสองคน ถ้าถามความคิดเห็นผมว่าเป็นไปได้มัย ในฐานะผู้บริหารผมบอกได้เลยว่าถ้าทำโดนตำไม่มีที่ไว้ครับ แต่ก็เหมือนท่านประธานพูดว่าควรให้ความรู้เป็นหลักถ้าออกกฎหมายเคร่งครัดในตำบลส่วนตัวผมไม่เห็นด้วยครับ” (P3: รองนายก) ผลกระทบต่อฐานเสียงและความไม่พอใจของชาวบ้าน “ถ้ามีกฎเราต้องทำอยู่แล้ว แต่สิ่งที่เกิดคือ เขาก็ตำล้ะครับ เพราะชาวบ้านเราต้องอ้อมอ้วย อปท.จะหนักกว่าผมเพราะ4 ปีเปลี่ยน ลำบากกว่าผมแนนอน” (P3: กำนัน)

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

โครงการวิจัยกระบวนการพัฒนาโครงการการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 อุบลราชธานีครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาโครงการท้องถิ่นด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ 3อ.2ส. และเพื่อศึกษาแนวทางที่ อปท. ยอมรับแนวทางการทำนโยบายท้องถิ่นในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตามบทบาทของกรมควบคุมโรคในพื้นที่ โดยทำการศึกษากับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.)ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มประเด็นและวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป อปท. ที่ทำการศึกษารวม 20 แห่งแบ่งเป็น เทศบาล 7 แห่งและอบต. 13 แห่ง มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาล และ รพ.สต.ในพื้นที่เพื่อให้บริการสุขภาพรวมถึงมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายท้องถิ่นด้านสุขภาพและการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ อปท. ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลสองแห่ง มี รพ.สต.ในพื้นที่ให้บริการสุขภาพประชาชน 2-3 แห่ง หมายรวมถึง PCU ที่อยู่ภายใต้การกำกับของโรงพยาบาลชุมชนและหรือโรงพยาบาลทั่วไป สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพของ อปท. ทั้งสี่แห่งที่ถือว่าเป็นปัญหาเหมือนกันคือ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ทุกปี โดยมีข้อมูลจากรพ.สต.และ ข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล ในพ.ที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของ อปท. นอกจากนี้ยังมีข้อมูลจากการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นจากการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และการวัดความดันโลหิตสูง รวมทั้งการตรวจคัดกรองที่อาศัยงบประมาณ ทำให้ พื้นที่รับทราบสถานการณ์ปัญหาสุขภาพโรคไม่ติดต่อและสถานการณ์ความเสี่ยงหรือกลุ่มเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่และ อปท. ได้ร่วมกันจัดทำนโยบายท้องถิ่นด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

รูปแบบของแผนงานโครงการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อแบ่งเป็นสามกลุ่มโครงการคือ กลุ่มที่หนึ่งคือโครงการคัดกรองภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความดันต่อเนื่องถึงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลักการ 2.3อ.ส. กลุ่มที่สองคือโครงการชุมชนสุขภาพดีที่มีขอบเขตเป็นภาพรวมในบริบทชุมชนและประชาชนทุกกลุ่มอายุในชุมชนและกลุ่มที่สามคือโครงการที่เน้นเรื่องการลดเหล้าในงานศพและงานบุญทั้งนี้โครงการประเภทที่สามจะต่อเนื่องไปถึงโครงการที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค

จะเห็นว่าโดยภาพรวมแล้วเป็นโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทาง 3อ .2ส .ที่ อปท. ในพื้นที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง โดยให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการอบรมด้วยการให้เรียนรู้จากฐานกิจกรรม นอกจากนี้ยังพบว่า อปท. ที่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ด้วยการให้การสมทบเงินกองทุนฯ ถึงร้อยละ 100 เพิ่มเติมจากจากที่ สปสช. กำหนดให้ อปท.สมทบเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 กระบวนการพัฒนานโยบายท้องถิ่นด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เริ่มจากการมีสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อ ในพื้นที่ อปท. ทั้งสี่แห่ง พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันรายใหม่มีเพิ่มขึ้นทุกๆปี จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการใน รพ.สต. และข้อมูลโรงพยาบาลชุมชน ประกอบกับ รพ.สต. เองมีผลการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ เป็นตัวเสริมให้พบผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วยังมีชาวบ้านบางส่วนที่ยังไม่สนใจในการตรวจคัดกรองสุขภาพ ในทางกลับกันกลับกลัวโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าโรคเบาหวานความดันหรือ “โรคภัยเจียบ” และยินดีเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรับการตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูก ชาวบ้านบางคนถึงแม้ว่ามีภาวะผิดปกติก็ยังไม่ให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพ แต่จากความผิดปกติจากโรคภัยเจียบที่สามารถบอกความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานความดัน แต่ยังไม่ปรากฏอาการทางกาย และชาวบ้านเองยังสามารถทำงานได้ ทำให้ชาวบ้านไม่ตระหนักต่อเรื่องการตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ นอกจากนี้ในกลุ่มที่ป่วยในพื้นที่ชุมชนชนบทห่างไกล ยังมีความเชื่อมั่นในเรื่องสมุนไพร ในการรักษาโรคเบาหวาน และไม่ยอมกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์จากโรงพยาบาล แต่รักษาด้วยสมุนไพรแทน ความตระหนักต่อโรคภัยเจียบต่อชาวบ้านบางส่วนเกิดจากสถานการณ์โรคที่พบเห็นจากตัวอย่างในพื้นที่ ทั้งจากประสบการณ์ตรงและรอยโรคที่ปรากฏกับคนในชุมชนที่แสดงถึงผลกระทบหลอดเลือดสมอง เช่น แขน ขาอ่อนแรง และต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดินและการทำงาน การมีประสบการณ์จากคนในครอบครัวเสียชีวิตเนื่องจากไม่มีเงินฟอกไต การเห็นคนใกล้ชิดเจ็บป่วยเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย และต้องฉีดอินซูลินทุกวัน และการเห็นเพื่อนบ้านเสียชีวิตทั้งๆที่ไม่ปรากฏอาการป่วยมาก่อน คือ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ท้องถิ่น เริ่มให้ความสนใจต่อโรคภัยเจียบ และนำมาสู่การสนับสนุนโครงการการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่

กระบวนการคัดเลือกปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น แรกเริ่มจากการคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชน เป็นจุดเริ่มต้นของการทราบสถานการณ์ปัญหาโรคภัยเจียบในชุมชน ประกอบกับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ มีการนำข้อมูลปัญหาเหล่านี้ไปสื่อสารกับชาวบ้านและผู้นำท้องถิ่น ในการดำเนินการด้านสุขภาพขั้นต่อไป ผ่านช่องทางการทำงานประชาคม ที่มีองค์ประกอบของ ตัวแทน อปท. ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน และตัวแทนหน่วยงานท้องถิ่นด้านการศึกษา ด้านสุขภาพ และตัวแทนกลุ่มองค์กรสำคัญๆในพื้นที่ การทำประชาคมจึงถือเป็นช่องทางของการคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพกลับสู่ประชาชน เพื่อพิจารณาและยอมรับปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และออกแบบการแก้ไขปัญหาร่วมกัน กระบวนการตัดสินใจยอมรับปัญหาดังกล่าว ยังมีผลมาจาก การที่ตัวชุมชน ผู้นำชุมชน และชาวบ้านเอง มีประสบการณ์จากการสัมผัสปัญหาและผลกระทบใน

ชุมชนทั้งทางตรงเช่น คนในครอบครัวได้รับผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อ และทางอ้อมได้แก่คนในชุมชนเสียชีวิต พิกการ หรือได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และสุขภาพจากผลกระทบต่อเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคไม่ติดต่อคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นทำให้ท้องถิ่นและประชาชนยอมรับว่าเป็นปัญหาระดับพื้นที่ ที่ต้องได้รับการจัดการด้วยการทำกิจกรรม ภายใต้โครงการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ประกอบกับ รพ.สต. มีข้อจำกัดงบประมาณสนับสนุนจาก CUP ในการดำเนินโรคไม่ติดต่อเชิงป้องกัน การมีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จึงเป็นโอกาสของ รพ.สต. ที่จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน ป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายระดับจังหวัด ดังนั้น การผลักดันนโยบายระดับท้องถิ่นในรูปแบบของแผนงานโครงการประจำปี จึงเป็นการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับ ตัวชี้วัด และนโยบายระดับจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจัยเสริมด้าน อปท. ต่อการให้ความสำคัญต่อปัญหาปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ คือปัจจัยเรื่องพื้นที่ตั้งของ อปท.ในพื้นที่กึ่งเขตเมืองและในพื้นที่เขตชนบทที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการงานบุญประเพณี และงานศพปลอดเหล้า ปัจจัยด้านเบื้องหลังของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข เช่น เคยทำงานเป็น อสม. หรือภาวะสุขภาพผู้บริหารที่ป่วยเรื้อรังด้วยโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยด้านองค์ประกอบความสำเร็จในการ ดำเนินงานด้านสุขภาพของ อปท. ต่างมีผลต่อการให้ความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อ และมีผลต่อการตัดสินใจ ในการให้การสนับสนุนแผนงานโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่

การพิจารณาตัดสินใจเลือกให้การสนับสนุนงบประมาณแก่แผนงาน/เลือกโครงการ ทำโดยคณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ใช้หลักการคัดเลือกกว่า เป็นโครงการที่จะเกิดประโยชน์กับประชาชน และ แผนงานโครงการมีความคุ้มค่าต่อสุขภาพประชาชน ซึ่งในภาพรวมแล้วเป้าหมายของการทำงานด้านสุขภาพ ท้องถิ่นคือ ให้ประชาชนสุขภาพดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีความสุข

กิจกรรมดำเนินการใน โครงการ ดำเนินการในรูปการอบรมหนึ่งวัน ใช้รูปแบบฐานความรู้ 3อ. 2ส. ตาม แนวทางที่ได้รับจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน และโรคความดัน โลหิตสูง ผู้นำ อสม. และกลุ่มผู้เบาหวานป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ ส่วนกิจกรรมต้นแอโรบิกที่มีอย่างต่อเนื่องในบางหมู่บ้านนั้นรูปธรรมของกิจกรรม อ. ออก กำลังกาย ที่เป็นผลลัพธ์จากการสนับสนุนจากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่เป็นต้นทุนเดิมใน ชุมชน

ปัญหาการดำเนินงานตามแผนงานโครงการฯ การตรวจคัดกรองสุขภาพ และการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ คือปัญหาเรื่องอัตรากำลังหน่วยบริการสุขภาพท้องถิ่น อุปสรรค สนับสนุนการดำเนินงาน ขาดการสนับสนุนงบประมาณจาก CUP และในส่วนของ อปท. เองนั้นพบว่าแม้จะมี งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น แต่บุคลากรยังความเข้าใจในบทบาทของ อปท. ด้านการ ป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ทำให้ดูเหมือนหนึ่งว่าแผนงานโครงการ หรือนโยบายท้องถิ่นด้านการ ป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อนั้น เป็นบทบาทหน้าที่ของ รพ.สต. ในพื้นที่แต่เพียงผู้เดียว และปัญหาใน

เรื่องการประเมินผลสำเร็จในการดำเนินงานโครงการฯ พบว่ายังขาดความชัดเจน และรูปธรรมในการประเมินโครงการฯ โดยเฉพาะการประเมินผลเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง

สรุป กระบวนการกำหนดโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในท้องถิ่น แบ่งตาม การหาประเด็นปัญหา การกำหนดปัญหา และการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการจัดการปัญหาในรูปแบบของโครงการ ดังรายละเอียดดังนี้

(1) การหาประเด็นปัญหา โดย ประเด็นปัญหา ที่พบในชุมชนในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนคือปัญหา โรคอ้วน และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มารับบริการใน รพสต.เพิ่มขึ้น ในมุมมองของคนในชุมชน รวมถึงมุมมองของบุคลากรใน อปท. ที่มองเห็นสถานการณ์ปัญหาจากผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เกิดกับคนในชุมชน ทั้งอยู่ระหว่างการรักษา อาการอัมพาตครึ่งซีก และเสียชีวิต เป็นประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อที่ท้องถิ่นชุมชนรับทราบ

(2) การกำหนดปัญหา มีขั้นตอนแรกเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหา เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อนั้นการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้ชุมชนรับทราบและนำมาสู่การยอมรับและหาแนวทางการจัดการปัญหานั้น มีสองแนวทางหลักคือแนวทางที่หนึ่งการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน โดย รพสต. ในพื้นที่ ทำการสำรวจและวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อจัดกลุ่มความเสี่ยง แบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงมาก เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงน้อย กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ แนวทางการนำเสนอปัญหาผ่านคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล และผ่านกระบวนการประชาคมทั้งการทำประชาคมเฉพาะกลุ่มประเด็นด้านสุขภาพ และประชาคมภาพรวมของชุมชน แนวทางที่สองคือการค้นหาปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาในรูปแบบของการทำประชาคมในภาพรวมแบบบูรณาการของหน่วยงานในพื้นที่ในทุกมิติ ปัญหาด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในประเด็นที่ถูกพูดถึงแต่การยอมรับในเรื่องความสำคัญจะน้อยกว่าประเด็นปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐาน และด้านเศรษฐกิจชุมชน ดังนั้นประเด็นเรื่องสุขภาพในพื้ที่ อปท.หลายแห่งจะถูกหยิบยกขึ้นมาพูดคุยเฉพาะกลุ่มสุขภาพโดยคณะกรรมการสุขภาพในชุมชนเท่านั้น ก่อนจะนำไปเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาและการเลือกแนวทางในการจัดการปัญหา ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพสต. อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำกลุ่มอาชีพที่สำคัญในชุมชน และตัวแทน อบต. รูปแบบที่ใช้มีทั้งการประชุมพูดคุยทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การออกแบบแนวทางการจัดการปัญหา ทั้งนี้ข้อมูลสนับสนุนหลักๆมาจาก เจ้าหน้าที่ รพสต. ที่กำหนดแนวทางตามนโยบายจังหวัด และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายละเอียดของกิจกรรมในการดำเนินการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อนั้น ส่วนใหญ่มาจากแนวทางที่กำหนดโดย กรมควบคุมโรคด้วย 3อ.2ส. รายละเอียดของกิจกรรม นำมาจาก Package ของสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด บางแห่งได้มาจากการไปรับข้อมูลจากการอบรมโดยอาจารย์จากมหาวิทยาลัยการนำ SKT มาใช้ในเรื่อง อ. อารมย์ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดทำแผนงานโครงการด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ คือ บุคลากรของ รพ.สต. และหรือ PCU ของ โรงพยาบาล จะเป็นผู้นำ ในการออกแบบกิจกรรมแผนงานโครงการ เพื่อนำไปเสนอของบประมาณสนับสนุนจากคณะกรรมการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

(3) การตัดสินใจเลือกทางเลือกของนโยบาย หลักการส่วนใหญ่ในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่จะให้การสนับสนุนงบประมาณ แก่โครงการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ได้แก่โครงการประเภท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โครงการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง อโครเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ โครงการส่งเสริมให้เกิดการลดการบริโภคเหล้าในชุมชน นั้น จะร่วมกันตัดสินใจในรูปแบบของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล โดยส่วนใหญ่ผู้ตัดสินใจหลักในที่ประชุมคือ ปลัดอปท. โดยทำการตัดสินใจร่วมกันในรูปแบบของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น โดยความเห็นชอบของผู้บริหารสูงสุดของ อปท. โดยประเด็นการตัดสินใจอยู่ที่กิจกรรมที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ในมิติต่างๆ เป็นสำคัญ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาแนวทางที่อปท.ยอมรับแนวทางการจัดทำโครงการท้องถิ่นในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตามบทบาทของกรมควบคุมโรค ในพื้นที่

บทบาทกรมควบคุมโรคด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในระดับท้องถิ่นคือนโยบายท้องถิ่นในรูปแบบแผนงานโครงการ ด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนในเรื่อง 3อ. ส่วนเรื่อง 2 ส. คือการป้องกันควบคุมเหล้า-บุหรี่ ตามมาตรการทางกฎหมาย มีหลายประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ทำให้ อปท. หลายแห่งแทบไม่เน้นกิจกรรมเพื่อป้องกันควบคุม 2 ส. โดยเฉพาะการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ มีเพียงบาง อปท. ที่ดำเนินการป้องกันควบคุมการดื่มเหล้าในพื้นที่และไม่ได้ใช้มาตรการทางกฎหมาย แต่ใช้มาตรการทางสังคมด้วยการสร้างโอกาสให้ประชาชนลด-ละ-เลิก การดื่มในงานบุญประเพณีและงานศพ ให้เป็นงานปลอดเหล้า

ปัญหาการดำเนินการเหล้า-บุหรี่ ตามมาตรการทางกฎหมาย ในระดับชุมชนไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากเหล้าอยู่ในวิถีชีวิตชุมชน เป็นสัญลักษณ์ของความรื่นเริง การฉลองความสำเร็จในการทำงาน เป็นเครื่องแสดง เศรษฐฐานะของเจ้าภาพในการจัดงานเลี้ยง หากไม่มีเหล้าเสริมในการทำงานจะเกิดความไม่พอใจและไม่ให้ความร่วมมือในการทำงานส่วนรวมของชุมชนท้องถิ่น การควบคุมเหล้า-บุหรี่ด้วยมาตรการทางกฎหมายจึงขัดแย้งกับวิถีชุมชนผลกระทบที่จะตามมาหากมีการใช้มาตรการทางกฎหมาย ในการป้องกันควบคุมเหล้า-บุหรี่ในชุมชน คือผลกระทบต่อทุนทางสังคมเดิม ตั้งแต่เรื่องระบบความสัมพันธ์ของคนในชุมชนถูกทำลาย ชาวบ้านขาดความไว้วาง

ซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อความสามัคคีและร่วมมือกันในการทำงานภาพรวมของชุมชนท้องถิ่นเช่นความร่วมมือในกิจกรรมพัฒนาชุมชน รวมถึงกิจกรรมการเตรียมงานบุญประเพณีในชุมชน

แนวทางที่ทำได้คือการใช้มาตรการทางสังคมด้วยการสร้างโอกาส ให้ชาวบ้าน ลด ละ เลิก สุรา ในงานเทศกาล งานบุญประเพณี งานศพในชุมชน การสร้างตัวแบบการเลิกเหล้า-บุหรี่ โดยคนในชุมชน เป็นการสร้างความเคยชินและปรับวิถีชุมชนอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นแนวทางที่เป็นไปได้และมีตัวอย่างความสำเร็จในหลายพื้นที่ ซึ่งรวมไปถึงแนวทางและข้อเสนอแนะ ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมนักดื่ม-นักสูบบุหรี่ใหม่ในชุมชนต้องใช้มาตรการทางสังคม และต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งครอบครัว โรงเรียน ชุมชนร่วมกับการสร้างและใช้มาตรการทางสังคม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและการสร้างวินัยร่วมของคนในชาติเป็นทางออกหนึ่งของการแก้ปัญหา เพื่อเสริมกับการใช้มาตรการทางสังคมในการป้องกันควบคุมในระดับชุมชนท้องถิ่น

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

บทบาทของพื้นที่ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อตามนโยบาย 3อ.2 ส. เป็นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความสำคัญทั้งในระดับนโยบายท้องถิ่น และระดับปัจเจกบุคคล โดยนโยบายระดับท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้ ตัวปัจเจกบุคคลรับทราบปัญหา ตระหนักในปัญหา และตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานความดัน ในประชาชนทั่วไปไม่ให้มีภาวะเสี่ยง และในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานความดันไม่ให้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง การทำงานด้านสุขภาพเฉพาะบทบาทของหน่วยงานสุขภาพคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่แต่เพียงหน่วยงานเดียว ไม่สามารถสร้างกระแสแห่งความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อได้ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนท้องถิ่น ทั้งการมีส่วนร่วมในการหาสถานการณ์ปัญหาด้วยการรับทราบตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพและหรือการเป็นอาสาสมัครในการดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการพูดคุยเพื่อหาแนวทางในการจัดการปัญหาด้วย ในมิติต่างๆ ทั้งการประชุมผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น การทำประชาคมแบบบูรณาการในแต่ละชุมชน หรือการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการระหว่าง อปท.ในพื้นที่ เป็นแนวทางสำคัญที่ทำให้ท้องถิ่นมองเห็นปัญหาร่วมกันนำไปสู่การยอมรับปัญหา หาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ในรูปของแผนงานโครงการท้องถิ่น นอกจากนี้ยังรวมถึงการให้การสนับสนุนงบประมาณท้องถิ่น ในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการ

หากพิจารณาบทบาทของ อปท. ต่อการป้องกันควบคุมโรคตามกฎหมายแล้วจะเห็นว่า อปท. กับบทบาทด้านการป้องกันควบคุมโรคจะเน้นที่โรคติดต่อที่เป็นปัญหาของพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคมาลาเรีย เป็นโรคติดต่อกับอปท. ทั้ง 20 แห่งทราบว่าโดยบทบาทตามกฎหมายแล้วเป็นหน้าที่ของ อปท. ตั้งกันงบประมาณมาใช้ในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่หากพบว่ามีภาวะระบาดในพื้นที่ หรือทำการการป้องกันไว้เมื่อถึงฤดูกาลที่โรคจะ

ระบาด ซึ่งแตกต่างจากโรคไม่ติดต่อที่คนในชุมชนมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว เพราะไม่สามารถติดต่อถึงตัวเองได้แม้ว่าจะพบว่ามีคนป่วยและผู้ได้รับผลกระทบในพื้นที่ก็ตาม ในขณะที่เดียวกันบทบาท ของ อปท. ที่ถูกที่กำหนดโดยตัวกฎหมายไม่ได้เน้นเจาะจงไปที่งานโรคไม่ติดต่อ ดังนั้นหากไม่มีงบประมาณจากกองทุนสุขภาพท้องถิ่น แล้วนโยบายและแผนงานโครงการ ที่จะดำเนินการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ดังที่นายก อบต. P11 ได้สะท้อนว่า หากงบประมาณกองทุนสุขภาพท้องถิ่น ก็จะไม่สามารถนำงบประมาณมาใช้เพื่อการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะเรื่องโรคไม่ติดต่อได้ “ถ้าไม่มีงบจาก สปสช. เราก็ไม่สามารถเอางบผ่านสภามาช่วยสนับสนุนกองทุน ผมว่าจะมีปัญหาเพราะคนในสภาไม่เข้าใจต่องานด้านสาธารณสุข ถ้าไม่มีในข้อบัญญัติ ก็คงลำบากใช้ไม่ได้” ดังนั้นการคงอยู่ของกองทุนสุขภาพตำบล คือการสร้างสุขภาพของประชาชนให้ห่างไกลจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีที่สุดในปัจจุบัน

กิจกรรมดำเนินงานตามโครงการ นอกจากจะได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ สื่อการทำกิจกรรม และแนวทางจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้ว จะเห็นว่าในบาง อปท. มีการประยุกต์แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ ให้เข้ากับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ภายใต้หลักการที่กรมควบคุมโรค มีทั้งการประยุกต์เรื่องสุขภาพทางเลือก และหรือการประยุกต์วิถีปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เข้าใจง่ายและสื่อได้ตรงกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน รวมถึงการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย การบริหารร่างกายด้วยการใช้วัสดุท้องถิ่น ที่คนในชุมชนมีและคุ้นเคยในชีวิตประจำวัน จึงอาจกล่าวว่าการพัฒนานวัตกรรมท้องถิ่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยคนในท้องถิ่น เป็นแนวทางหลักสำคัญที่ควรส่งเสริมให้เกิดในชุมชนท้องถิ่นมากที่สุดดังที่รพ.สต.ทั้งสองแห่ง ในพื้นที่อปท. P2 ได้ดำเนินการในพื้นที่ จะเห็นว่าผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามงานวิจัยของ Dan และคณะ (2011) และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นพ. ประทีป ธนกิจเจริญ จาก สปสช. (ทักษพล ธรรมรังสี. 2556) ที่เสนอว่าหน่วยงานระดับพื้นที่หรือท้องถิ่นมีความเหมาะสมต่อการสร้างความร่วมมือกับหลายภาคส่วนในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการให้บริการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ โดยมีระบบการส่งต่อในการสนับสนุนระบบบริการ และ ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อหรือจุดชี้ขาดของความสำเร็จในงานโรคไม่ติดต่อคือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยชุมชน/ท้องถิ่น การทำการป้องกันในระดับปฐมภูมิ ในท้องถิ่น โดยบทบาทนักวิชาการต้องหาองค์ความรู้อะไรบ้างอย่างที่จะจับต้องได้ ในมุมท้องถิ่นที่เขาขาดและต้องการ ไม่ใช่เรื่องของวิชาการสาธารณสุข”

เช่นเดียวกับนโยบายท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะนโยบาย 2ส. ของกรมควบคุมโรคในเรื่องการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย ที่ไม่มี อปท.ใดสามารถดำเนินการตามได้ สิ่งที่ใช้ป้องกันควบคุม เรื่องเหล่านี้หรือในชุมชนได้ดีคือ การใช้มาตรการทางสังคม ด้วยการยอมรับร่วมกัน รวมถึงการออกแบบการใช้มาตรการทางสังคมร่วมกัน ในชุมชน ดังเช่นความสำเร็จ ใน อปท. P2 ที่สามารถดำเนินการควบคุมการดื่มเหล้าในงานศพ จนประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็วถึง 100% ภายหลังจากดำเนินนโยบายไม่ถึงปี ดังนั้น

การผลักดันนโยบายการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อด้วยเรื่อง 2ส. ที่จะให้เกิดผลในทางปฏิบัติในระดับชุมชนนั้น ต้องให้ชุมชนมองเห็นปัญหาและความสำคัญของปัญหา ยอมรับว่าเป็นปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง สิ่งที่สำคัญคือ แนวทางในการจัดการปัญหาที่จะประสบความสำเร็จนั้นต้องมาจากการออกแบบโดยคนในชุมชน ไขกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน หรือเรียกได้ว่าเป็นการสร้างมาตรการทางสังคมเพื่อการควบคุมเหล้าบุหรี่ในชุมชน ด้วยชุมชนเอง เป็นมาตรการที่เหมาะสมที่สุดในการบังคับใช้ในชุมชน

5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.3.1 ข้อเสนอแนะต่อกรมควบคุมโรค

1) ควรทำการพัฒนานวัตกรรมและแนวทางการปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อให้กับระดับสาธารณสุขจังหวัด รพ.สต. และ อปท. ได้แก่ นวัตกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. นวัตกรรมการป้องกันควบคุมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ เพื่อปฏิบัติตามหลัก 2ส. รวมทั้งนวัตกรรมเฉพาะในแต่ละด้านเช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมสภาวะอารมณ์ เป็นต้น

2) สนับสนุนการพัฒนา รูปแบบการสร้างมาตรการทางสังคมในการป้องกันควบคุมการดื่มเหล้า และการสูบบุหรี่ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

5.3.2 ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

1) สปสช. ควรให้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลจาก อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในระดับท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม

5.3.3 ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1) พัฒนาศักยภาพและทักษะ แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่โรงพยาบาล และ อปท. ด้วยการอบรมให้ความรู้ในการประยุกต์ใช้การนวัตกรรมและแนวทางการปฏิบัติ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อให้กับระดับ

2) สนับสนุนแนวทางการดำเนินงาน ชุมความรู้ และสร้างเสริมทักษะการถ่ายทอด เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้นำด้านการปรับเปลี่ยนสุขภาพระดับตำบล

3) ส่งเสริมให้พื้นที่สร้างนวัตกรรม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

5.3.4 ข้อเสนอแนะต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

1) สร้างความตระหนักเรื่องโรคภัยเจ็บ แก่บุคลากรและผู้บริหารในระดับท้องถิ่นด้วยการ นำเสนอข้อมูล การตรวจคัดกรองของชุมชน ในรูปแบบของปัญหาสุขภาพ ข้อมูลความเสี่ยงด้านสุขภาพต่อโรคไม่ติดต่อ พร้อมทั้ง หาตัวแบบผลกระทบในชุมชน เพื่อให้ท้องถิ่นชุมชนยอมรับตระหนักต่อปัญหาโรคภัยเจ็บ

2) ควรส่งเสริมการพัฒนาและการใช้มาตรการทางสังคมที่หลากหลายสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน เพื่อ สร้างโอกาสให้เกิดการ ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ เช่น การใช้มาตรการงดเหล้า หรือมาตรการ ปลอดเหล้าในงานบุญประเพณีท้องถิ่นและงานศพ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. 2558. **แผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**. www.skko.moph.go.th/dward (online available: March 2015).
- กระทรวงสาธารณสุข. 2558. **แผนงานลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกินร้อยละ 23 ต่อแสนประชากร)**. www.thaincd.com/document. (online available: March 2015).
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2555. รายงานผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2555. <http://bps.ops.moph.go.th/elva/evaluation/index.html>
- ถวัลย์รัฐ วรเทพพุดิพงษ์. (2545). **การกำหนดและวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ: ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้**. คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ทักษพล ธรรมรังสี. 2556. **สถานการณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อในประเทศไทย ปี 2556**. เดอะ กราฟิโก้ ซิสเต็มจำกัด, นนทบุรี.
- ทวีป ศิริรัมย์. (2545). **การวางแผนพัฒนาและประเมินโครงการ**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์. (2546). **นโยบายสาธารณะ**. เชียงใหม่; คณิงนิจน์การพิมพ์.
- วรงค์ จันทกร. (2540). **การนำนโยบายไปปฏิบัติ**. คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักนายกรัฐมนตรี. กรุงเทพมหานคร: กราฟิคแมก(ไทยแลนด์)จำกัด.
- สมบัติ ชำรงธัญวงศ์. (2540). **นโยบายสาธารณะ: แนวความคิด การวิเคราะห์ และกระบวนการ**. คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553. **แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด**. โรงพิมพ์สำนักพระพุทธรักษา: กรุงเทพมหานคร.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2556. รายงานประจำปี 2556. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์: กรุงเทพมหานคร.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. 2554. **การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ**. Online available, March,2015 : <http://btc.ddc.moph.go.th/cms/home/content/139>
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. 2554. **การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ**. Online available, March,2015 : <http://btc.ddc.moph.go.th/cms/home/content/139>
- สมัชชาสุขภาพ 6/ ร่างมติ 6. 2558. **เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย**. <http://www.healthstation.in.th>.
- สมัชชาสุขภาพ 6/ ร่างมติ 6. 2558. **เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย**. <http://www.healthstation.in.th>.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2556. การบริหารงบประมาณควบคุม ป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4). ศรีเมืองการพิมพ์: กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2556. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2557). สหมิตรปริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด: กรุงเทพมหานคร.
- Antonio Dans, and et al. 2011. **The rise of chronic non-communicable disease in southeast Asia: time for action.** Lancet2011; 337: 680-89, www.thelancet.com Vol 377 February19, 2011.
- Bloomfield et al. 2014. Mobilehealth for non-communicable disease in Sub-Saharan Africa: a systematic review of the literature and strategic framework for research. Globalization and health.10:49. <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/49>.
- Grimaccia and Kanavos. 2014. Cost, outcomes, treatment pathways and challenges for diabetes care in Italy. Globalization and health.10:58. <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/58>.
- Jose et al. 2013. **Evaluation of non communicable disease control pilot program of National Rural Mission in Thiruvananthapuram district.** Reed Elsevier India Pvt Ltd. Available online at www.sciencedirect.com.
- Lamri et al. 2014. **Diabetes in Algeria and challenges for health policy: a literature reviews of prevalence, cost, management and outcomes of diabetes and its complications.** Globalization and health.10:11. <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/11>.
- Mary CHroskioskiet al. 2006. **Challenges of Change: A qualitative study of chronic care model implementation.** *annals of family medicine.* Vol.4 No.4, www.annfam.org.
- PaskalKengne et al.2013. **Cardiovascular Disease and Diabetes as Economic and Development Challenges in Africa.** *Progress in cardiovascular disease* 56(2013) 302-313, www.sciencedirect.com.
- Stenberg and Chisholm. 2012. **Resources needs for Addressing Noncommunicable Disease in Low-and Middle-Income Countries.** WHO, Vol. 7, No.1, 2012. <https://www.gotoknow.org/> . **วจนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process/ Public Policy Cycle).**

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

โครงการวิจัย กระบวนการพัฒนานโยบายการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต10 อุบลราชธานี

กลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นตัวแทน อบต./เทศบาล ในการสัมภาษณ์กลุ่ม ได้แก่ นายก อบต./เทศบาลหรือตัวแทน ปลัด อบต. ตัวแทนสมาชิก อบต. ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน ตัวแทนอสม. และรพ.สต. ในพื้นที่

ประเด็นการสัมภาษณ์

กระบวนการเลือกปัญหา/ การวิเคราะห์ปัญหา

“ สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ ขั้นตอน/วิธีการคัดเลือกปัญหาและกิจกรรมแก้ปัญหาในแผนงานโครงการที่ทำเป็นอย่างไร ทำไมจึงเลือกปัญหานี้มาทำเป็นแผนงานของ อบต.”

“ปัญหานี้หากไม่ดำเนินการแก้ไขจะมีผลกระทบอย่างไรกับคนในชุมชน/พื้นที่”

“ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดเลือกเป็นใครมีบทบาทอย่างไรในกระบวนการคัดเลือกปัญหาเพราะอะไร”

กระบวนการตัดสินใจเลือกกิจกรรม/ทางเลือกของนโยบาย

“การหาแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยการทำเป็นกิจกรรมดำเนินการในแผนงานโครงการมีวิธีการคิดหาแนวทางอย่างไร ใครเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีขั้นตอนและเหตุผลในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาแต่ละวิธีอย่างไร ”

“การนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างไร ใครมีส่วนร่วมบ้าง และมีปัจจัยที่สำคัญอะไรบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจ”

“ข้อจำกัดต่อการปฏิบัติงานนโยบายรวมทั้งอุปสรรคต่อการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่อย่างไร และมีแนวทางการจัดการข้อจำกัดและอุปสรรคอย่างไร”

การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของกรมควบคุมโรค

“หากจะจัดการกับปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค ดังนี้

1.การคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง การคัดกรอง/เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากทางตา ไต และเท้าในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควรทำอย่างไร มีความเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหน อย่างไร

2.การสนับสนุนชมรมผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน ควรทำอย่างไร มีความเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหน อย่างไร

3.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่นการกินอาหารที่มีประโยชน์ลดหวานมันเค็ม และการออกกำลังกายของประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนการสนับสนุนการออกกำลังกายด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจของประชาชนในพื้นที่ เช่นการสร้าง/พัฒนา สวนสาธารณะ การสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆในชุมชนควรทำอย่างไร มีความเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหน อย่างไร

4.การควบคุมปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มนักดื่มหน้าใหม่(เยาวชน) ควรทำอย่างไร มีความเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหน อย่างไร

5.การควบคุมปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ควรทำอย่างไร มีความเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหน อย่างไร

หากจะทำตามประเด็นดังกล่าวข้างต้นแล้วใครมีส่วนเกี่ยวข้องบ้างอย่างไร..สิ่งสำคัญที่ต้องมีคืออะไร...ทำอย่างไรจึงจะมีสิ่งนั้น”



กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10
จังหวัดอุบลราชธานี