

การสำรวจศักยภาพการป้องกัน

และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย

สถานการณ์ นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักโรคไม่ติดต่อ  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

# คำนำ

---

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและพบว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนชาวไทยมาหลายทศวรรษ ยุทธวิธีการป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าวได้มีการศึกษาและคิดค้นรูปแบบการดำเนินงานโดยใช้แนวคิดทฤษฎีต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนและพัฒนา รูปแบบโครงการ/กิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง โดยคาดหวังถึงการลดปัญหาการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของโรค แต่กลับพบว่าในช่วงเวลาที่ผ่านมามีสถิติการเจ็บป่วยจากโรคดังกล่าวข้างต้นมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี

โครงการสำรวจ "ศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย: สถานการณ์ นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ" มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความเป็นไปได้และศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย การทบทวนนโยบายและการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายองค์กรทางสุขภาพต่างๆ ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมของผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งสำรวจความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ป่วยและกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งหวังว่าผลจากการศึกษาในรายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย รวมทั้งผู้ปฏิบัติในการพิจารณาปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงแนวทางการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คณะผู้วิจัย  
กันยายน 2552

# กิตติกรรมประกาศ

โครงการสำรวจ "ศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย: สถานการณ์ นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ" สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของบุคคลหลายฝ่ายจากหน่วยงานต่างๆ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคผู้รับผิดชอบงานและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ได้ช่วยเหลือและอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาใช้เวลาตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงในการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์จากผู้บริหารหลายท่าน ได้แก่ นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทันตแพทย์ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงรองสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นายแพทย์ชิน เตชามหาชัย หัวหน้ากลุ่มอนามัยวัยทำงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม National professional officer (monitoring & evaluation) จากองค์การอนามัยโลก (WHO) นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และนายแพทย์รัฐพล เจริญวิชานนท์ รองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) ที่อนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชนในกรุงเทพมหานครส่วนที่สำนักงานฯ เขตรับผิดชอบ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ประสานงานจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 ได้แก่ นางภาวนา คูประเสริฐ นางสาวรุ่งอรุณ นุทธนู นางสุจิตรา เทพมงคล นางจินตนา แว้วสวัสดิ์ นายไพโรจน์ พรหมทันใจ นางศรีสุนทร วิริยะวิภาต นางฐิติมา โกศลวิตร นางดุขฎี นรศาศวัต ร.ต.ท. (หญิง) ศิรินาถ ป้อมวงศ์ นางมัทนา แอร์แบร์ นางสาวพรทิพย์ ใจเพชร และนางปัจฉิมา บัวยอม ที่กรุณาประสานงานในการสำรวจและเก็บข้อมูล

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนางศรีเพ็ญ สวัสดิ์มงคล และกลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นผู้สนับสนุนให้เกิดโครงการฯ นี้ขึ้น  
ท้ายที่สุดนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งไม่ได้เอ่ยนาม ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย  
กันยายน 2552

# บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

---

โครงการสำรวจ "ศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย: สถานการณ์ นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ" ได้ดำเนินการโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่สำคัญด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน นโยบายการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค งบประมาณของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายองค์กรทางสุขภาพที่สำคัญ ความพึงพอใจของผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม รวมถึงความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคของผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 16 เมษายน - 31 กรกฎาคม 2552 ประชากรในการศึกษานี้มาจากองค์กรทั้งสิ้น 16 องค์กร และทำการเก็บข้อมูลเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับผู้บริหาร จำนวน 16 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ 2 กลุ่ม คือ
  - 1.1 กลุ่มองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ 12
  - 1.2 กลุ่มองค์กรสนับสนุนทางสุขภาพ (เครือข่ายความร่วมมือ) ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)
2. ระดับผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 16 คน
3. ระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม จำนวน 33 คน
4. ระดับประชาชน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ประชาชนกลุ่มป่วย จำนวน 1,412 คน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 1,244 คน

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานค่อนข้างคงที่ ในขณะที่อัตราการป่วยด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นองค์กรทางสุขภาพทั้งที่เป็นองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรสนับสนุนหรือเครือข่ายทางสุขภาพจึงมีนโยบายและการดำเนินการที่สอดคล้องกันในเรื่องส่งเสริมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น

## ระดับผู้บริหาร

ผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารขององค์กรส่วนใหญ่มีนโยบายและมีแผนการส่งต่อนโยบายต่อผู้ปฏิบัติ รวมทั้งมีการกำหนดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างชัดเจน ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นการคัดกรองโรคในเบื้องต้น การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัยและการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพบว่าปัญหาในการดำเนินนโยบายที่สำคัญที่สุด คือ บุคลากรไม่เพียงพอรวมถึงขาดประสบการณ์ในการทำงานและความรู้ด้านการป้องกันโรค สำหรับปัจจัยเอื้อในการดูแลและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ นโยบาย โดยกล่าวว่าการที่มีนโยบายชัดเจนจะเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

องค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค มีงบประมาณการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อรวมถึงการป้องกันอุบัติเหตุประมาณ 41 ล้านบาท ต่อปีงบประมาณ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 มีงบประมาณ 410,000.00 - 2,900,00.00 บาทต่อปีงบประมาณ โดยคิดเฉลี่ยประมาณ 1,800,000.00 บาทต่อปีงบประมาณ และองค์กรสนับสนุนทางสุขภาพ (เครือข่ายความร่วมมือ) ซึ่งได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดงบประมาณที่ใช้ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 8,092.43 ล้านบาทต่อปีงบประมาณ สำหรับองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดงบประมาณที่ใช้ในการดูแลและป้องกันโรคไม่ติดต่อซึ่งรวมการป้องกันการบาดเจ็บเป็นเวลา 2 ปี เป็นจำนวนเงิน 300,000 \$US หรือประมาณ 11 ล้านบาทต่อปี (เฉลี่ยปีละ 5 ล้านบาท) ในขณะที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ไม่ได้กำหนดงบประมาณสำหรับป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ เนื่องจากเป้าหมายของสำนักงานกองทุนฯ ไม่ได้กำหนดงบประมาณไว้สำหรับป้องกันโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ

องค์กรส่วนใหญ่มีบทบาทในด้านพัฒนาและการประเมินมาตรฐานคุณภาพ รองลงมาคือสนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติและผู้จัดการประสานภาพรวมและผู้บริหารเกือบทั้งหมดมีความเห็นว่าองค์กรควรมีการพิจารณาปรับปรุงโดยเฉพาะในด้านบุคลากร รองลงมา

ได้แก่ ด้านระบบการนิเทศกำกับติดตามและประเมินผล นโยบายและงบประมาณ ซึ่งในด้านนโยบายนั้นได้มีการเสนอให้มีการผลักดันการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นนโยบายระดับชาติอย่างต่อเนื่องหลายปี เพื่อให้เกิดความตระหนักในประชาชนและเพื่อให้กลุ่มผู้ปฏิบัติมีการทำงานอย่างจริงจัง

ผู้บริหารองค์กรส่วนใหญ่เสนอให้มีนโยบายบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่ายที่ชัดเจน ซึ่งเครือข่ายการทำงานส่วนใหญ่ คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวมถึงการกำหนดบทบาทในการทำงานในแต่ละองค์กรร่วมกันทั้งในระดับจังหวัดจนถึงระดับชุมชน และองค์กรควรมีการวางกรอบการทำงานเป็นลายลักษณ์อักษร อีกทั้งควรมีการเชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ กับองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อช่วยในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการส่งเสริมป้องกันโรคอย่างเหมาะสม รวมทั้งควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อช่วยในการวางแผนงานซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน

บทบาทขององค์กรในการศึกษานี้สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ (1) พัฒนาองค์ความรู้และผลิตแนวทางปฏิบัติ (practice guideline) ให้กับผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 กรมอนามัย และองค์การอนามัยโลก (WHO) (2) ส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองสิทธิของประชาชนโดยการสนับสนุนทางการเงิน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ (3) พัฒนารูปแบบในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

## **ระดับผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเกือบทั้งหมดมีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง มีแผนการส่งต่อนโยบายต่อผู้ปฏิบัติและมีกิจกรรมชัดเจน เช่น การคัดกรองโรคและพัฒนามาตรฐานการคัดกรอง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย การจัดอบรมความรู้ และการนิเทศติดตามงานป้องกันและควบคุมโรคฯ เป็นต้น ด้านงบประมาณที่ได้รับนั้นส่วนใหญ่พอเพียง สำหรับองค์กรที่กล่าวว่างบประมาณไม่พอเพียงนั้นผู้รับผิดชอบฯ ได้ทำการแก้ไขโดยบูรณาการการทำงานร่วมกับองค์กรในท้องถิ่น/ชุมชนที่มีงบประมาณสำหรับการดูแลและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพบว่ากรณีที่บุคลากรไม่เพียงพอและการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผลที่ไม่ทั่วถึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญ ซึ่งผู้รับผิดชอบฯ ส่วนใหญ่ได้มีการแก้ปัญหาด้านนี้โดยการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่มีอยู่ขององค์กร

นโยบาย บุคลากร งบประมาณ และระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล เป็นปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญตามลำดับ กล่าวคือ องค์กรจะสามารถดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นกับการที่มีนโยบายชัดเจน เป็นรูปธรรมและไม่ล่าช้าในการถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ สำหรับด้านบุคลากรนั้นการได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมดำเนินการป้องกันฯ นั้นสำคัญที่สุด รองลงมาคือ บุคลากรมีประสบการณ์การทำงาน กำลังคนที่เพียงพอต่อการดำเนินงานและบุคลากรมีความรู้ และยังพบว่าปัจจัยสำคัญที่เอื้อในผลการศึกษาคือ ขวัญและกำลังใจจากผู้นำองค์กร การให้ความสำคัญกับงานที่ทำของหัวหน้าหน่วยงาน ความตั้งใจของผู้ร่วมดำเนินการและประชาชนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ บทบาทและรูปแบบขององค์กรส่วนใหญ่คือพัฒนาและการประเมินมาตรฐานคุณภาพ รองลงมาคือ การสนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติ และผู้จัดการประสานภาพรวม

ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่พอใจกับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผ่านมาขององค์กร โดยส่วนใหญ่พอใจด้านจำนวนแผนงานที่กำหนดไว้สามารถดำเนินงานได้ครบในแต่ละปี และรองลงมาได้แก่งานที่ทำสำเร็จได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ในขณะที่ผู้รับผิดชอบฯ ส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุดในด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ/อุปกรณ์จากผู้นำองค์กร

ผู้รับผิดชอบฯ ส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่าสิ่งที่ควรดำเนินการเพิ่มเติม คือ (1) การขยายความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (2) พัฒนาแนวทางและจัดทำแผนนิเทศกำกับติดตามและประเมินผลให้เป็นระบบ และการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ประเมินและผู้ปฏิบัติมากขึ้น (3) เชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยในระดับประเทศ และ (4) พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดความซ้ำซ้อนของแบบบันทึกโรค

## ระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม

ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ดำเนินโครงการ/กิจกรรมการจัดอบรมให้ความรู้และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์หรือสื่อสารเตือนภัย และมีกิจกรรมนิเทศและติดตามประเมินผลเพียงเล็กน้อย ซึ่งผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมส่วนใหญ่มีแผนภูมิปฏิบัติและเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับการดำเนินโครงการ/กิจกรรมนั้นเกือบทั้งหมดเป็นเพียงผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมและการดำเนินการ ส่วนใหญ่ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมให้ความเห็นว่างบประมาณที่ได้รับในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมพอเพียง ซึ่งพบว่างบประมาณที่ได้

เป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 80,000.00 - 12,000,000.00 บาท และโดยรวมแล้วโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จัดขึ้นได้รับความสนใจจากกลุ่มเป้าหมาย

ปัญหาอุปสรรคที่พบในกลุ่มผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมขนาดใหญ่คือด้านบุคลากร กล่าวคือบุคลากรไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรมและไม่มีประสบการณ์การทำงาน รองลงมาคือ การนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผลโครงการ/กิจกรรมที่ไม่ทั่วถึง ปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุนในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่พบคือ นโยบาย บุคลากร งบประมาณ และระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล โดยในด้านบุคลากรนั้นความร่วมมือจากผู้ร่วมดำเนินการเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด รองลงมาคือบุคลากรมีความรู้ ในขณะที่จำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงานที่เพียงพอเป็นปัจจัยสนับสนุนที่มีความสำคัญน้อยที่สุด

ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมให้ข้อเสนอแนะว่าสำหรับด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นควรมีการจัดการเพิ่มเติมเรื่อง (1) การดำเนินโครงการ/กิจกรรมเพื่อเพิ่มความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยและประชากรกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น และอย่างต่อเนื่อง (2) ควรมีการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและงบประมาณการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง (3) ควรจัดทำสื่อหรือทำการประชาสัมพันธ์ที่จูงใจให้ประชาชนตระหนักในปัญหาของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ (4) ควรมีนโยบายการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และ (5) ควรมีการบูรณาการโครงการ/กิจกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับองค์กรท้องถิ่น/ชุมชนก่อนลงพื้นที่การดำเนินงาน

## ประชาชน

ประชาชนในการศึกษานี้เป็นตัวแทนจากภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก เชียงเหนือและ กรุงเทพมหานคร โดยเป็นประชาชนกลุ่มป่วยร้อยละ 52.8 ( $n = 1412$ ) และเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 46.5 ( $n = 1244$ ) ประชาชนทั้งหมดมีอายุระหว่าง 15 - 89 ปี โดยพบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ยังคงประกอบอาชีพ และครอบครัวมีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท/เดือน สมาชิกในครอบครัวของประชากรและตนเองส่วนมากมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรองลงมาคือโรคเบาหวาน

ประชาชนกลุ่มป่วยที่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวนมากกว่ากลุ่มเสี่ยง แต่พบว่าจำนวนประชาชนผู้เคยเข้าร่วมกิจกรรมแต่ปัจจุบันเลิกแล้วของกลุ่มป่วยมากกว่ากลุ่มเสี่ยงเล็กน้อย โดยประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่เลิกกิจกรรมเนื่องจากไม่มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ยังคงต้องการให้มีการจัดกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมที่ประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงต้องการคือการออกกำลังกาย



เมื่อใช้สถิติ Independent-Samples t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างประชากรกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรม มีสิ่งชักนำสู่การเข้าร่วมกิจกรรมและปัจจัยทางบุคคลและสังคมของประชาชนกลุ่มป่วยมากกว่ากลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.00, 0.00, 0.00, 0.13,$  และ  $0.001$  ตามลำดับ) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยของการเชื่อในความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรคในการทำกิจกรรมระหว่างประชากรกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.24$  และ  $0.06$  ตามลำดับ)

## เครือข่ายความร่วมมือ

องค์กรเกือบทั้งหมดมีเครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพ เช่น สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และองค์กรทางการศึกษา เป็นต้น และองค์กรในท้องถิ่น/ชุมชน เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล สถานีนามัย และองค์กรเอกชน เป็นต้น ซึ่งองค์กรเหล่านี้ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนด้านกำลังคนในการดำเนินโครงการ/กิจกรรม ซึ่งได้แก่ การคัดกรองโรค การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย การจัดการอบรมความรู้เรื่องโรค หรือแม้กระทั่งงบประมาณสนับสนุนในบางโครงการ

## ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารองค์กรมีบทบาทที่สำคัญในการกำหนดนโยบายซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อในการดำเนินการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Supportive Environment) ซึ่งควรมีการกำหนดนโยบายร่วมกับเครือข่ายทางสุขภาพที่สำคัญ การเพิ่มบุคลากรระดับปฏิบัติการและเพิ่มงบประมาณ
2. ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อควรให้ความสำคัญกับบทบาทการสร้างตระหนักรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง (Awareness) โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเป็นอันดับแรก และรองลงมาคือประชาชนทั่วไป ซึ่งควรดำเนินกิจกรรม (1) การหายุทธวิธีประชาสัมพันธ์เรื่องโรคฯ (2) การจัดทำฐานข้อมูลการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในท้องถิ่น/ชุมชน (3) การเร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรในองค์กรด้านความรู้เรื่องโรคฯ และ (4) การสร้างเครือข่ายผู้ประสานงานและแหล่งทุน

3. ดำเนินโครงการ/กิจกรรมควรให้ความสำคัญที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชน (Lifestyle Change) รวมถึงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรหรือผู้ให้บริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค (Quality Health Care) และการ สร้างเครือข่ายการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในท้องถิ่น/ชุมชน

4. สำหรับรูปแบบการกำหนดและส่งผ่านนโยบายนั้นควรมีความร่วมมือกันในระดับ ผู้บริหารองค์กร เช่นควรพัฒนามาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคฯร่วมกัน เป็นต้น รวมทั้ง ผู้บริหารองค์กรควรให้ความสำคัญกับการกำกับ นิเทศ ติดตามและประเมินผลโดยตรงกับ เครือข่ายทางสุขภาพในระดับท้องถิ่น/ชุมชน

# สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
นิยามศัพท์	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	8
กรอบแนวคิดการศึกษา	9
สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศกำลังพัฒนา	12
สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย	13
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ	15
ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	18
การขาดออกกำลังกาย	18
ภาวะไขมันในเลือดสูง	20
การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม	22
น้ำหนักเกินและโรคอ้วน	23
การสูบบุหรี่	25
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	28
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8	29
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9	32
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10	35
แผนพัฒนากับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	41

	หน้า
<b>บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย</b>	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
ระยะเวลาการเก็บข้อมูล	44
เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา	44
เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนออกจากการศึกษา	45
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	45
วิธีการดำเนินการศึกษา	45
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์	46
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม	46
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษา</b>	47
โรคหลอดเลือดสมอง	48
โรคหัวใจขาดเลือด	50
โรคความดันโลหิตสูง	52
โรคเบาหวาน	55
นโยบายและการป้องกันและควบคุมโรค	58
กระทรวงสาธารณสุข	58
กรมควบคุมโรค	61
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	62
โครงการสุขภาพดีวิถีไทย: อ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	63
กรมอนามัย	67
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	68
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	69
องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)	71
ประชากรศึกษา	78
ระดับผู้บริหาร	79
ระดับผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	85
ระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม	92
ประชาชน	96

	หน้า
<b>บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล</b>	103
ปัญหา	104
นโยบาย	105
เครือข่ายความร่วมมือ	106
ข้อเสนอแนะจากการศึกษา	107
บทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	108
นโยบายและการดำเนินการป้องกันและควบคุม	111
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างเครือข่ายความร่วมมือ	
สรุป	115
ข้อจำกัดการศึกษา	116
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	117
<b>ภาคผนวก</b>	128

# สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1: Disability Adjusted Life Years (DALYs) ของอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากร 23 ประเทศกำลังพัฒนา	12
ตารางที่ 2: จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตกทม. ปี พ.ศ. 2551	17
ตารางที่ 3: น้ำหนักและประเภทค่าดัชนีมวลกาย	23
ตารางที่ 4: ประเภทของความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกตาม JNC 7	52
ตารางที่ 5: หน้าที่หลักขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2547-2550 และปี พ.ศ.2551-2554	72
ตารางที่ 6: สรุปลิขัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรทางสุขภาพ	73
ตารางที่ 7: จำนวนประชากรการศึกษาในระดับต่างๆ	78
ตารางที่ 8: จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับผู้บริหาร	81
ตารางที่ 9: จำนวนและร้อยละของความเห็นในระดับผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคฯ	87
ตารางที่ 10: จำนวนและร้อยละของความเห็นในระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม	93
ตารางที่ 11: ลักษณะของประชาชนในการศึกษา	96
ตารางที่ 12: การเจ็บป่วยและสิทธิในการเบิกรักษาของประชาชน	98
ตารางที่ 13: การเข้าร่วมกิจกรรมและความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกตามกลุ่มประชาชน	99
ตารางที่ 14: เปรียบเทียบปัจจัยคัดสรรที่เชื่อต่อความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง	100

# สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1: สาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของประเทศ ปี พ.ศ. 2550	2
แผนภูมิที่ 2: สาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของประเทศ ปี พ.ศ. 2543	2
แผนภูมิที่ 3: กรอบแนวคิดการศึกษา	11
แผนภูมิที่ 4: สาเหตุของ Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss ของประชากรไทยปี พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ	13
แผนภูมิที่ 5: สาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ ของประเทศไทยปี พ.ศ. 2546-2550	14
แผนภูมิที่ 6: อัตราตายจากสาเหตุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2541-2550 ยกเว้นกรุงเทพมหานคร	15
แผนภูมิที่ 7: อัตราป่วยจากสาเหตุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2541-2550 ยกเว้นกรุงเทพมหานคร	16
แผนภูมิที่ 8: จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2551	17
แผนภูมิที่ 9: การออกกำลังกายของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ	18
แผนภูมิที่ 10: การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2548 จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ	20
แผนภูมิที่ 11: การบริโภคอาหารกลุ่มผักและผลไม้ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2548 จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ	22
แผนภูมิที่ 12: ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนและผู้ที่ย้ำน จำแนกตามปี	23
แผนภูมิที่ 13: ความชุกของการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2550 และ ปี พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ	25
แผนภูมิที่ 14: อัตราการป่วยและตายของโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2541-2550	48
แผนภูมิที่ 15: อัตราการป่วยและตายของโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ. 2541-2550	50
แผนภูมิที่ 16: อัตราการป่วยและตายของโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2541-2550	53

แผนภูมิที่ 17:	ระดับของการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ (coronary heart disease) เมื่อมีปัจจัยของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและการสูบบุหรี่	54
แผนภูมิที่ 18:	อัตราการป่วยและตายของโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2541-2550	56
แผนภูมิที่ 19:	โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข	60
แผนภูมิที่ 20:	โครงสร้างกรมอนามัย	67
แผนภูมิที่ 21:	แผนภูมิปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเรื้อรังของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	69
แผนภูมิที่ 22:	การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	70
แผนภูมิที่ 23:	บทบาทและรูปแบบการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับองค์กรในระดับต่างๆ	110
แผนภูมิที่ 24:	รูปแบบการกำหนดและส่งผ่านนโยบายทางสุขภาพระหว่างองค์กรทางสุขภาพและผู้ปฏิบัติ	112
แผนภูมิที่ 25:	รูปแบบการนิเทศ ติดตามและประเมินผลมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการดำเนินการฯ	114



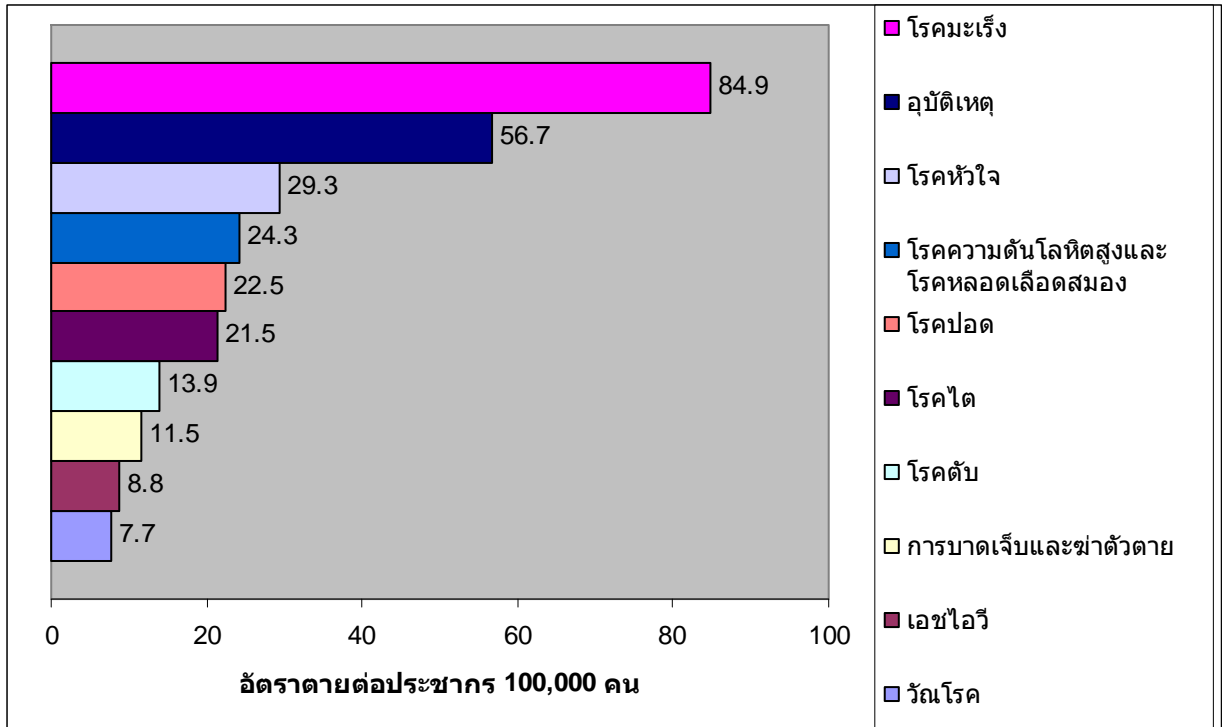
# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

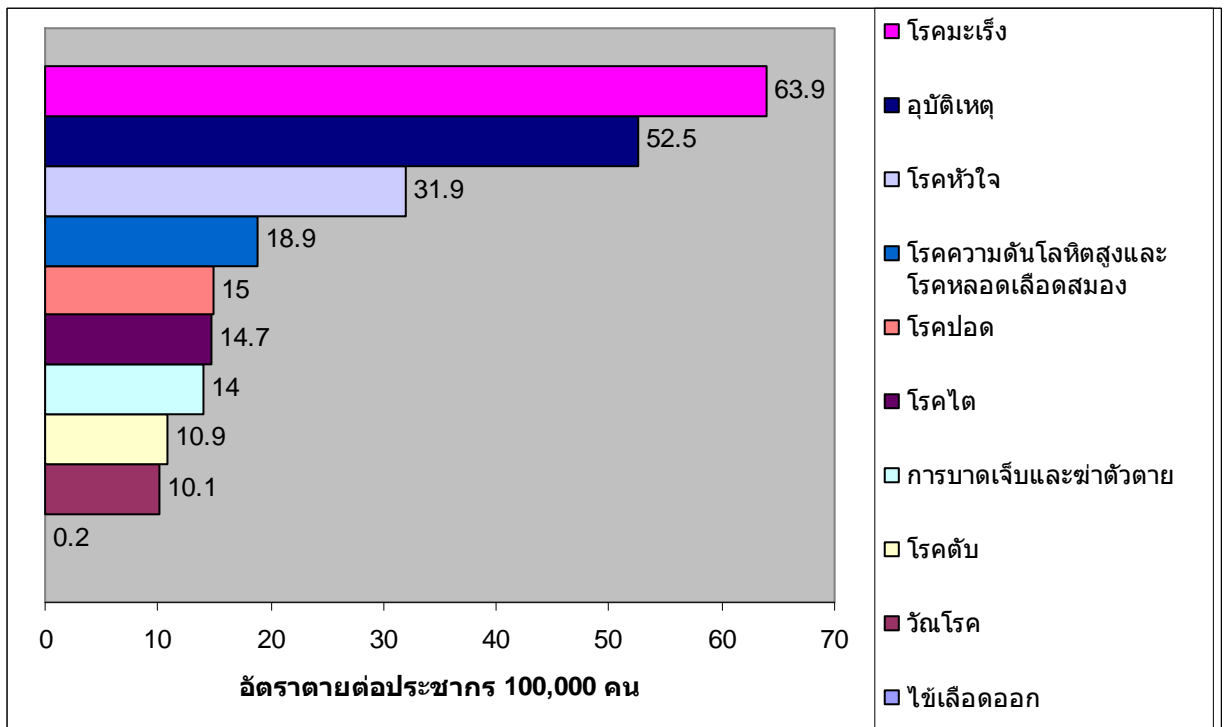
โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease) หมายถึง กลุ่มของโรคเรื้อรังซึ่งมีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขจากการที่โรคกลุ่มนี้มีผลต่อการป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควรจำนวนมาก ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นมักมีสาเหตุจากพันธุกรรมหรือพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคน ซึ่งตัวอย่างของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคจิต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น<sup>1</sup>

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทยมาหลายปี สถิติการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของประเทศไทยจากสำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2550 และ ปี พ.ศ. 2543 สอดคล้องกันโดยพบว่า โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 และ 4 ตามลำดับ รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ<sup>2</sup> และพบว่าอัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2550 พบอัตราผู้เสียชีวิต 24.3 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราผู้เสียชีวิต 18.9 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2543<sup>3</sup> (แผนภูมิที่ 1 และ 2) และพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งด้านค่ารักษาพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยและความสามารถในการดำรงชีวิตและประกอบอาชีพของผู้ป่วย<sup>4</sup>



แผนภูมิที่ 1: สาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550

ที่มาข้อมูล: กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup>



แผนภูมิที่ 2: สาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2543

ที่มาข้อมูล: สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข<sup>3</sup>

การลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือการสามารถควบคุมการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรทำอย่างเร่งด่วน ดังนั้นในปัจจุบันจึงพบว่าองค์การที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพต่างๆ ได้มีการจัดระบบบริการหรือกิจกรรมมากมายในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรอิสระ และการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ และพบว่ารายงานการศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการค้นหาวิธีในการดูแลและการปฏิบัติ เช่น โครงการการคัดกรองโรคเบาหวานและภาวะความโลหิตสูง เป็นต้น รวมถึงการกำหนดนโยบายการป้องกันโรคโดยรัฐบาลได้กำหนดให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการโดยมีรายงานการเข้ารับการรักษาตามสิทธิประโยชน์ของประชาชนใน ปี พ.ศ. 2548 สูงถึงร้อยละ 96.3 และกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเสนอแผนยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2559 โดยมุ่งเน้นให้ลดอัตราเพิ่มของผู้มีภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ แต่อย่างไรก็ตามจากสถิติอัตราการเสียชีวิตและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังข้างต้นยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดโรคนั้นนอกจากอาจเกิดจากการกระตุ้นการลดพฤติกรรมเสี่ยงในประชาชนยังไม่เหมาะสม อาจมีสาเหตุจากปัจจัยบางประการ เช่น นโยบายขององค์กรทางสุขภาพ การดำเนินงานตามนโยบายและความสนใจของประชากรในการป้องกันโรค เป็นต้น ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาใดที่ให้ความสำคัญต่อประเด็นดังกล่าว

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจศักยภาพการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยซึ่งรวมถึงสถานการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในภาพรวมของประเทศ การทบทวนนโยบายและการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยงานรัฐที่สำคัญและเครือข่ายองค์กรด้านสุขภาพต่างๆ และความสนใจในการป้องกันโรคและดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประชากรกลุ่มเสี่ยงซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้ประโยชน์ในการเสริมสร้างการป้องกันและควบคุมดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงข้อเสนอแนะสำหรับนโยบายและการดำเนินงานที่น่าจะเป็นในการป้องกันและควบคุมดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยต่อไป

# วัตถุประสงค์การศึกษา

---

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อสำรวจศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย รวมถึงสถานการณ์การเกิดโรคและโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน นโยบายการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ งบประมาณขององค์กรในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญและองค์กรสนับสนุนทางสุขภาพต่าง ๆ ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันโรค และความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

## วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษา

1. สำรวจสถานการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประเทศ
2. ทบทวนนโยบายการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและงบประมาณของหน่วยงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ
3. สืบค้นเครือข่ายความร่วมมือ รวมถึงสำรวจนโยบาย งบประมาณ และการดำเนินการป้องกันและควบคุมผู้ป่วยและประชากรกลุ่มเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเครือข่ายนั้นๆ
4. สำรวจความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันโรค
5. สำรวจความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
6. สังเคราะห์นโยบายและเสนอต้นแบบการดำเนินการป้องกันและควบคุมประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

# นิยามศัพท์

---

## โรคไม่ติดต่อ (non-communicable disease)

หมายถึง กลุ่มของโรคเรื้อรังซึ่งมีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขจากการที่โรคกลุ่มนี้มีผลต่อการป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควรจำนวนมาก ตัวอย่างของกลุ่มโรคนี้ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน โรคปอด (หอบหืด และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง) โรคของกระดูกและข้อ (กระดูกเสื่อม กระดูกพรุน) ความผิดปกติของจิตใจ เป็นต้น โรคกลุ่มนี้มักเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีสัดส่วนไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด ฯลฯ โดยมีรากมาจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี (Unhealthy lifestyles and environment) ซึ่งรวมเอาโรคที่เกิดในระยะเฉียบพลันด้วย เช่น อุบัติเหตุ ภาวะเป็นพิษจากสารตะกั่วชนิดเฉียบพลัน เป็นต้น <sup>1</sup>

ในการศึกษานี้โรคไม่ติดต่อ หมายถึง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญทางสาธารณสุข 4 โรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจขาดเลือด (IHD) โรคความดันโลหิตสูง (HT) และโรคเบาหวาน (DM)

## ศักยภาพ

หมายถึง ความสามารถในการกระทำหรือการจัดการ<sup>5</sup>

ในการศึกษานี้ศักยภาพ หมายถึง ความสามารถในการจัดการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งวัดได้จากการมีนโยบายการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประชาชนให้ความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรม

## นโยบาย

หมายถึง กระบวนการ หรือรูปแบบการกระทำเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาบางประการ<sup>6</sup>

ในการศึกษานี้นโยบาย หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติหรือตัดสินใจเพื่อให้การดำเนินการต่าง ๆ บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโดยปกติแล้วนโยบายจะถูกประกาศใช้เป็นลายลักษณ์อักษร

## การป้องกันและควบคุมโรค

หมายถึง การกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดความเจ็บป่วย โดยมีกระบวนการปรับสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเป็นหลัก<sup>7</sup>

ในการศึกษานี้การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยและ/หรือการกระทำหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพหรือการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพของบุคคลเท่าที่บุคคลนั้นๆสามารถทำได้

### **ผู้นำองค์กรทางสุขภาพ**

หมายถึง ผู้กำหนดนโยบายหรือผู้มีอำนาจในการส่งผ่านนโยบายด้านสุขภาพขององค์กรในการศึกษานี้ผู้นำองค์กรทางสุขภาพ หมายถึง ผู้อำนวยการหรือผู้แทนองค์กรในการศึกษา

### **ผู้รับผิดชอบการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคฯ**

หมายถึง ผู้รับนโยบายจากผู้นำองค์กรโดยตรงและวางแผนงานการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขององค์กรสุขภาพนั้น

ในการศึกษานี้ผู้รับผิดชอบ หมายถึง ผู้รับผิดชอบการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรทางสุขภาพนั้นๆ

### **ผู้ดำเนินโครงการ**

หมายถึง ผู้ดำเนินกิจกรรมการป้องกันและการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการศึกษานี้ผู้ดำเนินโครงการ หมายถึง ผู้ดูแลโครงการและหรือกระทำกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

### **ประชาชนกลุ่มป่วย**

หมายถึง ผู้ที่ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

### **ประชาชนกลุ่มเสี่ยง**

ในการศึกษานี้หมายถึง ประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

- (1) อายุ  $\geq 40$  ปี
- (2) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน
- (3) ดัชนีมวลกาย  $\geq 23$  กิโลกรัม/ตารางเมตร
- (4) ระดับความดันโลหิต 120/80 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท
- (5) มีประวัติสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา

- (6) มีภาวะไขมันในเลือดสูงจากค่าผลทางห้องปฏิบัติการ โดยที่
- Total cholesterol  $\geq 200$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร
  - HDL  $< 40$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- (7) ระดับน้ำตาลในเลือด  $\geq 100$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- (8) เส้นรอบเอว ผู้ชาย  $\geq 90$  เซนติเมตร และ ผู้หญิง  $\geq 80$  เซนติเมตร

### ความพึงพอใจ

หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกถึงการได้ผลดังที่ตั้งใจไว้ หรืออย่างที่ต้องการ<sup>8</sup>

ในการศึกษานี้ความพึงพอใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้รับผิดชอบหรือผู้ดำเนินกิจกรรมในการได้รับการสนับสนุนการดำเนินโครงการ/กิจกรรม ด้านความร่วมมือในการทำงาน อุปสรรค/สิ่งของ งบประมาณและการได้รับคำแนะนำ/ปรึกษา สอดคล้องกับความต้องการ

### ความสนใจ

หมายถึง ความคิดในการตั้งใจกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง<sup>9</sup>

ในการศึกษานี้ความสนใจ หมายถึง ความรู้สึกต้องการเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### เครือข่ายความร่วมมือ

หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่ติดต่อกันเพื่อจุดประสงค์หนึ่งหรือมากกว่านั้น เช่น แลกเปลี่ยนการเงิน เป็นต้น<sup>10</sup>

ในการศึกษานี้เครือข่ายความร่วมมือ หมายถึง การร่วมมือระหว่างบุคคลหรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อจัดโครงการหรือกิจกรรมการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

# บทที่ 2

## ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย รวมถึงสถานการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญทางสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน นโยบายการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายองค์กรทางสุขภาพต่างๆ งบประมาณในการดำเนินการ ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมของผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม และความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นในบทนี้จะนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมเรื่อง

- กรอบแนวคิดการศึกษา: ทฤษฎีการเข้าสู่ภาวะและกำหนดนโยบายสาธารณะ ของ Kingdon
- สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศไทย
- ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกาย ภาวะไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม โรคอ้วนและการสูบบุหรี่
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8-10
- วิเคราะห์แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



## กรอบแนวคิดการศึกษา

นโยบายการลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ถูกระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ในฉบับที่ 8 เป็นต้นมา ส่งผลให้องค์กรทางสุขภาพที่สำคัญซึ่งได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดโครงการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้นมากมาย เช่น โครงการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โครงการตามรอยเท้าพ่อ พอดี พอเพียง จัดการลดเสี่ยงลดโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับข้าราชการ เป็นต้น อย่างไรก็ตามกลับพบว่าอัตราการป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในบางโรค ซึ่งอัตราดังกล่าวนี้เป็นการบ่งบอกถึงศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย ดังนั้นการทบทวนความสอดคล้องของนโยบายกับการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะโรคเรื้อรังของประเทศไทยเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงปัจจัยอาจเป็นแรงผลักดันให้นโยบายและการปฏิบัติสอดคล้องกันเป็นสิ่งที่ควรค้นหา

### ทฤษฎีการเข้าสู่วาระและกำหนดนโยบายสาธารณะ (The agenda setting and public policy formulation)

Kingdon<sup>11</sup> กล่าวว่า นโยบายหนึ่งๆ จะเกิดขึ้นและมีการปฏิบัติได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัญหาที่มีอยู่ (problem stream) การเมือง/การปกครองในขณะนั้น (political stream) และ นโยบาย (policy stream)

1. ปัญหา (problem stream) เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างจำนวน/ขนาดของปัญหา ความสนใจในเหตุการณ์และผลจากการประเมิน ซึ่งปัญหาจะได้รับความสนใจจากองค์กรหรือบุคคลในองค์กรเมื่อปัญหานั้นถูกยอมรับว่าเป็นปัญหา โดยการที่จะถูกยอมรับว่าเป็นปัญหานั้นนอกจากจะขึ้นอยู่กับขนาดและความรุนแรงของปัญหาแล้วการยอมรับจากผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่ง

2. การเมือง/นโยบายทางการเมือง (political stream) เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพิจารณาปัญหาว่าควรที่จะเข้าสู่วาระหรือไม่อย่างไร ซึ่งปัจจัยนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ความสนใจของประชาคมในประเทศ แรงผลักดันจากกลุ่มองค์กรหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีผลต่อการกำหนดนโยบายหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการเกิดนโยบาย และการต่อรองจากคนส่วนใหญ่ Kingdon

ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า ศักยภาพที่จำกัดของระบบที่กำหนดนโยบายจะเป็นตัวจำกัดประเด็นที่จะได้รับความสนใจได้

3. นโยบาย (policy stream) หมายถึงแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งแนวทางนั้นถูกกำหนดหรือคิดขึ้นจากการรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มคนต่างทั้งจากชุมชนและผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ Kingdon กล่าวเพิ่มเติมว่าการจะเกิดนโยบายนั้นได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นโยบายนั้นสอดคล้องกับคุณค่าของชุมชน/สังคมนั้น และข้อจำกัดต่างๆ เช่น งบประมาณ การยอมรับของสาธารณะและสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มบุคคลทางการเมือง เป็นต้น ซึ่งในสถานการณ์ขณะนั้นอาจมีแนวทางการแก้ปัญหาอยู่แต่นโยบายจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ถ้าขาดความเห็นชอบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

Kingdon กล่าวเพิ่มเติมไว้ว่า เมื่อปัจจัย 3 ปัจจัยข้างต้นเกิดขึ้นพร้อมกันในเวลาที่เหมาะสม กล่าวคือ ปัญหานั้นได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหา นโยบายที่จะเกิดนั้นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และการได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มองค์กรที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายและผลักดันนโยบายนั้นให้เกิดการปฏิบัติ (การเมือง/นโยบายทางการเมือง) นโยบายที่ต้องการจะเกิดขึ้นและมีการปฏิบัติจริง

## กรอบการศึกษา

ดังนั้นกรอบแนวคิดการศึกษานี้ ได้แก่ การทบทวนนโยบายการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขององค์กรทางสุขภาพที่สำคัญและเครือข่ายองค์กรทางสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงาน การปฏิบัติการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้รับผิดชอบงานและผู้ดำเนินโครงการการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความสนใจในการป้องกันโรคและดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสิ่งจำเป็นในการตัดสินใจความเป็นไปได้ของนโยบาย (แผนภูมิที่ 3)

ใส่อะไร

## สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศกำลังพัฒนา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา โดยองค์การอนามัยโลกได้สำรวจการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลกระทบใน 23 ประเทศกำลังพัฒนาซึ่งรวมถึงประเทศไทย และพบว่าในปี พ.ศ.2548 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ โรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (ประมาณ 35 ล้านคน) โดยคิดเป็นโรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวานร้อยละ 32 โรคมะเร็งร้อยละ 13 และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังร้อยละ 7 และคาดว่าจะอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มเป็น 41 ล้านคนในปี พ. ศ. 2558<sup>12</sup> รายงานยังกล่าวเพิ่มเติมว่า หากไม่มีการควบคุมหรือลดอัตราการเสียชีวิตของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวนเงินประมาณ 84 พันล้านดอลลาร์สหรัฐจะถูกใช้จ่ายสำหรับการรักษาและดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคเบาหวาน และในปี พ. ศ. 2548 ยังพบว่าภาระโรค (DALYs) ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 50 ของโรคทั้งหมด โดยร้อยละ 12 เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (ซึ่งรวมถึงโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง) และโรคมะเร็งและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 9 และคาดการณ์ว่าอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น ในปี พ. ศ. 2558 (ตารางที่ 1) ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปีร้อยละ 2

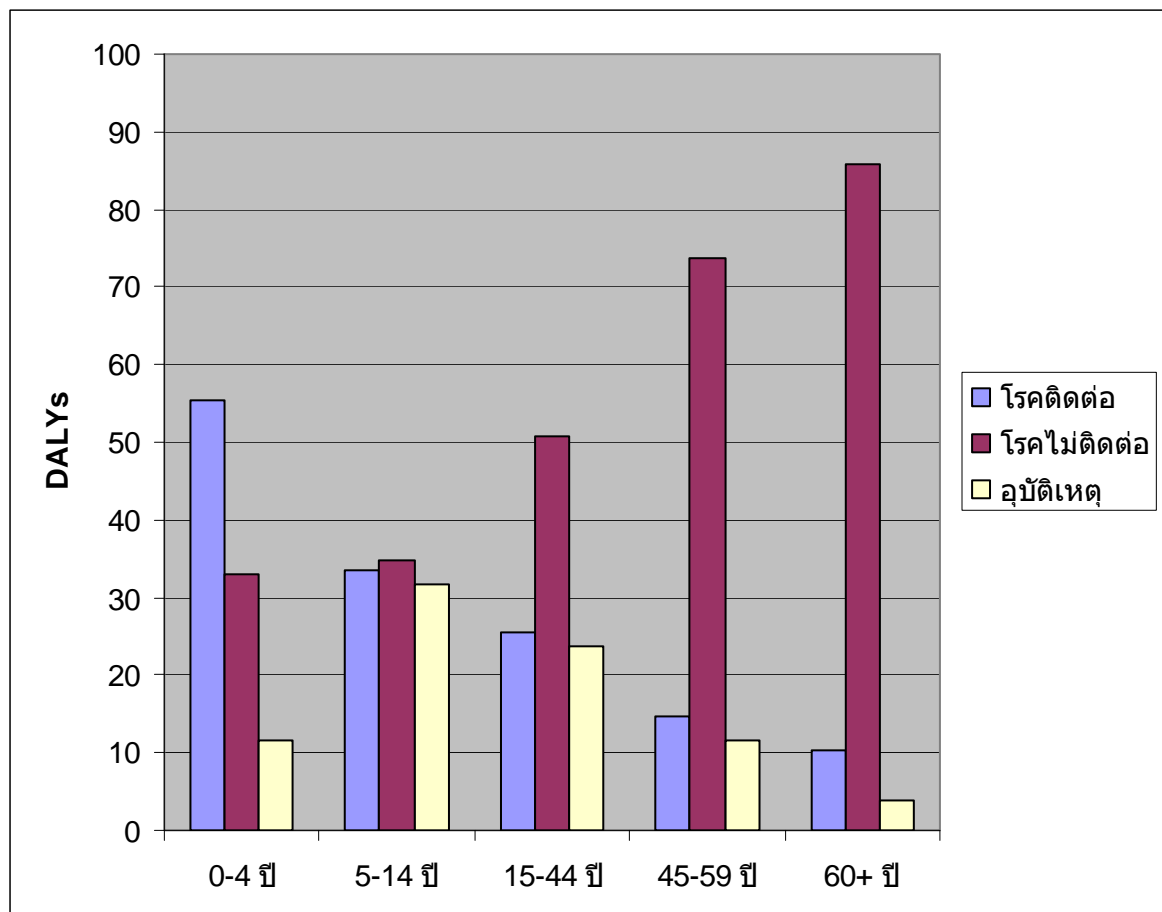
ตารางที่ 1: Disability Adjusted Life Years (DALYs) ของอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากร 23 ประเทศกำลังพัฒนา

	พ. ศ. 2548	พ. ศ. 2558
โรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน	12	13
โรคมะเร็ง	5	6
โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	4	5
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด	50	55

ที่มาข้อมูล: D. Abegunde, C. Mathers, T. Adam, M. Ortegón, & K. Strong (2007). Chronic Diseases 1: The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370, 8, 1929-38.<sup>12</sup>

## สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย

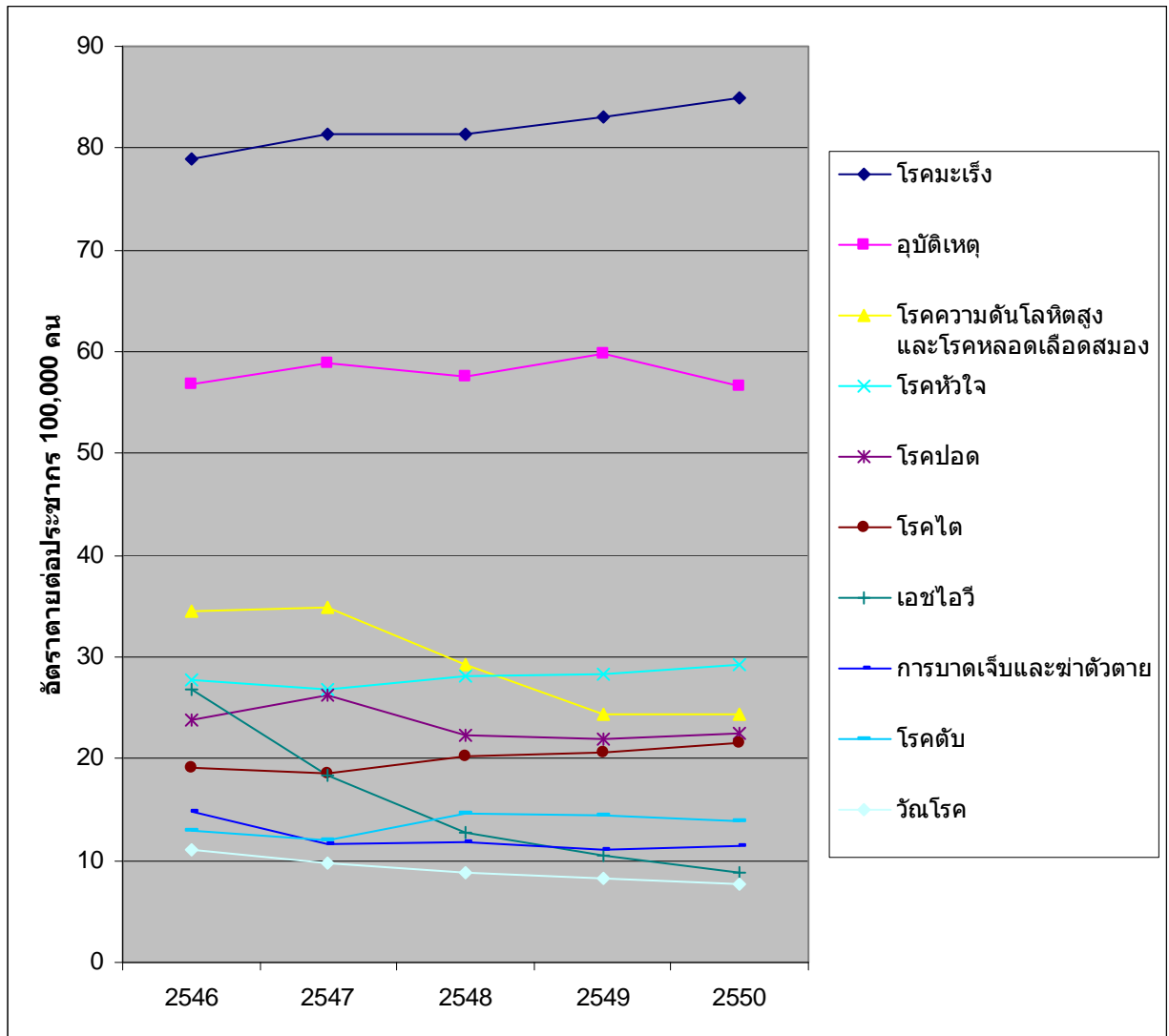
โรคไม่ติดต่อ (non-communicable disease) เป็นภาวะโรคที่สำคัญในทุกกลุ่มอายุ ในปี พ.ศ. 2547 สถิติจากสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ<sup>13</sup> รายงานว่าในขณะที่แนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อและอุบัติเหตุลดลง โรคไม่ติดต่อกลับมีแนวโน้มการเป็นภาวะโรคที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปและสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยโรคไม่ติดต่อเป็นภาวะโรคมากกว่าโรคติดต่อโดยเฉลี่ยประมาณ 5-8 เท่า และมากกว่าอุบัติเหตุโดยเฉลี่ยประมาณ 10 เท่า เมื่อเปรียบเทียบโดยดัชนีวัดภาวะโรค (DALYs; Disabled Adjusted Life Years) (แผนภูมิที่ 4)



แผนภูมิที่ 4: สาเหตุของ Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มาข้อมูล: คณะทำงานจัดทำภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549<sup>13</sup>

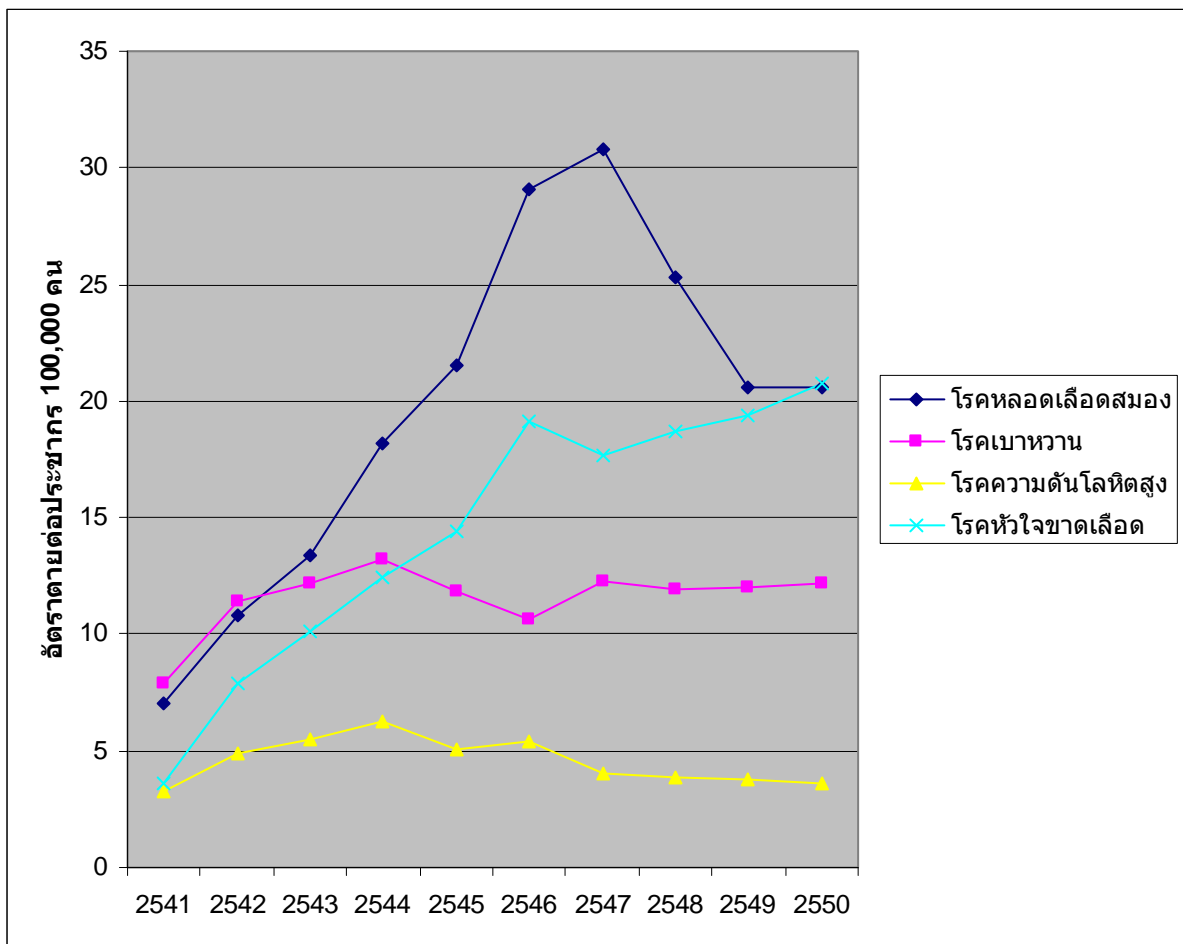
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยเป็นอันดับต้นมานาน แผนภูมิที่ 5 แสดงสาเหตุการเสียชีวิต 10 ลำดับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 - 2550 ซึ่งพบว่าโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 และ 4 รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ<sup>14</sup>



แผนภูมิที่ 5: สาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ ของประเทศไทยปี พ.ศ. 2546-2550  
ที่มาข้อมูล: กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์<sup>14</sup>

## โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ

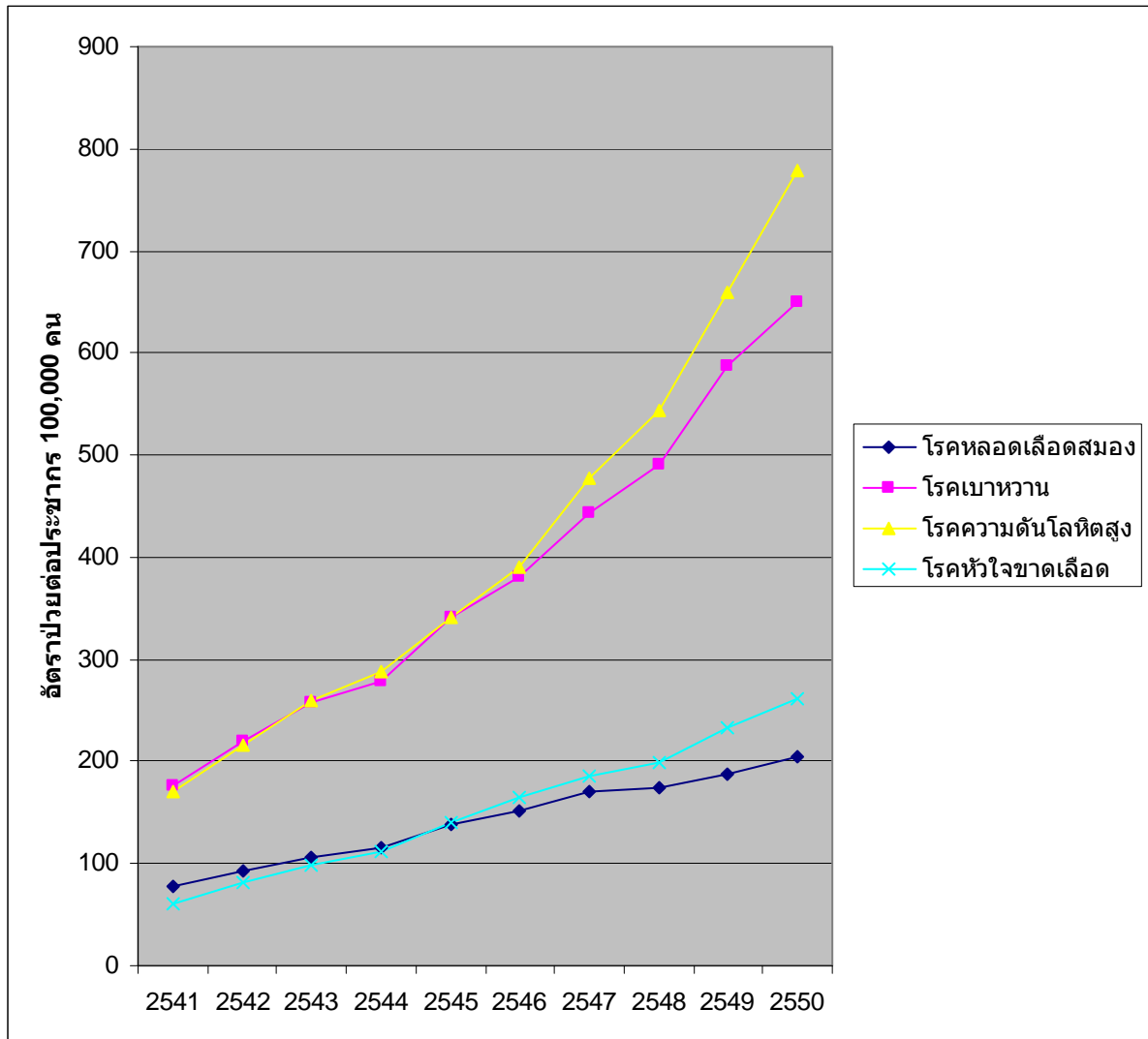
โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญทางสาธารณสุขในประเทศไทย ดังแผนภูมิที่ 6 ซึ่งแสดงว่าโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงและ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 3 และ 4 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา<sup>15</sup> และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตรายโรคตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541-2550 พบว่าถึงแม้โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น (20.6 และ 20.8 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ) แต่แนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นในขณะที่อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างคงที่ และโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตน้อยที่สุด (3.6 ต่อประชากร 100,000 คน)



แผนภูมิที่ 6: อัตราตายจากสาเหตุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2541-2550  
ยกเว้นกรุงเทพมหานคร

ที่มาข้อมูล: กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์  
กระทรวงสาธารณสุข<sup>16,17</sup>

รายงานสถิติอัตราการป่วยในโรงพยาบาลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541-2550 พบว่าอัตราการป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (778.1 ต่อประชากร 100,000 คน) รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดสมอง (650.4, 261.3, และ 205.5 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ) และอัตราการป่วยของโรคเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง (แผนภูมิที่ 7)



แผนภูมิที่ 7: อัตราป่วยจากสาเหตุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2541-2550

ยกเว้นกรุงเทพมหานคร

ที่มาข้อมูล: ข้อมูลจำนวนและอัตราป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>18-21</sup>



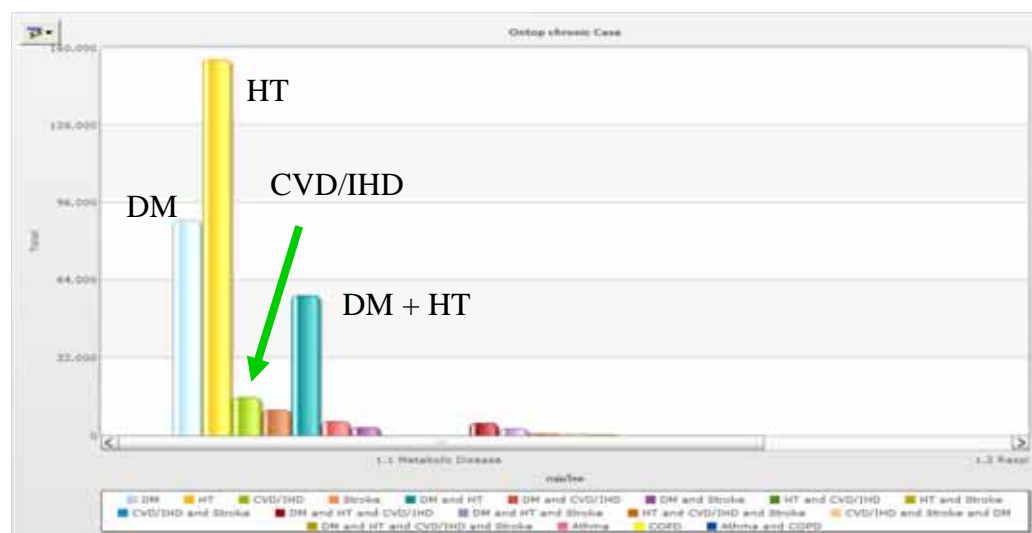
รายงานการสำรวจโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปีพ.ศ. 2552 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรประมาณ 64 ล้านคน โดยกรุงเทพมหานครมีจำนวนประชากรประมาณ 5,799,113 คน<sup>22</sup> และสถิติผู้ป่วยผู้มาใช้บริการในหน่วยบริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2551 มีทั้งหมด 212,114 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง บัตรกม.ทั้งหมด จำนวน 197,776 คน และเป็นผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง บัตรต่างจังหวัด จำนวน 14,338 คน (ตารางที่ 2) และพบว่าในจำนวนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ประชากรในกรุงเทพมหานครป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสถิติผู้ป่วยที่รายงานข้างต้นได้จากข้อมูลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกประมาณร้อยละ 70 ของสถานบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร (แผนภูมิที่ 8)

ตารางที่ 2: จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตกม. ปี พ.ศ. 2551

การใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	จำนวน (คน)
จำนวนผู้ป่วยนอก บัตรทองกม.	991,411
จำนวนผู้ป่วยนอก บัตรตัวเอง	535,718
จำนวนผู้ป่วยนอก บัตรอื่นในเขตกม.	455,693
จำนวนผู้ป่วยนอก บัตรทองต่างจังหวัด	280,430

ที่มาข้อมูล: รายงานการสำรวจผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.



แผนภูมิที่ 8: จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2551

ที่มาข้อมูล: รายงานการสำรวจจำนวนผู้ป่วยที่รับการรักษาในสถานบริการ

โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

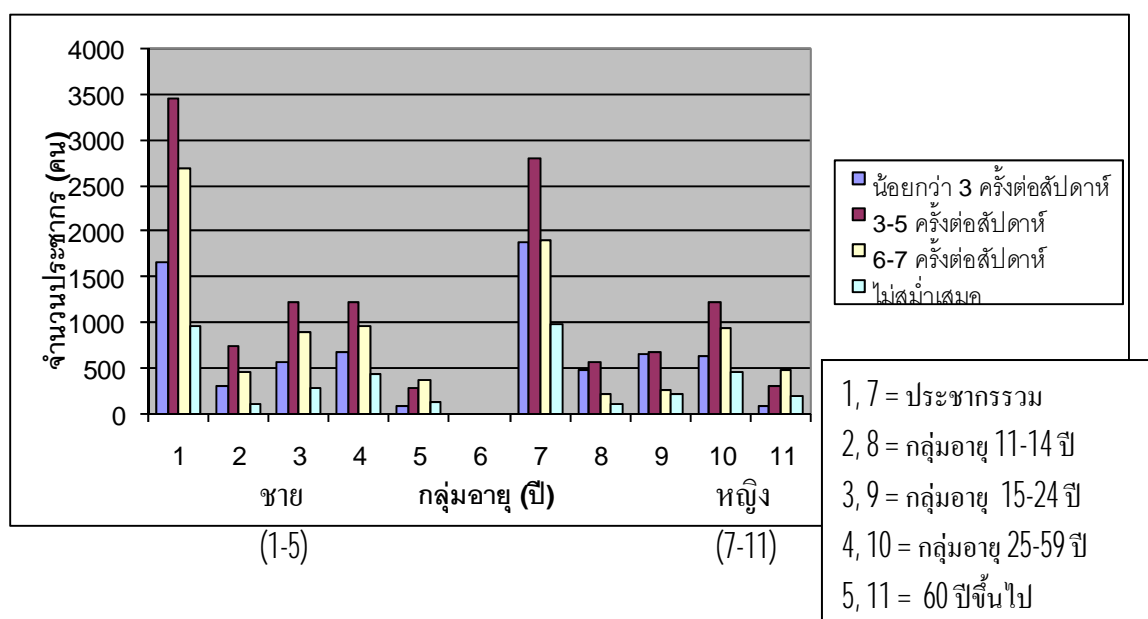
# ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) หมายถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคหรือการติดเชื้อ<sup>23</sup> ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายๆปัจจัยร่วมกัน และเมื่อเกิดร่วมกันแล้วผลกระทบที่เกิดขึ้นมักจะเกิดเป็นทวีคูณ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกาย ภาวะไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม โรคอ้วนและการสูบบุหรี่

## การขาดออกกำลังกาย (Physical Inactivity)

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจรวมถึงการป้องกันการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

ในปี พ.ศ. 2550 สถิติการออกกำลังกายมากกว่า 30 นาทีต่อครั้ง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ประมาณร้อยละ 37.5 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่รายงานสถิติการออกกำลังกายประมาณร้อยละ 30.9 โดยที่ในปี พ.ศ. 2550 ผู้ออกกำลังกายเป็นเพศชายร้อยละ 42.4 และเพศหญิงร้อยละ 32.7<sup>24</sup> (แผนภูมิที่ 9) ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 ที่รายงานว่าประชากรส่วนใหญ่ของทุกกลุ่มอายุออกกำลังกายประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์<sup>25</sup> และพบว่าเพศหญิงออกกำลังกายน้อยกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ และกลุ่มอายุ 25 - 59 ปีเป็นกลุ่มที่ออกกำลังกายมากที่สุด<sup>26</sup>



แผนภูมิที่ 9: การออกกำลังกายของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2550 จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

## สุขภาพกับการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการทำให้สุขภาพแข็งแรง รวมถึงการทำให้จิตใจ เบิกบาน และยังเป็นการป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร กล่าวคือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอนอกจากจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก ลดการสะสมไขมันในร่างกาย ลดการเกิดความเครียดและความวิตกกังวลและช่วยลดหรือควบคุมน้ำหนัก<sup>27</sup> ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ ซึ่งมีผลการศึกษารายงานว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2<sup>28,29</sup> ในทางตรงกันข้ามมีรายงานจากผลการศึกษาว่าการขาดการออกกำลังกาย (Physical inactivity) จะเพิ่มอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงประมาณร้อยละ 50<sup>30,31</sup> และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ประมาณร้อยละ 21.5<sup>32</sup>

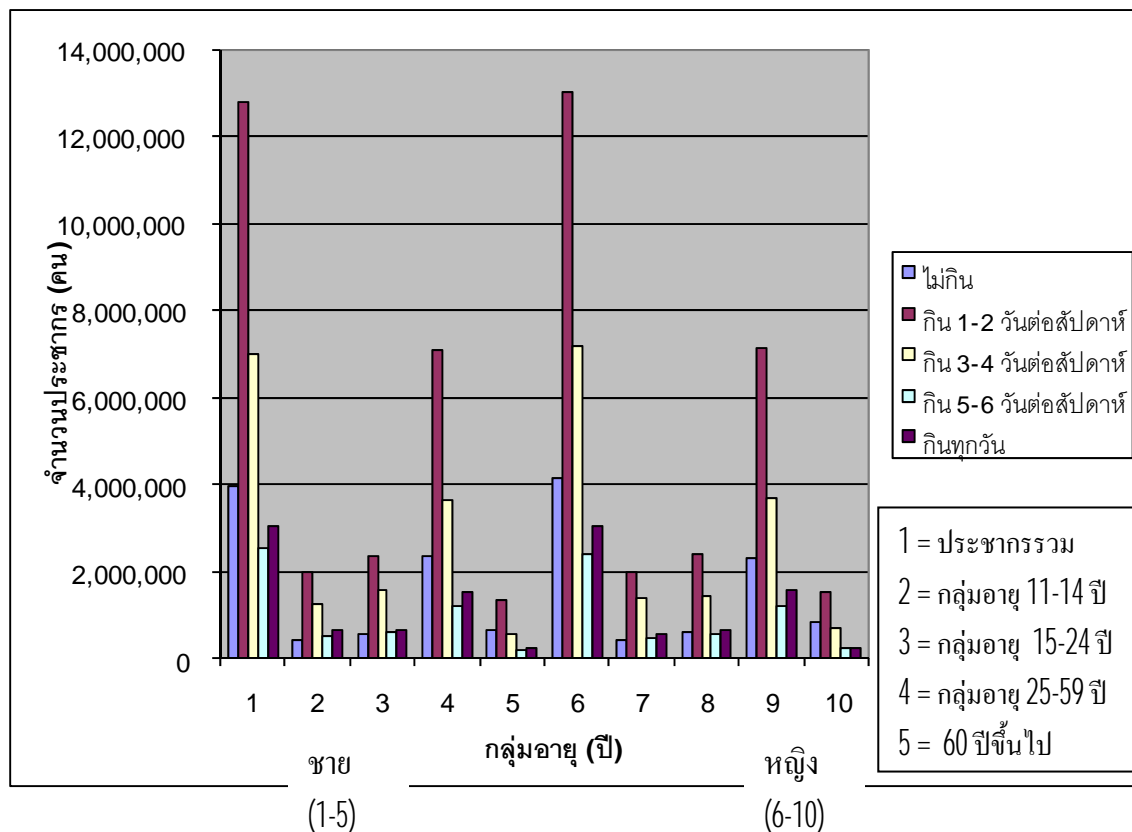
## การป้องกันโรค

กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำว่าประชาชนควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง และออกกำลังกายครั้งละประมาณ 30 นาที ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยหลายฉบับ<sup>33,34</sup> และสอดคล้องกับคำแนะนำและเกณฑ์การออกกำลังกายของกระทรวงสาธารณสุขประเทศสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษา (เกรด 9-12) ควรออกกำลังกายประมาณครั้งละ 20 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และสำหรับผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป ประมาณ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ และโปรแกรม The Diabetes Prevention Program (DPP)<sup>35</sup> เป็นโปรแกรมที่ถูกคิดค้นและใช้เป็นต้นแบบเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้คำแนะนำว่าประชาชนควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที ซึ่งการออกกำลังกายรวมถึงการเดินอย่างต่อเนื่อง การว่ายน้ำหรือการออกกำลังกายชนิดแอโรบิค

## ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hypercholesterolemia)

ภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึงภาวะที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง กล่าวคือ ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดมากกว่า 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยส่วนใหญ่พบว่ามีสาเหตุจากความผิดปกติของระดับไลโปโปรตีนที่เป็นอนุเล็กลงทำหน้าที่นำคอเลสเตอรอลในกระแสเลือด

ในปี พ.ศ. 2550 สถิติรายงานการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง 1 - 3 ครั้งต่อวันประมาณร้อยละ 32.2 โดยเป็นเพศชายร้อยละ 31.2 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 33.1<sup>24</sup> และจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มไขมันสูงของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าประชากรส่วนและในทุกกลุ่มอายุบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงอย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์ และเพศหญิงจะบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงมากกว่าเพศชาย<sup>36</sup> (แผนภูมิที่ 10) และสอดคล้องกับผลการสุ่มสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ในปี พ.ศ. 2547 พบว่า เพศหญิงมีภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าเพศชายในเกือบทุกกลุ่มอายุ<sup>37</sup>



แผนภูมิที่ 10: การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2548 จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

## สุขภาพกับภาวะไขมันในเลือดสูง

ผลการวิจัยทั้งเชิงพรรณนาและการทดลองรายงานความสัมพันธ์ของระดับของไขมันในเลือด (Serum cholesterol level) กับการเกิดโรคหัวใจตีบ<sup>38,39</sup> กล่าวคือถ้าระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจตีบได้ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาฉบับหนึ่งรายงานผลการวิจัยว่าระดับของไขมัน (Cholesterol) ในเลือดกลับไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสถิติกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)<sup>40</sup>

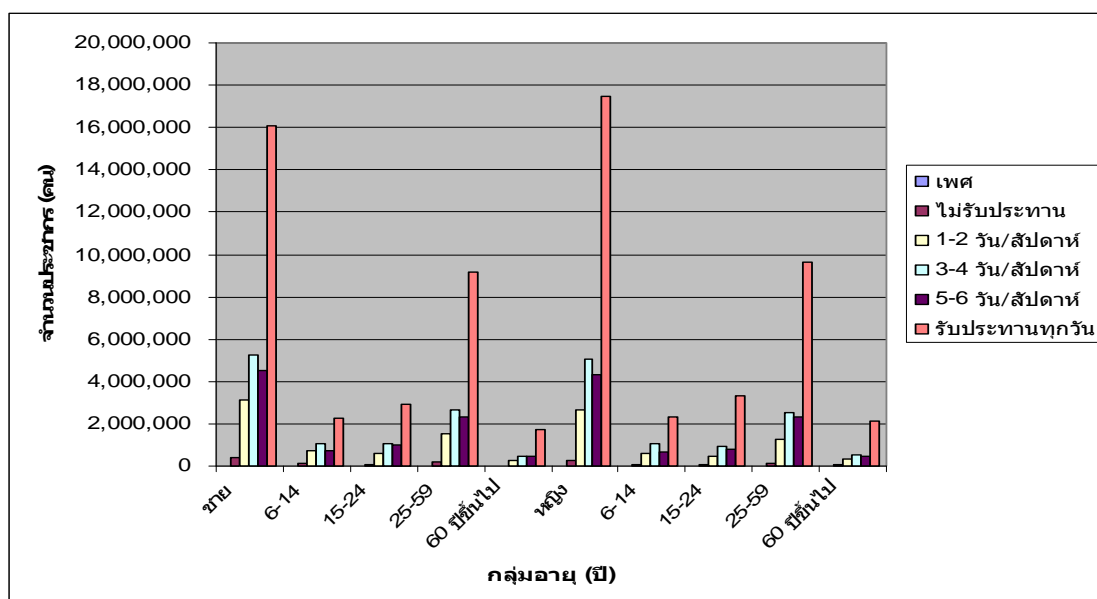
## การป้องกันโรค

ผลการศึกษารายงานความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคและปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อาหาร พันธุกรรม และโรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวานและโรคเกี่ยวกับต่อมธัยรอยด์ เป็นต้น และปัจจัยรองลงมา (secondary causes) ของการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ การขาดการออกกำลังกายและการดื่มสุรามาก<sup>41,42</sup> คำแนะนำในการป้องกันหรือควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงเน้นไปที่การบริโภคอาหารที่มีไขมันหรือคอเลสเตอรอลต่ำ

## การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม (Unhealthy Diet)

รายงานการศึกษายืนยันว่าการรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันอิ่มตัวสูงและปริมาณโคเลสเตอรอลสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD)<sup>43</sup> ดังนั้นคำแนะนำที่สำคัญสำหรับการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่นอกเหนือจากการออกกำลังกาย คือการรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันต่ำ<sup>44</sup> ซึ่งคำแนะนำของ The Dietary Guidelines for Americans<sup>27</sup> คือ ประชาชนควรรับประทานอาหารที่มีไขมัน คาร์โบไฮเดรตหรืออาหารที่ให้พลังงานต่ำหรือมีกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้รสไม่หวาน นมไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อปลา ไข่ และถั่วต่างๆ เป็นต้น รวมถึงการจำกัดปริมาณอาหารให้อยู่ในปริมาณที่กำหนด

การรับประทานผักและผลไม้ที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดควรมีปริมาณโดยเฉลี่ยระหว่าง 400-500 กรัมต่อวัน<sup>45</sup> ซึ่งจากสถิติการสำรวจการบริโภคผักและผลไม้ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน ปี พ.ศ. 2546 - 2547 พบว่าประชากรทุกกลุ่มอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงยังบริโภคผักและผลไม้ไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น โดยเพศชายบริโภคเฉลี่ยประมาณ 268 กรัมต่อวันและเพศหญิงบริโภคเฉลี่ยประมาณ 283 กรัมต่อวัน<sup>37</sup> และรายงานจากสำนักงานสถิติแห่งชาติจำแนกตามการบริโภคอาหารกลุ่มผักและผลไม้ ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าเพศหญิงที่รับประทานผักและผลไม้ทุกวันมีจำนวนมากกว่าเพศชายและกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปรับประทานผักและผลไม้ น้อยที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 6-14 ปี<sup>46</sup> (แผนภูมิที่ 11)



แผนภูมิที่ 11: การบริโภคอาหารกลุ่มผักและผลไม้ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2548 จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

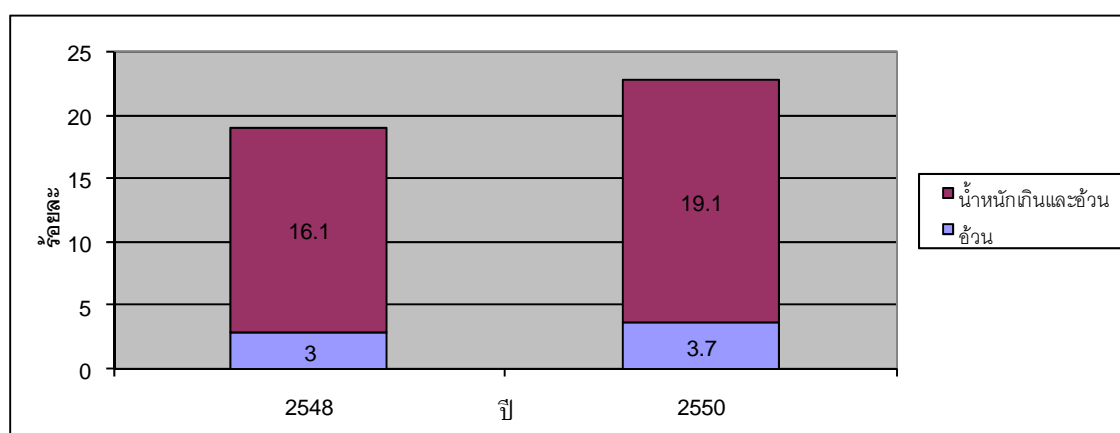
## น้ำหนักเกินและโรคอ้วน

โรคอ้วน หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีไขมันสะสมตามร่างกายมากจนอาจส่งผลถึงภาวะสุขภาพได้โดยสามารถทราบว่าเป็นโรคอ้วนหรือไม่นั้นได้จากการหาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบระหว่างน้ำหนักและส่วนสูง ในคนปกติจะมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางกิโลเมตร (ตารางที่ 3) ในขณะที่บุคคลที่มีน้ำหนักเกินจะมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25-30 กิโลกรัม/ตารางกิโลเมตร และจัดว่าเป็นโรคอ้วนเมื่อบุคคลนั้นมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางกิโลเมตร<sup>47</sup>

ตารางที่ 3: น้ำหนักและประเภทค่าดัชนีมวลกาย

	ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางกิโลเมตร)
น้ำหนักน้อย	< 18.5
น้ำหนักปกติ	18.5-24.9
น้ำหนักเกิน	25-29.9
โรคอ้วนระดับที่ 1 (Class 1)	30-34.9
โรคอ้วนระดับที่ 2 (Class 2)	35-39.9
โรคอ้วนระดับที่ 3 (Class 3)	≥ 40

สถิติรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 19.1 และผู้ที่อ้วนร้อยละ 3.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่พบผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 16.1 และผู้ที่อ้วนร้อยละ 3.0 (แผนภูมิที่ 12) และมีรายงานว่าเพศหญิงมีน้ำหนักเกินและอ้วนกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 4.7 และ 2.7 ตามลำดับ<sup>48</sup>



แผนภูมิที่ 12: ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนและผู้ที่อ้วน จำแนกตามปี

ที่มาข้อมูล: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2551.<sup>41</sup>

## โรคอ้วนกับสุขภาพ

โรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลายชนิด โดยโรคที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการวิจัยรายงานความสัมพันธ์ระหว่างการมีน้ำหนักเกินหรือมีค่า BMI กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ป่วยก่อนที่จะถูกวินิจฉัยโรคเบาหวานจะมีภาวะน้ำหนักเกินเฉลี่ยประมาณ 0.5-1 กิโลกรัม/ตารางกิโลเมตร/ปี<sup>49</sup> และมีรายงานว่าโดยเฉพาะในเพศชาย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจะลดลงเมื่อน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 3<sup>50</sup> อีกทั้งยังพบว่าเด็กที่เป็นโรคอ้วนมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนและมีโอกาสที่จะพัฒนาการเกิดโรคหัวใจโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง<sup>51,52</sup> จากผลการศึกษาของ the Framingham Heart Study พบว่าโรคอ้วนเป็นตัวทำนายที่สำคัญของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Artery Disease) และอัตราการเสียชีวิตของโรคจะเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชายที่มีรอบเอวมากกว่า 102 เซนติเมตรหรือ 40 นิ้ว และในเพศหญิงที่มีรอบเอวมากกว่า 88 เซนติเมตรหรือ 35 นิ้ว ซึ่งสถิติในปี พ.ศ. 2550 รายงานว่าพบเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกินร้อยละ 32.2 ในขณะที่เพศชายมีรอบเอวเกินเพียงร้อยละ 9.7<sup>24</sup>

## การป้องกันโรค

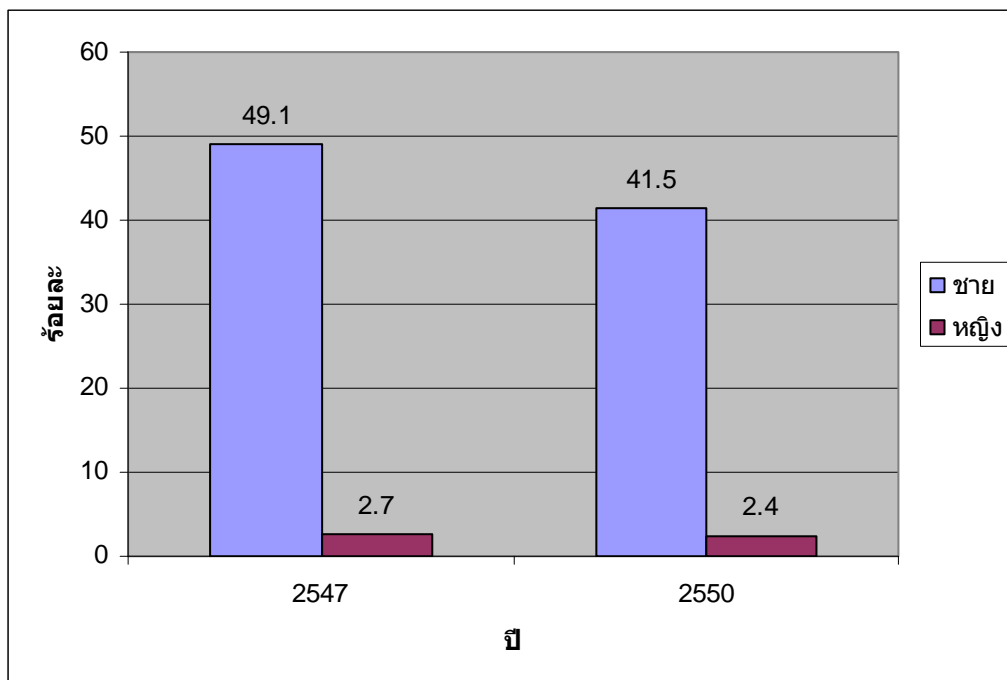
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนี้มีมากมาย เช่น ปัจจัยทางสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของบุคคล และพันธุกรรม เป็นต้น ความพยายามในการรักษาน้ำหนักตั้งแต่เริ่มในวัยเด็กจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคอ้วนและเกิดผลดีว่าการลดน้ำหนักหลังจากเป็นโรคอ้วนแล้ว อย่างไรก็ตาม คำแนะนำที่ดีที่สุดสำหรับป้องกันการเกิดโรคอ้วนคือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและบริโภคอาหารที่ดีและมีปริมาณเหมาะสม

คำแนะนำของ The Dietary Guidelines for Americans<sup>27</sup> คือ ผู้ใหญ่ควรมีกิจกรรมการออกกำลังกายตลอดวันหรือออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีเป็นประจำสม่ำเสมอประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่านั้นและไม่หยุดออกกำลังกายหลังจากที่ลดน้ำหนักได้แล้วและต้องการควบน้ำหนักไว้ที่ระดับนั้น สำหรับเด็กควรออกกำลังกายอย่างน้อย 60 นาทีทุกวันรวมทั้งจำกัดหรือควบคุมการดูโทรทัศน์และการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ซึ่งทำให้เด็กไม่ออกกำลังกาย



## การสูบบุหรี่ (Tobacco Use)

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้มากที่สุด จาก รายงานสถิติพบว่าความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15-74 ปีลดลง โดยในปี พ.ศ. 2550 พบผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 21.5 เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติในปี พ.ศ. 2548 ที่พบผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 22.5<sup>48</sup> และจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 20-49 ปี<sup>53</sup> และเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ประมาณ 20 เท่า กล่าวคือพบเพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 41.5 และเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 2.4 ซึ่ง ลดลงจากสถิติการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2547 ที่พบว่าเพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 49.1 และเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 2.7<sup>37</sup> (แผนภูมิที่ 13) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่เร็วขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ประชาชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 18 ปี โดยเฉลี่ย<sup>54</sup> เปรียบเทียบกับ รายงานสถิติในปี พ.ศ. 2547 ประชาชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 22 ปี โดยเฉลี่ย<sup>37</sup>



แผนภูมิที่ 13: ความชุกของการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2550 และ ปี พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ  
ที่มาข้อมูล: 1. ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและ การบาดเจ็บพ.ศ.2550<sup>24</sup>  
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชน ไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547.<sup>37</sup>

## การสูบบุหรี่กับสุขภาพ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญของโรคมะเร็งและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในที่สุด เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคมะเร็งปอด เป็นต้น<sup>55-59</sup> มีรายงานการวิจัยกล่าวว่าการสูบบุหรี่มีผลทำให้ค่าความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นซึ่งจะเป็นผลสืบเนื่องให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตได้<sup>60</sup> และทำให้ระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง<sup>61</sup>

ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคปอดเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดและโรคหลอดลมอักเสบ และมีรายงานจากประเทศสหรัฐอเมริกาว่าในกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่นั้น มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดประมาณ 3,000 คนต่อปี<sup>27</sup>

## การป้องกัน

ในประเทศไทยนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเพื่อการหยุดสูบบุหรี่ถูกคิดค้นและได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชนอย่างจริงจัง เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และองค์การอนามัยโลก เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมของโปรแกรมนี้รวมถึง การให้ความรู้ในเรื่องผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพทั้งตนเองและบุคคลรอบข้างและการประชาสัมพันธ์เพื่อรณรงค์การเลิกบุหรี่ในทุกกลุ่มเป้าหมายและทุกสถานที่ และการประกาศจัดงาน "วันงดสูบบุหรี่โลก" ในวันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี

## สรุป

---

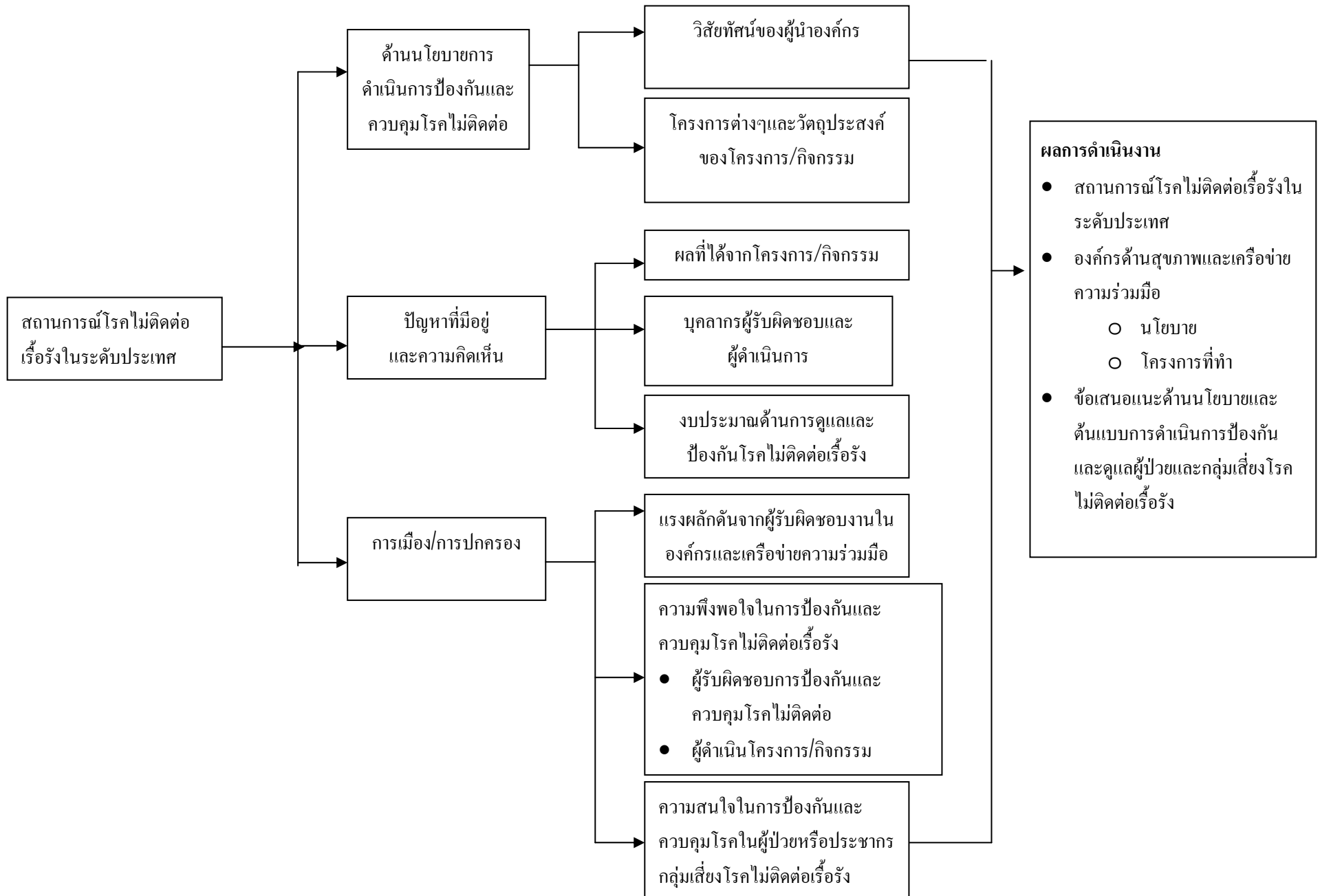
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งรวมถึงประเทศไทย จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิต รวมถึงการเป็นภาระโรคแก่ประเทศและทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากหากไม่ดำเนินการป้องกัน ควบคุมหรือแก้ไข ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดให้ทุกประเทศมีการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 2 ของทุกปี

โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย และมีแนวโน้มของอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มโรคนี้สามารถทำได้โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกาย ภาวะไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม โรคอ้วนและการสูบบุหรี่

## แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

---

จากการทบทวนอาจกล่าวได้ว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-7 (พ. ศ. 2504 - 2539) มุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งยุทธศาสตร์ของการพัฒนาในช่วงนี้ มุ่งเน้นการขยายการผลิตด้านอุตสาหกรรมและส่งเสริม การส่งออก การพัฒนาชนบท โดยใช้ความ ได้เปรียบทางทรัพยากรธรรมชาติที่มีอย่างเหลือเฟือ และแรงงานที่มีค่าจ้างต่ำเป็นปัจจัยในการ ขยายตัวทางเศรษฐกิจ และพบว่าประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ แต่กลับพบปัญหาด้านสังคมและ ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมแทนที่ วิถีชีวิตของประชากรชาวไทย วัฒนธรรมในครอบครัวและชุมชนเริ่มเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งหากปล่อยปัญหาเหล่านี้ไว้จะส่งผล กระทบต่อการพัฒนาประเทศ และผลสุดท้ายจะกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะ อย่างยิ่งกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ไม่สามารถปรับตัวได้ทันกับการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นแผนพัฒนาฯ ตั้งแต่ฉบับที่ 8 เป็นต้นมาจึงได้มีการปรับทิศทางของยุทธศาสตร์ที่แตกต่างจาก ที่ผ่านมา



แผนภูมิที่ 3: กรอบแนวคิดการศึกษา



## แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)<sup>62</sup>

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดการพัฒนา จากเดิมที่เน้นการพัฒนา เศรษฐกิจเป็นจุดมุ่งหมายหลักแต่เพียงอย่างเดียวเป็นการเน้นให้ “คนเป็นศูนย์กลาง” เพราะคน เท่านั้นที่เป็นปัจจัยชี้ขาดถึงความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง โดยการพัฒนาเศรษฐกิจเป็น เพียงเครื่องมืออย่างหนึ่งที่จะช่วยทำให้คนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่านั้น และจากการ วางแผนแบบแยกส่วนรายสาขาเศรษฐกิจ หรือสังคมที่ขาดความเชื่อมโยงเกื้อกูลต่อกัน มาเป็นการ พัฒนาแบบรวมส่วนหรือบูรณาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมุ่งเน้นที่จะให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วม ในการพัฒนาประเทศทุกชั้นตอน กล่าวคือ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมติดตามผล ร่วมปรับปรุงวิธีการ ดำเนินงาน และร่วมได้รับประโยชน์จากการพัฒนา การพัฒนาที่เน้นให้คนเป็นศูนย์กลางหรือ เป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนา เรียกอีกนัยหนึ่งก็คือ เป็นการพัฒนาของคน โดยคน และเพื่อคน ซึ่งจะทำให้การพัฒนาประเทศไทยก้าวเข้าสู่การพัฒนาที่พึงปรารถนาใน ระยะยาว คือ เศรษฐกิจดี สังคมไม่มีปัญหา และการพัฒนายั่งยืน

### เป้าหมาย

1. เตรียมความพร้อมทุกด้านของเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) อย่างมีคุณภาพขยายโอกาสทางการ ศึกษาขั้นพื้นฐานเป็น 9 ปี แก่เด็กในวัยเรียนทุกคนและเตรียมขยายการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็น 12 ปี
2. ยกกระดับทักษะฝีมือและความรู้พื้นฐานแก่แรงงานในสถานประกอบการ โดยให้ ความสำคัญเป็นลำดับแรกต่อกลุ่มแรงงานอายุ 25-45 ปี
3. ให้ผู้ด้อยโอกาสทุกประเภทได้รับโอกาสการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ และได้รับบริการ พื้นฐานทางสังคมอย่างมีคุณภาพและทั่วถึง
4. รักษาอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมอย่างมีเสถียรภาพ โดยรักษาอัตราเงินเฟ้อเฉลี่ยให้อยู่ในระดับ 4.5 ต่อปี
5. ลดสัดส่วนคนยากจนของประเทศให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 10

### ยุทธศาสตร์การพัฒนา

1. การพัฒนาศักยภาพของคน ประกอบด้วยแนวทางการส่งเสริมให้ประเทศมีโครงสร้าง ประชากรที่เหมาะสม และมีการกระจายตัวของประชากรที่สอดคล้องกับศักยภาพและ โอกาสการพัฒนาในแต่ละ พื้นที่ของประเทศ การปรับปรุงกระบวนการเรียนรู้ด้านการ พัฒนาจิตใจให้เกิดผลในทางปฏิบัติ การพัฒนาสติปัญญาและทักษะฝีมือแรงงานมี

คุณภาพและประสิทธิภาพ สูงขึ้นในกระบวนการผลิต และสามารถปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งการพัฒนาสุขภาพและพละนาถัย ที่มุ่งเสริมสร้างโอกาสให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค

2. **การพัฒนาสภาพแวดล้อมของสังคมให้เอื้อต่อการพัฒนาคน** ประกอบด้วยแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในชุมชน การสร้างโอกาสให้คน ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของตนเองและสังคม
3. **การเสริมสร้างศักยภาพการพัฒนาของภูมิภาคและชนบทเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึง** ประกอบด้วยแนวทางการกระจายโอกาสและความเจริญด้วยการพัฒนาพื้นที่ในภูมิภาค การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการกระจายการพัฒนาด้วยการเพิ่มศักยภาพของ องค์กรชุมชน การสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้และขยายเครือข่ายการเรียนรู้ของชุมชนการเสริม สร้างโอกาสการพัฒนาเพื่อสร้างอาชีพและการมืงงานทำด้วยการส่งเสริมบทบาทของภาคธุรกิจเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชน
4. **การพัฒนาสมรรถนะทางเศรษฐกิจเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคนและคุณภาพชีวิต** ประกอบด้วยแนวทางการเสริมสร้างระบบเศรษฐกิจให้เข้มแข็ง และเจริญเติบโตอย่างมีเสถียรภาพ การปรับโครงสร้างการผลิตให้เข้มแข็งเพื่อให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของตลาดโลกและยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทย การพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เพื่อเป็นฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืนตลอดจน การพัฒนาพื้นที่ชุมชนและบริการโครงสร้างพื้นฐาน
5. **การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม** ประกอบด้วยแนวทางการบริหารจัดการเพื่อการอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติให้มีความสมบูรณ์ เกิดความสมดุลต่อระบบนิเวศวิทยา รวมทั้งการดูแลรักษาสถานะแวดล้อมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคน และเป็นฐานการพัฒนาประเทศในระยะยาว
6. **การพัฒนาประชาธิปไตย** เป็นการพัฒนาภาครัฐให้มีสมรรถนะและพันธกิจหลัก ในการเสริมสร้างศักยภาพและสมรรถนะของคน ทำให้คนในสังคมเป็นพันธมิตรกับเจ้าหน้าที่ของรัฐและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศซึ่งประกอบด้วย แนวทางการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างหลักนิติธรรมในการบริหารรัฐกิจ สนับสนุนให้ประชาชนในทุกส่วนของสังคมมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะของภาครัฐ เพิ่มพูนประสิทธิผลและประสิทธิภาพภาครัฐ ด้วยการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบราชการตลอดจนการสร้างความต่อเนื่องในงานบริหารรัฐกิจ โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านนโยบายสาธารณะและการกำหนดระเบียบวาระแห่งชาติ



7. การบริหารจัดการเพื่อให้มีการนำแผนพัฒนาฯ ไปดำเนินการให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ประกอบด้วยแนวทางการแปลงแผนสู่การปฏิบัติด้วยระบบการจัดการในระดับพื้นที่ ตามภารกิจของหน่วยราชการและการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม การพัฒนากลไกของรัฐในการปฏิบัติงานการเร่งรัดพัฒนาระบบกฎหมายให้เป็นไปในแนวทางของระบบกฎหมายมหาชน การปรับบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีเพื่อการพัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยงานกลางในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ การพัฒนาสมรรถนะกลไกนอกภาครัฐและการติดตามและประเมินผล โดยมีการจัดทำดัชนีชี้วัดผลของการพัฒนาแบบองค์รวม

## แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)<sup>63</sup>

หลังจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ในส่วนของคุณภาพชีวิตและศักยภาพของคนไทยโดยรวมดีขึ้นในเชิงปริมาณ แต่ยังมีปัญหาเรื่องความไม่เท่าเทียมกันและปัญหาเรื่องคุณภาพของคน คุณภาพของการศึกษายังล่าช้า การให้บริการสาธารณสุขยังมีความเหลื่อมล้ำและไม่ทั่วถึง การดูแลสุขภาพ ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมยังเป็นไปได้ช้า นอกจากนี้ระบบการบริหารงานโดยรวมยังขาดประสิทธิภาพและไม่สามารถจะปรับกระบวนการได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อรองรับให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคตควรมีความสอดคล้องกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร โดยจะเน้นหนักไปที่การจัดระบบบริหารจัดการที่ดีและเพิ่มการดูแลบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐานที่ได้พัฒนาไว้แล้ว เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในที่สุดจะนำไปสู่การกระจายรายได้และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

### วิสัยทัศน์การพัฒนาประเทศ

การพัฒนาประเทศในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 จะมุ่งเน้นการพัฒนาสู่สังคมที่เข้มแข็งและมีดุลยภาพ โดยยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อให้การพัฒนา มีความสมดุล มีคุณภาพและยั่งยืนสามารถรักษาไว้ซึ่งภูมิปัญญาท้องถิ่นตลอดจนคุณค่าของสังคมไทยไว้ได้ ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับนี้ ได้กำหนดสภาพสังคมไทยที่พึงประสงค์ไว้ 3 ด้านคือ

1. สังคมคุณภาพ : คนในสังคมเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณธรรม จริยธรรม มีวินัยและความรับผิดชอบ เมืองและชุมชนน่าอยู่ มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีระบบการเมืองการปกครองที่โปร่งใส และมีความเป็นธรรมในสังคม
2. สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ : คนในสังคมคิดเป็น ทำเป็น มีเหตุผล พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงโดยสามารถรักษาและต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม
3. สังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน : คนในสังคมพึงพาเกื้อกูลกัน รู้ รัก สามัคคี รัก และภูมิใจในชาติและท้องถิ่น

## วัตถุประสงค์

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาประเทศเพื่อให้การพัฒนาประเทศเป็นไปตามจุดมุ่งหมายของวิสัยทัศน์ ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงดังนี้

1. เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจให้มีเสถียรภาพและมีภูมิคุ้มกัน
2. เพื่อวางรากฐานการพัฒนาประเทศให้เข้มแข็ง ยั่งยืน สามารถพึ่งตนเองได้อย่างรู้เท่าทันโลก
3. เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ดีในสังคมไทยทุกระดับ
4. เพื่อแก้ปัญหาความยากจนและเพิ่มศักยภาพและโอกาสของคนไทยในการพึ่งพาตนเอง

## เป้าหมาย

เป้าหมายในการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ประกอบด้วย

1. เป้าหมายคุณภาพทางเศรษฐกิจ
2. เป้าหมายการยกระดับคุณภาพชีวิต
3. เป้าหมายการบริหารจัดการที่ดี
4. เป้าหมายลดความยากจน

## ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้กำหนดทิศทางหลักอันเป็นกรอบการดำเนินงานไว้ 3 กลุ่ม 7 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

### 1. การสร้างระบบบริหารจัดการที่ดีในสังคมไทย

ยุทธศาสตร์ : การบริหารจัดการที่ดี

### 2. การเสริมสร้างฐานรากของสังคมให้เข้มแข็ง

ยุทธศาสตร์ : การพัฒนาคุณภาพคน และการคุ้มครองทางสังคม

ยุทธศาสตร์ : การปรับโครงสร้างการพัฒนาชนบทและเมืองอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ : การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

### 3. การปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจให้มีความสมดุลและยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ : การบริหารเศรษฐกิจส่วนรวม

ยุทธศาสตร์ : การเพิ่มสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

ยุทธศาสตร์ : การพัฒนาความเข้มแข็งทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

## ลำดับความสำคัญของการพัฒนาตามแผนพัฒนาฯ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนของประเทศภายใต้ทรัพยากรภาครัฐที่มีอยู่จำกัด เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจให้แข็งแกร่ง มั่นคง และสามารถขยายตัวต่อเนื่องได้อย่างมีคุณภาพในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแนวทางการพัฒนาที่สำคัญๆ คือ

1. การเร่งฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจให้ฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว และมีเสถียรภาพ ประกอบด้วยการดำเนินนโยบายด้านการเงิน การคลัง นโยบายภาษี ตลอดจนการแก้ไขปัญหาและการกระตุ้นการขยายตัวของภาคการผลิต
2. การสร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานราก โดยการส่งเสริมการระดมทุนในลักษณะ กองทุนหมุนเวียนเพื่อพัฒนารัฐกิจชุมชน และให้ความสำคัญกับการสร้างผลิตภัณฑ์และบริการที่มีการพัฒนารูปแบบและคุณภาพให้ได้มาตรฐาน มีเอกลักษณ์เฉพาะ
3. การบรรเทาปัญหาสังคม ได้แก่การเร่งป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ,การพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เพื่อประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การสร้างงานและขยายการคุ้มครองแรงงาน,การให้ความสำคัญกับการป้องกันและปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบทั้งในภาครัฐ ภาคการเมือง และภาคเอกชน
4. แก้ปัญหาความยากจน โดย
  - เสริมสร้างโอกาสให้คนยากจนสามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้อย่างทั่วถึง
  - สร้างโอกาสให้คนยากจนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ
  - พัฒนาโครงข่ายการคุ้มครองทางสังคมเพื่อสร้างหลักประกันและความมั่นคงในชีวิตแก่คนยากจน
  - พัฒนาเศรษฐกิจฐานรากให้เข้มแข็ง เพื่อสร้างศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถให้คนยากจนสามารถก่อร่างสร้างตัว

### วิสัยทัศน์ประเทศไทย

มุ่งพัฒนาสู่ สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน (Green and Happiness Society) คนไทยมีคุณธรรม นำความรอบรู้ รู้เท่าทันโลก ครอบคลุมรอบด้าน ชุมชน เข้มแข็ง สังคมสันติสุข เศรษฐกิจมีคุณภาพ เสถียรภาพและเป็นธรรม สิ่งแวดล้อมมีคุณภาพและทรัพยากรธรรมชาติที่ยั่งยืน อยู่ภายใต้ระบบบริหารจัดการประเทศที่มีธรรมาภิบาล ดำรงไว้ซึ่งระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข และอยู่ในประชาคมโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี

### พันธกิจ

เพื่อให้การพัฒนาประเทศไทยในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 มุ่งสู่ "สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน" ภายใต้แนวปฏิบัติของ "ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" เห็นควรกำหนดพันธกิจของการพัฒนาประเทศ ดังนี้

1. พัฒนาคนให้มีคุณภาพ คุณธรรมนำความรอบรู้อย่างเท่าทัน
2. เสริมสร้างเศรษฐกิจให้มีคุณภาพ เสถียรภาพ และเป็นธรรม
3. ดำรงความหลากหลายทางชีวภาพ และสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติและคุณภาพสิ่งแวดล้อม
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการประเทศให้เกิดธรรมาภิบาลภายใต้ระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างโอกาสการเรียนรู้คู่คุณธรรม
2. เพื่อเพิ่มศักยภาพของชุมชน
3. เพื่อปรับโครงสร้างการผลิตสู่การเพิ่มคุณค่าของสินค้าและบริการบนฐานความรู้และนวัตกรรม
4. เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน และระบบบริหารความเสี่ยงให้กับภาคการเงิน การคลัง พลังงาน ตลาดปัจจัยการผลิตตลาดแรงงาน และการลงทุน
5. เพื่อสร้างระบบการแข่งขันด้านการค้าและ การลงทุนให้เป็นธรรม และคำนึงถึงผลประโยชน์ของประเทศ
6. เพื่อเสริมสร้างความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติและคุณค่าความหลากหลายทางชีวภาพ
7. เพื่อเสริมสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการประเทศสู่ภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน และภาคประชาชน

## เป้าหมาย

### 1. เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคนและความเข้มแข็งของชุมชน

#### 1.1 การพัฒนาคน

1.1.1 คนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา คุณธรรม จริยธรรม อารมณ์ มีความสามารถในการแก้ปัญหา มีทักษะในการประกอบอาชีพ มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี และอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข

1.1.2 เพิ่มจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยเป็น 10 ปี พัฒนากำลังแรงงานระดับกลางที่มีคุณภาพเพิ่มเป็น 60% ของกำลังแรงงานทั้งหมด และเพิ่มสัดส่วนบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนาเป็น 10 คน ต่อประชากร 10,000 คน

1.1.3 อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี ควบคู่กับการลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ใน 5 อันดับแรก คือ หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง นำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพแรงงาน และลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลลงในระยะยาว

1.2 การพัฒนาชุมชนและแก้ปัญหาความยากจน ทุกชุมชนมีแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำแผนชุมชนไปใช้ประกอบการจัดสรรงบประมาณ เพิ่ม กิจกรรมสร้างสรรค์สังคมและบรรเทาปัญหาอาชญากรรม ยาเสพติด และขยายโอกาสการเข้าถึงแหล่งทุน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และลดสัดส่วนผู้อยู่ใต้เส้นความยากจนลงเหลือร้อยละ 4 ภายในปี 2554

### 2. เป้าหมายด้านเศรษฐกิจ

2.1 โครงสร้างเศรษฐกิจ สัดส่วนภาคเศรษฐกิจ ในประเทศต่อภาคการค้าระหว่างประเทศ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75 ภายในปี 2554 และสัดส่วนภาคการผลิตเกษตรและอุตสาหกรรมเกษตรเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ภายในปี 2554

2.2 เสถียรภาพเศรษฐกิจ อัตราเงินเฟ้อทั่วไปเฉลี่ยร้อยละ 3.0-3.5 ต่อปี สัดส่วนหนี้สาธารณะต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ไม่เกินร้อยละ 50 และความยืดหยุ่นการใช้พลังงานเฉลี่ยไม่เกิน 1:1 ในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10

2.3 ความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ สัดส่วนรายได้ของกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดร้อยละ 20 แรก ต่อรายได้ของกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดร้อยละ 20 ไม่เกิน 10 เท่าภายในปี 2554 และสัดส่วนผลผลิตของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 ในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1

3. เป้าหมายการสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม
  - 3.1 รักษาความสมบูรณ์ของฐานทรัพยากรและความหลากหลายทางชีวภาพ ให้มีพื้นที่ป่าไม้ไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 33 และต้องเป็นพื้นที่ป่าอนุรักษ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 18 ของพื้นที่ประเทศ รวมทั้งรักษาพื้นที่ทำการเกษตรในเขตชลประทานไว้ไม่น้อยกว่า 31 ล้านไร่
  - 3.2 รักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมต่อการดำรงคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่เป็นภัยคุกคามต่อระบบนิเวศ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของคนไทย
4. เป้าหมายด้านธรรมาภิบาล
  - 4.1 มุ่งให้ธรรมาภิบาลของประเทศดีขึ้น มีคะแนนภาพลักษณ์ของความโปร่งใสอยู่ที่ 5.0 ภายในปี 2554 ระบบราชการมีขนาดที่เหมาะสม และมีการดำเนินงาน ที่คุ้มค่าเพิ่มขึ้น ลดกำลังคนภาครัฐให้ได้ร้อยละ 10 ภายในปี 2554
  - 4.2 สร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับประชาธิปไตยและธรรมาภิบาลในบริบทไทย ให้มีการศึกษาวิจัย พัฒนางองค์ความรู้ในด้านวัฒนธรรมประชาธิปไตย วัฒนธรรมธรรมาภิบาล และวัฒนธรรมสันติวิธีเพิ่มขึ้นในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10

#### ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้
  - 1.1 การพัฒนาคนให้มีคุณธรรมนำความรู้ เกิดภูมิคุ้มกัน โดยพัฒนาจิตใจควบคู่กับการพัฒนาการเรียนรู้ของคนทุกกลุ่มทุกวัยตลอดชีวิต
  - 1.2 การเสริมสร้างสุขภาพคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ เน้นการพัฒนากระบวนการสุขภาพอย่างครบวงจร มุ่งการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างคนไทยให้มีความมั่นคงทางอาหารและการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ
  - 1.3 การเสริมสร้างคนไทยให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างสันติสุข มุ่งเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของคนในสังคมบนฐานของความเป็นเหตุมีผล ดำรงชีวิตอย่างมั่นคงทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน พัฒนาระบบการคุ้มครองทางเศรษฐกิจและสังคมที่หลากหลายและครอบคลุมทั่วถึง

## 2. ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ

- 2.1 การบริหารจัดการกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง ด้วยการส่งเสริมการรวมตัว ร่วมคิด ร่วมทำในรูปแบบที่หลากหลาย และจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามความพร้อมของชุมชน มีกระบวนการจัดการองค์ความรู้และระบบการเรียนรู้ของชุมชนอย่างเป็นขั้นตอน มีเครือข่ายการเรียนรู้ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน มีกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถพัฒนาต่อยอดให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชนในการนำไปสู่การพึ่งตนเอง รวมทั้งการสร้างภูมิคุ้มกันให้ชุมชนพร้อมเผชิญการเปลี่ยนแปลง
- 2.2 การสร้างความมั่นคงของเศรษฐกิจชุมชน ด้วยการบูรณาการกระบวนการผลิตบนฐานศักยภาพ และความเข้มแข็งของชุมชนอย่างสมดุล เน้นการผลิตเพื่อการบริโภคอย่างพอเพียงภายในชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มในรูปแบบสหกรณ์ กลุ่มอาชีพ รวมทั้งสร้างระบบบ่มเพาะวิสาหกิจชุมชนควบคู่กับการพัฒนาความรู้ด้านการจัดการ การตลาด และทักษะในการประกอบอาชีพ
- 2.3 การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการอยู่ร่วมกันกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสันติและเกื้อกูล ด้วยการส่งเสริมสิทธิชุมชนและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสงวนอนุรักษ์ ฟื้นฟู พัฒนา ใช้ประโยชน์และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ รวมทั้งการสร้างกลไกในการปกป้องคุ้มครองทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น

## 3. ยุทธศาสตร์การปรับโครงสร้างการผลิตให้สมดุลและยั่งยืน ให้ความสำคัญกับการปรับโครงสร้างเพื่อสร้างความเข้มแข็งของภาคการผลิตและ บริการ บนฐานการเพิ่มคุณค่าสินค้าและบริการจากองค์ความรู้สมัยใหม่ ภูมิปัญญาท้องถิ่นและนวัตกรรม และการบริหารจัดการที่ดี รวมทั้งสร้างบรรยากาศการลงทุนที่ดีด้วยการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์

- 3.1 การปรับโครงสร้างการผลิตเพื่อเพิ่มผลิตภาพและคุณค่าของสินค้าและบริการบนฐานความรู้และความเป็นไทย โดยปรับโครงสร้างภาคเกษตร ภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการที่ใช้กระบวนการพัฒนาคัลเลคเตอร์และห่วงโซ่อุปทาน รวมทั้งเครือข่ายชุมชนบนรากฐานของความรู้สมัยใหม่ ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมไทย และความหลากหลายทางชีวภาพ
- 3.2 การสร้างภูมิคุ้มกันของระบบเศรษฐกิจ
- 3.3 การสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันที่เป็นธรรมและการกระจายผลประโยชน์จากการพัฒนาอย่างเป็นธรรม



#### 4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาบนฐานความหลากหลายทางชีวภาพ และการสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม

- 4.1 การรักษาฐานทรัพยากรและความสมดุลของระบบนิเวศ โดยพัฒนาระบบฐานข้อมูล และสร้างองค์ความรู้ ส่งเสริมสิทธิชุมชนและการมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากร
- 4.2 การสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยการปรับแบบแผนการผลิตและพฤติกรรมการบริโภคไปสู่การผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน เพื่อลดผลกระทบต่อฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดนโยบายสาธารณะ และใช้กลไกทางเศรษฐศาสตร์ทั้งด้านการเงินและการคลัง
- 4.3 การพัฒนาคุณค่าความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางสำคัญ

#### 5. ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการประเทศมุ่งเสริมสร้างความเป็นธรรมในสังคมอย่างยั่งยืน

- 5.1 การเสริมสร้าง และพัฒนาวัฒนธรรมประชาธิปไตยและธรรมาภิบาลให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมไทย
- 5.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนให้สามารถเข้าร่วมในการบริหารจัดการประเทศโดยส่งเสริมให้ประชาชนรวมตัวและรวมกลุ่มสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันให้เข้มแข็ง
- 5.3 สร้างภาคราชการที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล เน้นการบริการแทนการกำกับควบคุม และทำงานร่วมกับหุ้นส่วนการพัฒนา
- 5.4 การกระจายอำนาจการบริหารจัดการประเทศสู่ภูมิภาค ท้องถิ่น และชุมชนเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยพัฒนาศักยภาพและกระจายอำนาจตัดสินใจให้ท้องถิ่น มีบทบาทสามารถรับผิดชอบในการบริหารจัดการบริการสาธารณะ ตลอดจนแก้ไขปัญหาที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่
- 5.5 ส่งเสริมภาคธุรกิจเอกชนให้เกิดความเข้มแข็ง สุจริต และมีธรรมาภิบาล
- 5.6 การปฏิรูปกฎหมาย กฎระเบียบ และขั้นตอน กระบวนการเกี่ยวกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเพื่อสร้างความสมดุลในการจัดสรรประโยชน์จากการพัฒนา
- 5.7 การรักษาและเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการประเทศสู่ดุลยภาพและความยั่งยืน โดยพัฒนาศักยภาพ บทบาท และภารกิจของหน่วยงานด้านการป้องกันประเทศ ความมั่นคง และการรักษาความสงบเรียบร้อย

## การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 สู่การปฏิบัติ ต้องให้ภาคีพัฒนาทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน

1. เสริมสร้างบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีพัฒนาจัดทำแผนปฏิบัติการในระดับต่างๆ
2. กำหนดแนวทางการลงทุนที่สำคัญตามยุทธศาสตร์การพัฒนาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10
3. เร่งปรับปรุงและพัฒนากฎหมาย เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล
4. ศึกษาวิจัยสร้างองค์ความรู้และกระบวนการเรียนรู้เพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 สู่การปฏิบัติ
5. พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลและสร้างดัชนีความสำเร็จของการพัฒนาในทุกระดับ
6. สนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลในทุกระดับและการเชื่อมโยงโครงข่ายข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยงานกลางระดับนโยบาย ตลอดจนระดับพื้นที่และท้องถิ่น

## แผนพัฒนาฯ กับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะโรคเรื้อรังเริ่มเข้ามาอยู่ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพคน ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการพัฒนาคุณภาพคนด้านสุขภาพและพละนาามัย โดยได้ระบุถึง "การส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้ และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องแก่ประชาชนให้รู้จักการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคทั้งของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการดูแลรักษาเบื้องต้นสำหรับโรคง่าย ๆ และการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน" และ "ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนและชุมชนมีสิทธิรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ" และรวมถึงในยุทธศาสตร์ที่ 3 ที่กล่าวถึง "การให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ โดยสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากรและการปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงานให้สอดคล้องกันอย่างเป็นระบบ" ซึ่งการระบุไว้ในแผนพัฒนาฯ ข้างต้นนั้นเป็นการระบุแบบเปิดกว้างในระดับนโยบาย ไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน

สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 เป็นแผนพัฒนาที่ได้ัญญะเชิญแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศ ดังนั้น ยุทธศาสตร์การพัฒนาคคุณภาพคนและการคุ้มครองทางสังคมในฉบับนี้จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนไทยทุกคนให้มีคุณภาพ มีสุขภาพแข็งแรง เป็นคนเก่ง คนดี มีระเบียบวินัย รู้หน้าที่ มีความซื่อสัตย์สุจริต รับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกทางสังคมทุกระดับ และการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้เพียงถูกระบุไว้ในเป้าหมายเชิงปริมาณโดย "ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ เป็นต้น"

การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ถูกระบุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ไว้ชัดเจนยิ่งขึ้น ถึงแม้ผลจากการพัฒนาประเทศทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรชาวไทยจะดีขึ้น มีการจัดบริการสุขภาพมีทั่วถึง การเจ็บป่วยโดยรวมลดลงโดยคนไทยร้อยละ 96.3 มีหลักประกันสุขภาพ มีโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพระดับชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่ แต่กลับพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ดังนั้น แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 จึงได้มียุทธศาสตร์ "การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้" ที่มุ่งพัฒนาคนและสังคมไทยรวมถึงเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร มุ่งการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างคนไทยให้มีความมั่นคงทางอาหารและการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และหนึ่งในเป้าหมายที่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน คือ "การลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคใน 5 อันดับแรก ซึ่งได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและโรคเนื้องอกร้าย(โรคมะเร็ง)"

# บทที่ 3

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยทำการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ด้าน (1) ข้อมูลสถิติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย (2) ข้อมูลด้านนโยบายและระบบการส่งผ่านนโยบายป้องกันและควบคุมดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (3) ข้อมูลด้านกิจกรรมและงบประมาณในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (4) ความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม และ (5) ความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ซึ่งประชากรกลุ่มผู้นำองค์กรด้านสุขภาพและผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรสุขภาพถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อตอบแบบสอบถาม และกลุ่มผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมและประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงจะทำการสุ่มเพื่อตอบแบบสอบถาม (random sampling)

สำหรับกลุ่มประชาชนในการศึกษานี้จะทำการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษาและสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร โดยสุ่มประชาชนกลุ่มป่วย 300 คน และกลุ่มเสี่ยง 300 คนต่อภาค ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างภาคละประมาณ 600 คน ดังนั้นประชากรตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนประมาณ 3,000 คน

## ประชากรศึกษา

1. ผู้นำองค์กรด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่
  - 1.1 กลุ่มองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร ได้แก่
    - 1.1.1 กระทรวงสาธารณสุข: สัมภาษณ์ปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้แทน
    - 1.1.2 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
      - อธิบดีหรือผู้แทน
      - ผู้อำนวยการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
    - 1.1.3 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12
      - ผู้อำนวยการหรือผู้แทน
    - 1.1.4 กรมการแพทย์
      - อธิบดีหรือผู้แทน
    - 1.1.5 กรมอนามัย
      - อธิบดีหรือผู้แทน
    - 1.1.6 สำนักอนามัย (กทม.)
      - ผู้อำนวยการหรือผู้แทน
  - 1.2 กลุ่มองค์กรผู้สนับสนุนทางสุขภาพ (เครือข่ายความร่วมมือ)
    - 1.2.1 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
      - ผู้จัดการกองทุนหรือผู้แทน
    - 1.2.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
      - เลขาธิการสำนักฯหรือผู้แทน
    - 1.2.3 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
      - ผู้อำนวยการหรือผู้แทน
    - 1.2.4 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)
      - ผู้อำนวยการหรือผู้แทน
2. ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ หรือผู้แทน ของทุกองค์กรข้างต้น
3. ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรด้านสุขภาพ
4. ประชาชนกลุ่มป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคความดันโลหิตสูง (HT) และโรคหัวใจขาดเลือด (IHD) และโรคเบาหวาน (DM)

5. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>65-67</sup> และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Aekplakorn, et al.<sup>68</sup>) อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้
- (1) อายุ  $\geq 40$  ปี
  - (2) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน
  - (3) ดัชนีมวลกาย  $\geq 23$  กิโลกรัม/ตารางเมตร
  - (4) ระดับความดันโลหิต 120/80 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท
  - (5) มีประวัติสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา
  - (6) มีภาวะไขมันในเลือดสูงจากค่าผลทางห้องปฏิบัติการ โดยที่
    - Total cholesterol  $\geq 200$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร
    - HDL  $< 40$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร
  - (7) ระดับน้ำตาลในเลือด  $\geq 100$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร
  - (8) เส้นรอบเอว ผู้ชาย  $\geq 90$  เซนติเมตร และ ผู้หญิง  $\geq 80$  เซนติเมตร

## ระยะเวลาการเก็บข้อมูล

เดือนเมษายน - เดือนกรกฎาคม 2552

## เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา

1. ผู้นำองค์กรหรือตัวแทน ขององค์กรทางสุขภาพ
2. ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือผู้แทน ของทุกองค์กรข้างต้น
3. ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรด้านสุขภาพ
4. ประชาชนกลุ่มป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจขาดเลือด (IHD) โรคความดันโลหิตสูง (HT) และโรคเบาหวาน (DM)
5. ประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยง ตามเกณฑ์ของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน อย่างน้อย 1 ข้อ
6. ผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถสื่อสารโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามได้
7. ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่มีประวัติมีความผิดปกติทางสมองและ/หรือทางจิตตามคำวินิจฉัยของแพทย์
8. ทุกกลุ่มของผู้เข้าร่วมการศึกษามีหัวใจเข้าร่วมการศึกษาโดยลงนามในเอกสารยินยอมฯ (Informed consent form)

## เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนออกจากการศึกษา

1. ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบคำถามไม่ครบถ้วนในแต่ละครั้ง (ตอบคำถามน้อยกว่าร้อยละ 80 ของแบบสอบถามแต่ละชุด)
2. ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่ยินยอมตอบแบบสอบถามหรือขอถอนตัวระหว่างการศึกษา

## เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสำรวจข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคฯ
2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้นำองค์กรด้านนโยบายและระบบการส่งผ่านนโยบายป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. แบบสำรวจโครงการ วัตถุประสงค์ กิจกรรมและงบประมาณในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตัวชี้วัดผลสำเร็จและผลสำเร็จ
4. แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
5. แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
6. แบบสอบถามความสนใจและความต้องการกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

## วิธีการดำเนินการศึกษา

1. กลุ่มผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเรื่องการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศไทย
2. กลุ่มผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และทบทวนแบบสอบถามผู้นำองค์กรด้านสุขภาพหรือผู้แทน
3. กลุ่มผู้วิจัยจะทำการทบทวนแบบสอบถามให้ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในแต่ละองค์กรฯ และทบทวนแบบสอบถามให้ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม
4. กลุ่มผู้วิจัยจะทำการทบทวนแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคฯ
5. กลุ่มผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ข้อมูลการศึกษาจะถูกทำการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยจะทำการวิเคราะห์เชิงปริมาณด้านความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและดูแลโรคในแบบสอบถามผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม และความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Independent-Samples t-test และข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามผู้นำองค์กร ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม จะถูกทำการวิเคราะห์เชิงคุณภาพด้านเนื้อหา

## ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมสากลและคำประกาศเฮลซิงกิ ดังนี้

**การรักษาความลับ :** การศึกษานี้จะไม่มีเปิดเผยว่าผู้ใดตอบแบบสอบถาม และไม่มีทางที่จะเชื่อมโยงตัวผู้เข้าร่วมโครงการกับข้อความตอบในแบบสอบถาม เนื่องจากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทุกชุดจะไม่ใส่ชื่อผู้เข้าร่วมการศึกษา และข้อมูลจะถูกเก็บในที่ที่ปลอดภัยพร้อมทั้งใส่รหัส (เช่น 001, 002, 003) จะมีเพียงหัวหน้าการศึกษาผู้เดียวที่ดำเนินการเกี่ยวกับการใส่รหัสของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม และเก็บหลังจากที่ข้อมูลได้ใส่รหัสและเก็บรักษาในคอมพิวเตอร์ไฟล์ แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามจะถูกเก็บทันที และเมื่อมีการนำเสนอข้อมูลในการศึกษา ผู้นำเสนอจะไม่นำเสนอว่าข้อมูลนั้นมาจากผู้ใด

**การเคารพสิทธิของผู้ยินยอมตน :** ข้อมูลส่วนบุคคลหรือองค์กร โครงการจะไม่เปิดเผยต่อผู้อื่นหรือผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินครั้งนี้



# บทที่ 4

## ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจศักยภาพการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยซึ่งรวมถึงสถานการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน การทบทวนนโยบายและการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายองค์กรสนับสนุนทางสุขภาพ งบประมาณ ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมของผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม และความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นในบทนี้จะนำเสนอ

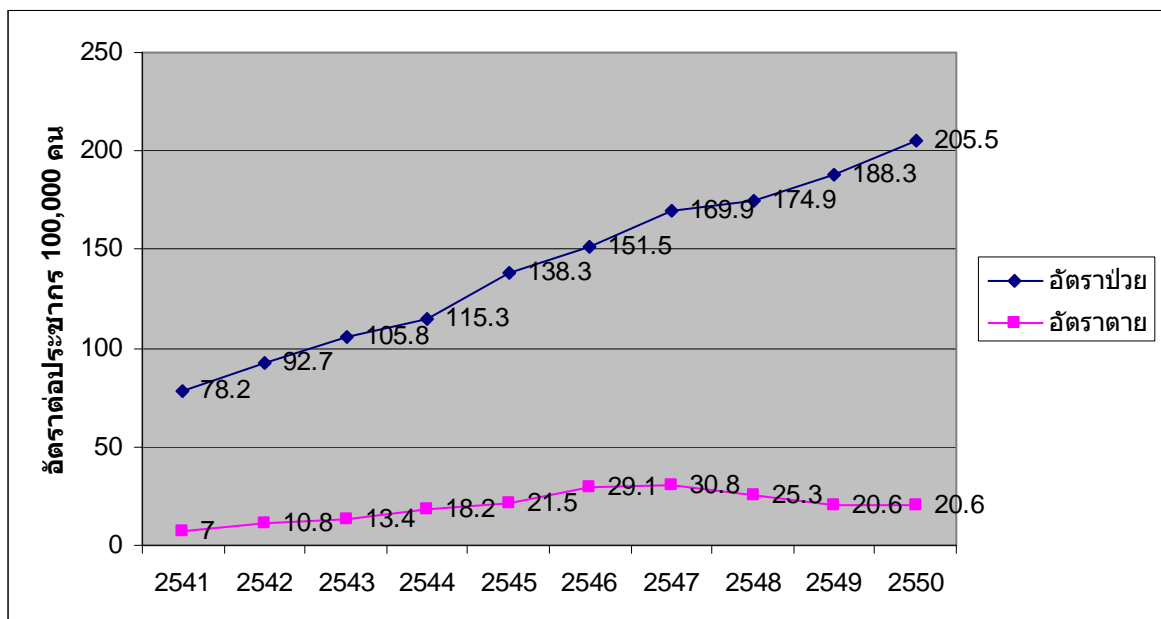
- สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในประเทศไทย
- นโยบายการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและงบประมาณของหน่วยงานสำคัญทางสุขภาพ ซึ่งในการศึกษานี้ได้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ใหญ่ๆ ดังนี้
  - องค์กรหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในการศึกษานี้ได้แก่ สำนักควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกรมอนามัย
  - องค์กรสนับสนุนทางสุขภาพ ซึ่งในการศึกษานี้ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization)
- ความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม
- ความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

# โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cerebrovascular disease) เกิดจากการที่สมองสูญเสียการทำงานเฉียบพลันโดยการขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemia) อาจเนื่องมาจากสาเหตุการอุดตันของก้อนเลือดในเส้นเลือด (Thrombosis หรือ Embolism) หรือมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhage) ส่งผลให้บริเวณที่สมองด้านที่เกิดพยาธิสภาพควบคุมการทำงานไม่สามารถทำงานได้ เช่น แขนและขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด เป็นต้น<sup>69</sup>

## สถานการณ์โรค

ถึงแม้สถิติการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมองจะมีแนวโน้มคงที่แต่พบว่าอัตราการป่วยในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี<sup>16-21</sup> (แผนภูมิที่ 14) และในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานอัตราผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีที่อยู่อาศัยในภาคกลางสูงสุด รองลงมาคือภาค ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีอัตราการป่วยเป็น 262.2, 241.9, 230.9, และ 134.2 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ<sup>70</sup> และสถิติจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดในสมองในเพศชายมากกว่าเพศหญิงโดยคิดเป็นร้อยละ 32.6 และ 24.9 ตามลำดับ<sup>71</sup> และในปี พ.ศ. 2548 มีรายงานว่าจำนวนประชากรกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 55-64 ปี<sup>72</sup>



แผนภูมิที่ 14: อัตราการป่วยและตายของโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2541-2550<sup>16-21</sup>

## ปัจจัยเสี่ยง

พบว่านอกจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ พันธุกรรม แล้ว ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดแคโรติดีบ โรคอ้วน โรคหัวใจ โรคเบาหวาน การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก<sup>69</sup> ผลการศึกษารายงานว่าปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายแตกต่างจากเพศหญิง กล่าวคือ โรคหัวใจและการสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในเพศชายในขณะที่โรคความดันโลหิตสูงและการมีภาวะการถ่วงดุลของกล้ามเนื้อหัวใจ (Atrial fibrillation) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในเพศหญิง<sup>55</sup>

## การป้องกันโรค

กิจกรรมที่ให้สำหรับป้องกันและควบคุมโรค (intervention) ให้มีความสำคัญกับเรื่อง<sup>73</sup>

- การเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา
- จำกัดเกลือ หรือโซเดียมในปริมาณน้อยกว่า 5 กรัม (1 ช้อนชา) ต่อวัน
- การบริโภคอาหารที่ไขมันต่ำ (Low fat diet) เช่น เนื้อปลา อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่เดียวกันอาหารหรือเครื่องดื่มนั้นควรมีปริมาณน้ำตาลน้อยและรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน
- ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย โดยระยะเวลาการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพคือ 150 นาที สัปดาห์ต่อสัปดาห์ หรือออกกำลังกายด้วยความหนักปานกลาง เช่น การเดิน การถีบจักรยาน เป็นต้น เป็นเวลา 30 นาทีต่อวัน
- การลดน้ำหนัก โดยเป้าหมายการลดน้ำหนัก คือลด น้ำหนักประมาณร้อยละ 7 ของ น้ำหนักตัวหรือลดปริมาณแคลอรีร้อยละ 25 จากอาหารที่เป็นไขมัน โดยปกติน้ำหนักควรลดประมาณ 1-2 ปอนด์ต่อสัปดาห์

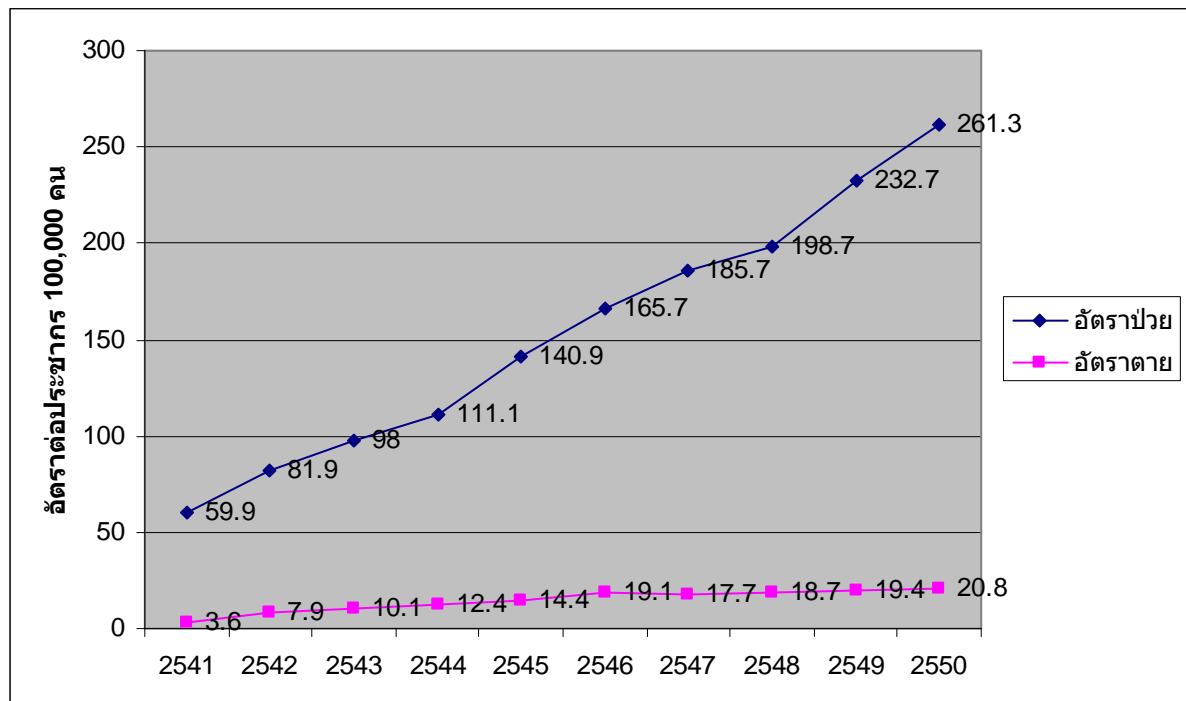
# โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease)

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของประเทศ<sup>2</sup> ซึ่งมีโรคหัวใจขาดเลือดเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเกิดโรค โรคหัวใจขาดเลือด หมายถึงโรคที่เกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจมีจำนวนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดหรือขาดออกซิเจน ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการมีสารหรือไขมันอุดตันในเส้นเลือด<sup>74</sup> อาการและอาการแสดงที่พบคือผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกโดยเฉียบพลัน

## สถานการณ์โรค

ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541-2550 พบว่าสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยและอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดสูงขึ้นทุกปี<sup>16-21</sup>

(แผนภูมิที่ 15) ในปี พ.ศ. 2550 สถิติจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคกลางป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากที่สุด รองลงมาได้แก่ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีอัตราการป่วย เป็น 380.5, 274.2, 271.1 และ 164.6 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ<sup>70</sup>



แผนภูมิที่ 15: อัตราการป่วยและตายของโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ. 2541-2550<sup>16-21</sup>

## ปัจจัยเสี่ยง

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคนี้ นอกจากการที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรค การมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การขาดออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน หรือชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นสาเหตุที่สำคัญเช่นกัน<sup>75</sup> และมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carlos Lahoz and Jos M. Mostaza<sup>76</sup> ที่พบว่าในระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเท่ากันโอกาสที่จะเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 4 เท่า

## การป้องกัน

สำหรับการรักษานั้น นอกจากการรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยมักได้รับคำแนะนำให้ทำการผ่าตัดและติดตามผลการรักษาตลอดชีวิตซึ่งการรักษาดังกล่าวส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายที่สูง ดังนั้น คำแนะนำที่ดีที่สุดต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหัวใจ ซึ่งสามารถกระทำโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น การหยุดสูบบุหรี่และเลิกดื่มสุรา รับประทานอาหารสุขภาพที่ไม่มีไขมัน ควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายอย่างพอเพียง<sup>38</sup>

# โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง โรคที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงสูง โดยมีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งค่าความดันโลหิตปกติในวัยผู้ใหญ่ประมาณ 120/80 มิลลิเมตรปรอท<sup>77</sup> (ตารางที่ 4) มีรายงานการศึกษาจำนวนมากให้การสนับสนุนว่าการลดลงของค่าความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยถ้าค่าความดันไดแอสโตลิกลดลง 5 มิลลิเมตรปรอท จะสามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 34 และโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) ร้อยละ 19<sup>78,79</sup>

ตารางที่ 4: ประเภทของความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกตาม JNC 7<sup>77</sup>

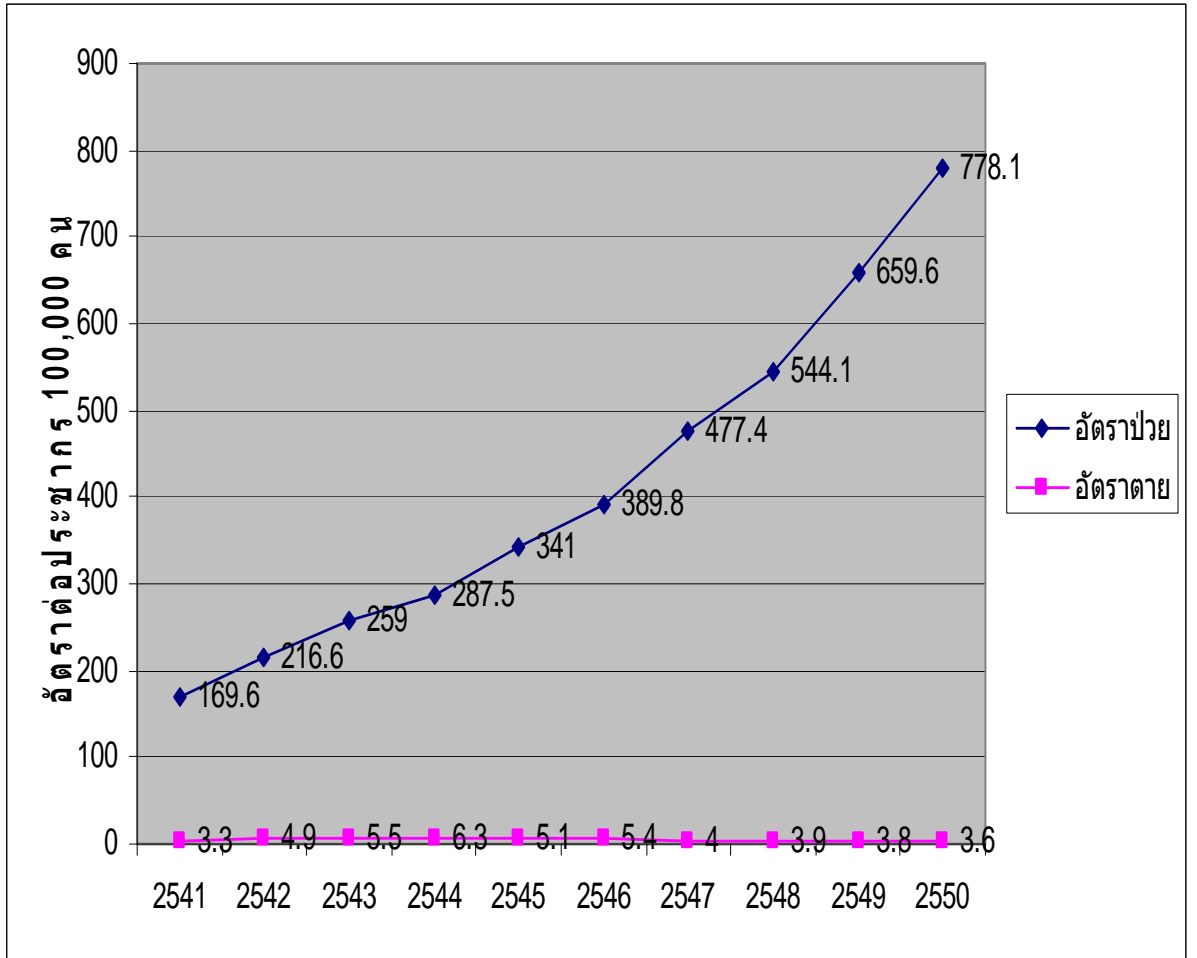
ประเภท	ค่าความดันซิสโตลิก (SBP)		ค่าความดันไดแอสโตลิก (DBP)
ปกติ	< 120	และ	< 80
Prehypertension	120-139	หรือ	80-89
Hypertension	≥ 140		≥ 90
Stage 1	140-159	หรือ	90-99
Stage 2	≥ 160	หรือ	≥ 100

\*SBP = Systolic blood pressure, \*\*DBP = Diastolic blood pressure

ที่มาข้อมูล: U . S . Department of Health and Human services (2003).

## สถานการณ์โรค

ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541-2550 พบว่าสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เพิ่มขึ้นแต่อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงขึ้นทุกปี<sup>16-21</sup> (แผนภูมิที่ 16) และในปี พ.ศ. 2550 สถิติจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตมีที่อยู่อาศัยในภาคกลางสูงสุดและรองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีอัตราการป่วย เป็น 998.4, 885.7, 879.9 และ 520.1 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ<sup>70</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 ที่ทำการตรวจวัดความดันโลหิตของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปพบว่า ประชากรภาคกลางเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สุดและเพศหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า<sup>80</sup>



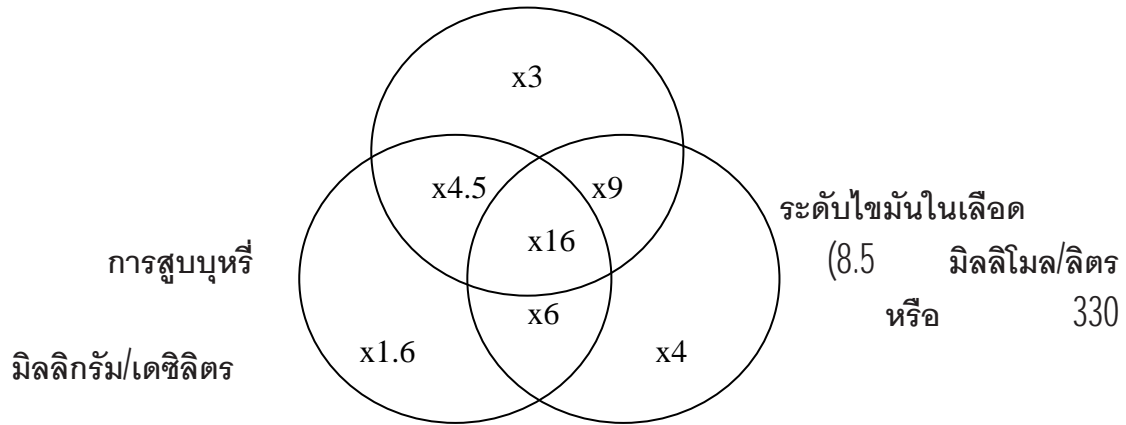
แผนภูมิที่ 16: อัตราการป่วยและตายของโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2541-2550<sup>16-21</sup>

## ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงนั้น ได้แก่ พันธุกรรม โรคอ้วน โดยเฉพาะคนที่อ้วนลงพุง การบริโภคอาหารรสเค็มหรือเกลือโซเดียมที่เกินความต้องการ ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียดและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

Poulter<sup>81</sup> ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและการสูบบุหรี่ว่าเป็นปัจจัยที่ควรมีการป้องกันและควบคุมร่วมกันเนื่องจากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูงและสูบบุหรี่ (แผนภูมิที่ 17)

โรคความดันโลหิตสูง (ค่าความดันซิสโตลิก 195 มิลลิเมตรปรอท)



แผนภูมิที่ 17: ระดับของการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ (coronary heart disease) เมื่อมีปัจจัยของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและการสูบบุหรี่  
ที่มาข้อมูล: The McGraw-Hill Companies from Genest et al, Hypertension, Physiopathology and Treatment. McGraw Hill, New York, 1977.

**การป้องกันโรค**

คำแนะนำเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีเป็นประจำสม่ำเสมอประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ พร้อมทั้งการลดหรือควบคุมน้ำหนัก การเลิกสูบบุหรี่และการเลิกดื่มสุรา<sup>82</sup>

สำหรับการควบคุมอาหารนั้นโปรแกรม " the Dietary Approaches to Stop Hypertension" (DASH diet)<sup>83</sup> ซึ่งเป็นรูปแบบการรับประทานอาหารที่มีวัตถุประสงค์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยรูปแบบของ DASH diet จะเน้นที่การรับประทานผัก ผลไม้และอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณไขมันต่ำ ในขณะที่งดอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลน้อยและรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน และควบคุมพลังงานและสารอาหาร เช่น ปริมาณโซเดียม เป็นต้น



# โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนที่สร้างฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอ หรือเกิดจากการที่ฮอร์โมนอินซูลินทำงานได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสจากเลือดไปใช้เป็นพลังงานในเซลล์ได้ดีพอผลที่เกิดขึ้นคือระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง<sup>84</sup> ซึ่งในคนปกติจะมีน้ำตาลในเลือด <110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (6.1 มิลลิโมล/ลิตร) หรือระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม <140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (7.75 มิลลิโมล/ลิตร)<sup>85</sup> และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานสามารถทำได้โดย

- ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารการงดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose หรือ FPG)  $\geq 126$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร (7.0 มิลลิโมล/ลิตร) โดยทำการตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือ
- ระดับกลูโคสในพลาสมาเวลาใดก็ได้ (Random plasma glucose)  $\geq 200$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร (11.1 มิลลิโมล/ลิตร) ร่วมกับการมีอาการของโรคเบาหวาน (ปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่มีสาเหตุอื่น) หรือ
- ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (Oral glucose tolerance test)  $\geq 200$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร (11.1 มิลลิโมล/ลิตร)

โรคเบาหวานแบ่งได้เป็น 4 ชนิดใหญ่ๆ<sup>85</sup> ได้แก่

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes) หรือเป็นที่รู้จักกันว่า โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin-dependent diabetes: IDDM หรือ Juvenile diabetes) มีสาเหตุจากการที่เซลล์ตับอ่อนถูกทำลายหรือมีความผิดปกติทางพันธุกรรมจึงทำให้ต้องรักษาโดยการฉีดยาอินซูลิน และโรคเบาหวานชนิดนี้มักจะเกิดในตั้งแต่วัยเด็ก (childhood-onset) โดยพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จะเป็นโรคก่อนอายุ 25 ปี

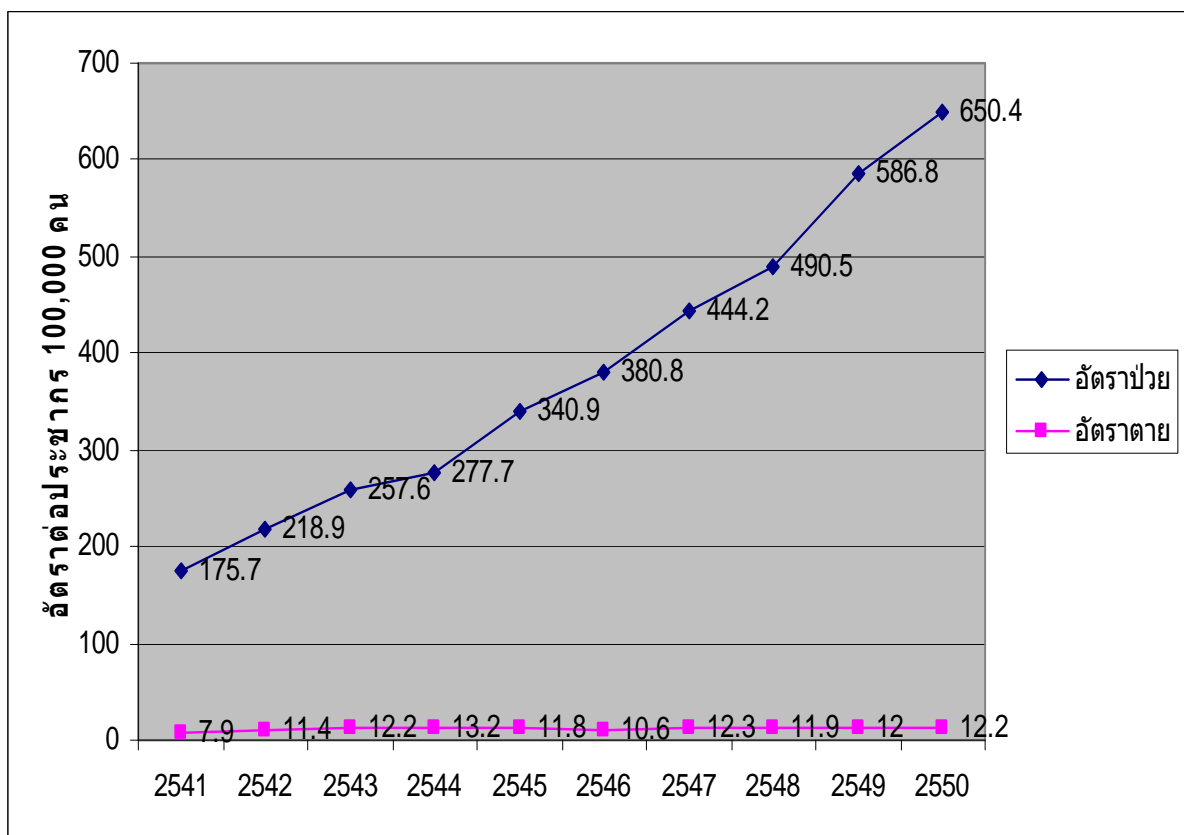
2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) หรือเป็นที่รู้จักกันว่า โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin-dependent diabetes: NIDM หรือ adult-onset) มีลักษณะที่เนื้อเยื่อไม่สามารถใช้ อินซูลินได้และเนื้อเยื่อชนิดเบต้าเซลล์ตับอ่อนของมีความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน ซึ่งโรคเบาหวานชนิดนี้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่จากรายงานการวิจัยมักพบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมักมีประวัติในครอบครัว อายุมากขึ้น (35 ปีขึ้นไป) มีน้ำหนักเกินและขาดการออกกำลังกาย และปัจจุบันมีรายงานจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดนี้ประมาณร้อยละ 90 ของกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลก<sup>86</sup>

3. โรคเบาหวานชนิดอื่น (Other specific type หรือ maturity-onset diabetes in youth) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทราบชนิดชัดเจน โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมน ยาหรือสารเคมี และอื่นๆ

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) หมายถึง โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

### สถานการณ์โรค

ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541-2550 พบว่าสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานคงที่ แต่อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานสูงขึ้นทุกปี<sup>16-21</sup> (แผนภูมิที่ 18) และใน ปี พ.ศ. 2550 สถิติจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยในภาคกลางป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงสุด รองลงมาได้แก่ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีอัตราการป่วย เป็น 764.1, 612.7, 611.7 และ 605.5 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ<sup>70</sup> และจากการสำรวจภาวะน้ำตาลในเลือดของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไประบุโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 พบว่าจำนวนเพศหญิงที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเพศชาย<sup>87</sup>



แผนภูมิที่ 18: อัตราการป่วยและตายของโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2541-2550<sup>16-21</sup>

## ปัจจัยเสี่ยง

โรคเบาหวานเป็นโรคปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดโรคอื่นเพิ่มขึ้น โดยมีผลการวิจัยรายงานว่า ผู้ป่วยที่ประวัติเป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cerebrovascular disease) ประมาณ 2 ถึง 4 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน<sup>88</sup> สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่การเกิดพยาธิสภาพที่จอประสาทตา ไต และหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดส่วนปลาย

## การป้องกัน

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้แก่ การรับประทานอาหารที่พอดี<sup>28,89</sup> และเพิ่มการบริโภค ผัก เต้าหู้ ปลา ลดการรับประทานอาหารพวกผลไม้ที่มีรสหวาน ข้าว แป้ง ลดความเครียดด้วยการนั่งสมาธิ หรือฝึกโยคะ และงดการกินของหวาน เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ซึ่งมีรายงานของอัตราการบริโภคน้ำตาลในประชากรชาวไทยสูงขึ้นประมาณ 3 เท่าในทศวรรษที่ผ่านมา กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2526 อัตราการบริโภคน้ำตาลร้อยละ 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2550 ที่มี อัตราการบริโภคน้ำตาลร้อยละ 36.4 กิโลกรัม/คน/ปี<sup>90</sup>

การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันโรคเบาหวาน โดยระยะเวลาการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพคือ 150 นาทีสะสมต่อสัปดาห์ ตามคำแนะนำของโปรแกรม The Diabetes Prevention Program (DPP) โดยการเดินหรือขึ้นบันไดประมาณ 10 นาที 3 ครั้งต่อวันเป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ เพื่อให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50 ถึง 60

# นโยบายการป้องกันและควบคุมโรค

---

## กระทรวงสาธารณสุข

ตามมาตรา 42 กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข มีส่วนราชการ<sup>91</sup> ดังนี้

1. สำนักงานรัฐมนตรี
2. สำนักงานปลัดกระทรวง
3. กรมการแพทย์
4. กรมควบคุมโรค
5. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
8. กรมสุขภาพจิต
9. กรมอนามัย
10. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

## วิสัยทัศน์

กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และ

เสมอภาค โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วน เพื่อสร้างสังคมที่มีจิตสำนึก

ด้านสุขภาพให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี สู้เป้าหมายสังคมอยู่เย็นเป็นสุข ตามแนวปรัชญา

เศรษฐกิจพอเพียง

## พันธกิจ

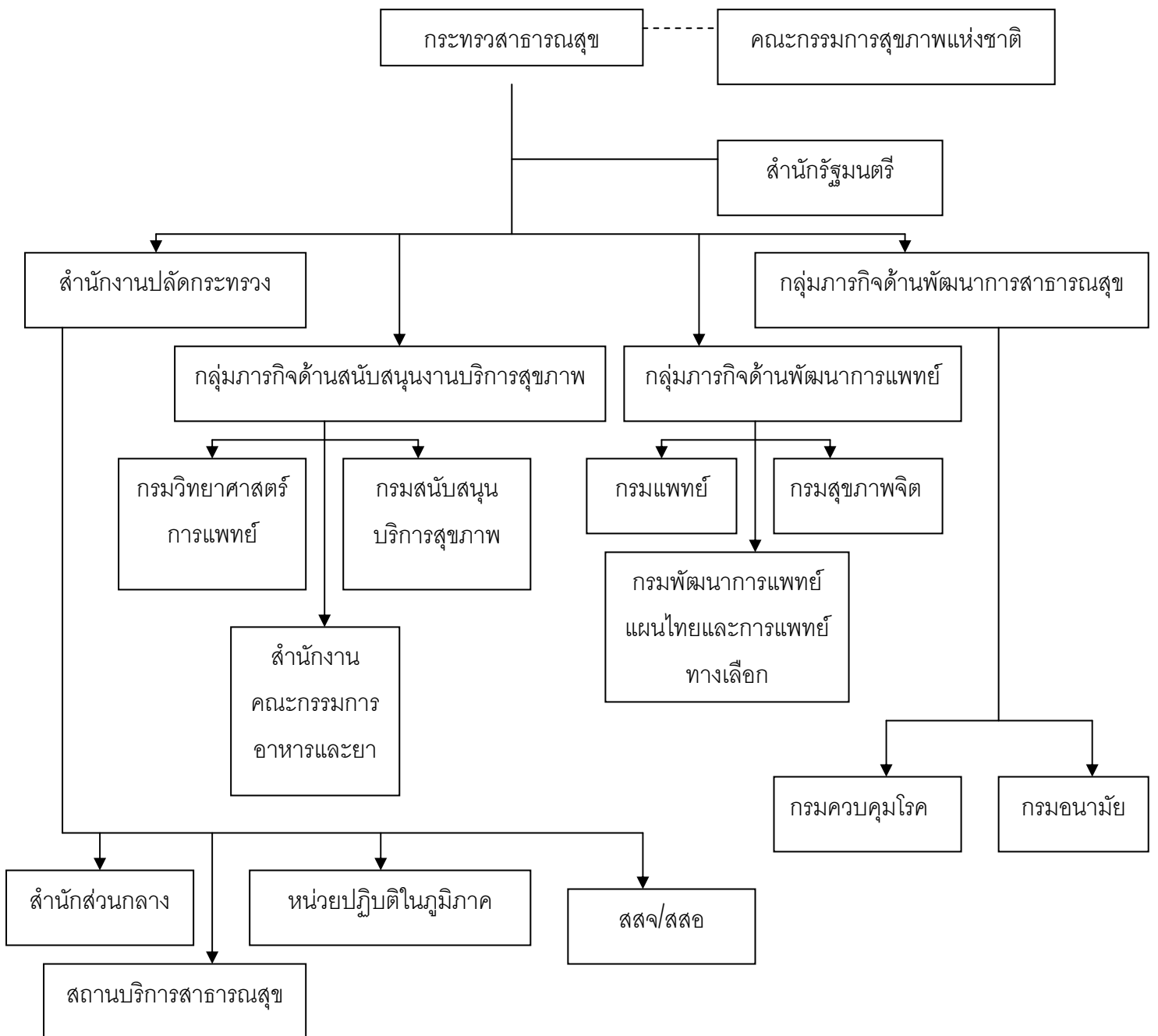
1. จัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมในทุกระดับ และสนับสนุนให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่ดี
2. พัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ทรัพยากร และองค์ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่การปฏิบัติอย่างบูรณาการ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

## ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขมี 3 กลุ่มภารกิจ (Cluster) ดังนี้ (แผนภูมิที่ 19)

1. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการจัดระบบความรู้และสร้างมาตรฐานการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 3 กรม ดังนี้
  - 1) กรมการแพทย์ ประกอบด้วย 21 กอง/สำนัก โดยเป็นหน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน และหน่วยงานวิชาการ 17 หน่วยงาน
  - 2) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย 3 กอง/สำนัก โดยจำแนกเป็นหน่วยงานสนับสนุน 1 หน่วยงาน และหน่วยงานวิชาการ 2 หน่วยงาน
  - 3) กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 10 กอง/สำนัก และ 12 ศูนย์สุขภาพจิต โดยจำแนกเป็นหน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 6 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง
2. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ
  - 1) กรมควบคุมโรค ประกอบด้วย 12 กอง/สำนัก และ 12 สำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 8 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง
  - 2) กรมอนามัย ประกอบด้วย 12 กอง/สำนัก และ 12 ศูนย์อนามัย โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 6 หน่วยงาน หน่วยงานที่บูรณาการงานจากกองวิชาการ 2 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง
3. กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ มีภารกิจเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพของประชาชน และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและได้รับบริการจากหน่วยบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานประกอบด้วย 3 กรม ดังนี้
  - 1) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 7 กอง/สำนัก โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 1 หน่วยงาน และหน่วยงานสนับสนุนบริการและวิชาการ 6 หน่วยงาน

- 2) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประกอบด้วย 10 กอง/สำนัก และ 12 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 2 หน่วยงาน หน่วยงานสนับสนุนบริการและวิชาการ 8 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง
- 3) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประกอบด้วย 10 กอง/สำนัก โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 2 หน่วยงาน และหน่วยงานสนับสนุนวิชาการ 8 หน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข



แผนภูมิที่ 19: โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

## กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหนึ่งในหน่วยงานราชการที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ที่มุ่งเน้นการเป็นผู้นำด้านวิชาการและเทคโนโลยีการป้องกันและควบคุมโรคของประเทศและระดับนานาชาติ<sup>92</sup>

### วิสัยทัศน์

เป็นผู้นำด้านวิชาการและเทคโนโลยีการป้องกันและควบคุมโรคของประเทศและระดับนานาชาติ

### พันธกิจ

1. ศึกษา ค้นคว้า ถ่ายทอดองค์ความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
2. ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ

### ภารกิจหลัก

1. ศึกษา ค้นคว้า วิจัย พัฒนาและกำหนดมาตรฐานทางวิชาการและเทคโนโลยี ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ
2. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน
3. ควบคุม กำกับ นิเทศ และประเมินผลด้านควบคุมโรค
4. ให้บริการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเฉพาะโรค
5. ประสานนโยบายและแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ
6. พัฒนาเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนการเฝ้าระวังโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรท้องถิ่น
7. สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับนานาชาติประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศในการป้องกัน ควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ

## สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานวิชาการที่รวมภารกิจในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์เข้าด้วยกัน<sup>93</sup>

### วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรชั้นนำของประเทศด้านวิชาการ และผลักดันนโยบายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

### พันธกิจ

พัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีและสร้างนวัตกรรม พัฒนาระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูล สื่อสารเตือนภัยและถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรม ผลักดันนโยบาย ประสาน สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

### โครงสร้าง

สำนักโรคไม่ติดต่อแบ่งกลุ่มหน่วยงานเป็น 5 หน่วยงานหลัก ได้แก่

1. กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ
2. กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บ
3. กลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม
4. ฝ่ายบริหารทั่วไป
5. ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ
6. กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ



## โครงการสุขภาพดีวิถีไทย: อ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นสำนักฯจึงได้ร่วมมือกับหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสุขภาพจิต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บูรณาการโครงการต่างๆ จัดทำ "โครงการสุขภาพดีวิถีไทย: อ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง" โดยใช้แนวคิดในการขับเคลื่อน "แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญระดับชาติ" ภายใต้ 6 มาตรการหลัก ได้แก่

- มาตรการที่ 1. ระบบการเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และการคัดกรองความเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 ระดับ (ระดับชุมชนและระดับสถานบริการ)
- มาตรการที่ 2. การสร้างความตระหนัก การให้ความรู้ในวงกว้างและการรณรงค์สร้างกระแสเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต
- มาตรการที่ 3. การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมและลดเสียงในชุมชน
- มาตรการที่ 4. การให้คำปรึกษาและปรับพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในสถานบริการ
- มาตรการที่ 5. การจัดการความรู้ และการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดำเนินในตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่มีความสำคัญระดับชาติให้มีความเข้มแข็ง
- มาตรการที่ 6. การนิเทศ กำกับติดตาม และประเมินผล

โครงการฯ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เสริมสร้างศักยภาพชุมชน รวมทั้งองค์กรภาคีเครือข่ายฯ ในชุมชนให้สามารถจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้
2. สถานบริการสาธารณสุขมีระบบการเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และการคัดกรองความเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด) รวมทั้งให้บริการเสริมทักษะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลด เสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. จังหวัดมีฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และดำเนินงานลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้
4. พัฒนากลไกขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะเพื่อให้ประชาชนรับรู้และเกิดความตระหนักหันตภัยร้ายของโรคอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5. พัฒนาศักยภาพบุคลากร และแกนนำในชุมชนในการเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และคัดกรองความเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้
6. สนับสนุนและพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขให้สามารถจัดบริการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคได้

ดังนั้นเพื่อผลักดันให้เกิดการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามโครงการฯ สำนักจึงได้ดำเนินการให้จังหวัดมีการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สุขภาพดีวิถีไทย) ตามมาตรฐานฯ ดังนี้

1. กำหนดนโยบายดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมในระดับจังหวัด
2. ดำเนินการคัดกรอง โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
3. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง และการสื่อสารเตือนภัย
4. จัดการความเสี่ยง/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยตั้งเป้าหมายที่ผู้ปฏิบัติมีมาตรฐานในการจัดกิจกรรมและสามารถอธิบายผลที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรม รวมถึงการให้ คำแนะนำสำหรับประชาชนที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ทุกจังหวัดมีการดำเนิน โครงการคัดกรองโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น
5. ส่งเสริม/สนับสนุนชุมชนในทุกจังหวัดดำเนินการ Community based intervention (CBI) "ชุมชนลดเสี่ยงลดโรค" โดยกิจกรรมประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ในชุมชน รวมถึงการวางแผนและประเมินชุมชนโดยคนในชุมชน

ซึ่งมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง (สุขภาพดีวิถีไทย) ปี 2553 ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1. คุณภาพการกำหนดนโยบายและแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง (สุขภาพดีวิถีไทย) ระดับจังหวัด เช่น มีนโยบายและแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังหรือปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น
2. คุณภาพการเฝ้าระวังและแจ้งข่าวสารเตือนภัยของโรคเรื้อรังในพื้นที่ เช่น การประเมินสถานการณ์โรคเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง หรือมีการนำเสนอสถานการณ์ในพื้นที่มาสื่อสารให้ชุมชนรับทราบ เป็นต้น
3. การจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญในประชากรทั่วไป ได้แก่ การลดเกลือ/หวาน/มัน เพิ่มผลไม้ การเพิ่มการเคลื่อนไหว/ออกกำลังกาย และ/หรือลดภาวะน้ำหนักเกิน การเลิกสูบบุหรี่/ลดดื่มสุรา

4. คุณภาพการบริการคัดกรองภาวะเบาหวานความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป เช่น มีการดำเนินงานคัดกรอง คู่มือ/แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการ และเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น
5. คุณภาพการดูแลรักษาโรคเรื้อรังเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยได้รับการตรวจและการรักษาตามความเหมาะสมของโรค เป็นต้น
6. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชนอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ชุมชน เช่น มีการวิเคราะห์ชุมชน การจัดทำแผนงานป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน รวมทั้งมีการดำเนินงานและกำกับติดตามประเมินผล ซึ่งการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนควรมีเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชุมชนในแต่ละปี

ตัวชี้วัดระดับกรมฯ จะประกอบด้วย 5 องค์ประกอบเท่านั้น ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 4 และ 6 โดยองค์ประกอบเรื่องคุณภาพการดูแลรักษาโรคเรื้อรังเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน นั้นเป็นความรับผิดชอบของกรมการแพทย์

## กรมอนามัย

กรมอนามัยเป็นหน่วยงานราชการในกระทรวงสาธารณสุขที่มีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงลดจนถึงการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีต่างๆทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยถ้วนหน้า<sup>94</sup>

### วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักของประเทศในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี

### พันธกิจ

1. ผลิต พัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรม (Innovation and Technical Development) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับวิถี ชีวิตของคนไทย
2. พัฒนา ผลักดัน และสนับสนุนให้เกิดนโยบาย และกฎหมายที่จำเป็น (Policy and Regulation Advocacy) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ
3. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ กับเครือข่าย รวมไปถึงการผลักดันและสนับสนุนให้เครือข่ายดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐาน และ กฎหมาย เพื่อให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีและมีคุณภาพ
4. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เข้มแข็ง (System Capacity Building) รวมไปถึงระบบที่เกี่ยวข้อง โดยการกำกับ ติดตาม และประเมินผลเพื่อนำมาสู่ การพัฒนานโยบายกฎหมาย และระบบอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

### หน้าที่ความรับผิดชอบของกรมอนามัย มีดังนี้

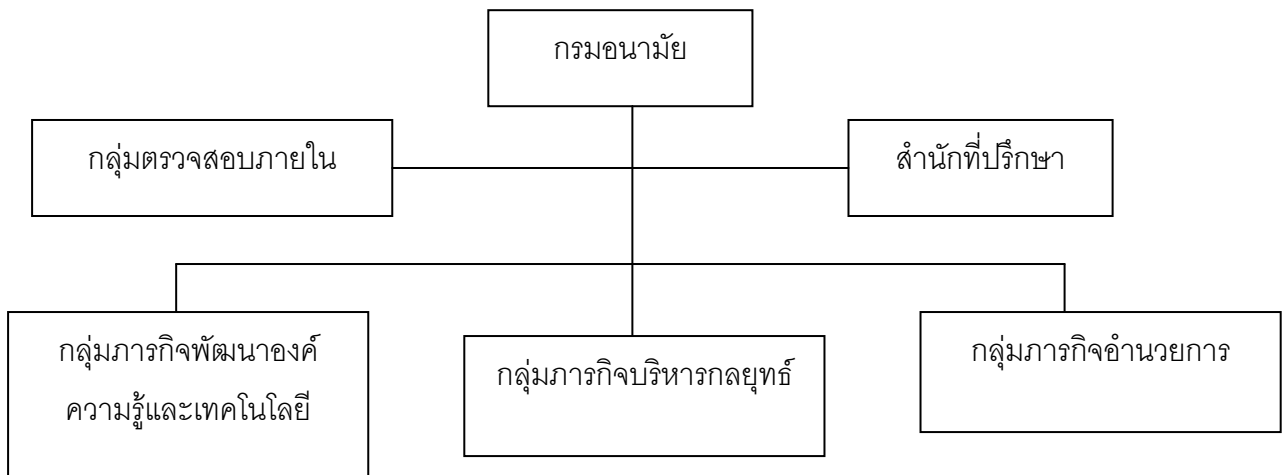
1. ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
3. กำหนดและพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานและกฎเกณฑ์ รวมทั้งการรับรองมาตรฐานการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพ
4. พัฒนาระบบและกลไกเครือข่ายในการเฝ้าระวัง และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระดับชาติ ระดับท้องถิ่น ระดับโครงการหรือกิจการใด ๆ
5. พัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ

6. ถ่ายทอดและเผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อม เพื่อสุขภาพและการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน
7. ส่งเสริมและ พัฒนาขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน
8. ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมอนามัย หรือตามที่กระทรวง หรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

### โครงสร้าง

กรมอนามัยได้แบ่งกลุ่มงานเป็น 3 กลุ่มงานหลัก (แผนภูมิที่ 20) ได้แก่

1. กลุ่มภารกิจพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี ประกอบด้วย
  - 1.1 กองทันตสาธารณสุข
  - 1.2 กองโภชนาการ
  - 1.3 กองอนามัยการเจริญพันธุ์
  - 1.4 กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
  - 1.5 กองสุขภาพิบาลชุมชนและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
  - 1.6 กองสุขภาพิบาลอาหารและน้ำ
2. กลุ่มภารกิจบริหารกลยุทธ์ ประกอบด้วย สำนักส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยและสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัย 12 เขตและศูนย์บริการกฎหมายสาธารณสุข
3. กลุ่มภารกิจอำนวยการ ประกอบด้วย สำนักงานเลขานุการกรม กองคลัง กองการเจ้าหน้าที่ กองแผนงานและกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร



แผนภูมิที่ 20: โครงสร้างกรมอนามัย

## สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ โดยจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี มีรายได้จากภาษีสรรพสามิตยาสูบและสุราในอัตราร้อยละ 2 ต่อปี ทำหน้าที่ จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน ประสานความร่วมมือเพื่อให้คนไทยริเริ่มกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยไม่จำกัดกรอบวิธีการ เป็นองค์กรด้านสุขภาพรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับมติของสมัชชาสุขภาพโลก (ด้านการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) World Health Assembly Resolution 12.8 : Health Promotion and Health Life-Style) เครือข่ายของสสส. นั้นมีมากมายทั่วประเทศ เช่น กลุ่มสถาบันการศึกษา มูลนิธิต่างๆ และองค์กรอิสระที่สนใจในการทำโครงการหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>95</sup>

### วิสัยทัศน์

"คนไทยมีสุขภาพะยังยืน" หมายถึง คนไทยมีสุขภาพดีครบใน 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และปัญญา ทั้งนี้ "ระบบสุขภาพ" ที่มีคุณลักษณะเหมาะสมย่อมเป็นหลักประกันความยั่งยืน

### พันธกิจ

จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน พัฒนาสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ดังนั้น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจึงมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนากลไกหรือต้นแบบในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเน้นการลงทุนในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงหลักได้แก่ บุหรี่ แอลกอฮอล์ อุบัติเหตุ การไม่ออกกำลังกาย ตัวอย่างโครงการ คือ การพัฒนานโยบายและต้นแบบการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการกินหวาน ลดพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน เป็นต้น ดังนั้นจึงพบว่า สสส. ไม่มีกิจกรรมหรือโครงการที่ดูแลเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง แต่มีกิจกรรมหรือโครงการที่ดูแลปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ต้น

## สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เพื่อสานต่อนโยบายรัฐบาลในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน เพื่อให้ทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพตามความจำเป็น อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ด้วยระบบบริหารจัดการและการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงสิทธิของประชาชนในการเลือกหน่วยบริการของตนเองรวมถึงการที่ผู้ให้บริการมีความสุขและสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้รับบริการ<sup>96</sup>

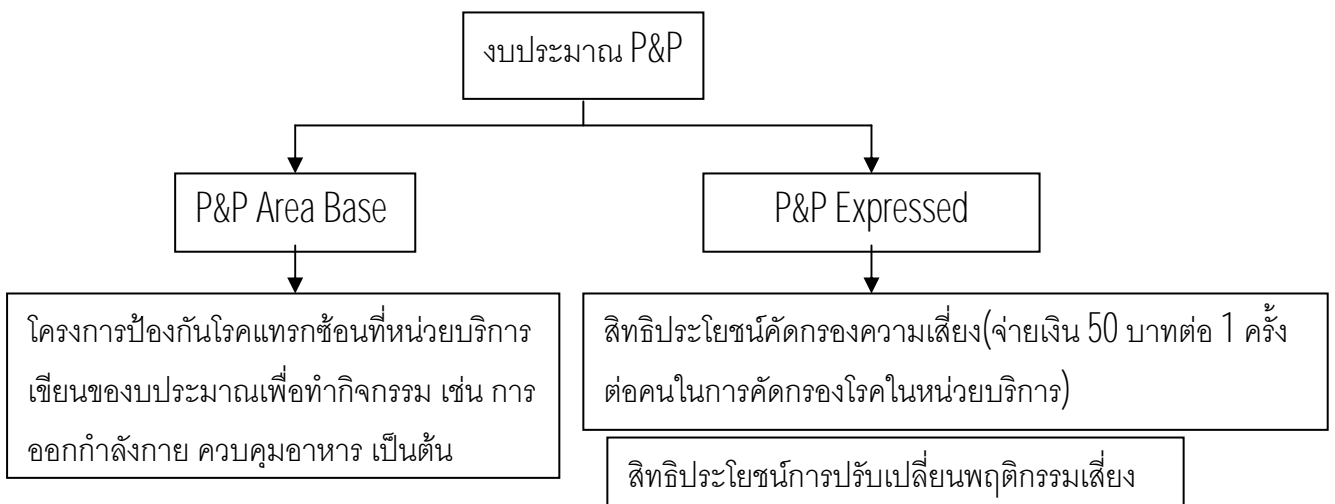
### วิสัยทัศน์

มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ

### พันธกิจ

1. ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดี ที่ประชาชนมั่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข
2. ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชน องค์กรประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ
3. ส่งเสริมกระบวนการการเรียนรู้ของประชาชนให้เข้าถึงสิทธิและหน้าที่ของประชาชน
4. จัดหาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เพียงพอ และบริการให้มีประสิทธิภาพ
5. สร้างระบบการบริหาร การจัดการองค์กรที่ได้มาตรฐานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

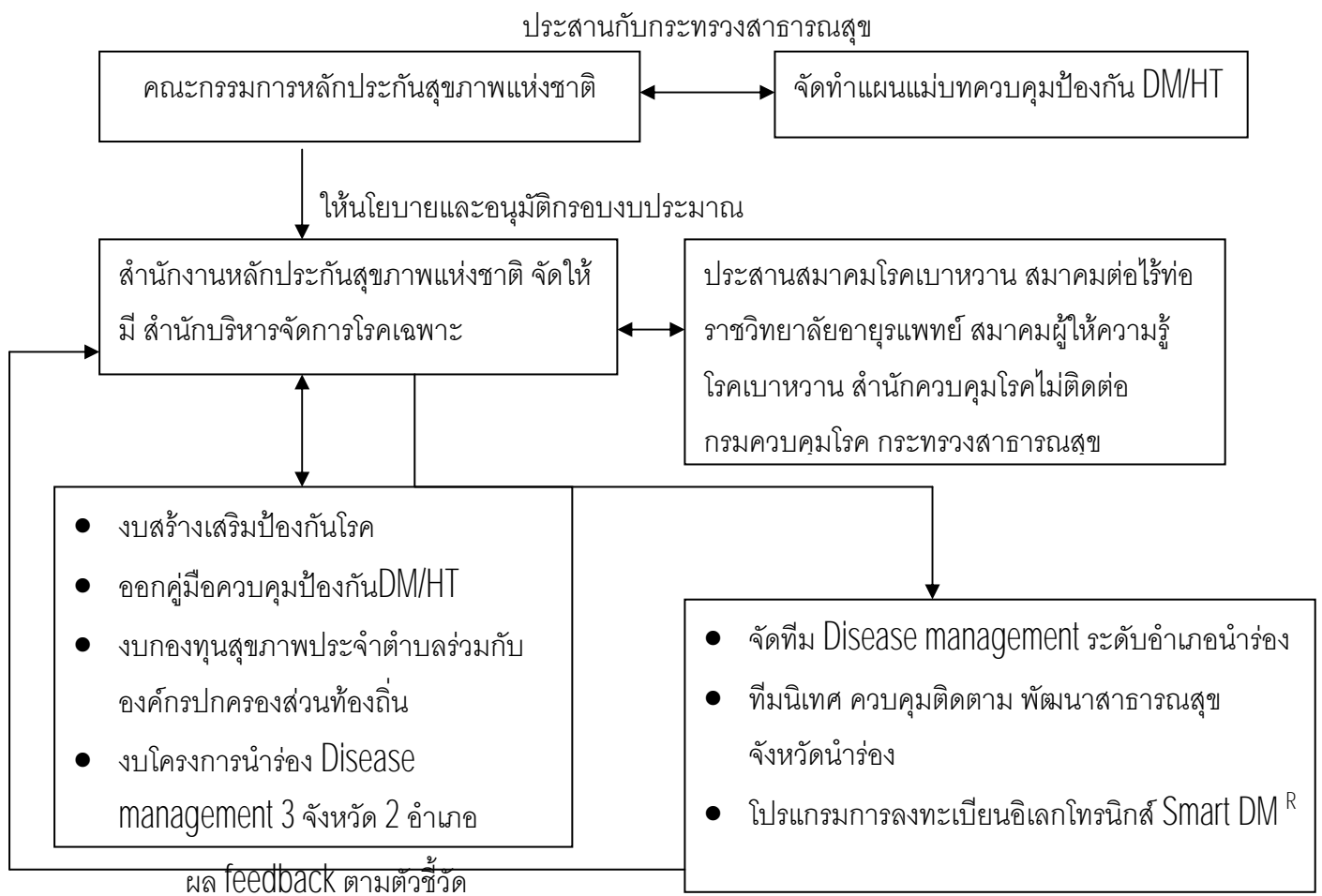
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบทบาทชัดเจนในการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองสิทธิของประชาชนโดยการสนับสนุนทางการเงิน (แผนภูมิที่ 21) ดังนั้นกิจกรรมส่วนใหญ่จะเน้นไปด้านการปกป้องสิทธิการรับบริการในการรักษาโรคของประชาชน เช่น การกำกับติดตามมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ คุณภาพการให้บริการ สิทธิในการรับการคัดกรอง และรักษาพยาบาล รวมถึงการกำหนดแนวทางในการรักษาโรค



แผนภูมิที่ 21: แผนภูมิปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเรื้อรังของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับแผนภูมิปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น นอกจากกิจกรรมจัดบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามพันธกิจขององค์กรแล้ว ยังมีกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การจัดสรรงบประมาณ การทำแผนแม่บท และคู่มือต่างๆ โดยเฉพาะในการดูแลและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการประสานกับองค์กรต่างๆ ในการดำเนินงานการป้องกันโรค (แผนภูมิที่ 22)

ดังนั้นจึงพบว่างบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีจำนวนประมาณ 73,000 ล้านบาทนั้นส่วนใหญ่ได้ให้สำหรับโครงการที่สนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามพบว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรงบประมาณสำหรับงานป้องกันโรคฯ เป็นจำนวนเงินประมาณ 8,000 ล้านบาท และตัวอย่างการสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เช่น สนับสนุนงบประมาณแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่กระทรวงสาธารณสุข เป็นจำนวน 75,000,000 บาท เป็นต้น



แผนภูมิที่ 22: การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



## องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)

องค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นองค์การอิสระที่ทำงานอยู่ภายใต้ระบบสหประชาชาติ และมีหน้าที่รับผิดชอบในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ รวมถึงการวิจัย การจัดทำมาตรฐาน การให้นโยบาย การประเมินผลและควบคุมกำกับติดตามแนวโน้มทางด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ<sup>97</sup> เครือข่ายขององค์กรมีอยู่มากกว่า 150 ประเทศและมีอยู่ในทุกทวีป<sup>98</sup>

### วิสัยทัศน์

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้รัฐบาลมีนโยบายและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกและข้อตกลงของรัฐบาล
2. พิจารณาให้การสนับสนุนโปรแกรมสุขภาพของหน่วยงานต่างๆ
3. ตอบสนองความต้องการขององค์กรต่างๆและภายใต้ความรับผิดชอบขององค์การอนามัยโลก
4. เป็นผู้ให้คำแนะนำทางนโยบายและผู้จัดการในขณะที่ทำงานร่วมกับรัฐบาล
5. เพิ่มโอกาสในการส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนกับตัวแทนสหประชาชาติและเข้าร่วมในโปรแกรมของผู้มีส่วนร่วมอื่น

### พันธกิจ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ร่วมมือจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับรัฐบาลไทยไว้ 7 ข้อ ดังนี้

1. ส่งเสริมการป้องกันระดับปฐมภูมิ รวมถึงการควบคุมและกำกับโรคติดต่อและโรคระบาด
2. รวบรวมเครื่องมือเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบาดเจ็บและโรคทางจิต
3. สร้างศักยภาพและความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพและนโยบายสุขภาพ
4. เสริมศักยภาพในการกำกับติดตามและประเมินผล เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ
5. ให้บริการสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อผู้ที่ยากไร้และประชากรกลุ่มเสี่ยงรวมถึงผู้ที่อยู่ตามตะเข็บชายแดนหรือพื้นที่ที่มีปัญหาขัดแย้ง
6. ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษจากสิ่งแวดล้อม
7. ส่งเสริมการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในการดูแลสุขภาพโดยผ่านทางเครือข่ายทั้งในและนอกประเทศ

ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้วางแผนกำหนดขอบเขตและสัดส่วนการทำงานตามหน้าที่หลักทุก 4 ปี ซึ่งขอบเขตและสัดส่วนการทำงานมีความเหมือนและแตกต่างตามสถานการณ์ของโลกและประเทศนั้นๆ สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแผนการดำเนินการใน 4 ปีหน้า โดยให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพกับสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพ

เป็นหลัก และสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนนโยบายและการปฏิบัติการป้องกันโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5: หน้าที่หลักขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2547-2550 และปี พ.ศ.2551-2554

Priority areas		WHO Core Function					
		Evidence-based policy and advocacy	Research and managing information	Technical and policy support	Partnerships	Setting norms and standards	Monitoring health situation and trends
Health systems	2547-2550	+++	+++	++	++	+	+
	2551-2554	+++	+++	++	++	+	++
Communicable disease	2547-2550	+++	+++	++	++	+++	+++
	2551-2554	++	+++	+++	+++	++	+++
NCD	2547-2550	+++	+++	++	++	+++	+++
	2551-2554	++	+++	+++	++	++	+++
Health promotion	2547-2550	++	++	+++	+++	+	++
	2551-2554	+++	+++	++	+++	+	++
Technical cooperation among countries	2547-2550	++	++	++	+++	++	++
	2551-2554	N/A					
Border health	2547-2550	+	++	++	+++	+	+++
	2551-2554	+++	++	++	+++	+	+++
Roll back malaria	2547-2550	+++	+=	++	++	++	+++
	2551-2554	N/A					
Environmental health	2547-2550	+++	++	++	+++	++	-
Human resources for health	2551-2554	++	++	+++	+++	+	-









## สรุป

แนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ในขณะที่แนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นเล็กน้อย และแนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานค่อนข้างคงที่ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าแนวโน้มของอัตราป่วยด้วยโรคดังกล่าวทั้งหมดกลับเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบว่าภาคกลางมีผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวข้างต้นสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นของประเทศ และพบว่าอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือมีแนวโน้มของการเกิดโรคเบาหวาน (ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

คำแนะนำสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคดังกล่าวข้างต้นนั้น ได้แก่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยการรับประทานอาหารนั้นจะเน้นที่การรับประทานผัก ผลไม้และอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณไขมันต่ำ ในขณะที่เดียวกันอาหารหรือเครื่องดื่มนั้นมีปริมาณน้ำตาลน้อยและรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมันและพลังงานและสารอาหาร เช่น ปริมาณโซเดียม เป็นต้น และทุกคนควรออกกำลังกายอย่างน้อยประมาณ 150 นาทีที่สะสมต่อสัปดาห์

"โครงการสุขภาพดีวิถีไทย: อ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง" เป็นโครงการที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขเพื่อตอบสนองนโยบาย "ลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ใน 5 อันดับแรก คือ หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง" ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ซึ่งถึงแม้จะพบว่าเครือข่ายความร่วมมือที่สำคัญซึ่งได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและองค์การอนามัยโลก นี้ไม่ได้กำหนดนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและไม่มีงบประมาณที่แน่ชัดในการดำเนินงานด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ในพันธกิจและแผนภูมิปฏิบัติงานขององค์กรนั้นได้ระบุถึงภารกิจและขอบเขตงานในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะโรคเรื้อรังไว้

# ลักษณะประชากรศึกษา

ประชากรในการศึกษานี้มาจากองค์กรทั้งสิ้น 16 องค์กร และทำการเก็บข้อมูลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (ตารางที่ 7)

1. ระดับผู้บริหาร ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ 2 กลุ่ม
  - 1.1 กลุ่มองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ 12
  - 1.2 กลุ่มองค์กรสนับสนุนทางสุขภาพ (เครือข่ายความร่วมมือ) ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization)
2. ระดับผู้รับผิดชอบงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
3. ระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม
4. ระดับประชาชน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ประชาชนกลุ่มป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง

ตารางที่ 7: จำนวนประชากรการศึกษาในระดับต่างๆ

	จำนวน (คน)
ระดับผู้บริหารองค์กร	16
ผู้บริหารองค์กร	5
ตัวแทนผู้บริหารองค์กร	11
ระดับผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	16
ระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม	33
ระดับประชาชน	2673
ผู้ป่วย	1412
กลุ่มเสี่ยง	1244
ไม่ระบุ	17



## ระดับผู้บริหาร

ประชากรระดับผู้บริหารมีจำนวนทั้งสิ้น 16 ท่าน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1. ผู้บริหาร/ผู้แทนองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย (ผู้แทน) และผู้บริหารหรือผู้แทนสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ 12)
2. ผู้บริหาร/ผู้แทนองค์กรสนับสนุนทางสุขภาพ (เครือข่ายความร่วมมือ) ได้แก่ ผู้แทนจัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และรองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต กรุงเทพฯ

ผลการศึกษาในระดับผู้บริหารมีดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 8)

### นโยบาย

พบว่าในจำนวนผู้บริหารทั้งหมด 16 ท่าน มีผู้บริหารจำนวน 14 ท่านที่มีนโยบายและมีกิจกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชัดเจน ซึ่งกิจกรรมหรือโครงการที่ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นการคัดกรองโรคในเบื้องต้น การรณรงค์ประชาสัมพันธ์หรือสื่อสารเตือนภัยรวมถึงการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และผู้บริหารจำนวน 13 ท่านมีแผนการส่งต่อนโยบายต่อผู้ปฏิบัติ และมีผู้บริหารเพียง 8 ท่านมีแผนเป็นลายลักษณ์อักษร โดยที่ผู้ดำเนินนโยบายต่อจากผู้บริหารองค์กรส่วนใหญ่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ

ผู้บริหารองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 6 ท่าน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต กรุงเทพฯ ได้กำหนดงบประมาณเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้อย่างชัดเจน โดยเหตุผลของผู้บริหารองค์กรที่ไม่กำหนดงบประมาณ คือ ในแต่ละปีงบประมาณขององค์กรจะถูกจัดสรรตามปัญหาและความจำเป็นเร่งด่วนของปัญหาในแต่ละปีของพื้นที่ และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการดูแลและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปี พ.ศ. 2551 มีดังนี้

1. องค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประมาณ 41 ล้านบาทต่อปีงบประมาณ และสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 1-12 ประมาณ 410,000.00 - 2,900,00.00 บาทต่อปีงบประมาณ โดยเฉลี่ยประมาณ 1,800,000.00 บาทต่อปีงบประมาณ

2. องค์การสนับสนุนทางสุขภาพ (เครือข่ายความร่วมมือ) ซึ่งได้แก่
  - 2.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีงบประมาณขององค์กรทั้งหมด 73,091.7 ล้านบาทงบประมาณนั้น ได้กำหนดงบประมาณที่ใช้ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 8,092.43 ล้านบาทต่อปีงบประมาณ
  - 2.2 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดงบประมาณที่ใช้ในการดูแลและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งรวมการป้องกันการบาดเจ็บเป็นเวลา 2 ปี เป็นจำนวนเงิน 300,000 \$US หรือประมาณ 11 ล้านบาท (เฉลี่ยปีละ 5 ล้านบาท)
  - 2.3 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) ไม่ได้กำหนดงบประมาณสำหรับป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ เนื่องจากเป้าหมายของสำนักงานกองทุนฯ ไม่ได้เจาะจงเพื่อโรคใดโรคหนึ่ง

## ปัญหาและสิ่งเอื้อ

ผู้บริหารองค์กรจำนวน 12 ท่าน ให้ความเห็นว่าบุคลากรเป็นอุปสรรคอันดับแรกในการดำเนินการตามนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากกำลังคนไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ รวมถึงพบว่าการที่บุคลากรขาดประสบการณ์ในการทำงานและความรู้ด้านการป้องกันโรค (จำนวน 8, 4, และ 4 ท่านตามลำดับ) และพบว่าการนิเทศติดตามและประเมินผล งบประมาณที่ไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม และนโยบายที่ไม่มีความชัดเจนเป็นอุปสรรครองลงมา (จำนวน 9, 8, และ 7 ท่านตามลำดับ) ซึ่งถึงแม้องค์กรส่วนใหญ่มีการนิเทศกำกับติดตามและประเมินผลแต่ไม่สามารถทำได้ทั่วถึงทุกกิจกรรมเนื่องจากกำลังคนไม่เพียงพอดังนั้นการแก้ไขส่วนใหญ่ คือ การขอความร่วมมือกับคนในพื้นที่ และการบูรณาการดำเนินงานระหว่างองค์กรผู้สนับสนุนหรือองค์กรในชุมชนที่รับผิดชอบในการป้องกันโรคฯ ร่วมกัน

ปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุนที่สำคัญที่สุดในการดำเนินการตามนโยบายการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่คือ นโยบาย (14 ท่าน) โดยมีเหตุผลว่าการที่มีนโยบายชัดเจนจะเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี รองลงมาได้แก่ บุคลากร ระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล และงบประมาณ (12, 11, และ 10 ท่าน ตามลำดับ) และการที่บุคลากรมีความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคฯ และการดำเนินงานเป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญที่สุดในด้านบุคลากร

ผู้บริหารเกือบทั้งหมดมีความเห็นว่าควรมีการพิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมในองค์กร โดยเฉพาะในด้านบุคลากร (13 ท่าน) รองลงมาได้แก่ ด้านระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล นโยบายและงบประมาณ (8, 7, และ 6 ท่าน ตามลำดับ) ซึ่งในด้านนโยบายนั้นได้มีการเสนอให้มีการผลักดันการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นนโยบายระดับชาติอย่างต่อเนื่องหลายปี เพื่อให้เกิดความตระหนักในประชาชนและกลุ่มผู้ปฏิบัติให้มีการทำงานอย่างจริงจัง

ตารางที่ 8: จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
ในระดับผู้บริหาร (n = 16)

	จำนวน (คน)
<b>นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</b>	
ไม่มีนโยบาย	1
มีนโยบายชัดเจน แต่ไม่มีกิจกรรม	0
มีนโยบายชัดเจน และมีกิจกรรม	14
อื่นๆ	1
<b>มีแผนการส่งต่อนโยบายต่อผู้ปฏิบัติและแผนภูมิ</b>	
ไม่มี	0
มี	13
แต่ไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ	2
และมีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ	8
อื่นๆ	3
ไม่ระบุ	3
<b>งบประมาณ</b>	
ไม่กำหนด	7
กำหนด	7
ไม่ระบุ	2
<b>ปัญหาอุปสรรคที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>	
นโยบาย	7
ไม่มีเรื่องการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในองค์กรโดยตรง	1
ไม่ชัดเจน	5
อื่นๆ	3
บุคลากร	12
กำลังคนไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม	8
ไม่มีประสบการณ์การทำงาน	4
ไม่ให้ความร่วมมือในการทำงาน	0
ขาดความรู้ในการทำงาน	4
อื่นๆ	1

ตารางที่ 8: จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
ในระดับผู้บริหาร (ต่อ)

	จำนวน (คน)
งบประมาณ	8
ไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม	4
อื่นๆ	5
การนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล	9
ยังไม่มีระบบ	0
มีระบบ	10
แต่ไม่ทั่วถึงทุกกิจกรรม	5
อื่นๆ	5
ไม่ระบุ	3
<b>ปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>	
นโยบาย	14
บุคลากร	12
ความร่วมมือจากผู้ร่วมดำเนินการป้องกันฯ	6
กำลังคนในการปฏิบัติงานเพียงพอ	3
บุคลากรมีประสบการณ์การทำงาน	6
บุคลากรมีความรู้	9
อื่นๆ	1
งบประมาณ	10
ระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล	11
อื่นๆ	3
ไม่ระบุ	1
<b>การพิจารณาปรับปรุง</b>	
ไม่มีเพิ่มเติม	3
มีเพิ่มเติม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	13
นโยบาย	7
บุคลากร	10
งบประมาณ	6
ระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล	8

ตารางที่ 8: จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
ในระดับผู้บริหาร (ต่อ)

	จำนวน (คน)
<b>บทบาทขององค์กร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>	
ผู้จัดการประสานภาพรวม	8
สนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติ	10
สนับสนุนการเงิน	5
พัฒนาและการประเมินมาตรฐานคุณภาพ	13
บริหารจัดการโครงการระดับจังหวัด	4
จัดบริการกิจกรรมติดตามและเสริมทักษะ	3
ไม่ระบุ	2
<b>เครือข่ายความร่วมมือ</b>	
ไม่มีเครือข่ายความร่วมมือ	0
มีเครือข่ายความร่วมมือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	14
การคัดกรองโรค	10
การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย	11
การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง	9
อื่นๆ	4
ไม่ระบุ	2

#### บทบาทและรูปแบบขององค์กร

ผลการศึกษาพบว่า องค์กรส่วนใหญ่มีบทบาทในด้านพัฒนาและการประเมินมาตรฐานคุณภาพคิดเป็น (13 ท่าน) รองลงมาคือสนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติและผู้จัดการประสานภาพรวม (จำนวน 10 และ 8 ท่านตามลำดับ)

## เครือข่ายความร่วมมือ

องค์กรเกือบทั้งหมดในการศึกษามีเครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพ (14 ท่าน) เช่น สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์กรทางการศึกษา เป็นต้น และองค์กรในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล สถานีนอนามัย และองค์กรเอกชน เป็นต้น ซึ่งองค์กรเหล่านี้ให้การสนับสนุนด้านกำลังคนในการดำเนินกิจกรรม เช่น การคัดกรองโรค การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย การจัดการอบรมความรู้เรื่องโรค หรือแม้กระทั่งงบประมาณสนับสนุนในบางโครงการ

## ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารองค์กรส่วนใหญ่เสนอให้มีนโยบายบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่ายที่ชัดเจน ซึ่งรวมถึงการกำหนดบทบาทในการทำงานสำหรับแต่ละองค์กรร่วมกันทั้งในระดับจังหวัดจนถึงระดับชุมชน และการวางกรอบการทำงานเป็นลายลักษณ์อักษรในการเชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆกับองค์กรผู้กำหนดนโยบายมากขึ้น ซึ่งเครือข่ายการทำงาน เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อช่วยในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลและส่งเสริมป้องกันโรคอย่างเหมาะสม และการพัฒนาฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อช่วยในการวางแผนงานก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน

## ระดับผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต้อมีจำนวน 16 คน ดังนี้

1. ผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อจากองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 คน จาก สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ 12
2. ผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อจากองค์กรสนับสนุนทางสุขภาพ (เครือข่ายความร่วมมือ) จำนวน 3 คน จาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์การอนามัยโลก (WHO)

ผลการศึกษาในระดับผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต้อเรื้อรัง (ตารางที่ 9) มีดังนี้

### นโยบาย

ผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต้อขององค์กรเกือบทั้งหมดในการศึกษามีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต้อเรื้อรังและมีกิจกรรมชัดเจน (15 คน) เช่น การคัดกรองโรคและพัฒนามาตรฐานการคัดกรอง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย การจัดอบรมความรู้ และการนิเทศติดตามงานดูแลและป้องกันโรคฯ เป็นต้น ซึ่งบางกิจกรรมไม่ได้ส่งเสริมเฉพาะโรคไม่ติดต้อเรื้อรังโดยตรง สำหรับการดำเนินงานนั้นผู้รับผิดชอบเกือบทั้งหมดมีแผนการส่งต่อนโยบายต่อผู้ปฏิบัติและแผนภูมิ (15 คน) แต่ในจำนวนนั้นมีแผนและมีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติเพียง 7 คน โดยผู้รับผิดชอบที่ไม่มีแผนส่งต่อเป็นลายลักษณ์อักษรนั้นเกือบทั้งหมดได้ดำเนินการส่งต่อการปฏิบัติโดยการจัดประชุมกลุ่มเพื่อถ่ายทอดนโยบาย สำหรับการดำเนินงานนั้นผู้รับผิดชอบเป็นเพียงผู้กำหนดกิจกรรม 8 ท่าน ในขณะที่การดำเนินงานนั้นผู้รับผิดชอบเป็นผู้กำหนดผู้ดำเนินการด้วยตนเอง 9 ท่านเนื่องจากผู้รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นหัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต้อหรือนักวิชาการสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต้อจำนวน 2 ท่านกล่าวว่า งบประมาณที่ได้รับนั้นไม่พอเพียง ซึ่งทำการแก้ไขโดยบูรณาการการทำงานร่วมกับองค์กรในพื้นที่หรือชุมชนที่มีงบประมาณสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต้อเรื้อรัง และผู้รับผิดชอบ จำนวน 12 ท่านให้ความเห็นว่างบประมาณเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต้อที่ได้รับนั้นไม่พอเพียง โดยจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการดูแลและป้องกันโรคไม่ติดต้อเรื้อรังในปี พ.ศ. 2551 มีดังนี้

1. ผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต้อขององค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักโรคไม่ติดต้อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณสำหรับการป้องกันโรคไม่ติดต้อเรื้อรังประมาณ 41 ล้านบาท และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 ได้รับงบประมาณสำหรับการป้องกันโรคต่างๆ มีจำนวนตั้งแต่

150,000.00 - 3,000,00.00 บาทต่อปีงบประมาณ โดยเฉลี่ยทั้งหมดประมาณ 1,000,000.00 บาทต่อปีงบประมาณ

2. ผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรสนับสนุนทางสุขภาพ (เครือข่ายความร่วมมือ) ซึ่งได้แก่

- 2.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้กำหนดงบประมาณที่ใช้ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 8,092.43 ล้านบาทต่อปี ซึ่งงบประมาณนี้เป็นงบประมาณสำหรับส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการทางสุขภาพ ไม่ได้เฉพาะสำหรับการจัดโครงการหรือกิจกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2.2 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดงบประมาณที่ใช้ในการดูแลและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งรวมการป้องกันการบาดเจ็บเป็นเวลา 2 ปี เป็นจำนวนเงิน 300,000 \$US หรือประมาณ 11 ล้านบาทต่อปี (เฉลี่ยปีละ 5 ล้านบาท)
- 2.3 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ไม่ได้กำหนดงบประมาณสำหรับป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ เนื่องจากเป้าหมายของสำนักงานกองทุนฯ ไม่ได้เจาะจงเพื่อโรคใดโรคหนึ่ง

## ปัญหา/สิ่งเอื้อ

ผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรจำนวน 11 คนให้ความเห็นว่าบุคลากรและการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผลเป็นอุปสรรคที่สำคัญอันดับแรก โดยในด้านบุคลากรนั้นกำลังคนไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรมเป็นปัญหามากที่สุด (จำนวน 11 คน) และถึงแม้จะมีการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล กลับพบว่าปัญหาคือบุคลากรไม่สามารถทำได้ทั่วถึงทุกกิจกรรม (จำนวน 10 คน) ซึ่งผู้รับผิดชอบฯ ส่วนใหญ่ได้มีการแก้ปัญหาด้านนี้โดยการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่มีอยู่ขององค์กร สำหรับปัญหารองลงมาคือนโยบาย (จำนวน 6 คน) เหตุผลคือนโยบายไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควรจึงทำให้ยากต่อการปฏิบัติขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกับพื้นที่และบางครั้งมีการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางสู่ผู้ปฏิบัติล่าช้า

นโยบาย บุคลากร งบประมาณ และระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล เป็นปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุนในการดำเนินการป้องกันขององค์กรที่สำคัญในความเห็นของผู้รับผิดชอบ (14, 14, 13, และ 12 คนตามลำดับ) กล่าวคือ องค์กรที่สามารถดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นกับการที่มีนโยบายชัดเจน เป็นรูปธรรมและไม่ล่าช้าในการถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ ในด้านบุคลากรนั้นคือการได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมดำเนินการป้องกันฯ นั้นสำคัญที่สุด (11 คน) รองลงมาคือ บุคลากรมีประสบการณ์การทำงาน กำลังคนที่เพียงพอต่อการดำเนินงานและบุคลากรมีความรู้ (9, 7, และ 6 คนตามลำดับ) และปัจจัยสำคัญที่เอื้อในผลการศึกษาคือ ขวัญและกำลังใจจากผู้นำองค์กร การให้ความสำคัญกับงานที่ทำของหัวหน้าหน่วยงาน ความตั้งใจของผู้ร่วมดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประชาชนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ



ตารางที่ 9: จำนวนและร้อยละของความเห็นในระดับผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคฯ  
(n = 16)

	จำนวน (คน)
<b>นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคฯ</b> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ไม่มีนโยบาย	0
มีนโยบายชัดเจน แต่ไม่มีกิจกรรม	0
มีนโยบายชัดเจน และมีกิจกรรม	15
อื่นๆ	0
ไม่ระบุ	1
<b>มีแผนการส่งต่อนโยบายต่อผู้ปฏิบัติและแผนภูมิ</b>	
ไม่มี	1
มี	15
แต่ไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ	3
และมีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ	7
อื่นๆ	5
ไม่ระบุ	0
<b>การกำหนดหรือมีส่วนร่วม</b>	
<b>การกำหนดกิจกรรม</b>	
ไม่ได้เป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วม	0
เป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วม	15
ผู้กำหนด	8
ผู้มีส่วนร่วม	7
<b>การกำหนดผู้ดำเนินการ</b>	
ไม่ได้เป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วม	2
เป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วม	13
ผู้กำหนด	9
ผู้มีส่วนร่วม	4
อื่นๆ	1

ตารางที่ 9: จำนวนและร้อยละของความเห็นในระดับผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคฯ (ต่อ)

	จำนวน (คน)
<b>งบประมาณ</b>	
ไม่มี/ไม่ได้รับ	2
ได้รับ	14
ไม่พอเพียง	2
พอเพียง	12
<b>ปัญหาอุปสรรคที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>	
นโยบาย	6
ไม่มีเรื่องการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในองค์กรโดยตรง	0
ไม่ชัดเจน	1
อื่นๆ	5
บุคลากร	12
กำลังคนไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม	11
ไม่มีประสบการณ์การทำงาน	4
ไม่ให้ความร่วมมือในการทำงาน	0
ขาดความรู้/ความมั่นใจในการทำงาน	4
อื่นๆ	1
งบประมาณ	3
ไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม	3
การนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล	12
ยังไม่มีระบบ	1
มีระบบ	11
แต่ไม่ทั่วถึงทุกกิจกรรม	10
อื่นๆ	1
ไม่ระบุ/ไม่มี	1

ตารางที่ 9: จำนวนและร้อยละของความเห็นในระดับผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคฯ (ต่อ)

	จำนวน (คน)
<b>ปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>	
นโยบาย	14
บุคลากร	14
ความร่วมมือจากผู้ร่วมดำเนินการป้องกันฯ	11
กำลังคนในการปฏิบัติงานเพียงพอ	7
บุคลากรมีประสบการณ์การทำงาน	9
บุคลากรมีความรู้	6
อื่นๆ	3
งบประมาณ	13
ระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล	12
อื่นๆ	4
ไม่ระบุ/ไม่มี	1
<b>ท่านมีบทบาท (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>	
ผู้จัดการประสานภาพรวม	5
สนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติ	10
สนับสนุนการเงิน	2
พัฒนาและการประเมินมาตรฐานคุณภาพ	12
บริหารจัดการโครงการระดับจังหวัด	2
จัดบริการกิจกรรมติดตามและเสริมทักษะ เป็นต้น	2
ไม่ระบุ/ไม่มี	0
<b>เครือข่ายความร่วมมือ</b>	
ไม่มีเครือข่ายความร่วมมือ	0
มีเครือข่ายความร่วมมือ	16
ไม่ระบุ/ไม่มี	0

## บทบาทและรูปแบบขององค์กร

ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าการดำเนินการป้องกันและดูแลโรคเรื้อรังขององค์กรที่สังกัดอยู่นั้นมีบทบาทพัฒนาและการประเมินมาตรฐานคุณภาพ (12 คน) รองลงมาคือการสนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติและผู้จัดการประสานภาพรวม (10 และ 5 คนตามลำดับ)

สำหรับกลุ่มองค์กรสนับสนุนทางสุขภาพ พบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทในการเป็นผู้จัดการประสานภาพรวม สนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติและสนับสนุนการเงิน ในขณะที่องค์กรอนามัยโลกกำหนดบทบาทขององค์กรในการให้การสนับสนุนเชิงพัฒนานโยบายแก่กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

## เครือข่ายความร่วมมือ

ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อทุกท่านมีเครือข่ายความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือศูนย์อนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ สำนักงานการศึกษา โรงพยาบาลทั้งส่วนที่เป็นราชการและเอกชน รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น โดยความร่วมมือส่วนใหญ่ ได้แก่ การคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อสื่อสารเตือนภัย และการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคต่างๆ และการจัดเก็บข้อมูลและรายงาน

## ความพึงพอใจ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับผิดชอบส่วนใหญ่พอใจกับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผ่านมาขององค์กรที่สังกัด โดยมีคะแนนความพึงพอใจรวมตั้งแต่ 24 - 33 คะแนน (คะแนนเต็ม 35 คะแนน) และค่าเฉลี่ยของคะแนนคือ  $28.4 \pm 2.7$  คะแนน และผู้รับผิดชอบส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุดด้านจำนวนแผนงานที่กำหนดไว้สามารถดำเนินงานได้ครบในแต่ละปี (คะแนนเฉลี่ย 4.36) และรองลงมาได้แก่ งานที่ทำสำเร็จได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด (คะแนนเฉลี่ย 4.3) ในขณะที่ผู้รับผิดชอบส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุดในด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ/อุปกรณ์จากผู้นำนโยบาย (คะแนนเฉลี่ย 3.8)

## ข้อเสนอแนะ

โครงการที่จัดสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ ได้แก่ โครงการคัดกรองโรค การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย การจัดอบรมความรู้ การประเมินมาตรฐานการป้องกันโรค และการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้น ผู้รับผิดชอบฯ ส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่าสิ่งที่ควรดำเนินการเพิ่มเติม คือ

1. การขยายความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น หน่วยงานในกระทรวงต่างๆ องค์กรในท้องถิ่นหรือชุมชน เพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกัน
2. พัฒนาแนวทางและจัดทำแผนนิเทศกำกับติดตามและประเมินผลให้เป็นระบบและการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ประเมินและผู้ปฏิบัติมากขึ้น
3. เชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยในระดับประเทศ
4. พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดความซ้ำซ้อนของแบบบันทึกโรค เช่น แนวทางการคัดกรองโรค

## ระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม

---

ประชากรระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีจำนวน 33 คน และผลการศึกษามีดังนี้ (ตารางที่ 10)

ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ดำเนินโครงการ/กิจกรรม ด้านการจัดอบรมให้ความรู้และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ หรือสื่อสารเตือนภัย (25 และ 24 คนตามลำดับ) และมีกิจกรรมนิเทศและติดตามประเมินผลเพียงเล็กน้อย (2 คน) ซึ่งผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมส่วนใหญ่มีแผนภูมิปฏิบัติ (26 คน) โดยผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมมีแผนภูมิปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร 20 คน และไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ 4 คน สำหรับการดำเนินกิจกรรมนั้นเกือบทั้งหมดเป็นเพียงผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมและการดำเนินการ (31 และ 31 คน ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมให้ความเห็นว่างบประมาณที่ได้รับในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมพอเพียง (27 คน) ซึ่งพบว่างบประมาณที่ได้เป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 80,000 - 12,000,000 บาท โดยส่วนใหญ่ได้รับประมาณ 500,000 บาท (5 คน) และโดยรวมแล้วโครงการ/กิจกรรมด้านการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จัดขึ้นได้รับความสนใจจากกลุ่มเป้าหมาย

### ปัญหา/สิ่งเอื้อ

ปัญหาอุปสรรคที่พบในกลุ่มผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมฯ ส่วนใหญ่คือด้านบุคลากร กล่าวคือบุคลากรไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรมและไม่มีประสบการณ์การทำงาน (24 และ 13 คน ตามลำดับ) รองลงมาคือการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผลโครงการ/กิจกรรมที่ไม่ทั่วถึง (20 คน) และพบว่า ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมฯ ส่วนน้อยให้ความเห็นว่านโยบายที่ไม่ชัดเจนและงบประมาณที่ไม่เพียงพอเป็นอุปสรรคในการดำเนินการ (7 และ 6 คน ตามลำดับ)

ปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุนในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่พบคือ นโยบาย บุคลากร งบประมาณ และระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล โดยในด้านบุคลากรนั้นความร่วมมือจากผู้ร่วมดำเนินการป้องกันฯ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด (26 คน) รองลงมาคือบุคลากรมีความรู้ (20 คน) ในขณะที่จำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงานที่เพียงพอเป็นปัจจัยสนับสนุนที่มีความสำคัญน้อยที่สุด (11 คน)

ตารางที่ 10: จำนวนและร้อยละของความเห็นในระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม (n = 33)

	จำนวน (คน)
<b>โครงการ/กิจกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>	
การคัดกรองโรค	15
การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ หรือสื่อสารเตือนภัย	24
การจัดอบรมให้ความรู้	25
นิเทศ ติดตามประเมินผล	2
<b>มีแผนภูมิปฏิบัติ</b>	
ไม่มี	6
มี	26
แต่ไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ	4
และมีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ	20
อื่นๆ	2
<b>การกำหนดกิจกรรม</b>	
ไม่ได้เป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วม	0
เป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วม	31
ผู้กำหนด	0
ผู้มีส่วนร่วม	31
<b>การกำหนดผู้ดำเนินการ</b>	
ไม่ได้เป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วม	0
เป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วม	32
ผู้กำหนด	1
ผู้มีส่วนร่วม	31
<b>งบประมาณ</b>	
ไม่พอเพียง	5
พอเพียง	27
<b>ความสนใจจากกลุ่มเป้าหมาย</b>	
ได้รับความสนใจ	32
ไม่ได้รับความสนใจ	0

ตารางที่ 10: จำนวนและร้อยละของความเห็นในระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม (ต่อ)

	จำนวน (คน)
<b>ปัญหาอุปสรรคที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>	
นโยบาย	
ไม่มีเรื่องการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในองค์กรโดยตรง	1
ไม่ชัดเจน	7
อื่นๆ	4
บุคลากร	
กำลังคนไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม	24
ไม่มีประสบการณ์การทำงาน	13
ไม่ให้ความร่วมมือในการทำงาน	4
ขาดความรู้ในการทำงาน	10
งบประมาณ	
ไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม	6
อื่นๆ	3
การนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล	
ยังไม่มีระบบ	1
มีระบบ	24
แต่ไม่ทั่วถึงทุกกิจกรรม	20
อื่นๆ	4
<b>ปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>	
นโยบาย	26
บุคลากร	
ความร่วมมือจากผู้ร่วมดำเนินการป้องกันฯ	26
กำลังคนในการปฏิบัติงานเพียงพอ	11
บุคลากรมีประสบการณ์การทำงาน	17
บุคลากรมีความรู้	20
อื่นๆ	1
งบประมาณ	25
ระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล	23



ตารางที่ 10: จำนวนและร้อยละของความเห็นในระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม (ต่อ)

	จำนวน (คน)
<b>เครือข่ายความร่วมมือ</b>	
ไม่มีเครือข่ายความร่วมมือ	1
มีเครือข่ายความร่วมมือ	32

## เครือข่ายความร่วมมือ

ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกือบทั้งหมดมีภาคีเครือข่ายในการดำเนินโครงการ/กิจกรรม เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน เป็นต้น

## ความพึงพอใจ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมส่วนใหญ่พอใจกับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผ่านมาขององค์กรที่สังกัด โดยมีคะแนนความพึงพอใจรวมตั้งแต่ 26 - 46 คะแนน (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) และค่าเฉลี่ยของคะแนนคือ  $37.7 \pm 3.9$  คะแนน และผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุดด้านจำนวนคนของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมและการที่สามารถตัดสินใจและจัดการปัญหาของโครงการ/กิจกรรมได้ด้วยตนเอง (คะแนนเฉลี่ย 4.1 และ 4.1 ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุดในด้านการที่กลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมอาการของโรคที่เป็นอยู่และการดำเนินกิจกรรมบรรลุวัตถุประสงค์ (คะแนนเฉลี่ย 3.3 และ 3.33 ตามลำดับ)

## ข้อเสนอแนะ

ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมฯ เสนอให้มีการจัดการเพิ่มเติม ดังนี้

1. ควรมีการดำเนินโครงการ/กิจกรรมเพิ่มความตระหนักในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยและประชากรกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและงบประมาณการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง
3. ควรจัดทำสื่อหรือทำการประชาสัมพันธ์ที่จูงใจให้ประชาชนตระหนักในปัญหาของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ควรมีนโยบายการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
5. ควรมีการบูรณาการโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนลงพื้นที่

## ประชาชน

ประชาชนในการศึกษานี้มีจำนวน 2,673 คน เป็นตัวแทนจาก ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 22.5, 10.8, 22.4, 21.8 และ 22.4 ตามลำดับโดยเป็นประชาชนกลุ่มป่วยร้อยละ 52.8 (n = 1412) และเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 46.5 (n = 1244) ผลการศึกษาพบว่าประชาชนทั้งหมดมีอายุระหว่าง 15 - 89 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปและเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.5) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.5) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.5) ประชาชนส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 70.4) และยังคงประกอบอาชีพ (ร้อยละ 71.6) และครอบครัวมีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 61.5) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11: ลักษณะของประชาชนในการศึกษา (n = 2673)

	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศและอายุ</b>		
ชาย	933	35.0
น้อยกว่า 40 ปี	87	9.3
40-49 ปี	240	25.7
50-59 ปี	267	28.6
60 ปีขึ้นไป	339	36.3
หญิง	1722	64.5
น้อยกว่า 40 ปี	163	9.5
40-49	435	25.3
50-59	512	29.7
60 ปีขึ้นไป	612	35.5
ไม่ระบุ	18	0.5

ตารางที่ 11: ลักษณะของประชาชนในการศึกษา (ต่อ)

		จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส	คู่	1991	74.5
	โสด	236	8.8
	หย่าร้าง	65	2.4
	ม่าย	376	14.1
	ไม่ระบุ	5	0.2
ศาสนา	พุทธ	2446	91.5
	อิสลาม	204	7.6
	อื่นๆ	14	0.6
	ไม่ระบุ	9	0.3
การศึกษาขั้นสูงสุด	ไม่ได้รับการศึกษา	138	5.2
	ประถมศึกษา	1881	70.4
	มัธยมศึกษาต้น	255	9.5
	มัธยมศึกษาปลาย/ปวช	182	6.8
	ปวส/อนุปริญญา	84	3.1
	ปริญญาตรี	114	4.3
	สูงกว่าปริญญาตรี	11	0.4
	ไม่ระบุ	8	0.3
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ	721	27
	ยังคงประกอบอาชีพ	1914	71.6
	ไม่ระบุ	38	1.4
รายได้ครอบครัว	0 - 10,000 บาท	1644	61.5
	10,001 - 20,000 บาท	480	18
	มากกว่า 20,000 บาท	222	8.3
	ไม่ระบุ	327	12.2

ตารางที่ 12: การเจ็บป่วยและสิทธิในการเบิกรักษาของประชาชน (n = 2673)

		จำนวน	ร้อยละ
<b>ประวัติการเจ็บป่วย</b>			
โรคความดันโลหิตสูง	ครอบครัว	1065	39.8
	ตนเอง	1133	42.4
โรคเบาหวาน	ครอบครัว	1014	37.9
	ตนเอง	812	30.4
ภาวะไขมันในเลือดสูง	ครอบครัว	251	9.4
	ตนเอง	405	15.2
โรคหัวใจ	ครอบครัว	172	6.4
	ตนเอง	125	4.7
โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)	ครอบครัว	60	2.2
	ตนเอง	20	0.7
โรคไต	ครอบครัว	100	3.7
	ตนเอง	49	1.8
<b>สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล</b>			
ไม่มี		103	3.9
มี		2540	95.3
อื่นๆ		30	0.8

ครอบครัวของประชาชนในการศึกษาส่วนใหญ่ในมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง) รองลงมาคือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 39.8 และ 37.9 ตามลำดับ และพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรองลงมา คือโรคเบาหวาน เช่นกัน (ร้อยละ 42.4 และ 30.4 ตามลำดับ) และเกือบทั้งหมดมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 95.3) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 13: การเข้าร่วมกิจกรรมและความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมจำแนกตามกลุ่มประชาชน  
(n = 2656)

	กลุ่มป่วย (n = 1412)		กลุ่มเสี่ยง (n = 1244)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การเข้าร่วมกิจกรรม</b>				
ไม่เข้าร่วม	442	31.3	450	36.2
เคยเข้าร่วมฯ <u>แต่เลิกแล้ว</u>	113	8	65	5.2
ยังคงเข้าร่วมกิจกรรม	837	59.3	725	58.3
ไม่ระบุ	20	1.4	4	0.3
<b>เหตุผลที่เลิกกิจกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>				
เบื่อ	18		3	
เปื่อย	61		27	
ไม่มีการจัดกิจกรรมแล้ว	32		23	
สุขภาพไม่แข็งแรง	5		7	
ไม่มีเวลา	1		0	
ไม่ได้ติดต่อประสานงาน				
<b>ต้องการมีการจัดกิจกรรม</b>				
ไม่ต้องการ	250	17.7	213	17.1
ต้องการ	1104	78.2	1008	81
ไม่ระบุ	58	4.1	23	1.9
<b>กิจกรรมที่อยากให้อีก</b>				
การคัดกรองโรค	569		555	
การออกกำลังกาย	768		685	
การอบรมความรู้	613		531	
อื่นๆ	46		16	

ประชาชนกลุ่มป่วยที่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวนมากกว่ากลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 59.3 และ 58.3 ตามลำดับ) แต่พบว่าจำนวนประชาชนผู้เคยเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่เลิกแล้วของประชาชนกลุ่มป่วยมากกว่ากลุ่มเสี่ยงเล็กน้อย (ร้อยละ 8 และ 5.2 ตามลำดับ) โดยประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่เลิกกิจกรรมเพราะไม่มีการจัดกิจกรรมแล้ว แต่อย่างไรก็ตามประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ต้องการมีการ

จัดกิจกรรม (ร้อยละ 78.2 และ 81 ตามลำดับ) ซึ่งกิจกรรมที่ต้องการส่วนใหญ่ทั้งประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงในคือการออกกำลังกาย (ตารางที่ 13)

## ปัจจัยคัดสรรกับความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม

ปัจจัยคัดสรรที่เอื้อต่อความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชนในการศึกษานี้ มี 7 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเชื่อในความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรม การรับรู้อุปสรรคในการทำกิจกรรม สิ่งชักนำสู่การเข้าร่วมกิจกรรมและปัจจัยทางบุคคลและสังคม ซึ่งผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทุกปัจจัยความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มป่วยสูงกว่ากลุ่มเสี่ยง (ตารางที่ 13)

เมื่อคำนวณด้วยสถิติ Independent-Samples t-test ทดสอบหาความแตกต่างระหว่างประชากรกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนกลุ่มป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรม มีสิ่งชักนำสู่การเข้าร่วมกิจกรรมและปัจจัยทางบุคคลและสังคมมากกว่ากลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.00, 0.00, 0.00, 0.13,$  และ  $0.001$  ตามลำดับ) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยของการเชื่อในความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรคในการทำกิจกรรมระหว่างประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.23$  และ  $0.06$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14: เปรียบเทียบปัจจัยคัดสรรที่เอื้อต่อความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง

	กลุ่มป่วย		กลุ่มเสี่ยง		t-test	p-value
	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค	12.1	2.9	11.2		
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.8	1.0	3.4	1.6	5.59	0.00*
การเชื่อในความสามารถของตนเอง	7.96	1.5	7.88	1.6	1.19	0.23
การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรม	12.7	1.9	12.5	1.9	3.49	0.00*
การรับรู้อุปสรรคในการทำกิจกรรม	20.4	3.7	20.2	3.2	1.93	0.06
สิ่งชักนำสู่การเข้าร่วมกิจกรรม	16.7	2.6	16.4	2.7	2.49	0.01*
ปัจจัยทางบุคคลและสังคม	16.4	2.7	16.1	2.8	3.32	0.001*

\* $p < 0.05$

# สรุป

---

องค์กรทางสุขภาพทั้งที่เป็นองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรสนับสนุนหรือเครือข่ายทางสุขภาพมีนโยบายและการดำเนินการที่สอดคล้องกันด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประชากรการศึกษาในแต่ละระดับนั้นมีทั้งปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในการดำเนินการที่เหมือนและแตกต่างกันบ้างในบางประเด็น ดังนี้

## ระดับผู้บริหาร

ผู้บริหารขององค์กรส่วนใหญ่มีนโยบายและมีแผนการส่งต่อนโยบายต่อผู้ปฏิบัติและแผนภูมิ และมีการกำหนดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชัดเจน พบว่าปัญหาในการดำเนินนโยบายที่สำคัญที่สุด คือ บุคลากรไม่เพียงพอรวมถึงขาดประสบการณ์ในการทำงาน และความรู้ด้านการป้องกันโรค สำหรับปัจจัยเอื้อในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือนโยบาย

องค์กรส่วนใหญ่มีบทบาทในด้านพัฒนาและการประเมินมาตรฐานคุณภาพคิดเป็น และมีความเห็นว่าการพิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมในองค์กรโดยเฉพาะในด้านบุคลากร ด้านระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล นโยบายและงบประมาณ

## ระดับผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกือบทั้งหมดมีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแผนการส่งต่อนโยบายต่อผู้ปฏิบัติและมีกิจกรรมชัดเจน ด้านงบประมาณที่ได้รับนั้นส่วนใหญ่พอเพียง และพบว่าการที่บุคลากรไม่เพียงพอและการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผลที่ไม่ทั่วถึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญ นโยบาย บุคลากร งบประมาณ และระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล เป็นปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุนในการดำเนินการป้องกันขององค์กรที่สำคัญ รวมถึงขวัญและกำลังใจจากผู้นำองค์กร การให้ความสำคัญกับงานที่ทำของหัวหน้าหน่วยงาน ความตั้งใจของผู้ร่วมดำเนินการและประชาชนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ และบทบาทและรูปแบบขององค์กรส่วนใหญ่ผู้รับผิดชอบฯ คือพัฒนาและการประเมินมาตรฐานคุณภาพ

## ระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม

ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ดำเนินโครงการ/กิจกรรมการจัดอบรมให้ความรู้และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ หรือสื่อสารเตือนภัย ซึ่งผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมส่วนใหญ่มีแผนภูมิปฏิบัติและเป็นลายลักษณ์อักษร งบประมาณที่ได้รับ

ในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมพอเพียง และโดยรวมแล้วโครงการ/กิจกรรมที่จัดขึ้นได้รับความสนใจจากกลุ่มเป้าหมาย

ปัญหาอุปสรรคที่พบในกลุ่มผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมฯ ส่วนใหญ่คือด้านบุคลากร สำหรับปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุนในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่พบคือนโยบาย

บุคลากร งบประมาณ และระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล

## ประชาชน

ประชาชนส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ยังคงประกอบอาชีพ และครอบครัวมีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท/เดือน บุคคลในครอบครัวส่วนมากในมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เช่นกัน

ประชาชนกลุ่มป่วยที่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวนมากกว่ากลุ่มเสี่ยง แต่พบว่าจำนวนประชาชนผู้เคยเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่เล็กแล้วของกลุ่มผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มเสี่ยงเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ยังคงต้องการให้มีการจัดกิจกรรมอยู่ เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยคัดสรรที่เอื้อต่อความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง พบว่าประชาชนกลุ่มป่วยมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรม มีสิ่งชักนำสู่การเข้าร่วมกิจกรรมและปัจจัยทางบุคคลและสังคมมากกว่ากลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## เครือข่ายความร่วมมือ

องค์กรเกือบทั้งหมดในการศึกษามีเครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพ เช่น สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์กรทางการศึกษา เป็นต้น และองค์กรในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล สถานีนอมาลัย และองค์กรเอกชน เป็นต้น ซึ่งองค์กรเหล่านี้ให้การสนับสนุนด้านกำลังคนในการดำเนินกิจกรรม เช่น การคัดกรองโรค การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย การจัดการอบรมความรู้เรื่องโรค หรือแม้กระทั่งงบประมาณสนับสนุนในบางโครงการ เป็นต้น



ตารางที่ 6: สรุปวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรทางสุขภาพ

องค์กร	วิสัยทัศน์	พันธกิจ
<p>กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health)</p>	<p>กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเสมอภาค โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วน เพื่อสร้างสังคมที่มีจิตสำนึกด้านสุขภาพให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี สู่เป้าหมายสังคมอยู่เย็นเป็นสุข ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ และระหว่างประเทศ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น</li> <li>พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ เสมอภาคทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน โดยเน้นชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน บริการเฉพาะทางและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยทางสุขภาพ</li> <li>ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคมในการมีส่วนร่วม สร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ เสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพ</li> <li>พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ให้มีคุณภาพมาตรฐานตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง</li> <li>กำหนดนโยบายทิศทางการวิจัย และการบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพ</li> </ol>

ตารางที่ 6: สรุปลวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรทางสุขภาพ (ต่อ)

องค์กร	วิสัยทัศน์	พันธกิจ
กรมอนามัย (Department of Health)	เป็นองค์กรหลักของประเทศในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผลิต พัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรม (Innovation and Technical Development) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับวิถี ชีวิตของคนไทย</li> <li>2. พัฒนา ผลักดัน และสนับสนุนให้เกิดนโยบาย และกฎหมายที่จำเป็น (Policy and Regulation Advocacy) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ</li> <li>3. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ กับเครือข่าย รวมไปถึงการผลักดันและสนับสนุนให้เครือข่ายดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐาน และ กฎหมาย เพื่อให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีและมีคุณภาพ</li> <li>4. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เข้มแข็ง (System Capacity Building) รวมไปถึงระบบที่เกี่ยวข้อง โดยการกำกับ ติดตาม และประเมินผลเพื่อนำมาสู่ การพัฒนานโยบายกฎหมาย และระบบอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ</li> </ol>
กรมควบคุมโรค	เป็นผู้นำด้านวิชาการและเทคโนโลยีการป้องกันและควบคุมโรคของประเทศและระดับนานาชาติ	วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีการป้องกันควบคุมโรคที่ได้ มาตรฐาน และสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน ตลอดจนหน่วยงานระดับนานาชาติ

ตารางที่ 6: สรุปลักษณะและพันธกิจขององค์กรทางสุขภาพ (ต่อ)

องค์กร	วิสัยทัศน์	พันธกิจ
สำนักโรคไม่ติดต่อ (Bureau of Non-Communicable Disease)	เป็นองค์กรชั้นนำของประเทศด้านวิชาการ และผลักดันนโยบายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ	พัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีและสร้างนวัตกรรม พัฒนาระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูล สื่อสารเตือนภัยและถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรม ผลักดันนโยบาย ประสาน สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) (National Health Security Office)	มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึง ด้วยความมั่นใจ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดี ที่ประชาชนมั่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข</li> <li>ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชน องค์กรประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ</li> <li>ส่งเสริมกระบวนการการเรียนรู้ของประชาชนให้เข้าถึงสิทธิและหน้าที่ของประชาชน</li> <li>จัดหาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เพียงพอ และบริการให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>สร้างระบบการบริหาร การจัดการองค์กรที่ได้มาตรฐานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</li> </ol>
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) (Thai Health Promotion Foundation)	"คนไทยมีสุขภาพะยังยืน" หมายถึง คนไทยมีสุขภาพดีครบใน 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคมและปัญญา ทั้งนี้ "ระบบสุขภาพ" ที่มีคุณลักษณะเหมาะสมย่อมเป็นหลักประกันความยั่งยืน	จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน พัฒนาสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ตารางที่ 6: สรุปวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรทางสุขภาพ (ต่อ)

องค์กร	วิสัยทัศน์	พันธกิจ
<p>องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมและสนับสนุนให้รัฐบาลมีนโยบายและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกและข้อตกลงของรัฐบาล</li> <li>พิจารณาให้การสนับสนุนโปรแกรมสุขภาพของหน่วยงานต่างๆ</li> <li>ตอบสนองของความต้องการขององค์กรต่างๆและภายใต้ความรับผิดชอบขององค์การอนามัยโลก</li> <li>เป็นผู้ให้คำแนะนำทางนโยบายและผู้จัดการในขณะทำงานร่วมกับรัฐบาล</li> <li>เพิ่มโอกาสในการส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนกับตัวแทนสหประชาชาติและเข้าร่วมในโปรแกรมของผู้มีส่วนร่วมอื่น</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมการป้องกันระดับปฐมภูมิ รวมถึงการควบคุมและกำกับโรคติดต่อและโรคระบาด</li> <li>รวบรวมเครื่องมือเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบาดเจ็บและโรคทางจิต</li> <li>สร้างศักยภาพและความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพและนโยบายสุขภาพ</li> <li>เสริมศักยภาพในการกำกับติดตามและประเมินผล เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ</li> <li>ให้บริการสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อผู้ที่ยากไร้และประชากรกลุ่มเสี่ยงรวมถึงผู้ที่อยู่ตามตะเข็บชายแดนหรือพื้นที่ที่มีปัญหาขัดแย้ง</li> <li>ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม</li> <li>ส่งเสริมการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในการดูแลสุขภาพโดยผ่านทางเครือข่ายทั้งในและนอกประเทศ</li> </ol>

# บทที่ 5

## สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาศึกษาสามารถสรุปได้ว่าประเทศไทยมีศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพเป็นที่น่าพอใจในส่วนของกรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจนในระดับชาติ กล่าวคือ จากการสำรวจข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากองค์กรด้านสุขภาพต่างๆ ได้กระทำมาอย่างต่อเนื่องมาเกือบทศวรรษซึ่งส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของโรคดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการป่วยจากโรคเหล่านี้กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นจึงพบว่าการลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ถูกบรรจุเป็นหนึ่งในเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) อย่างชัดเจน ด้วยคาดหวังว่าการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายจะกระตุ้นความตระหนักหรือความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประชาชนทั่วไป

อย่างไรก็ตาม ศักยภาพในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับผู้บริหารขององค์กร ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรพิจารณาปรับปรุงบางประการ ซึ่งผลการศึกษาคงจะถูกรายงานตามกรอบการศึกษา-ปัญหา นโยบายและเครือข่ายความร่วมมือ

# ปัญหา

---

ปัญหาที่มีผลต่อศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยในการศึกษานี้ คือ ความสอดคล้องของนโยบายและการดำเนินงาน ความไม่ต่อเนื่องของกิจกรรมที่จัดและความตระหนักหรือความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน

นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการดำเนินการตามนโยบายไม่สอดคล้องกันเท่าที่ควร ถึงแม้ผลการศึกษาจะพบว่าองค์กรเกือบทั้งหมดมีนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบัน และนโยบายนั้นมีลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติและงบประมาณที่พอเพียงในการจัดกิจกรรมผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้กำหนดกิจกรรมตามนโยบายไว้อย่างชัดเจนรวมถึงผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมทุกท่านได้จัดกิจกรรมสำหรับเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ เช่น การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น แต่ปัญหาหลักที่พบคือจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอทำให้ส่งผลกระทบต่อการนิเทศ กำกับติดตามประเมินผลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งในประเด็นนี้ทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้ดำเนินการให้ความเห็นสอดคล้องกัน และยังพบว่าการส่งผ่านนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติล่าช้าในบางครั้ง ดังนั้นการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมควรพิจารณาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นเช่นกัน

การจัดโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นไม่ต่อเนื่อง ถึงแม้ว่านโยบายจะสนับสนุนการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด แต่ผลที่ได้จากการศึกษาเป็นที่น่าสนใจว่าประชากรส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่เลิกกิจกรรมคือไม่มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเมื่อโครงการการส่งเสริมการป้องกันโรคได้สิ้นสุดลง ซึ่งเหตุผลดังกล่าวอาจเป็นการสะท้อนให้ผู้รับผิดชอบการป้องกันโรคฯ พิจารณาแก้ไขอุปสรรคของการเกิดหรือความต่อเนื่องของโครงการ/กิจกรรมในพื้นที่รับผิดชอบ และจากผลการศึกษาพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของประชาชนที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมให้เหตุผลว่าเบื่อและสุขภาพไม่แข็งแรง ซึ่งการพิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบของกิจกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการวางแผนจัดโครงการ/กิจกรรมในครั้งต่อไป

การให้ลำดับความสำคัญของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในขณะนั้นๆ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการมีกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคที่ไม่ต่อเนื่อง จากผลการศึกษาพบว่าบางองค์กรได้กำหนดงบประมาณในการดำเนินการแต่ละปีตามปัญหาที่เร่งด่วนในขณะนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องโรคติดต่อ ซึ่งส่งผลให้งบประมาณในการสนับสนุนโครงการ/กิจกรรมการป้องกัน

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาจถูกลดลง จนทำให้ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรต้องชะลอการวางแผนการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคได้

ความตระหนักหรือความสนใจในปัญหาที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนยังอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่น่าพอใจ ผลการศึกษาจะพบว่าประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงยังคงเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นมากกว่าจำนวนที่ไม่เข้าร่วมและเด็กเข้าร่วมกิจกรรมเพียงเล็กน้อย และยังพบว่ากลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าประชาชนกลุ่มป่วย ซึ่งจากผลการศึกษาี้สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักหรือความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่น้อยกว่าที่ควรในประชาชนทั้งสองกลุ่ม ดังนั้นการเพิ่มความตระหนักหรือความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงจึงจำเป็นอย่างยิ่ง เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคและปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากประชาชนไม่ให้ความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเท่าที่ควร เป็นต้น ซึ่ง Kingdon กล่าวว่า ปัญหาจะถูกยอมรับว่าเป็นปัญหาเมื่อบุคคลหรือองค์กรนั้นยอมรับว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหา

## นโยบาย

---

นโยบายขององค์กรในการกำหนดบทบาทขององค์กรเป็นอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทุกองค์กรทางสุขภาพมีนโยบายตอบรับการแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบันในการลดการอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาหลายปี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสนใจในปัญหาของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับผู้นำองค์กร แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าระดับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์กรส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ให้ความสำคัญต่อบทบาทในด้านพัฒนาและการประเมินมาตรฐานคุณภาพเป็นหลัก รองลงมาคือการสนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติ ในขณะที่พบว่าการจัดบริการกิจกรรมติดตามและเสริมทักษะในการป้องกันโรคฯ ถูกกำหนดให้เป็นบทบาทที่สำคัญน้อยที่สุดขององค์กรทางสุขภาพในการศึกษานี้ ซึ่งอาจส่งผลถึงทิศทางการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรได้ ดังนั้นการปรับหรือขยายขอบเขตของบทบาทองค์กรเป็นสิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายควรคำนึงถึง การประชุมชี้แจงบทบาทเพิ่มเติมสำหรับผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การเสริมทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชน เป็นต้น

## เครือข่ายความร่วมมือ

เครือข่ายความร่วมมือนั้นเป็นปัจจัยทางการเมือง/นโยบายทางการเมือง (politics) ที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความต่อเนื่องของโครงการหรือกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรค และเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสนใจที่จะแก้ปัญหา แต่จากผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ เครือข่ายในชุมชนและเครือข่ายระดับประเทศ

เครือข่ายทางสุขภาพในชุมชนเป็นเครือข่ายที่สำคัญที่ช่วยในการดำเนินการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศ ซึ่งได้แก่ บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพของโรงพยาบาลระดับจังหวัด/ตำบล ครูโรงเรียนต่างๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลหรือหมู่บ้าน เป็นต้น ซึ่งเครือข่ายดังกล่าวเหล่านี้ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนเรื่องกำลังคน วัสดุอุปกรณ์หรืองบประมาณที่ไม่มากนัก ดังนั้นโครงการ/กิจกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับประเทศจึงต้องการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสุขภาพระดับประเทศเช่นกัน เนื่องจากเครือข่ายในระดับประเทศสามารถให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การสร้างฐานข้อมูลที่เป็นสำคัญสำหรับการติดตามและประเมินผลในระยะยาว

เครือข่ายทางสุขภาพระดับประเทศที่สำคัญมีนโยบายในการดำเนินกิจกรรมที่แตกต่างกับองค์กรผู้กำหนดนโยบายในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเครือข่ายทางสุขภาพระดับประเทศที่สำคัญในการศึกษานี้ ได้แก่ องค์กรอนามัยโลก (WHO) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งองค์กรอนามัยโลกนั้นเป็นเครือข่ายที่มีอิทธิพลต่อองค์กรผู้กำหนดนโยบายด้านการกำหนดทิศทางการดำเนินการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการผลักดันให้เกิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการป้องกันโรคฯ มากกว่าการสนับสนุนด้านงบประมาณ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นองค์กรเครือข่ายทางสุขภาพที่มีอำนาจต่อรองในการดำเนินกิจกรรมที่สำคัญเนื่องจากเป็นผู้สนับสนุนหลักด้านงบประมาณการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ แต่จากผลการศึกษาพบว่างบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่กำหนดสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อนั้นน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่กำหนดไว้สำหรับการดูแลรักษาโรค และงบประมาณของสำนักงานกองทุน



สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีไว้สำหรับลดปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ บุหรี่ สุรา อุบัติเหตุ และการออกกำลังกาย ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใด ซึ่งอาจด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้องค์กรทางสุขภาพต่างๆ ขาดศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมที่จัดเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยตรง และอาจเป็นสาเหตุของการไม่ต่อเนื่องของกิจกรรมเนื่องจากงบประมาณที่ถูกจำกัดด้วยนโยบายขององค์กรสนับสนุน จึงส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ตรงกับเป้าหมายในการลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นควรมีการเจรจาความร่วมมือระหว่างผู้บริหารในองค์กรสุขภาพและองค์กรที่มีอำนาจต่อรองเพื่อเพิ่มงบประมาณสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยตรง

## ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

### บทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสาธารณสุขแต่บทบาทของการทำดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคฯ ในแต่ละระดับควรแตกต่างกัน ดังนี้ (แผนภูมิที่ 23)

#### ระดับผู้บริหาร

ผู้บริหารคือผู้มีหน้าที่โดยตรงในการกำหนดนโยบาย ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Supportive Environment) ที่สำคัญ แต่พบว่านโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเกือบทุกองค์กรถูกกำหนดโดยความต้องการขององค์กรทางสุขภาพในขณะนั้น ซึ่งบางครั้งทำให้เกิดการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อนในพื้นที่เป้าหมายและทำให้จำนวนบุคลากรในระดับปฏิบัติไม่เพียงพอต่อการทำงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการกำหนดนโยบายร่วมกันระหว่างเครือข่ายทางสุขภาพที่สำคัญ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ องค์การอนามัยโลก เป็นต้น รวมถึงการจัดการประชุมความเป็นไปได้ของนโยบายเพื่อแก้ปัญหาหรืออุปสรรคในระบบบริการสุขภาพเป็นระยะเป็นสิ่งจำเป็น

นอกจากการเพิ่มงบประมาณการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้บริหารองค์กรควรคำนึงถึงการเพิ่มบุคลากรระดับปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเชิงรุกและเพิ่มประสิทธิภาพการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผลของการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านแหล่งทุน

ระหว่างองค์กรเพื่อให้เกิดการสนับสนุนด้านวัสดุ/อุปกรณ์/สื่อ สิ่งพิมพ์ ที่เพียงพอและทันการ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดำเนินการโครงการ/กิจกรรมต้องการมากที่สุด

### ระดับผู้รับผิดชอบ

ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในการศึกษานี้เกือบทั้งหมดเป็นนักวิชาการที่ทำหน้าที่ในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการดื่มสุรา การสูบบุหรี่และการป้องกันอุบัติเหตุ ดังนั้นจึงพบว่าผู้รับผิดชอบส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานเชิงรุกและการนิเทศ กำกับและติดตามประเมินผลด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นบทบาทที่สำคัญสำหรับผู้รับผิดชอบการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถดำเนินการในสถานการณ์เช่นนี้ คือ การสร้างความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Awareness) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเป็นอันดับแรก และรองลงมาคือประชาชนทั่วไป

การสร้างความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือการดำเนินกิจกรรมที่มุ่งหมายให้เกิดความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคฯ ซึ่งกิจกรรมที่ได้จากข้อเสนอแนะในผลการศึกษา ได้แก่ (1) การหาวิทยวิธีประชาสัมพันธ์เรื่องโรคฯแก่ประชาชน เช่นการสร้างสื่อที่กระตุ้นภัยจากโรคฯ (2) การจัดทำฐานข้อมูลการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เนื่องจากฐานข้อมูลทำให้บุคคลที่รับผิดชอบและดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้เกิดความตระหนักในปัญหาของการเกิดโรค และฐานข้อมูลนั้นยังเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระยะยาวที่ดี การพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานขององค์กร (3) การเร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรในองค์กรด้านความรู้เรื่องโรคฯ เพื่อให้บุคลากรขององค์กรเกิดความตระหนักของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นอันดับแรก รวมถึงการฝึกทักษะวิธีการดำเนินโครงการ/กิจกรรมและการนิเทศ ติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการศึกษานี้ และ (4) การสร้างเครือข่ายผู้ประสานงานและแหล่งทุนขอบุคลากรในการดำเนินการและสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินการ

### ระดับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม

ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชน (Lifestyle Change) เนื่องจากเป็นผู้ที่กำหนดกิจกรรมและทำให้กิจกรรมสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องได้ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าอุปสรรคในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมคือ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอใน

การดำเนินกิจกรรมและไม่มีประสบการณ์การทำงาน และปัจจัยอื่นที่สำคัญรองจากนโยบาย คือ ความร่วมมือจากผู้ร่วมดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคฯและบุคลากรที่ร่วมงานมีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการดำเนินโครงการ/กิจกรรม ในขณะที่จำนวนบุคลากรในการทำงานเป็นปัญหาที่สำคัญในการดำเนินงาน

ดังนั้น ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรหรือผู้ให้บริการด้านการป้องกันและดูแลโรค (Quality Health Care) และการสร้างเครือข่ายการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในท้องถิ่น เช่น บุคลากรทางสุขภาพของโรงพยาบาล สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ เป็นอันดับแรกก่อนเริ่มกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชน ซึ่งนอกจากจะเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังเป็นวิธีที่ทำให้มีการดำเนินการเพื่อให้เกิดกิจกรรมที่ต่อเนื่อง (Availability) ซึ่งจากผลการศึกษายังพบว่าความต่อเนื่องของโครงการ/กิจกรรมเป็นสาเหตุหลักในการเข้าร่วมกิจกรรมของทั้งประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง การประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อการวางแผนดำเนินกิจกรรมในระยะยาว โดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมาย กิจกรรม และกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทั้งในด้านการเข้าถึงแหล่งการดำเนินกิจกรรม (Accessibility) และค่าใช้จ่าย (Affordability) เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยของความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นสิ่งควรคำนึงถึงเช่นกัน โดยผลการศึกษาพบว่าประชาชนกลุ่มป่วยมีการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่ากลุ่มเสี่ยง และปัจจัยที่เอื้อความสนใจการเข้าร่วมกิจกรรมในประชาชนกลุ่มป่วยมากกว่ากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรม การมีสิ่งชักนำสู่การเข้าร่วมกิจกรรมและปัจจัยทางบุคคลและสังคม ดังนั้นควรมีการจัดโครงการ/กิจกรรมการเพิ่มความรู้เพื่อกระตุ้นหรือเพิ่มความสนใจในการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนเป็นระยะ ซึ่งความรู้ที่ควรจัดนั้นนอกจากจะเป็นความรู้เรื่องโรคด้านสาเหตุและผลที่จะเกิดขึ้นเมื่อเป็นโรคแล้วอาจรวมถึงความรู้ด้านแหล่งความรู้เพิ่มเติมหากผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงต้องการ และแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเป็นไปได้สำหรับผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงในการจัดการกับโรคที่เป็นอยู่ เป็นต้น



## นโยบายและการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างเครือข่ายความร่วมมือ

นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ แนวทางที่กำหนดทิศทางการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าถึงแม้ทุกองค์กรจะตอบรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบันในการกำหนดนโยบายเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยของประชากรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาหลายปี แต่กลับพบว่าการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร สืบเนื่องได้จากแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปีของอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญทางสาธารณสุข เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งการที่นโยบายและการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร อาจเนื่องจากสาเหตุบางประการ ได้แก่ (1) การให้ความสำคัญกับความร่วมมือของเครือข่ายในการกำหนดและส่งผ่านนโยบายไม่เหมาะสม และ (2) มาตรฐานการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถูกพัฒนาโดยผู้บริหารและผู้รับผิดชอบและการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้น เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น การให้ความสำคัญกับการกำหนดและส่งผ่านนโยบาย การพัฒนามาตรฐานการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการนิเทศ ติดตามและประเมินผลมาตรฐานการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคฯ ขององค์กรในแต่ละองค์กรควรพิจารณาปรับปรุง

ถึงแม้องค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรเครือข่ายทางสุขภาพในระดับประเทศมีการกำหนดและส่งผ่านนโยบายทางสุขภาพเป็นอิสระต่อกัน แต่ผู้บริหารองค์กรควรให้ความสำคัญกับการร่วมมือกันในการกำหนดนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคฯ กล่าวคือ องค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ควรจะร่วมมือกับองค์กรเครือข่ายทางสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งได้แก่ องค์การอนามัยโลก (WHO) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการกำหนดและส่งผ่านนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และองค์กรที่รับนโยบายในส่วนภูมิภาคจากทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขก็ควรให้ความสำคัญกับการสร้างความร่วมมือในการกำหนดและส่งผ่านนโยบายไปสู่องค์กรส่วนท้องถิ่น/ชุมชนร่วมกัน เพื่อให้ผู้ที่รับนโยบายในระดับองค์กรส่วนท้องถิ่น/ชุมชนไปดำเนินการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่สับสนและซ้ำซ้อนในการดำเนินการป้องกันโรคฯ เนื่องจากพบว่ากลุ่มผู้รับนโยบายทั้งจากองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรผู้สนับสนุนนโยบายเป็นกลุ่มเดียวกัน (แผนภูมิที่ 24)



การพัฒนามาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละองค์กรควร พิจารณาปรับปรุง กล่าวคือ การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ นั้นขึ้นอยู่กับ การดำเนินการที่ได้มาตรฐานและมีระบบการกำกับติดตามและประเมินผลที่มี ประสิทธิภาพ เนื่องจากมาตรฐานที่ดีและการกำกับที่มีคุณภาพและเหมาะสมเป็นการควบคุมการ ให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีและเกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมได้เร็วขึ้น ซึ่งถึงแม้ทุกองค์กรมีหน่วยงานในภูมิภาค ดำเนินการพัฒนามาตรฐานการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้บริหารองค์กร ทุกหน่วยงานควรแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการกำหนดมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังโดยตรงเป็นระยะๆกับองค์กรท้องถิ่น/ชุมชนเพื่อเป็นรับทราบปัญหาที่แท้จริงและปรับ แนวทางปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคฯให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันสำหรับผู้ปฏิบัติงานใน ท้องถิ่น/ชุมชน

ผู้บริหารองค์กรควรให้ความสำคัญกับการกำกับ นิเทศ ติดตามและประเมินผลโดยตรงกับ เครือข่ายทางสุขภาพในระดับท้องถิ่น/ชุมชนเช่นกัน กล่าวคือ นอกเหนือจากการกำกับ นิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมตามแผนที่กำหนดประจำปีจากหน่วยงาน ประจำภูมิภาคแล้ว ผู้บริหารองค์กรควรพิจารณาทำการกำกับ นิเทศ ติดตามและประเมินผลด้วย เป็นบางครั้งเช่นกัน เนื่องจากเป็นผู้บริหารองค์กรเป็นผู้กำหนดทิศทางและสามารถต่อรองการ ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับประเทศและมีอำนาจสูงสุดในการ ตัดสินใจแก้ปัญหาที่อาจเป็นข้อจำกัดในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังได้เร็วขึ้น เช่น การเพิ่มงบประมาณการป้องกันและควบคุมโรคฯเชิงรุก การกำหนด นโยบายให้มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น (แผนภูมิที่ 25)





# สรุป

จากการสำรวจและทบทวนวรรณกรรมพบว่าถึงแม้อัตราการเจ็บป่วยของประชาชนชาวไทยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แต่อาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยมีศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับที่น่าพอใจระดับหนึ่ง ด้วยเหตุผลหลายประการ ดังนี้

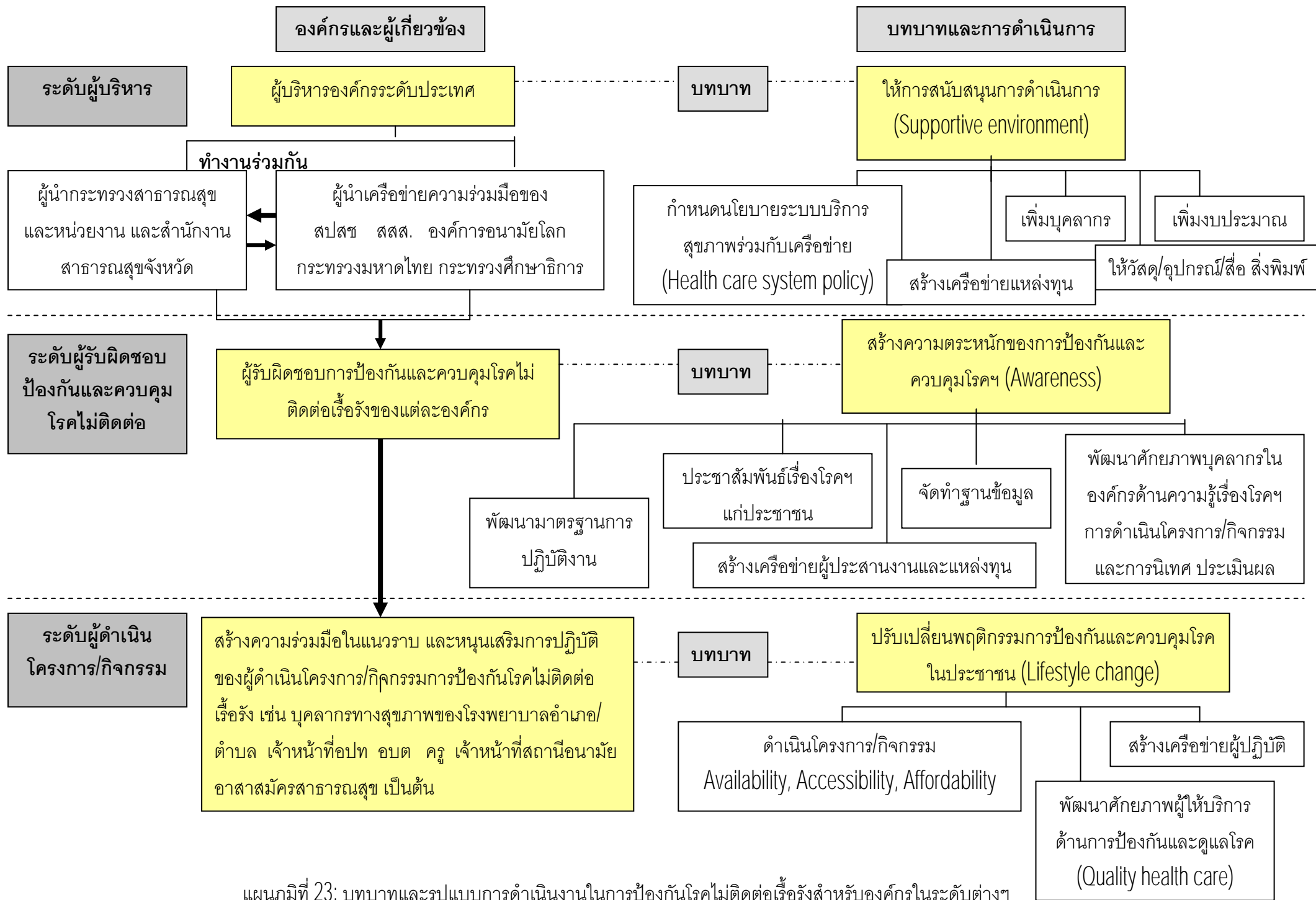
ประการแรกคือประเทศไทยมีนโยบายที่เอื้อต่อการเกิดศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กล่าวคือ ผู้นำองค์กรระดับประเทศทั้งในองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายทางสุขภาพที่สำคัญได้กำหนดนโยบายการลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติค่อนข้างชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงผู้นำองค์กรเกือบทั้งหมดได้กำหนดงบประมาณไว้เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้ผู้รับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขององค์กร และผู้ดำเนินโครงการหรือกิจกรรมสามารถดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคฯ ได้ตามที่กำหนดไว้

ประการที่สองผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเกือบทุกองค์กร และ ผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมในการศึกษามีการดำเนินกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การพัฒนาศักยภาพผู้นำในชุมชนในการลดเสี่ยงลดโรค เป็นต้น และประการที่สามคือประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่สนใจและต้องการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากประชาชนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประโยชน์ของกิจกรรมการป้องกันโรค ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นการบ่งบอกศักยภาพของผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมในการให้ความรู้และชักจูงประชาชนให้สนใจการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

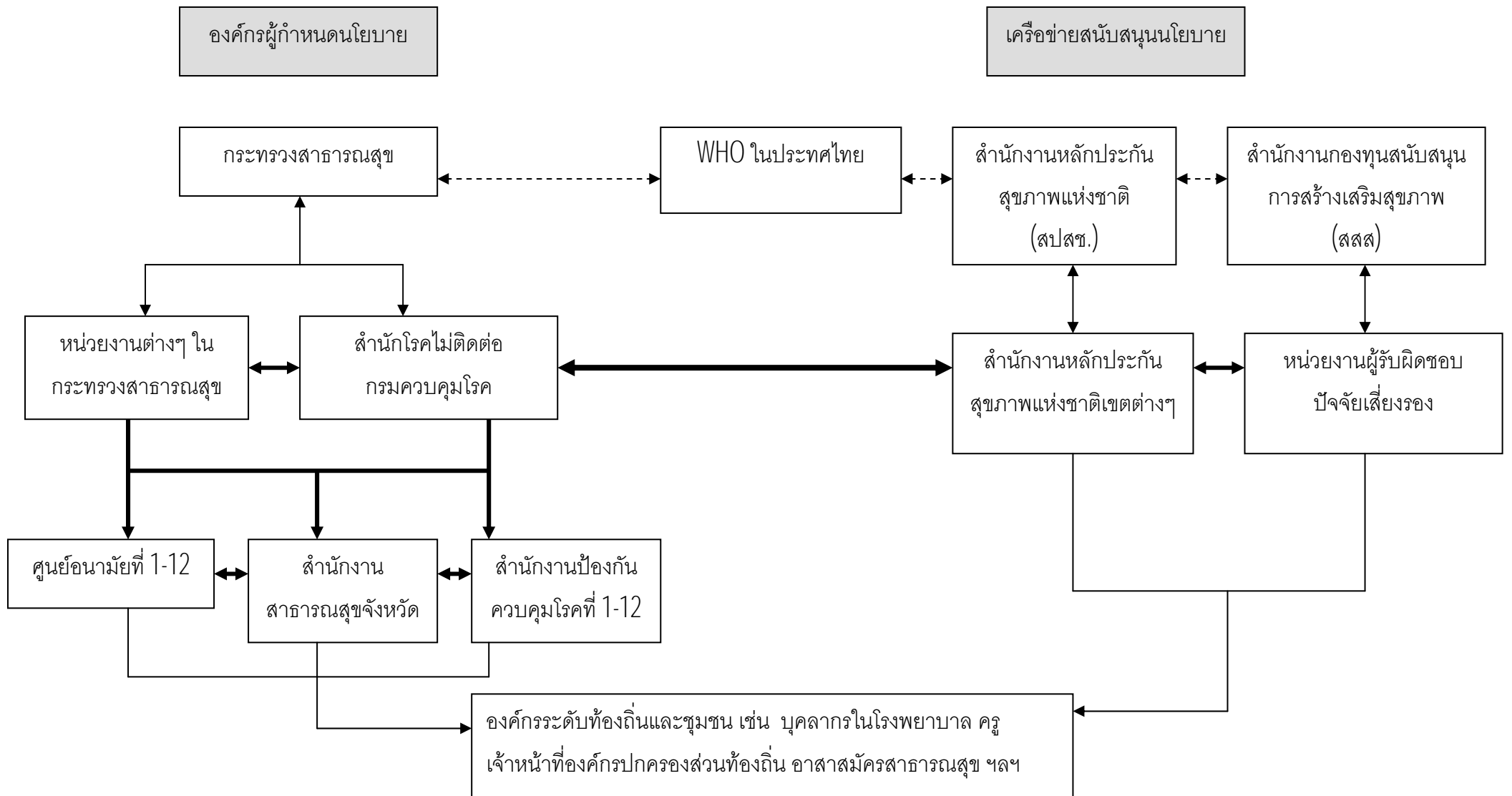
ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพเป็นอุปสรรคของการเกิดศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศที่สำคัญในการศึกษานี้ ดังนั้นข้อเสนอแนะสำหรับผู้นำองค์กรทางสุขภาพและผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ การพิจารณาพัฒนาบุคลากรด้านความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความสามารถในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการเพิ่มจำนวนบุคลากรที่มีความสามารถในการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการ เป็นอันดับต้นของการพัฒนาศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศในการวางแผนครั้งต่อไป

## ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ กล่าวคือ จำนวนผู้นำองค์กร ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ฯ มีไม่มากนัก รวมทั้งองค์กรส่วนใหญ่ในการศึกษาเป็นองค์กรหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งต่อไปนั้นควรเพิ่มเติมจำนวนผู้นำองค์กร ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันโรคฯ เพิ่มขึ้นจากองค์กรทางสุขภาพอื่นที่หลากหลาย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล และโรงเรียน เป็นต้น

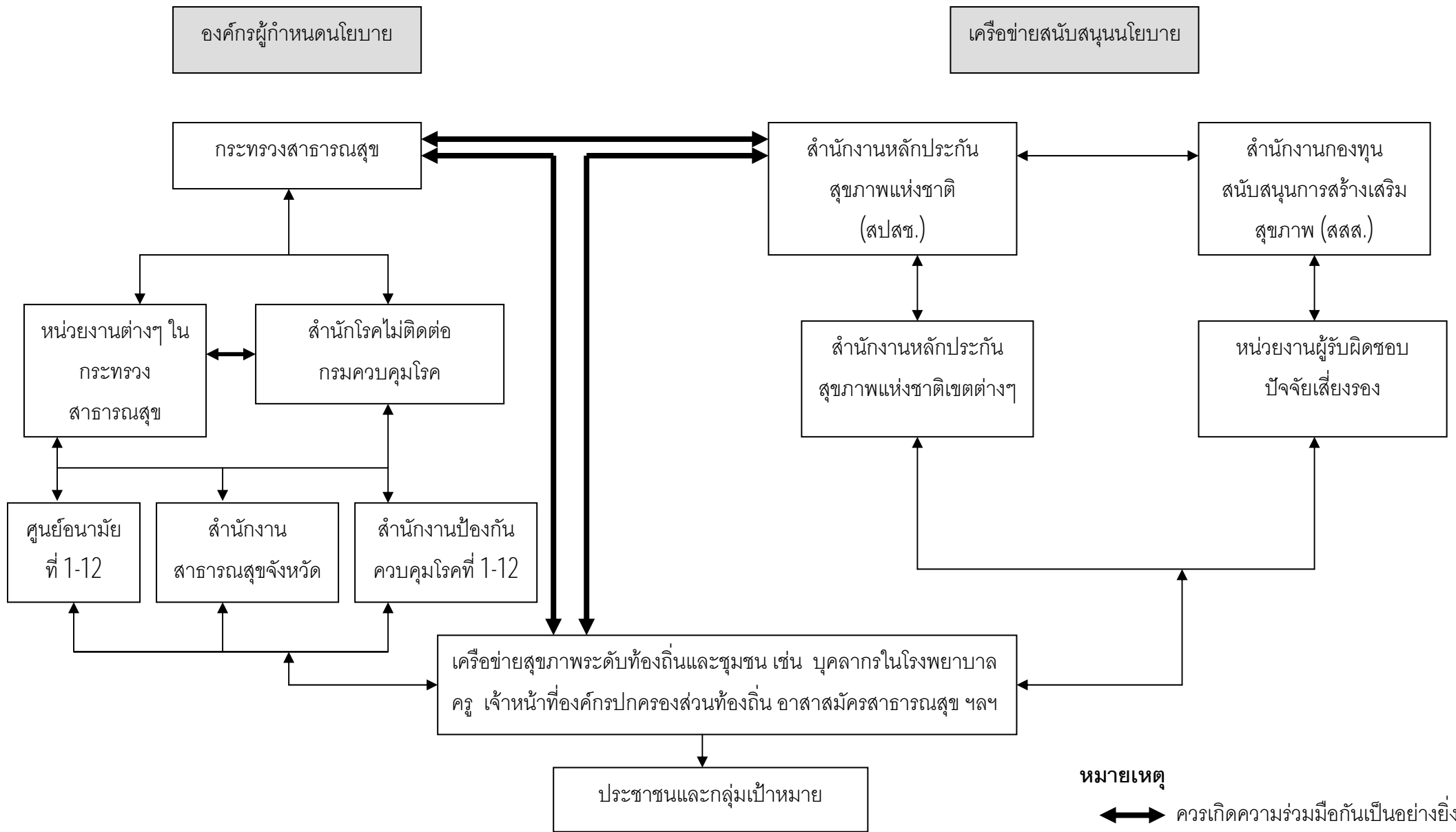


แผนภูมิที่ 23: บทบาทและรูปแบบการดำเนินงานในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับองค์กรในระดับต่างๆ



แผนภูมิที่ 24: รูปแบบการกำหนดและส่งผ่านนโยบายทางสุขภาพระหว่างองค์กรทางสุขภาพและผู้ปฏิบัติ

**หมายเหตุ**  
 ↔ ควรเกิดความร่วมมือกันเป็นอย่างยิ่ง  
 ⇄ ควรเกิดความร่วมมือกัน  
 - - - - - ความร่วมมือกันอาจไม่จำเป็น



**หมายเหตุ**

- ↔ ควรเกิดความร่วมมือกันเป็นอย่างยิ่ง
- ⇔ ควรเกิดความร่วมมือกัน
- ⋯ ความร่วมมือกันอาจไม่จำเป็น

แผนภูมิที่ 25: รูปแบบการนิเทศ ติดตามและประเมินผลมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการดำเนินการฯ



# เอกสารอ้างอิง

---

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและงานควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปี 2552. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช; 2552.  
([http://dpc11.ddc.moph.go.th/pr\\_news/doc/ncd2552\\_DPC11.pdf](http://dpc11.ddc.moph.go.th/pr_news/doc/ncd2552_DPC11.pdf) -accessed September 20, 2009).
2. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติ. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.  
(<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>-accessed July 1, 2009).
3. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติ: สถิติสาธารณสุข ปี พ. ศ. 2543. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2552.  
(<http://bps.ops.moph.go.th/E-book/statistic/2543/image/6.pdf>-accessed July 1, 2009).
4. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลจำนวนและอัตราป่วย-ตายจากโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคมะเร็ง/โรคหลอดเลือดสมองใหญ่/โรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหัวใจขาดเลือด/อุบัติเหตุจราจรทางบก/อุบัติเหตุขนส่ง/พ.ศ.2544-50. กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2550.  
(<http://ncd.ddc.moph.go.th/ncd%20web1/Cncd/bureauncd.htm>-accessed July 1,2009).
5. Wikipedia. *Capacity*. 2552. (<http://en.wikipedia.org/wiki/Capacity>-accessed July 1, 2009).
6. Lester JP, Stewart J. Jr. *Public policy: An evolutionary approach (2<sup>nd</sup> ed.)*. USA: Wadsworth; 2000.
7. Parse R. Promotion and prevention: Two distinct cosmologies. *Nursing Science Quarterly*. 1990; 3(3):101.
8. Wikipedia. *Satisfy*. 2552. (<http://dictionary.reference.com/browse/satisfy>-accessed July 1, 2009).
9. Wikipedia. *Attention*. 2552. (<http://en.wikipedia.org/wiki/Interesting>-accessed July 1, 2009).

10. Wikipedia. *Social network*. 2552. ([http://en.wikipedia.org/wiki/Social\\_network](http://en.wikipedia.org/wiki/Social_network)-accessed July 1, 2009).
11. Kingdon J.W. *Agendas, alternatives, and public policies (2<sup>nd</sup> ed.)*. New York, NY: HarperCollins College Publishers; 1995.
12. Abegunde D, Mathers C, Adam T, et al. Chronic Diseases 1: The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370(8): 1929-38.
13. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย 2552. (<http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2005-2007/report2005-5-1.pdf>-accessed July 1, 2009).
14. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติ: 10 ลำดับการตายปี 2550. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2552. (<http://bps.ops.moph.go.th/2.3.4-50.pdf>-accessed July 1, 2009).
15. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติ: 10 ลำดับการตายปี 2550. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสาร และสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2552. (<http://bps.ops.moph.go.th/2.3.4-50.pdf>-accessed July 1, 2009).
16. กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตาย ต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศและสาเหตุตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 พ.ศ. 2546 – 2550. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2552. (<http://bps.ops.moph.go.th/2.3.2-50.pdf>-accessed July 1, 2009).
17. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข ปี 2543: สาเหตุการตาย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2552. (<http://bps.ops.moph.go.th/E-book/statistic/2543/image/6.pdf>-accessed July 1, 2009).
18. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติ. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2552. (<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>-accessed July 1, 2009).
19. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติ: จำนวนผู้ป่วยในทั้งประเทศ รายภาค (ไม่รวมกทม.) กับอัตราป่วย ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2548. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2552. (<http://bps.ops.moph.go.th/ill-in42-48.htm>-accessed July 1, 2009).



20. กระทรวงสาธารณสุข. จำนวน และอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ทั้งประเทศยกเว้น กรุงเทพมหานครด้วยโรคไม่ติดต่อ ที่สำคัญ พ.ศ .2539-2548. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2552. ([http://www.thaincdinfo.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=28&Itemid=39](http://www.thaincdinfo.com/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=39)-accessed July 1, 2009).
21. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติ: สรุปรายงานการป่วยปี2541. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2552. (<http://bps.ops.moph.go.th/E-book/illness/2541/image/5.pdf>-accessed July 1, 2009).
22. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานเกี่ยวกับจำนวนประชากร. 2005 ([http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewFolderAction.do?folder\\_id=0000000000000121](http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewFolderAction.do?folder_id=0000000000000121)-accessed July 1, 2009).
23. Wikipedia. *Risk factor*. 2009. ([http://en.wikipedia.org/wiki/Risk\\_factor](http://en.wikipedia.org/wiki/Risk_factor)-accessed July 1, 2009).
24. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2550. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. นนทบุรี ประเทศไทย: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2551.
25. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร: ตารางที่ 5: จำนวน ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปที่ออกกำลังกาย จำแนกตามความถี่ของการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค พ.ศ .2550. 2550. ([http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)-accessed July 1, 2009).
26. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร: ตารางที่ 1: จำนวนประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามการออกกำลังกาย กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค พ.ศ .2550. 2550. ([http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)- accessed July 1, 2009).
27. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy people 2010: Understanding and improving health (2<sup>nd</sup> ed.)*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000.
28. Knowler W, Barrett-Connor E, Fowler S, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine* 2002; 346: 393-403.

29. Li G, Zhang P, Wang J, et al. (2008). The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing diabetes prevention study: a 20-year follow-up study. *Lancet* 2008; 371(9626): 1783-1789.
30. American Heart Association. *Heart and stroke facts*. 2003. (<http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1056719919740HSFacts2003t ext. pdf>-accessed July 1, 2009).
31. Sacco RL, Benjamin EJ, Broderick JP, et al. Risk factors. *Stroke* 1997; 28:1507-1517.
32. Bull F, Armstrong T, Dixon T, et al. Physical inactivity. In: Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, et al. (eds). *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization; 2004: 729-881. ([http://www.who.int/chp/steps/resources/physical\\_inactivity\\_rationale.pdf](http://www.who.int/chp/steps/resources/physical_inactivity_rationale.pdf)-accessed July 1, 2009).
33. Mayer-Davis E, D'Antonio A, Smith S, Kirkner G, et al. Pounds Off With Empowerment (POWER): A clinical trial of weight management strategies for Black and White adults with diabetes who live in medically underserved rural communities. *American Journal of Public Health* 2004; 94 (10): 1736-1742.
34. Elmer P, Obarzanek E, Vollmer W, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2006; 144: 485-495.
35. The diabetes prevention program (DPP) research group. (2002). The Diabetes Prevention Program (DPP): Description of lifestyle intervention. *Diabetes Care* 2002; 25: 2165-71.
36. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติสุขภาพ: ตารางที่ 7 จำนวนประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามการบริโภคอาหารกลุ่มอาหารไขมันสูง กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง ทั่วประเทศ อาณาจักร พ.ศ. 2548.2550. ([http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)- accessed July 1, 2009).
37. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2547.

38. Stamler J, Wentworth D, Neaton JD.. Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Findings in 356,222 primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *JAMA* 1986; 256: 2823-8.
39. Kannel WB, Castelli WP, Gordon T, McNamara PM. Serum cholesterol, lipoproteins, and the risk of coronary heart disease: The Framingham study. *Annals of Internal Medicine* 1971; 74: 1-12.
40. Heart Protection Study Collaborative Group. (2002). MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7-22.
41. Wikipedia. *Hypercholesterolemia*. 2009. Retrieved July 1, 2009, from <http://en.wikipedia.org/wiki/Hypercholesterolemia>
42. The U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health. *Medical encyclopedia: High blood cholesterol and triglycerides*. 2009. (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000403.htm>-accessed July 1, 2009).
43. Oh K, Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC. Dietary fat intake and risk of coronary heart disease in women: 20 years of follow-up of the Nurses' Health Study. *American Journal of Epidemiology*. 2005;161:672-679.
44. Low-Fat Dietary Pattern and Risk of Cardiovascular Disease: The Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial Disease: The Women's Health Initiative Randomized Barbara V. Howard; Linda Van Horn; Judith Hsia; et al. *JAMA*. 2006;295(6):655-666 (doi:10.1001/jama.295.6.655)
45. World Health Organization. WHO CVD-risk management package for low – and medium- resource settings. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2002.
46. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *จำนวนประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามการบริโภคอาหาร กลุ่มผักและผลไม้ กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง ทวีธาภิเษก พ. ศ. 2548*. 2550. ([http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)- accessed July 1, 2009).
47. Wikipedia. *Obesity*. 2009. (<http://en.wikipedia.org/wiki/Obesity>-accessed July 1, 2009).

48. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2551. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2552.
49. Looker HC, Knowler WC, Hanson RL. Changes in BMI and weight before and after the development of Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 1917-22.
50. Perreault L, Dagogo-Jack S, Marrero D, Barrett-Connor E. (2008). Sex differences in diabetes risk and the effect of intensive lifestyle modification in the diabetes prevention program. *Diabetes Care* 2008; 31: 1416-21.
51. Katzmarzck PT, Srinivasan SR, Chen W, et al. Body mass index, waist circumference, and clustering of cardiovascular disease risk factors in a biracial sample of children and adolescents. *Pediatrics* 2004;114(2): e198-e205.
52. Weiss R, Dufour S, Taksali SE, et al. Prediabetes in obese youth: A syndrome of impaired glucose tolerance, severe insulin resistance, and altered myocellular and abdominal fat partitioning. *Lancet* 2003; 362: 951-57.
53. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร: การสูบบุหรี่: ตารางที่ 2: จำนวนประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง ที่ราชอาณาจักร พ.ศ. 2550. 2550. ([http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)-accessed July 1, 2009).
54. สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550). จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ และภาค พ.ศ. 2550. 2550. ([http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)-accessed July 1, 2009).
55. Bushnell CD. Stroke and the female brain. *Nature Clinical Practice Neurology* 2008; 4: 22-33.
56. Houston TK, Person SD, Pletcher MJ, et al. Active and passive smoking and development of glucose intolerance among young adults in a prospective cohort: CARDIA study. *British Medical Journal* 2006; 332: 1064-9.
57. Beziaud F, Halimi JM, Lecomte P. et al. Cigarette smoking and diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism* 2004; 30:161-6.

58. U.S. Department of Health and Human Services. *A report of the surgeon general.* US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta (GA): Women and Smoking; 2001.
59. Pasupathi P, Bakthavathsalam G, Rao Y, Farook J. Cigarette smoking-Effect of metabolic health risk: A review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2009; 3(2): 120-127.
60. Powella J, Edwardsa R, Worrella P, et al. Risk factors associated with the development of peripheral arterial disease in smokers: a case-control study. *Atherosclerosis* 1997; 129: 41-8.
61. Craig WY, Palomaki GE, Haddow JE. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *British Medical Journal* 1989; 298: 784-8.
62. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8. 2008. (<http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=90>-accessed July 1, 2009).
63. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9. 2008. (<http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=91>-accessed July 1, 2009).
64. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10. 2008. (<http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139>-accessed July 1, 2009).
65. Estimate of 10-Year Risk for Coronary Heart Disease Framingham Point Scores; 2009. ([http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/risk\\_tbl.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/risk_tbl.htm)- accessed July 1, 2009).
66. Anderson KM, Odell PM, Wilson PW, Kannel WB. Cardiovascular disease risk profiles. *American Heart Journal* 1991;121:293-298.

67. National Institutes of Health. *Risk Assessment Tool for Estimating Your 10-year Risk of Having a Heart Attack. National Cholesterol Education Program: Third report of the Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III)*. 2009. (<http://hp2010.nhlbi.nih.gov/atpiiii/calculator.asp>- accessed July 1, 2009).
68. Aekplakorn W, Bunnag P, Woodward M, et al. A risk score for predicting incident diabetes in Thai population. *Diabetes Care* 2006; 29(8): 1872-1877.
69. Wikipedia. *Stroke*. 2009. (<http://en.wikipedia.org/wiki/Stroke>-accessed July 1, 2009).
70. กระทรวงสาธารณสุขศาสตร์. ข้อมูลสถิติ: จำนวนและอัตราผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุ (75 กลุ่มโรค) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขรายภาคต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2550. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2552. (<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>-accessed July 1, 2009).
71. กระทรวงสาธารณสุขศาสตร์. ข้อมูลสถิติ: สถิติการตาย ปี 2546-2550: จำนวนและอัตราต่อประชากร 100,000 คน ของการตายด้วยหลอดเลือดในสมอง (I60-I69) จำแนกรายภาคและเพศ พ.ศ. 2546- 2550. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2552. (<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>-accessed July 1, 2009).
72. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติสุขภาพ: ตารางที่ 12 จำนวนประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มโรค/อาการที่ป่วยครั้งสุดท้ายหมวดอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2548. 2550. ([http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)-accessed July 1, 2009).
73. World Health Organization. WHO CVD-risk management package for low and medium-resource settings. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2002.
74. The U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health. *Medical encyclopedia: Ischemic cardiomyopathy*. 2009. (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000160.htm>-accessed July 1, 2009).

75. World Health Organization. *World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. 2002.([http://www.who.int/whr/2002/en/summary\\_riskfactors\\_chp4.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/summary_riskfactors_chp4.pdf)-accessed July 1, 2009).
76. Lahoz C, Mostaza J. Non-Coronary arterial disease (I) Atherosclerosis as a systemic disease. *Revista Espanola de Cardiologia* 2007; 60 (2): 184-95.
77. U . S . Department of Health and Human services. *JNC 7 express: The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure*. 2003.(<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>-accessed July 1, 2009).
78. MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. (1990). Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1. Prolonged differences in blood pressure:prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990; 335: 765-74.
79. Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM. Stroke. *Lancet* 2008; 371: 1612-23.
80. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ: ตารางที่ 32: จำนวนผู้ตอบสัมภาษณ์ด้วยตนเองอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือระดับความดันโลหิตสูง ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตาม ภาวะความดันโลหิตที่ระบุโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ เพศ เขตการปกครอง และภาค พ.ศ .2550. 2550. ([http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)-accessed July 1, 2009).
81. Poulter N. Coronary Heart Disease is a multifactorial Disease. *American Journal of Hypertension* 1999; 12: 92S-95S.
82. Wikipedia. *Hypertension*. 2009. (<http://en.wikipedia.org/wiki/Hypertension>-accessed July 1, 2009).
83. The U.S. Department of Health and Human Services. Your guide to lowering your blood pressure with DASH: DASH eating plan. National Institutes of Health, Washington, DC: NIH publication; 2006. ([http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new\\_dash.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new_dash.pdf)-accessed July 1, 2009).
84. อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข (Quick reference guide) สำหรับการักษาผู้ป่วยทั่วไป. สำนักงานพัฒนาโครงการแนวทางการบริการสาธารณสุข; 2549.

85. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 1997; 20:1183-97.
86. World Health Organization. *Diabetes*. 2008. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>-accessed July 1, 2009).
87. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ: ตารางที่ 30: จำนวน ผู้ตอบ สัมภาษณ์ด้วยตนเองอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเบาหวานหรือระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตามภาวะน้ำตาลในเลือด ที่ระบุโดยแพทย์หรือ บุคลากรสาธารณสุข เพศ เขตการปกครองและภาค พ.ศ .2550. 2550. ([http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)-accessed July 1, 2009).
88. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *New England Journal of Medicine* 1998; 339: 229-34.
89. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M. et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006; 368: 1673-9.
90. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์สุขภาพไทย: พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ไทยในยุคโลกาภิวัตน์. กลุ่มภารกิจพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สำนัก นโยบายและยุทธศาสตร์; 2552.
91. กระทรวงสาธารณสุข. วิสัยทัศน์ บทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. 2552. Retrieved July 1, 2009, from <http://bps.ops.moph.go.th/Plan4year51-55/page3.pdf>
92. กรมควบคุมโรค. ประวัติความเป็นมา. กระทรวงสาธารณสุข; 2552. (<http://www.ddc.moph.go.th/cdc/add/his.php>-accessed July 1, 2009).
93. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. วิสัยทัศน์และโครงสร้าง. กระทรวงสาธารณสุข; 2552. ([http://www.thaincd.com/about\\_us.php](http://www.thaincd.com/about_us.php)-accessed July 1, 2009).
94. กรมอนามัย. วิสัยทัศน์กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข; 2552. (<http://www.anamai.moph.go.th/main.php?filename=vision>-accessed July 1, 2009).
95. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เกี่ยวกับสสส. 2552. (<http://www.thaihealth.or.th/about>-accessed July 1, 2009).



96. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *ข้อมูลองค์กร*. 2005. (<http://phitsanulok.nhso.go.th/>- accessed July 1, 2009).
97. World Health Organization. WHO Country cooperation strategy 2008-2011: Thailand. World Health Organization Country Office for Thailand; 2007.
98. World Health Organization. *About WHO*. 2009. (<http://www.who.int/about/en/>- accessed July 1, 2009).

## ภาคผนวก

สำหรับเจ้าหน้าที่	
ผู้เข้าร่วมโครงการหมายเลข _____	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> กลุ่มเสี่ยง
วันที่ _____	

### แบบสอบถามที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย "X" หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงดังข้อต่อไปนี้

1. เพศ       (1) ชาย                                       (2) หญิง
2. ขณะนี้ท่านมีอายุ \_\_\_\_\_ ปี
3. ท่านมีภูมิลำเนาเดิม
  - (1) กรุงเทพมหานคร
  - (2) จังหวัดอื่นๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_
4. สถานภาพสมรสของท่าน
  - (1) แต่งงานและอยู่กัภรรยา/สามี     (2) ไม่ได้แต่งงาน แต่อยู่กัภรรยา/สามี
  - (3) โสด และอยู่คนเดียว                       (4) โสด แต่อยู่กัครอบครัวของท่านเอง
  - (5) แต่งงานแต่แยกกันอยู่กัสามี ท่านอยู่กั \_\_\_\_\_
  - (6) หย่า ท่านอยู่กั \_\_\_\_\_
  - (7) หม้าย ท่านอยู่กั \_\_\_\_\_
5. ท่านนับถือศาสนา
  - (1) พุทธ                                       (2) แคทอลิก
  - (3) อิสลาม                                       (4) โปรเตสแตนท์
  - (5) อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_
6. จำนวนปีของการศึกษาของท่าน \_\_\_\_\_ ปี (นับตั้งแต่อนุบาล)
7. การศึกษาขั้นสูงสุดของท่าน
  - (1) ไม่ได้รับการศึกษา                       (2) ประถมศึกษา
  - (3) มัธยมศึกษาต้น                               (4) มัธยมศึกษาปลาย/ปวช
  - (5) ปวส/ อนุปริญญา                               (6) ปริญญาตรี
  - (7) สูงกว่าปริญญาตรี

8. อาชีพของท่าน

(1) ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ

(2) ยังคงประกอบอาชีพ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

9. รายได้ของท่าน (ต่อเดือน) โปรดระบุ \_\_\_\_\_

10. รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน) โปรดระบุ \_\_\_\_\_

11. ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(1) โรคความดันโลหิตสูง

(2) โรคเบาหวาน

(3) โรคไขมันในเลือดสูง

(4) โรคหัวใจ

(5) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

(6) โรคไต

(7) อื่นๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

12. ท่านมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล

(1) ไม่มี

(2) มี และใช้สิทธิ

(1)ข้าราชการ

(2) ประกันสังคม

(3) บัตรทอง 30 บาท

(4) อื่นๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

13. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(1) โรคความดันโลหิตสูง  (1) พ่อ  (2) แม่  (3) พี่น้อง/ญาติ  (0) ไม่ทราบ/ไม่มี

(2) โรคเบาหวาน  (1) พ่อ  (2) แม่  (3) พี่น้อง/ญาติ  (0) ไม่ทราบ/ไม่มี

(3) โรคไขมันในเลือดสูง  (1) พ่อ  (2) แม่  (3) พี่น้อง/ญาติ  (0) ไม่ทราบ/ไม่มี

(4) โรคหัวใจ  (1) พ่อ  (2) แม่  (3) พี่น้อง/ญาติ  (0) ไม่ทราบ/ไม่มี

(5) โรคหลอดเลือดสมอง  (1) พ่อ  (2) แม่  (3) พี่น้อง/ญาติ  (0) ไม่ทราบ/ไม่มี

(6) โรคไต  (1) พ่อ  (2) แม่  (3) พี่น้อง/ญาติ  (0) ไม่ทราบ/ไม่มี

14. ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(1) โรคความดันโลหิตสูง

(2) โรคเบาหวาน

(3) โรคไขมันในเลือดสูง

(4) โรคหัวใจ

(5) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

(6) โรคไต

(7) อื่นๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

15. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ

- (1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- (2) เคยเข้าร่วมฯ แต่เลิกแล้ว เนื่องจาก
  - (1) เบื่อ เพราะ \_\_\_\_\_
  - (2) ไม่มีการจัดกิจกรรมแล้ว
  - (3) อื่นๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_
- (3) ยังคงเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน \_\_\_\_\_ กิจกรรม (โปรดระบุ)
  - การคัดกรองโรค เช่น
    - การเจาะเลือดเพื่อตรวจน้ำตาลในเลือด
    - การวัดความดันโลหิต
    - อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_
  - การออกกำลังกาย
  - การอบรมความรู้เรื่อง \_\_\_\_\_
  - อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

16. ท่านต้องการหรือไม่ ที่มีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ

- (1) ไม่ต้องการ เพราะ \_\_\_\_\_
- (2) ต้องการ เพราะ \_\_\_\_\_

17. กิจกรรมใดที่ท่านอยากให้จัด และเพราะอะไร

- การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_
- การออกกำลังกาย
- การอบรมความรู้เรื่อง \_\_\_\_\_
- อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

แบบสอบถามประชาชน

เรื่อง ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมในการป้องกันโรคและดูแลสุขภาพ

ขอให้ท่าน โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  โดยที่หมายเลข

5 = เห็นด้วยมากที่สุด, 4 = เห็นด้วยมาก, 3 = ไม่แน่ใจ, 2 = ไม่เห็นด้วย, 1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

ท่านสนใจเข้าร่วมกิจกรรม หรือเข้าร่วมกิจกรรมนั้น เพราะ_____	5	4	3	2	1
18. ท่านคิดว่า ถ้าท่านไม่เข้าร่วมกิจกรรม อาการของโรคและภาวะแทรกซ้อน จากโรคที่ท่านเป็นอยู่จะรุนแรงขึ้นได้					
19. ท่านกลัวที่จะเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือ โรคอ้วนได้					
20. ท่านคิดว่า ท่านจะไม่เป็นโรคถ้าท่านเข้าร่วมกิจกรรม					
21. ท่านคิดว่าโรคที่ท่านเป็นอยู่รุนแรง					
22. มีคนในครอบครัวท่านป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ท่านจึงสนใจเข้าร่วม กิจกรรมเพื่อป้องกันโรค					
23. ท่านดูแลกิจกรรมทำตามง่าย ชวนให้ท่านปฏิบัติตามได้					
24. ตัวท่านเองเคยมีประสบการณ์ที่ดีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวกับการ ป้องกันโรคฯ					
25. ท่านเคยพบคนที่เข้าร่วมกิจกรรมแล้วรู้สึกว่าเขาแข็งแรงขึ้น					
26. ท่านชอบอัยยาศัยผู้ดำเนินกิจกรรม					
27. การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ท่านได้เจอเพื่อนหรือมีเพื่อนเพิ่มขึ้น					
28. การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ท่านรู้สึกกระปรี้กระเปร่าและสดชื่น					
29. ท่านคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ท่านมีสุขภาพดี					
30. การเข้าร่วมกิจกรรมนั้นใช้เวลาไม่มาก					
31. ท่านสะดวกหรือมีเวลาที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในเวลานั้น					

ท่านสนใจเข้าร่วมกิจกรรม หรือเข้าร่วมกิจกรรมนั้น เพราะ _____	5	4	3	2	1
32. เสียค่าใช้จ่ายในการทำกิจกรรมน้อยหรือไม่เสียเลย					
33. ในเวลานั้นท่านมีสุขภาพดีพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรม					
34. สถานที่จัดกิจกรรมนั้นไม่ไกลจากบ้านท่าน					
35. แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่แนะนำให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรม					
36. สื่อ/กิจกรรมน่าสนใจ					
37. ครอบครัวของท่านให้การสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรม					
38. ท่านมีเพื่อนเข้าร่วมกิจกรรมด้วย					
39. ท่านต้องการเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่คน ในครอบครัวและชุมชนของท่าน					

40. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

---



---



---



---



### แบบสอบถามที่ 3

(สำหรับผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและดูแลโรคเรื้อรัง หรือผู้แทน ในองค์กรสุขภาพ)

กรุณาตอบแบบสอบถามนี้ตามความจริง คำตอบของท่านจะนำไปประมวลผลในภาพรวม เพื่อการปรับปรุงงานด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

1. องค์กรของท่านมีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง) อัมพฤกษ์ อัมพาต (ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ หรือไม่ อย่างไร

ไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยตรง

มีนโยบายชัดเจน แต่ไม่มีกิจกรรม

มีนโยบายชัดเจน และมีกิจกรรม

การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ หรือสื่อสารเตือนภัย เรื่อง(โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ)

2. ภายหลังที่ท่านได้รับนโยบายในการป้องกันโรคเรื้อรังฯ ท่านได้มีการดำเนินการส่งต่อผู้ปฏิบัติอื่นหรือไม่ อย่างไร

ไม่มี

มี  แต่ไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ

และมีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_





3. แผนภูมิปฏิบัติเกี่ยวกับการรับผิดชอบการป้องกันโรคเรื้อรังๆ ของท่าน (ถ้ามีโปรดให้รายละเอียด หรือแนบเอกสาร)

4. ท่านเป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วมในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหรือไม่ อย่างไร

การกำหนดกิจกรรม

ไม่ได้เป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วม

เพราะ \_\_\_\_\_

เป็นผู้กำหนด

เพราะ \_\_\_\_\_

เป็นผู้มีส่วนร่วม

เพราะ \_\_\_\_\_

การกำหนดผู้ดำเนินการ

ไม่ได้เป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วม

เพราะ \_\_\_\_\_

เป็นผู้กำหนดผู้ดำเนินการ

เพราะ \_\_\_\_\_

ซึ่งผู้ดำเนินการส่วนใหญ่เป็น (โปรดระบุตำแหน่ง/ผู้นำ)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

เป็นผู้มีส่วนร่วมเท่านั้น

เพราะ \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



5. ในแต่ละปี ท่านได้รับงบประมาณในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง) อัมพฤกษ์ อัมพาต (ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ หรือไม่

ไม่ได้ เพราะ \_\_\_\_\_

ได้ โดยเฉลี่ยประมาณ \_\_\_\_\_ บาทต่อปีงบประมาณ

พอเพียง

ไม่พอเพียง ท่านแก้ปัญหาโดย \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



6. ท่านคิดว่าปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของท่านคืออะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- นโยบาย
- ไม่มีเรื่อง การป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในองค์กร โดยตรง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - ไม่ชัดเจน และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_ และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
- บุคลากร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- กำลังคนไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - ไม่มีประสบการณ์การทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - ไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควรในการทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - ขาดความรู้ในการทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_ และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
- งบประมาณ
- ไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_ และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
- การนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล
- ยังไม่มีระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล
  - มีระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล
    - แต่ไม่ทั่วถึงทุกกิจกรรม
    - อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_ และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_



7. ท่านคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยที่ช่วยให้การดำเนินการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของท่านประสบความสำเร็จ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

นโยบาย

เพราะ \_\_\_\_\_

บุคลากร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เพราะ  ความร่วมมือจากผู้ร่วมดำเนินการป้องกันฯ อื่นๆ

กำลังคนในการปฏิบัติงานเพียงพอ

บุคลากรมีประสบการณ์การทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง

บุคลากรมีความรู้

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

งบประมาณ

เพราะ \_\_\_\_\_

ระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล

เพราะ \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

8. ท่านคิดว่าท่านควรจะมีการดำเนินการอะไรเพิ่มเติมอีกหรือไม่ อย่างไร

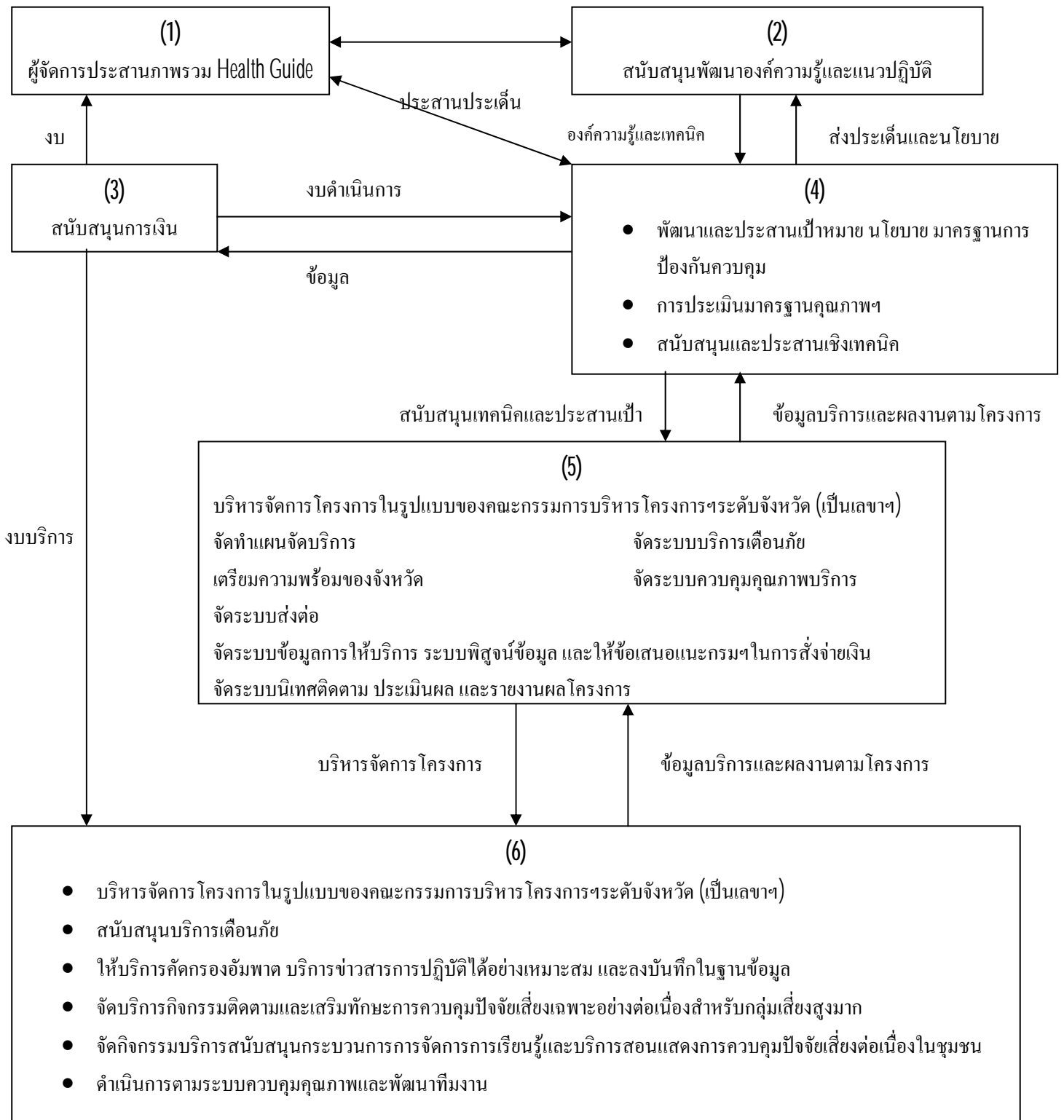
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### ถ้ากรอบการปฏิบัติงานการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นดังข้างล่างนี้





แผนภาพที่ 1: ตัวอย่างกรอบการปฏิบัติงานในโครงการป้องกันควบคุมกลุ่มโรคหลอดเลือดเสื่อมฯร่วมกันระหว่าง  
ส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง

9. ท่านคิดว่าการดำเนินการป้องกันและดูแลโรคเรื้อรังของท่านอยู่ในข้อใดของกรอบการปฏิบัติงานการป้องกันโรคไม่  
ติดต่อเรื้อรัง (ตามแผนภาพที่ 1) (ข้อ 1-6)

---

---

---

10. ท่านเห็นด้วยกับโครงสร้างหรือรูปแบบการดำเนินนโยบายในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
ตามแผนภาพที่ 1 หรือไม่ อย่างไร

- เห็นด้วยทุกประการ
- เห็นด้วยบางประการ และควรปรับดังนี้ (โปรดระบุ)

---

---

---

- ไม่เห็นด้วย และควรปรับดังนี้ (โปรดระบุหรือวาดแผนภูมิ)



11. ท่านทราบหรือไม่ว่ามีองค์กรสุขภาพอื่นมีการดำเนินการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ไม่ทราบ

ทราบ (โปรดระบุชื่อองค์กร และกิจกรรม)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. จากข้อ 11 ถ้าท่านทราบ ท่านคิดว่าการดำเนินการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นเหมือนหรือแตกต่างกับของท่านอย่างไร

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. ในการดำเนินการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ท่านได้ร่วมมือกับองค์กรอื่นหรือไม่ อย่างไร

ไม่มีการร่วมมือกับองค์กรใดๆ เนื่องจาก \_\_\_\_\_

มีการร่วมมือกับองค์กร (โปรดระบุ)

องค์กร \_\_\_\_\_

และร่วมมือในด้าน

การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

องค์กร \_\_\_\_\_

และร่วมมือในด้าน

การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_



○ อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

สำหรับข้อ 14-20 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินการป้องกันการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้รับผิดชอบการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขององค์กร

ขอให้ท่าน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ โดยที่หมายเลข

5 = พอใจมากที่สุด                      4 = พอใจมาก                      3 = ไม่แน่ใจ

2 = ไม่พอใจมาก                      1 = ไม่พอใจมากที่สุด

โดยสรุปแล้ว ท่านรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินการป้องกันการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้าน _____	5	4	3	2	1
14. จำนวนแผนงานที่กำหนดไว้สามารถดำเนินงานได้ครบในแต่ละปี					
15. งานที่ทำ สำเร็จ ได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เช่น การคัดกรองความดันและเบาหวานเกินร้อยละ 65 เป็นต้น					
16. ความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันโรคฯของทีม/กลุ่มงานป้องกันโรคเรื้อรังฯ					
17. ผู้นำนโยบายให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ					
18. ผู้นำนโยบายให้คำปรึกษาแนะนำในการดำเนินการป้องกันการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
19. ผู้นำนโยบายให้การสนับสนุนด้านวัสดุ/อุปกรณ์					
20. การดำเนินการป้องกันการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ท่านรับผิดชอบนั้นท่านสามารถตัดสินใจและจัดการได้ด้วยตนเอง					

21. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ผู้ให้ข้อมูล: หน่วยงาน/องค์กร \_\_\_\_\_

ผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและดูแลโรคเรื้อรัง

ผู้แทน (โปรดระบุตำแหน่ง) \_\_\_\_\_

หากมีข้อสงสัยติดต่อ

นางสาวปาหนัน พิทยภิณโญ





เบอร์โทร (02) 354-8542 หรือ (084) 876-7899

E-mail address: [phppc@mahidol.ac.th](mailto:phppc@mahidol.ac.th)



แบบสำรวจโครงการ วัตถุประสงค์ กิจกรรมและงบประมาณในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตัวชี้วัดผลสำเร็จและผลสำเร็จ  
ปัจจุบันท่านมีโครงการในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในความรับผิดชอบจำนวน \_\_\_\_\_ โครงการ

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้ดำเนินการ	งบประมาณ



#### แบบสอบถามที่ 4

(สำหรับผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรด้านสุขภาพ)

กรุณาตอบแบบสอบถามนี้ตามความจริง คำตอบของท่านจะนำไปประมวลผลในภาพรวม เพื่อการปรับปรุงงานด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

1. โครงการ/กิจกรรมของท่านดำเนินงานที่เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ได้แก่

การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_

จำนวน \_\_\_\_\_ โครงการ

เพราะ \_\_\_\_\_

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ หรือสื่อสารเตือนภัย เรื่อง(โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

จำนวน \_\_\_\_\_ โครงการ

เพราะ \_\_\_\_\_

การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

จำนวน \_\_\_\_\_ โครงการ

เพราะ \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_



2. ท่านมีแผนภูมิปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังฯ ของท่าน หรือไม่ อย่างไร

ไม่มี

มี  แต่ไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ

และมีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

(ถ้ามี โปรดให้รายละเอียด หรือแนบเอกสาร)

3. ในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมของท่าน ใครเป็นผู้กำหนดหรือมีส่วนร่วม

การกำหนดกิจกรรม

ท่านเป็นผู้กำหนดเพียงคนเดียว

เพราะ \_\_\_\_\_

มีผู้อื่นร่วมกำหนดหรือมีส่วนร่วม โดยผู้ร่วมกำหนดคือ

(1) ตำแหน่ง/หน้าที่ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

เพราะ \_\_\_\_\_

(2) ตำแหน่ง/หน้าที่ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

เพราะ \_\_\_\_\_

การกำหนดผู้ดำเนินการ

ท่านเป็นผู้กำหนดเพียงคนเดียว

เพราะ \_\_\_\_\_

มีผู้อื่นร่วมกำหนดหรือมีส่วนร่วม โดยผู้ร่วมกำหนดคือ

(1) ตำแหน่ง/หน้าที่ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

เพราะ \_\_\_\_\_

(2) ตำแหน่ง/หน้าที่ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

เพราะ \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ)



4. ท่านได้**ประมาณ**ในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ

โดยเฉลี่ยประมาณ \_\_\_\_\_ บาท

พอเพียง

ไม่พอเพียง ท่านแก้ปัญหาโดย \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ท่านคิดว่าการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของท่านส่วนใดได้รับความสนใจจากกลุ่มเป้าหมายหรือไม่

ไม่ได้รับความสนใจ

โดยสังเกตได้จาก \_\_\_\_\_

ท่านคิดว่าเพราะ \_\_\_\_\_

ได้รับความสนใจ

โดยสังเกตได้จาก \_\_\_\_\_

ท่านคิดว่าเพราะ \_\_\_\_\_



6. ท่านคิดว่าปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของท่านคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- นโยบาย
- ไม่มีเรื่อง การป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในองค์กร โดยตรง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - ไม่ชัดเจน และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_ และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
- บุคลากร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- กำลังคนไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - ไม่มีประสบการณ์การทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - ไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควรในการทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - ขาดความรู้ในการทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_ และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
- งบประมาณ
- ไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
  - อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_ และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_
- การนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล
- ยังไม่มีระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล
  - มีระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล
    - แต่ไม่ทั่วถึงทุกกิจกรรม
    - อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_ และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_



7. ท่านคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยที่ช่วยให้โครงการ/กิจกรรม ของท่านประสบความสำเร็จ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

นโยบาย

เพราะ \_\_\_\_\_

บุคลากร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เพราะ  ความร่วมมือจากผู้ร่วมดำเนินการป้องกันฯ อื่นๆ

กำลังคนในการปฏิบัติงานเพียงพอ

บุคลากรมีประสบการณ์การทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง

บุคลากรมีความรู้

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

งบประมาณ

เพราะ \_\_\_\_\_

ระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล

เพราะ \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

8. ท่านคิดว่าท่านควรมีการดำเนินโครงการ/กิจกรรมอะไรเพิ่มเติมอีกหรือไม่ อย่างไร

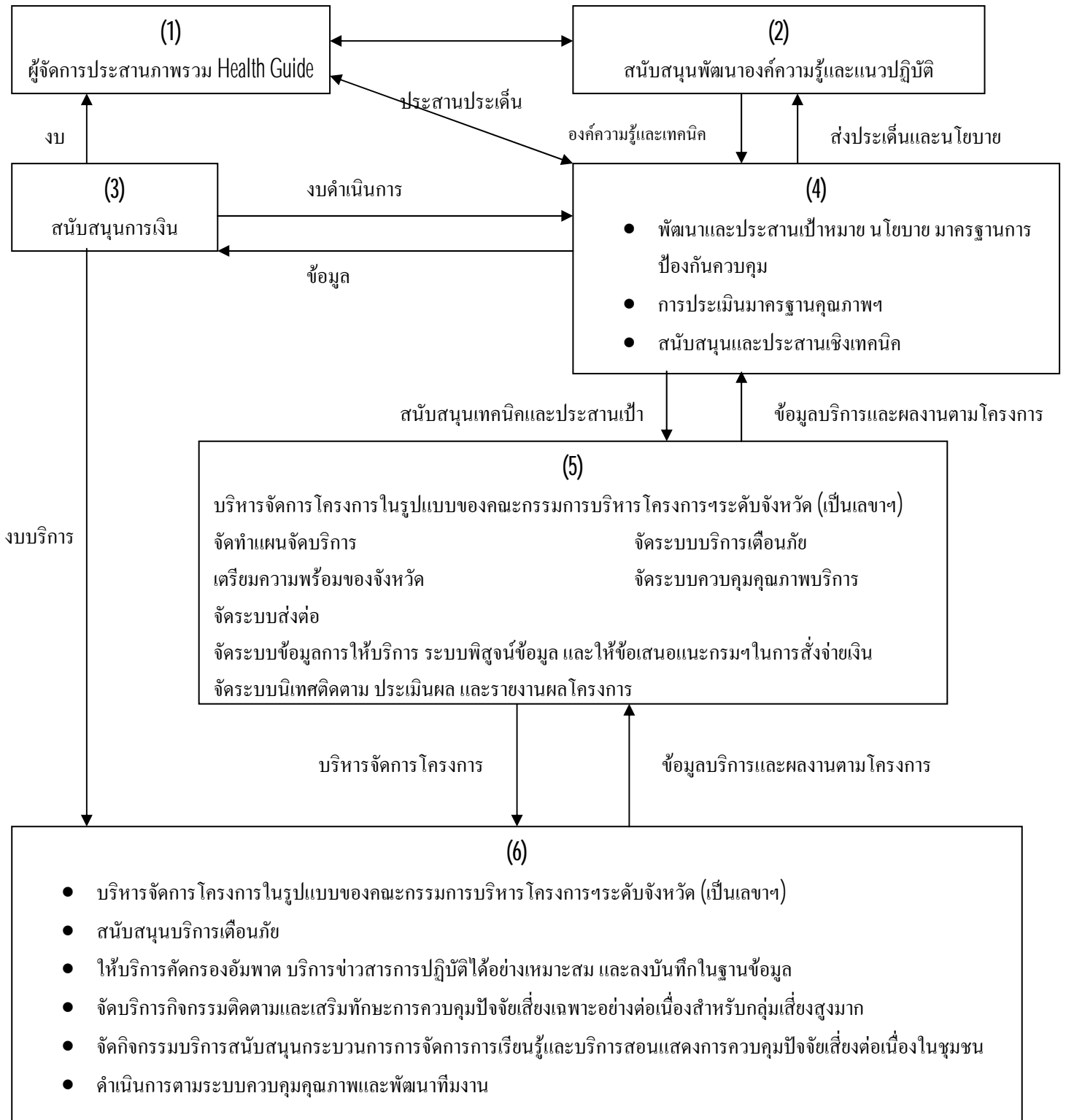
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### ถ้ากรอบการปฏิบัติงานการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นดังข้างล่างนี้



แผนภาพที่ 1: ตัวอย่างกรอบการปฏิบัติงานในโครงการป้องกันควบคุมกลุ่มโรคหลอดเลือดเสื่อมฯร่วมกันระหว่างส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง





9. ท่านคิดว่าโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและดูแลโรคเรื้อรังของท่านอยู่ในข้อใดของกรอบการปฏิบัติงานการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ตามแผนภาพที่ 1) (ข้อ 1-6)

---

---

---

10. ท่านเห็นด้วยกับโครงสร้างหรือรูปแบบการดำเนินนโยบายในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแผนภาพที่ 1 หรือไม่ อย่างไร

- เห็นด้วยทุกประการ
- เห็นด้วยบางประการ และควรปรับดังนี้ (โปรดระบุ)

---

---

---

- ไม่เห็นด้วย และควรปรับดังนี้ (โปรดระบุหรือวาดแผนภูมิ)



11. ในการดำเนินโครงการ/กิจกรรม ท่านได้ร่วมมือกับองค์กรอื่นหรือไม่ อย่างไร

ไม่มีการร่วมมือกับองค์กรใดๆ เนื่องจาก \_\_\_\_\_

มีการร่วมมือกับองค์กร (โปรดระบุ)

องค์กร \_\_\_\_\_

และร่วมมือในด้าน

การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

องค์กร \_\_\_\_\_

และร่วมมือในด้าน

การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

องค์กร \_\_\_\_\_

และร่วมมือในด้าน

การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

12. ท่านทราบหรือไม่ว่ามีองค์กรสุขภาพอื่นมีการดำเนินโครงการ/กิจกรรมในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ไม่ทราบ

ทราบ (โปรดระบุชื่อองค์กร และกิจกรรม)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



13. จากข้อ 12 ถ้าท่านทราบ ท่านคิดว่ากิจกรรมนั้นเหมือนหรือแตกต่างกับของท่านอย่างไร

---

---

---

---

14. ท่านคิดว่าโครงการ/กิจกรรมที่ท่านจัดขึ้นสอดคล้องกับนโยบายในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยมากน้อยเพียงไร (โปรดอธิบาย)

---

---

---

15. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

---

---

---

---



สำหรับข้อ 16-21 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ดำเนินโครงการ/กิจกรรมในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขอให้ท่าน โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  โดยที่หมายเลข

5 = พอใจมากที่สุด                      4 = พอใจมาก                      3 = ไม่แน่ใจ  
2 = ไม่พอใจมาก                      1 = ไม่พอใจมากที่สุด

โดยสรุปแล้ว ท่านรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้าน _____	5	4	3	2	1
16. จำนวนคนของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรม					
17. จำนวนครั้งที่กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรม					
18. การดำเนินกิจกรรมบรรลุวัตถุประสงค์ เช่น อัตราการเกิดโรคใหม่ลดลง การคัดกรองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นต้น					
19. กลุ่มเป้าหมายให้ความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น					
20. กลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมอาการของโรคที่เป็นอยู่					
21. ความร่วมมือในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมของทีมงานดำเนินโครงการ/กิจกรรม					
22. จำนวนงบประมาณจากองค์กรที่สนับสนุน					
23. การได้รับคำปรึกษาแนะนำในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจากองค์กรที่สนับสนุน หรือที่ปรึกษาอื่น					
24. การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ/อุปกรณ์จากองค์กรที่สนับสนุน					
25. การที่ท่านสามารถตัดสินใจและจัดการปัญหาของโครงการ/กิจกรรมได้ด้วยตนเอง					

\*\*\*\*\*

ผู้ให้ข้อมูล:

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_

หน่วยงาน (ถ้ามี) \_\_\_\_\_

หากมีข้อสงสัยติดต่อ

นางสาวปาหนัน พิษยภิญโญ

โทร (02) 354-8542 หรือ 084-876-7899



แบบสำรวจโครงการ วัตถุประสงค์ กิจกรรมและงบประมาณในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตัวชี้วัดผลสำเร็จและผลสำเร็จ  
ปัจจุบันท่านมีโครงการในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในความรับผิดชอบจำนวน \_\_\_\_\_ โครงการ

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้ดำเนินการ	งบประมาณ



## แบบสอบถามที่ 2: สำหรับผู้นำองค์กรหรือผู้แทน

กรุณาตอบแบบสอบถามนี้ตามความจริง คำตอบของท่านจะนำไปประมวลผลในภาพรวม เพื่อการปรับปรุงงานด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

1. องค์กรของท่านมีวิสัยทัศน์อย่างไร

---

---

---

2. องค์กรของท่านมีพันธกิจอย่างไร

---

---

---

3. ท่านมีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ หรือไม่ อย่างไร

ไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยตรง

มีนโยบายชัดเจน แต่ไม่มีกิจกรรม

มีนโยบายชัดเจน และมีกิจกรรม

การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ)

---

---



4. ถ้ามีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันโรคเรื้อรังๆ ท่านมีแผนการส่งต่อนโยบายต่อผู้ปฏิบัติและแผนภูมิหรือไม่ อย่างไร

ไม่มี

มี

แต่ไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ

และมีเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแผนภูมิปฏิบัติ

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

5. แผนภูมิปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเรื้อรังๆ ขององค์กรท่านในปัจจุบัน (โปรดให้รายละเอียด หรือแนบเอกสาร)



6. ท่านกำหนดให้ใครเป็นผู้ดำเนินนโยบายต่อจากท่าน (โปรดระบุตำแหน่ง)

เพราะ \_\_\_\_\_

7. ในแต่ละปี ท่านกำหนด**งบประมาณ**ในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ หรือไม่

ไม่กำหนด เพราะ \_\_\_\_\_

กำหนด

โดยเฉลี่ยประมาณต่อปีงบประมาณ

ปี	งบประมาณขององค์กร	งบประมาณสำหรับ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	คิดเป็นร้อยละของ งบประมาณทั้งหมดของ องค์กร
2546			
2547			
2548			
2549			
2550			
2551			





8. ท่านคิดว่า**ปัญหาอุปสรรค**ที่พบในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในองค์กรของท่านคืออะไร และท่านมีนโยบายในการแก้ไขหรือไม่ อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

นโยบาย  ไม่มีเรื่อง การป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในองค์กร โดยตรง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_

ไม่ชัดเจน และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_ และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_

บุคลากร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กำลังคนไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_

ไม่มีประสบการณ์การทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_

ไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควรในการทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_

ขาดความรู้ในการทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_ และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_

งบประมาณ  ไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_ และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_

การนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล

ยังไม่มีระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล

มีระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล

แต่ไม่ทั่วถึงทุกกิจกรรม

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

และแก้ไขโดย \_\_\_\_\_



9. ท่านคิดว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุนในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในองค์กรของท่านประสบความสำเร็จ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

นโยบาย

เพราะ \_\_\_\_\_

บุคลากร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เพราะ  ความร่วมมือจากผู้ร่วมดำเนินการป้องกันฯ อื่นๆ

กำลังคนในการปฏิบัติงานเพียงพอ

บุคลากรมีประสบการณ์การทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง

บุคลากรมีความรู้

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

งบประมาณ

เพราะ \_\_\_\_\_

ระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล

เพราะ \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

10. ท่านคิดว่าท่านจะมีการพิจารณาปรับปรุงในเรื่องการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในองค์กรของท่านหรือไม่อย่างไร

ไม่มีเพิ่มเติม

มี ในด้าน

นโยบาย โดยจะ \_\_\_\_\_

บุคลากร โดยจะ \_\_\_\_\_

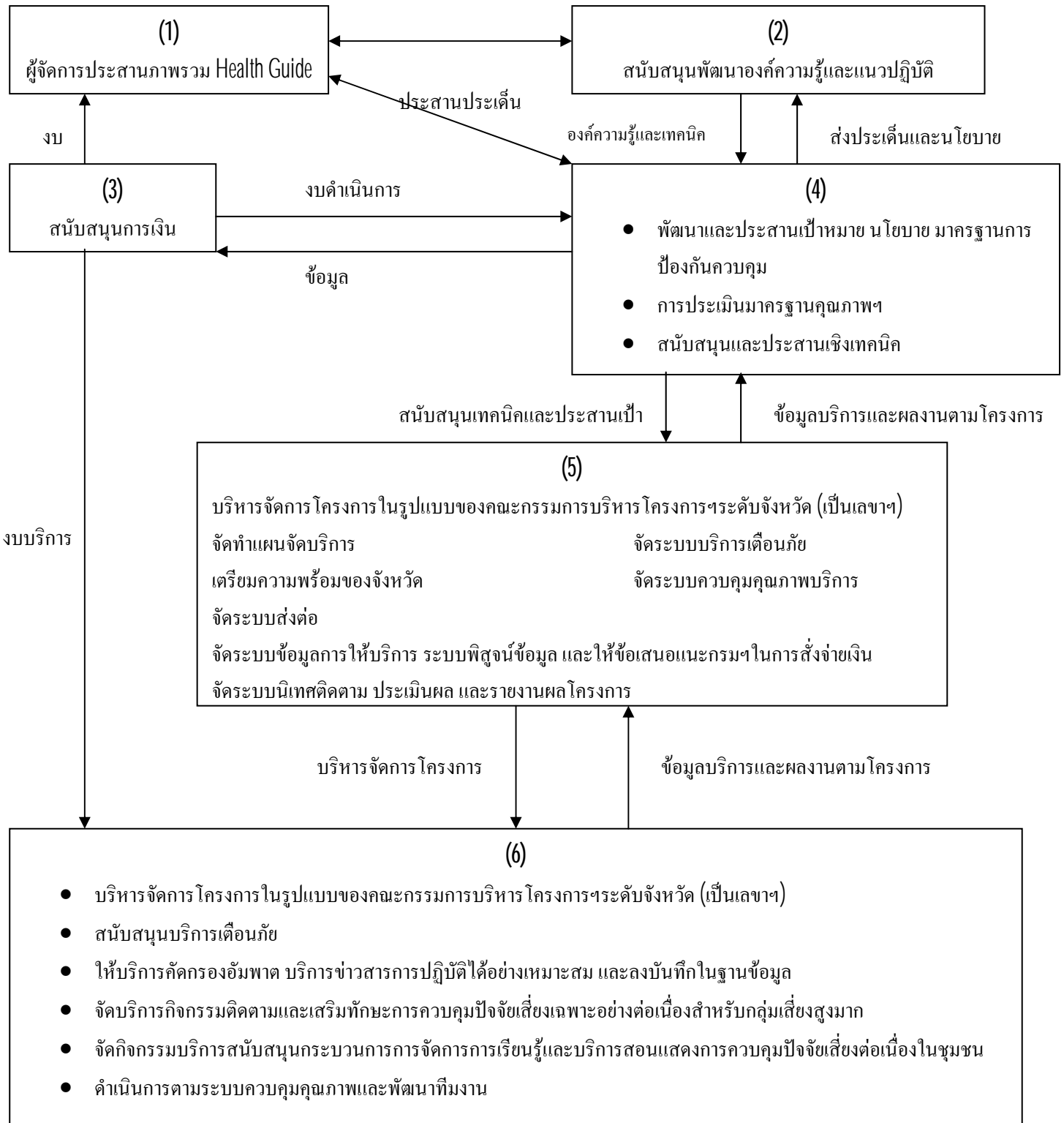
งบประมาณ โดยจะ \_\_\_\_\_

ระบบการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล โดยจะ \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_



### ถ้ากรอบการปฏิบัติงานการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นดังข้างล่างนี้



แผนภาพที่ 1: ตัวอย่างกรอบการปฏิบัติงานในโครงการป้องกันควบคุมกลุ่มโรคหลอดเลือดเสื่อมฯร่วมกันระหว่างส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง



11. ท่านคิดว่าองค์กรของท่านมีบทบาทในข้อใดของกรอบการปฏิบัติงานการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไร (ตามแผนภาพที่ 1)

---

---

---

12. ท่านเห็นด้วยกับโครงสร้างหรือรูปแบบการดำเนินงานนโยบายในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามแผนภาพที่ 1 หรือไม่ อย่างไร

- เห็นด้วยทุกประการ
- เห็นด้วยบางประการ และควรปรับดังนี้ (โปรดระบุ)

---

---

---

- ไม่เห็นด้วย และควรปรับดังนี้ (โปรดระบุหรือวาดแผนภูมิ)



13. ท่านมีเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินนโยบายในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร

ไม่มีเครือข่ายความร่วมมือ

มีเครือข่ายความร่วมมือ (โปรดระบุ)

องค์กร \_\_\_\_\_

และร่วมมือในด้าน

การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

องค์กร \_\_\_\_\_

และร่วมมือในด้าน

การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

องค์กร \_\_\_\_\_

และร่วมมือในด้าน

การคัดกรองโรค \_\_\_\_\_

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อสารเตือนภัย (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

การจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

14. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ผู้ให้ข้อมูล: หน่วยงาน \_\_\_\_\_

ผู้นำองค์กรด้านสุขภาพ

ผู้แทน ตำแหน่ง (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

หากมีข้อสงสัยติดต่อ นางสาวปาหนัน พิษยภิญโญ โทร (02) 354-8542 หรือ (084) 876-7899

