



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการ
ไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/
ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์
และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์
๒๕๖๙ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภท
วิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑	นางสมใจ วิริยพงศ์รัตน์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ
ประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลา
ดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใด
จะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายกฤษณ์ สุกุลแพทย์)

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสมใจ วิริยพงศ์รัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๓๔๖๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๒๒๘	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การประเมินนโยบาย "คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)" กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี ปี 2568				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	พัฒนาแนวทางการดำเนินงานตามนโยบาย "คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)" เพื่อชุมชนสุขภาพดีอย่างยั่งยืน				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"	สมบูรณ์				

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การประเมินนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs)” กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๘

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม ๒๕๖๘ (๖ เดือน)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) :

๓.๑.๑ ความหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Diseases : NCDs) หมายถึง กลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคหรือการติดเชื้อ และไม่สามารถแพร่กระจายจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้เหมือนโรคติดต่อทั่วไป แต่เป็นกลุ่มโรคที่มีลักษณะสำคัญคือความเรื้อรัง มีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน และต้องอาศัยการรักษาหรือควบคุมโรคในระยะยาว โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางพันธุกรรมบางประการ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การให้ความหมายของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, ๒๐๒๒) , กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค (๒๕๖๖) พอสรุปได้ว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่ไม่สามารถติดต่อจากคนสู่คนได้ แต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เศรษฐกิจ และสังคมอย่างรุนแรง สาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย ลักษณะของโรค และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวคิดและทฤษฎีของนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง จึงมีความสำคัญต่อการกำหนดมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพในระดับบุคคล ชุมชน และประเทศต่อไป

๓.๑.๒ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับโลก : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Diseases : NCDs) ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงในระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในศตวรรษที่ ๒๑ ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของประชากรทั่วโลกเกิดจากโรคกลุ่มนี้ องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ในปี ค.ศ. ๒๐๒๑ มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลกมากกว่า ๔๓ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๗๔ ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยโรค NCDs ที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งโรคกลุ่มนี้ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ ซึ่งพบว่ามี การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึงร้อยละ ๘๒ ของผู้เสียชีวิตจาก NCDs ทั้งหมด สะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (WHO, ๒๐๒๔) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ เช่น พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ รวมถึงผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษทางอากาศ ยังชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศกับการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชากรในวงกว้าง และมีผลกระทบมากเป็นพิเศษในกลุ่มประชากรที่ยากจนและเปราะบาง ทั้งนี้ เพื่อแก้ไขปัญหา NCDs อย่างเป็นระบบ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายภายใต้แผนพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยตั้งเป้าหมายที่จะลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงให้ได้หนึ่งในสาม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ (WHO, n.d.: World Health Organization. (n.d.). Noncommunicable diseases. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases>) ซึ่งถือเป็นพันธกิจสำคัญที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกต้องร่วมมือกันในการดำเนินนโยบายเพื่อควบคุมและป้องกันโรคกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๑.๓ สถานการณ์ NCDs ในประเทศไทย : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๗) ประเทศไทยต้องเผชิญกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง โรค NCDs ที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและระบบบริการสุขภาพของประเทศ (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๖) ระบุว่า ความชุกของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ข้อมูลรายงานโรค NCDs ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยอยู่ที่ ๗,๓๓๙.๗ ต่อประชากรแสนคน และอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ ๑๒,๓๔๘.๗ ต่อประชากรแสนคน แสดงให้เห็นถึงภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖ : กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๖). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย ปี ๒๕๖๕. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชน เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และความเครียดจากวิถีชีวิตสมัยใหม่ นอกจากนี้ ยังพบว่าประชากรไทยส่วนใหญ่ยังมีการบริโภคโซเดียมสูงกว่าค่ามาตรฐาน และมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่เกี่ยวข้องกับโรค NCDs ทั้งนี้ รัฐบาลไทยและกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างจริงจัง โดยจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ลงร้อยละ ๒๕ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ และส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ผ่านมาตรการเชิงรุก เช่น การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การควบคุมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นอันตราย การลดการสูบบุหรี่ และการบริหารจัดการความเครียดในประชาชน (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖)

๓.๑.๔ ความสำคัญและผลกระทบของโรค NCDs :

๑) ต่อสุขภาพประชาชน โรค NCDs ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เนื่องจากเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดชีวิต และอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง หรือพิการได้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒) ต่อเศรษฐกิจและสังคม ในเชิงเศรษฐกิจ โรค NCDs ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงมาก เนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาและติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้งส่งผลให้เกิดการสูญเสียรายได้ของครัวเรือนจากการหยุดงาน การสูญเสียผลิตภาพแรงงาน และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

๓) ต่อระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพของประเทศต้องแบกรับภาระหนักจากจำนวนผู้ป่วยโรค NCDs ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดปัญหาในด้านงบประมาณ บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ทรัพยากรสุขภาพที่ไม่เพียงพอในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในระดับชุมชน และจังหวัด ที่ต้องให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากเป็นประจำทุกวัน

๓.๑.๕ แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและประเทศไทย ซึ่งจำเป็นต้องมีแนวทางการป้องกันและควบคุมที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยเน้นทั้งการลดปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ (World Health Organization [WHO], ๒๐๒๒) แนวทางการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรค NCDs สามารถแบ่งออกเป็น ๓ ระดับ คือ

มาตรการระดับโลก : กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ภายใต้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ของสหประชาชาติ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงร้อยละ ๓๓ ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ (WHO, ๒๐๒๒) มาตรการหลักระดับโลกที่ WHO ให้ความสำคัญ ได้แก่ การควบคุมการบริโภคยาสูบ (MPOWER Strategy) การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมโภชนาการที่ดี การลดปริมาณเกลือและไขมันในอาหาร ตลอดจนการควบคุมมลพิษทางอากาศ และการสร้างระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้ (WHO, ๒๐๒๒)

นโยบายระดับประเทศ : ดำเนินนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นระบบ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐ เพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกันในทุกภาคส่วน โดยมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ รวมถึงการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) นอกจากนี้ ยังมีการขับเคลื่อนนโยบาย “คนไทยไร้ NCDs” ซึ่งเน้นการคัดกรองสุขภาพประชาชน การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง การพัฒนาสถานบริการสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

แนวทางปฏิบัติในระดับชุมชนและรายบุคคล : การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชนและรายบุคคลถือเป็นหัวใจสำคัญของการลดภาระโรคในระยะยาว โดยประชาชนควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลดเค็ม ลดหวาน ลดไขมัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการจำกัดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) นอกจากนี้ การมีระบบสนับสนุนในชุมชน เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรณรงค์ให้ประชาชนเข้ารับการคัดกรองสุขภาพประจำปี จะช่วยเพิ่มโอกาสในการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๒ สาระสำคัญของ นโยบาย "คนไทยห่างไกล NCDs" :

นโยบาย "คนไทยห่างไกล NCDs" เป็นนโยบายสำคัญระดับชาติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกัน ควบคุม และลดผลกระทบจากโรค NCDs ต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยนโยบายนี้เน้นการดำเนินงานเชิงรุกแบบองค์รวมในทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ ชุมชน และบุคคล ได้ประกาศขับเคลื่อน "นโยบายคนไทยห่างไกล NCDs" อย่างเป็นทางการ ในการประชุมคณะกรรมการกำหนดนโยบายและ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ทิศทางการขับเคลื่อนคนไทยห่างไกล NCDs ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ โดยมีเป้าหมายในการจัดระบบบริการสุขภาพแบบเชิงรุกและครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรค NCDs วัตถุประสงค์นโยบายประกอบด้วย

๑) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs เช่น การลดการสูบบุหรี่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และลดการดื่มแอลกอฮอล์

๒) เพื่อจัดตั้งศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ในระดับตำบลและคลินิก NCDs Remission Clinic ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อเป็นศูนย์กลางในการให้บริการคัดกรอง ป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่

๓) เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ NCDs Data Hub ในระดับประเทศ และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตาม ควบคุม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๔) เพื่อสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานรัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ในการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรค NCDs ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

๓.๓ การดำเนินงานตาม นโยบาย "คนไทยห่างไกล NCDs" จังหวัดชลบุรี :

การดำเนินงานนโยบาย "คนไทยห่างไกล NCDs" ในจังหวัดชลบุรี เป็นไปตามนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้มีการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ โดยจังหวัดชลบุรีได้ดำเนินการภายใต้กลไกการจัดตั้งศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs (ระดับตำบล) การจัดตั้งคลินิก NCDs รักษาหาย (NCDs Remission Clinic) ในโรงพยาบาล และการใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกหลักในการลงพื้นที่ให้บริการ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดชลบุรีได้ดำเนินการจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนนโยบายหลักที่สำคัญ ได้แก่

- การจัดตั้งศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ระดับตำบล (Target \geq ๑๐๐% ภายในปี ๒๕๖๘) ณ มกราคม ๒๕๖๘ จังหวัดชลบุรีสามารถจัดตั้งศูนย์ฯ แล้ว ๑๔ แห่ง คิดเป็น ๑๕.๒๒% ของเป้าหมาย ๙๒ ตำบล และมีแผนขยายเพิ่มอีก ๑๔ แห่งภายในเดือนมีนาคม ๒๕๖๘

- การจัดตั้ง NCDs Remission Clinic (คลินิกรักษาหาย) ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ครบ ๑๐๐% โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ (DM Type ๒) เข้าสู่ภาวะ Remission อย่างน้อย ๑๐% ของผู้ที่เข้าร่วม และอย่างน้อย ๑% ของผู้ป่วย DM Type ๒ ทั้งหมดในพื้นที่

- การดำเนินงานคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs โดยใช้ อสม. และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นกลไกสำคัญ

ผลการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตปี ๒๕๖๘ (ข้อมูลจากระบบ HDC ณ วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘) เป็นดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

: ที่มา ข้อมูลจากระบบ HDC ณ วันที่ 21 กรกฎาคม 2568

• ผลการคัดกรองเบาหวาน (ปี 2568) ตารางที่ 2.1

อำเภอ	เป้าหมายคัดกรอง (คน)	ได้รับการคัดกรอง (คน)	ร้อยละที่ได้รับคัดกรอง
อำเภอเมืองชลบุรี	129059	13003	10.08
อำเภอบางละมุง	129412	16670	12.88
อำเภอศรีราชา	115855	7575	6.54
อำเภอบ้านบึง	40811	15203	37.25
อำเภอพนัสนิคม	45058	19930	43.27
อำเภอพานทอง	30735	11470	37.32
อำเภอบ่อทอง	20447	6392	31.26
อำเภอหนองใหญ่	9098	5003	54.99
อำเภอเกาะจันทร์	14114	3821	27.07
อำเภอเกาะสีชัง	1328	1136	85.54
อำเภอสัตหีบ	56275	6161	10.95

• ผลการคัดกรองความดันโลหิตสูง (ปี 2568) ตารางที่ 2.2

อำเภอ	เป้าหมายคัดกรอง (คน)	ได้รับการคัดกรอง (คน)	ร้อยละที่ได้รับคัดกรอง
อำเภอเมืองชลบุรี	116662	16211	13.09
อำเภอบางละมุง	116409	13516	11.61
อำเภอศรีราชา	103162	6984	6.77
อำเภอบ้านบึง	34857	13925	39.95
อำเภอพนัสนิคม	36469	16118	44.20
อำเภอพานทอง	27796	10466	37.65
อำเภอบ่อทอง	16862	5330	31.61
อำเภอหนองใหญ่	7858	4444	56.55
อำเภอเกาะจันทร์	11449	3340	29.17
อำเภอเกาะสีชัง	1011	845	83.58
อำเภอสัตหีบ	52156	5278	10.12

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓.๔ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง :

๓.๔.๑ แนวทางการสร้างเครือข่ายและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ : ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการสร้างและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือสามารถนำไปใช้ในการศึกษา เครือข่ายชุมชนมีลักษณะของการรวมกลุ่มกันเพื่อดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ของกลุ่ม มีการพบปะ พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสพการณ์ระหว่างกัน โดยมีรูปแบบที่ไม่ตายตัว สร้างเสริม กระบวนการมีส่วนร่วม และกลายเป็นพลังในการขับเคลื่อนให้เครือข่าย มีความเข้มแข็งต่อไป

๓.๔.๒ แนวคิดเกี่ยวกับทุนภายในชุมชน : การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดทุนในชุมชนของ Flora, C. B., และ Flora, J. L. (๒๐๐๘) มาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์และประเมินศักยภาพของชุมชนจังหวัดชลบุรี เพื่อศึกษาความเหมาะสมของนโยบาย “คนไทยห่างไกล NCDs” และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การใช้ทรัพยากรในพื้นที่อย่างคุ้มค่า รวมถึงสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในอนาคต ทุนมนุษย์ (Human Capital) ทุนสังคม (Social Capital) ทุนวัฒนธรรม (Cultural Capital) ทุนสิ่งแวดล้อม (Natural Capital) ทุนกายภาพ (Built Capital) ทุนการเมือง (Political Capital) และทุนการเงิน (Financial Capital)

๓.๔.๓ แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการบริหารจัดการ : การจัดการ หรือ การบริหาร หมายถึง กระบวนการในการทำงานอย่างเป็นขั้นตอนของเครือข่ายระดับอำเภอในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและแผนงาน การปฏิบัติงาน วิธีการกำกับดูแลเพื่อมั่นใจได้ว่าผลการดำเนินงานสอดคล้องกับลักษณะสำคัญของเครือข่าย รวมทั้งนโยบายหรือแผนงานที่วางไว้ สรุปได้ ๔ ด้าน ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การเป็นผู้นำ การควบคุมกำกับ

๓.๔.๔ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ :

๑) ความหมายสุขภาพ ตามนิยามของ WHO หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ทั้งนี้ไม่ใช่หมายถึงเพียงแต่การปราศจากโรค หรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น รายละเอียด ดังนี้

- สุขภาพทางกาย (Physical Health)หมายถึง สภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย

- สุขภาพทางจิต (Mental Health) หมายถึง สภาวะความสมดุลในทุกด้านของชีวิตทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาต่างๆสุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี

๒) ความสุขสมบูรณ์ (Wellness) หมายถึง สภาวะของความ สุข ทั้งทางร่างกาย (Physical) อารมณ์ (Emotional) สติปัญญา (Intellectual) และสังคม(Social)

๓) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอก พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น ๓ ประเภท คือ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

- พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง พฤติกรรมที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย รับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะ การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

- พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย ได้แก่ การพักผ่อน การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม ฯลฯ

- พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติตัวเมื่อทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่ง เลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ

๔) ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ (Determinants of Health) แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพ พฤติกรรมมนุษย์อาจถูกกำหนดโดยหลายปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางศาสนา ปัจจัยทางมนุษยชาติในแง่ของความเป็นมนุษย์ ปัจจัย/ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการดำรงชีวิตหรือครองชีวิต สภาพความเป็นอยู่

๕) พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) หมายถึง รูปแบบจำเพาะของพฤติกรรมซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสที่จะป่วยจากโรคบางชนิดหรือการเสื่อมสุขภาพมากขึ้น

๖) เป้าหมายสุขภาพ (Health Target) เป้าหมายสุขภาพเน้นที่การเปลี่ยนแปลง (โดยใช้ตัวชี้วัดสุขภาพเป็นเกณฑ์)ที่จะเกิดแก่ประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะในระดับที่มีความเป็นไปได้ ในช่วงเวลาหนึ่งที่กำหนดไว้

๗) คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นเป้าหมายของการดำเนินงานสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ อีกทั้งยังทำประโยชน์ให้กับตนเอง สังคมและประเทศชาติด้วย คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องวัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากร สังคม สุขภาพ จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ ในปัจจุบัน

ซึ่งจะเห็นได้ว่า คำว่า “สุขภาพ” กับ “คุณภาพชีวิต” นั้นมีความสัมพันธ์อย่างมาก นั่นคือ มนุษย์ทุกคนต้องการที่จะมีชีวิตที่มีคุณภาพในทุกๆด้าน ซึ่งการที่มนุษย์เราจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยเสมอ ซึ่งการมีสุขภาพดี ก็จะต้องครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ไปพร้อมๆกัน การมีสุขภาพดีเพียงด้านหนึ่งด้านใด ก็ไม่สามารถที่จะทำให้มนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสมบูรณ์ได้

๘) สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) หมายถึง การที่พลโลกทุกคนบรรลุถึงสถานะสุขภาพในระดับที่เอื้อให้ใช้ชีวิตที่มีประโยชน์ทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ ถือเป็นยุทธศาสตร์ ที่สำคัญในการพัฒนาสาธารณสุขที่ให้โดย WHO มาเป็นเวลาเกือบ ๒ ทศวรรษ ถึงแม้แต่แต่ละประเทศจะตีความแตกต่างกันตามลักษณะจำเพาะทางสังคมและเศรษฐกิจ แต่สุขภาพดีถ้วนหน้าก็เป็นหลักชัยอันพึงปรารถนาตามแนวคิดเสมอภาคทางสุขภาพ

๓.๔.๕ แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลโครงการ

- ความหมายของการประเมินผลโครงการ : การประเมินผลโครงการ (Project Evaluation) เป็นคำที่มาจาก การประเมินผล (Evaluation) กับคำว่าโครงการ (Project) หมายความว่า เป็นกิจกรรมที่จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์บางประการ โดยที่ผู้จัดทำโครงการมุ่งหวังว่าเมื่อทำกิจกรรมนั้นตามหลักเกณฑ์หรือขั้นตอนต่าง ๆ ที่กำหนดไว้แล้วจะบรรลุวัตถุประสงค์บางประการ หรือหลายประการที่ตั้งไว้หากมีกฎเกณฑ์ ขั้นตอน หรือ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

กระบวนการที่ดำเนินการแตกต่างกันก็อาจได้ผลลัพธ์ออกมาไม่เหมือนกัน ความหมายของคำว่าประเมินผล โดยทั่วไปนั้นการประเมินผลนับเป็นการตัดสินคุณค่าหรือความเหมาะสมในสิ่งที่ประเมิน ซึ่งหากจะขยายความ การประเมินเป็นการแยกแยะ วินิจฉัย (Identification) เปิดเผยข้อเท็จจริง (Clearification) และการใช้ประโยชน์ (Application) ของเกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อตัดสินคุณค่า หรือความเหมาะสมของสิ่งนั้นในเรื่อง คุณภาพการใช้ ประโยชน์การมีผลตามความเป็นจริง หรือการได้รับผลที่สอดคล้องตามเกณฑ์นั้น นักวิชาการชาวต่างประเทศ และชาวไทย ได้ให้คำจำกัดความของการประเมินผลว่าหมายถึง กระบวนการของการดูแลติดตามเพื่อที่จะดูว่า องค์กรหรือหน่วยงานได้รับและใช้ทรัพยากรเพื่อการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการอย่างมี ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลเพียงเป็นกระบวนการกำหนดขอบเขตการตัดสินใจ การเลือกข้อมูลที่เหมาะสม การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการเขียนรายงานสรุป เพื่อให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจได้ใช้เป็นแนวทางในการ ปฏิบัติโดยมีเงื่อนไขสำคัญของการประเมินผลตามหลักเกณฑ์ ๔ ประการคือ ๑) การพิจารณาถึงคุณลักษณะของ นโยบาย แผนงานหรือโครงการ ก่อให้เกิดความสำเร็จ ๒) การพิจารณาถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้ที่ได้รับ ผลกระทบจากนโยบาย แผนงานหรือโครงการ ๓) การศึกษาเงื่อนไขต่างๆ เช่น พื้นที่ เวลา และสถานการณ์ ที่มี ความสัมพันธ์กับเงื่อนไขความสำเร็จในการนำนโยบาย แผนงานหรือโครงการไปปฏิบัติ ๔) การพิจารณาถึง ผลกระทบที่เกิดจากนโยบาย แผนงานหรือโครงการ

- หลักการเบื้องต้นเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผล การประเมินผลถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ประการหนึ่งในกระบวนการบริหารงาน/โครงการ ซึ่งหลังจากได้ผ่านกระบวนการวางแผน (Planning) การ ปฏิบัติตามแผน (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวัด ความสำเร็จของผลการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

๑) การติดตามผล (Monitoring) เป็นการติดตามตรวจสอบความก้าวหน้าในการดำเนินงานการ จัดสรรทรัพยากร (input) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ทรัพยากรในโครงการ (input) กับ ผลผลิต (output) ของโครงการร่วมกับปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานการติดตามผลเป็นเครื่องมือ ในช่วงการปฏิบัติงานของโครงการเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการส่งมอบปัจจัยการผลิต กำหนดการทำงาน การผลิต ผลผลิต และการดำเนินงานต่างๆ ได้ดำเนินการไปตามแผนที่วางไว้

๒) การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงาน (Performance evaluation) เป็นการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการติดตามผลการปฏิบัติงาน เพื่อประเมินความก้าวหน้า ของโครงการหรือแผนงานว่ามีการใช้ทรัพยากร/ปัจจัยต่างๆ อย่างไร มีการดำเนินงานเป็นไปตามแผน ตามขั้นตอน ตามกฎเกณฑ์ และตามเวลาที่กำหนดหรือไม่ ตลอดจนมีผลงานเป็นไปตามแผน วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย หรือไม่ อาจเป็นการประเมินผลระหว่างการทำงาน (On-going evaluation) เป็นการประเมินถึงผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) หรือการประเมินผลภายหลังการทำงาน (Ex - post evaluation) เป็นการประเมินถึงผลลัพธ์ (outcomes) และผลกระทบ (impacts) โดยการประเมินผลผลิต เป็นการประเมิน เพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือความต้องการ/ เป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้ง การพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการและการประเมินผลเรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย / แผนงาน / โครงการ โดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินสถานะ แวดล้อมปัจจัยเบื้องต้นและกระบวนการร่วมด้วย สำหรับการประเมินผลกระทบจากการดำเนินโครงการ (Impact

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

Evaluation) เป็นการประเมินผลโครงการภายหลังจากการสิ้นสุดการดำเนินโครงการ หรือแผนงาน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นซึ่งอาจจะได้รับอิทธิพลจากการมีโครงการหรือปัจจัยอื่นๆ

- วัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมายการประเมินผลโครงการ

มักจะมีคำถามอยู่ตลอดเวลาว่า ประเมินผลเพื่ออะไร หรือ ประเมินผลไปทำไม ปฏิบัติงานตามโครงการแล้ว ไม่มีการประเมินผลไม่ได้หรือ ตอบได้เลยว่า การบริหารแนวใหม่หรือการบริหารในระบบเปิด (Open System) นั้น ถือว่าการประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก ซึ่งจุดมุ่งหมายของการประเมินผลโครงการ มีดังนี้

๑) เพื่อสนับสนุนหรือยกเลิก การประเมินผลจะเป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจว่าควรจะยกเลิกโครงการ หรือสนับสนุนให้มีการขยายผลต่อไป

๒) เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามโครงการ

๓) เพื่อปรับปรุงงาน

๔) เพื่อศึกษาทางเลือกที่ดีที่สุด เพื่อการตัดสินใจนำไปปฏิบัติ

๕) เพื่อขยายผลในการนำโครงการไปปฏิบัติ

ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้ หมายถึง กิจกรรม/โครงการ หรือการดำเนินงานนโยบาย “คนไทยห่างไกล NCDs” ในพื้นที่ จังหวัดชลบุรี ที่เกิดขึ้นระหว่าง ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘ แบ่งออกเป็น ๓ ด้าน คือ (๑) ด้านผลผลิต (๒) ด้านผลลัพธ์และ (๓) ผลกระทบ (Impacts)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Diseases: NCDs) ได้กลายเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ ซึ่งรวมถึงประเทศไทย โดยรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจาก NCDs สูงถึงร้อยละ ๗๑ ของการเสียชีวิตทั้งหมด และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ ๑.๖ ล้านล้านบาท โดยร้อยละ ๙๑ เป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น การขาดงาน การทำงาน ไม่มีประสิทธิภาพ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่วนอีกร้อยละ ๙ เป็นค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยตรง ทั้งนี้ ระบบบริการสุขภาพของประเทศยังต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจนำไปสู่วิกฤตด้านสุขภาพในระยะยาว เพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย “คนไทยห่างไกล NCDs” และประกาศใช้อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ ๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ และลดความเสี่ยงจากโรค NCDs ผ่านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนใน ๔ มิติหลัก ได้แก่ ๑) การลดบริโภคเกลือและโซเดียม ๒) การเพิ่มกิจกรรมทางกาย ๓) การเพิ่มโปรตีนคุณภาพดี และ ๔) การเพิ่มไขมันดีในอาหารประจำวัน ควบคู่กับการขับเคลื่อนกลไกเชิงระบบ ได้แก่ การจัดตั้งคลินิก NCDs รักษาหายในโรงพยาบาลทุกระดับ การตั้งศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ในระดับตำบล และการเสริมศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้แนวคิด “ครู ก” และ “ครู ข” ในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ผลการดำเนินงานระดับประเทศระบุว่า มีประชาชนสามารถ “นับคาร์บ” ได้แล้วกว่า ๑๔.๕ ล้านคนทั่วประเทศ ซึ่งเป็นดัชนีสำคัญของการเข้าถึงองค์ความรู้ด้านโภชนาการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ที่มีประชากรแฝงจำนวนมาก และมีวิถีชีวิตแบบเมือง พบว่าการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว ยังไม่ครอบคลุมอย่างทั่วถึง แม้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด จะดำเนินการจัดตั้งคลินิก NCDs ได้ครบ ๑๐๐% แล้ว แต่ระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กลับมีอัตราการจัดตั้งเพียงร้อยละ ๑๕.๒๒ (ณ มกราคม ๒๕๖๘) ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ ยังไม่ปรากฏข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่า ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนหรือไม่ ทั้งในเชิงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด และในเชิงพฤติกรรม เช่น ความต่อเนื่องในการนั้บคาร์บหรือการบริโภคอาหารที่เหมาะสม อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาที่วิเคราะห์กลไกการบริหารจัดการนโยบายระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ ทั้งในมิติของภาวะผู้นำ การจัดการทีม การวางแผน การจัดสรรทรัพยากร และการสื่อสารนโยบาย รวมถึงบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอสม. ในการขับเคลื่อนนโยบายในระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๑) ศึกษาประเด็นปัญหา และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้อง
- ๒) กำหนดรูปแบบการวิจัย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามระเบียบวิธีวิจัย
- ๓) จัดทำแบบสอบถาม ทดสอบหาความตรงของเครื่องมือวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ
- ๔) ยื่นขอดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์
- ๕) เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
- ๖) สรุปผล อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ เขียนรายงานวิจัย จัดทำรูปเล่ม และนำเสนอ

๔.๓ เป้าหมายการดำเนินงาน

เพื่อประเมินผลการดำเนินนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)” ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี โดย (๑) ศึกษากระบวนการจัดการ (๒) ผลการดำเนินงาน และ(๓) วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ข้อจำกัด ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานนโยบายคนไทยห่างไกล NCDs ในพื้นที่ จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดนำร่องที่มีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และโครงสร้างประชากรที่หลากหลาย การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้แนวทางการประเมินแบบ Formative Evaluation และ Summative Evaluation ร่วมกับระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อให้สามารถสะท้อนทั้งกระบวนการ ผลลัพธ์ และปัจจัยเชิงบริบทของการดำเนินนโยบายได้อย่างครอบคลุม โดยเลือกอำเภอทั้ง ๑๑ แห่ง และสุ่มตำบลที่มีการดำเนินงานต่อเนื่อง รวมทั้งสิ้น ๓๓ ตำบล กลุ่มเป้าหมายของการวิจัยประกอบด้วย ๔ กลุ่มหลัก ได้แก่ (๑) ผู้ขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัดและอำเภอ (๒) ผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพ (๓) เครือข่ายและอาสาสมัครชุมชน และ (๔) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ ทัศนคติ ความพึงพอใจ ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และทัศนคติต่อการป้องกันโรค NCDs วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test, ANOVA และ Pearson's correlation

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ **เชิงปริมาณ** : ผลการประเมินการรับรู้ ทักษะ และ ความพึงพอใจของประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการที่มีต่อนโยบาย “คนไทยห่างไกล NCDs” อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความแตกต่างตามช่วงอายุและระดับการศึกษา ($p < 0.05$) และพบว่าทัศนคติที่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = 0.46, p < 0.01$)

๕.๒ **เชิงคุณภาพ** : ผลการประเมินพบว่า กระบวนการดำเนินนโยบายในจังหวัดชลบุรีมีความเข้มแข็งในเชิงโครงสร้าง โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนในทุกระดับ มีการสื่อสารนโยบายผ่านเวที คปสอ., พขอ., และการอบรมผ่านระบบออนไลน์อย่างต่อเนื่อง หน่วยบริการสุขภาพและ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด การขับเคลื่อนนโยบายใช้แนวคิด “การเปลี่ยนก่อนป่วย” โดยมุ่งเน้นการคัดกรอง ติดตาม และดูแลกลุ่มเสี่ยงผ่านกลไกของ อสม. และทีมสหวิชาชีพในคลินิก NCDs นอกจากนี้ พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เข้าร่วมโครงการมีระดับการรับรู้ ทักษะ และ ความพึงพอใจต่อนโยบาย “คนไทยห่างไกล NCDs” อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจต่อนโยบายในระดับหนึ่ง แต่ยังมีช่องว่างด้านการสื่อสาร ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ การส่งต่อข้อมูล การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และการสนับสนุนทรัพยากรที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายในระดับพื้นที่ ปัจจัยความสำเร็จของนโยบาย ได้แก่ ภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ การประสานงานระหว่างภาคส่วน และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ ข้อจำกัดที่พบ ได้แก่ ระบบข้อมูลสุขภาพที่ยังไม่เชื่อมโยง ภาระงานของบุคลากร และข้อจำกัดด้านทรัพยากร

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ในระดับนโยบาย หน่วยงานกำหนดนโยบาย อาทิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะได้รับข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในเชิงโครงสร้าง กลไก และกระบวนการ โดยอิงกับปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคที่แท้จริงในระดับชุมชน และเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติ (policy guideline) ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงของพื้นที่ อันจะส่งผลต่อประสิทธิผลของการขับเคลื่อนนโยบายในระดับจังหวัด และประเทศ

- ในระดับปฏิบัติการ หน่วยบริการสุขภาพ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบ และกระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพที่ตรงกับบริบทของชุมชนอย่างเป็นระบบ

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย อาทิ บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs จะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

- กลุ่มเครือข่ายและอาสาสมัคร สนับสนุนการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และการเสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลกระทบจากโครงการ ไม่มี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การกำหนดรูปแบบการวิจัยไม่ยุ่งยากซับซ้อน แต่การสร้างเครื่องมือแบบสอบถามที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีหลายกลุ่มหลายระดับ ให้ตรงกับรูปแบบวิจัย ต้องใช้การทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากหลายแหล่งข้อมูล และการสร้างเครื่องมือต้องประสานผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เพื่อให้เกิดความเหมาะสม

๗.๒ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย โดยประเมินจากเอกสาร การสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และสอบถามข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs)” ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมายในหลายวิชาชีพ และมีระดับในการบังคับบัญชา ข้อจำกัดจากบุคลากรต้องปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจหลัก งานประจำของหน่วยงาน ทำให้ต้องมีการวางแผนนัดหมาย เก็บข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลต้องยินยอมให้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อสรุปเป็นข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคุณภาพงานต่อไป

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

งานวิจัยมีความล่าช้าไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด เนื่องจากในการเก็บข้อมูลในระดับผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารหน่วยงานมีภารกิจ และบางส่วนมีการมอบหมายผู้แทนให้ข้อมูล ทำให้ข้อมูลในระดับกำหนดนโยบายอาจมีความคลาดเคลื่อน

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านนโยบาย

- ส่งเสริมการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของนโยบายร่วมกันอย่างยั่งยืน

- ควรเสริมสร้างแรงจูงใจและความเข้าใจร่วมในกลุ่มเจ้าหน้าที่ เพื่อยกระดับการมีส่วนร่วม

๙.๒ ด้านปฏิบัติการ

- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทุกกระดับ โดยเฉพาะด้านการสื่อสารนโยบาย การใช้ข้อมูลสุขภาพ และการจัดการเชิงพื้นที่อย่างบูรณาการ

- ควรปรับปรุงระบบข้อมูลสุขภาพให้สามารถเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานและสิทธิการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับการติดตามและประเมินผลที่แม่นยำ

- ขยายกลุ่มเป้าหมายของนโยบายไปยังกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มเสี่ยงรายใหม่

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างจัดทำผลงานและเผยแพร่ผลงาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๑๑. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

๑) นางสมใจ วิริยพงศ์รัตน์ สัตว์ส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 


(นางสมใจ วิริยพงศ์รัตน์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)


(วันที่) ๑๖ / มกราคม / ๒๕๖๙

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสมใจ วิริยพงศ์รัตน์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นายรัก ณะไพบุลย์)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

(วันที่) ๑๖ / มกราคม / ๒๕๖๙

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นายแพทย์กฤษณ์ สกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่) ๑๖ / มกราคม / ๒๕๖๙

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง พัฒนาแนวทางการดำเนินงานตามนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)”
เพื่อชุมชนสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง และต่ำ ซึ่งรวมถึงประเทศไทย โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง และโรคไตเรื้อรัง ล้วนแล้วแต่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ จากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพของประเทศยังต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจนำไปสู่วิกฤตด้านสุขภาพในระยะยาว เพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย “คนไทยห่างไกล NCDs” และประกาศใช้อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ ๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงจากโรค NCDs ผ่านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนใน ๔ มิติหลัก ได้แก่ ๑) การลดบริโภคเกลือและโซเดียม ๒) การเพิ่มกิจกรรมทางกาย ๓) การเพิ่มโปรตีนคุณภาพดี และ ๔) การเพิ่มไขมันดีในอาหารประจำวัน ควบคู่กับการขับเคลื่อนกลไกเชิงระบบ ได้แก่ การจัดตั้งคลินิก NCDs รักษาหายในโรงพยาบาลทุกระดับ การตั้งศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ในระดับตำบล และการเสริมศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้แนวคิด “ครู ก” และ “ครู ข” ในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ผลการดำเนินงานระดับประเทศ ระบุว่า มีประชาชนสามารถ “นับคาร์บ” ได้แล้วกว่า ๑๔.๕ ล้านคนทั่วประเทศ ซึ่งเป็นดัชนีสำคัญของการเข้าถึงองค์ความรู้ด้านโภชนาการ จากการศึกษาเก็บข้อมูลจังหวัดชลบุรี พบว่าการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง แม้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด จะดำเนินการจัดตั้งคลินิก NCDs ได้ครบ ๑๐๐% แล้ว แต่ระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กลับมีอัตราการจัดตั้งเพียงร้อยละ ๑๕.๒๒ (ณ มกราคม ๒๕๖๘) ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ ยังไม่ปรากฏข้อมูลที่ชัดเจนว่า ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนหรือไม่ ทั้งในเชิงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น ระดับน้ำตาล ในเลือด และในเชิงพฤติกรรม เช่น ความต่อเนื่องในการนับคาร์บหรือการบริโภคอาหารที่เหมาะสม อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาที่วิเคราะห์กลไกการบริหารจัดการนโยบายระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ ทั้งในมิติของภาวะผู้นำ การจัดการทีม การวางแผน การจัดสรรทรัพยากร และการสื่อสารนโยบาย รวมถึงบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอสม. ในการขับเคลื่อนนโยบายในระดับชุมชน อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีการศึกษา ทำความเข้าใจ เพื่อพัฒนาแนวทางที่จะบูรณาการการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในทุกระดับ ขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ชุมชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากการดำเนินงานนโยบาย "คนไทยห่างไกล NCDs" ในจังหวัดชลบุรี เป็นไปตามนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้มีการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ โดยจังหวัดชลบุรีได้ดำเนินการภายใต้กลไกการจัดตั้งศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs (ระดับตำบล) การจัดตั้งคลินิก NCDs รักษาหาย (NCDs Remission Clinic) ในโรงพยาบาล และการใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกหลักในการลงพื้นที่ให้บริการ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดชลบุรีได้ดำเนินการจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนนโยบายหลัก ที่สำคัญ ได้แก่

- การจัดตั้งศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ระดับตำบล (Target \geq ๑๐๐% ภายในปี ๒๕๖๘) ณ มกราคม ๒๕๖๘ จังหวัดชลบุรีสามารถจัดตั้งศูนย์ฯ แล้ว ๑๔ แห่ง คิดเป็น ๑๕.๒๒% ของเป้าหมาย ๙๒ ตำบล และมีแผนขยายเพิ่มอีก ๑๔ แห่งภายในเดือนมีนาคม ๒๕๖๘

- การจัดตั้ง NCDs Remission Clinic (คลินิกรักษาหาย) ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ครบ ๑๐๐% โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ (DM Type ๒) เข้าสู่ภาวะ Remission อย่างน้อย ๑๐% ของผู้ที่เข้าร่วม และอย่างน้อย ๑% ของผู้ป่วย DM Type ๒ ทั้งหมดในพื้นที่

- การดำเนินงานคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs โดยใช้ อสม. และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นกลไกสำคัญ

ผลงานการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตปี ๒๕๖๘ (ข้อมูลจากระบบ HDC ณ วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘) เป็นดังนี้

: ที่มา ข้อมูลจากระบบ HDC ณ วันที่ 21 กรกฎาคม 2568

• ผลการคัดกรองเบาหวาน (ปี 2568) ตารางที่ 2.1

อำเภอ	เป้าหมายคัดกรอง (คน)	ได้รับการคัดกรอง (คน)	ร้อยละที่ได้รับคัดกรอง
อำเภอเมืองชลบุรี	129059	13003	10.08
อำเภอบางละมุง	129412	16670	12.88
อำเภอศรีราชา	115855	7575	6.54
อำเภอบ้านบึง	40811	15203	37.25
อำเภอพนัสนิคม	45058	19930	43.27
อำเภอบ้านนา	30735	11470	37.32
อำเภอบ่อทอง	20447	6392	31.26
อำเภอหนองใหญ่	9098	5003	54.99
อำเภอเกาะจันทร์	14114	3821	27.07
อำเภอเกาะสีชัง	1328	1136	85.54
อำเภอสัตหีบ	56275	6161	10.95

• ผลการคัดกรองความดันโลหิตสูง (ปี 2568) ตารางที่ 2.2

อำเภอ	เป้าหมายคัดกรอง (คน)	ได้รับการคัดกรอง (คน)	ร้อยละที่ได้รับคัด กรอง
อำเภอเมืองชลบุรี	116662	16211	13.09
อำเภอบางละมุง	116409	13516	11.61
อำเภอศรีราชา	103162	6984	6.77
อำเภอบ้านบึง	34857	13925	39.95
อำเภอพนัสนิคม	36469	16118	44.20
อำเภอบ้านนา	27796	10466	37.65
อำเภอบ่อทอง	16862	5330	31.61
อำเภอหนองใหญ่	7858	4444	56.55
อำเภอเกาะจันทร์	11449	3340	29.17
อำเภอเกาะสีชัง	1011	845	83.58
อำเภอสัตหีบ	52156	5278	10.12

โดยจากการศึกษา รวบรวมข้อมูล และประเมินสถานการณ์ พบว่าการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวยังไม่ครอบคลุม
ทั่วถึง สะท้อนถึงข้อจำกัดและปัญหาในการดำเนินงาน ได้แก่

- การดำเนินงานยังเน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- การคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมหรือขาดความต่อเนื่อง
- การบูรณาการภาคีเครือข่าย (อปท. ชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ) ยังไม่เป็นระบบ
- ประชาชนยังขาดความตระหนักและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

๓.๒ แนวคิด

ในยุคปัจจุบัน การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนงานพัฒนาสังคม งานบริการสุขภาพ หรือการแก้ไขปัญหา
สาธารณสุข จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน และบูรณาการแนวทางการทำงานที่เหมาะสมในการ
พัฒนาและปรับปรุงงานในปัจจุบัน แนวคิดที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่

๑) แนวคิดการสร้างเครือข่ายและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ

๒) แนวคิดเกี่ยวกับทุนในชุมชน ชุมชนที่สามารถบริหารจัดการทุนในพื้นที่ได้ดี จะเกิดความเข้มแข็ง
สามารถพึ่งตนเอง และมีความยั่งยืนในการพัฒนา ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวต้องอาศัยการมีส่วนร่วม ความสัมพันธ์
ที่ดี และการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยการบูรณาการแนวคิดทุนในชุมชนเข้ากับนโยบายสาธารณะและแผนงาน
พัฒนาสุขภาพ จะช่วยเพิ่มโอกาสในการขับเคลื่อนชุมชนให้มีสุขภาวะที่ดีและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนได้อย่าง
ยั่งยืน

๓) แนวคิดและทฤษฎีกระบวนการบริหารจัดการ

- การวางแผน หมายถึง กำหนดวิธีทางที่จะปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า โดยมีการกำหนดประเด็นที่สำคัญ
ได้แก่ เป้าหมาย วิธีการที่ทำให้บรรลุตามเป้าหมายโดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ นโยบายของ
องค์การที่ได้กำหนดไว้ และความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตเป็นเครื่องมือที่ใช้ข้อมูลพื้นฐานในการควบคุม

การปฏิบัติงาน ช่วยให้เกิดความสำเร็จทางการปฏิบัติงาน ช่วยให้มองเห็นภาพรวมทั้งหมดของการปฏิบัติงาน และขององค์กร

- การจัดองค์การ (Organizing) หมายถึง รูปแบบ โครงสร้างหรือคำสั่งคณะทำงาน รวมถึงการบริหารงาน บุคคล การเงิน การจัดการทางด้านกายภาพ ข้อมูลข่าวสาร การสั่งการหรือการประสานงานภายใน ความชัดเจนของการแบ่งงานหรือการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบครอบคลุมไปถึงการชักจูงให้ผู้คนเข้ามาเป็นสมาชิก ระบุความรับผิดชอบ การจัดทีม การจัดสรรทรัพยากรและการสร้างเงื่อนไขในการทำงานเพื่อให้สมาชิกปฏิบัติงานให้เกิดความสำเร็จสูงสุด

- การเป็นผู้นำ หมายถึง การกระตุ้นให้สมาชิกในองค์กรทำงานอยู่ในระดับดีรวมถึงการอำนวยความสะดวก การจูงใจ และการติดต่อสื่อสารของสมาชิกในองค์กร อันจะเป็นแนวทางและแรงบันดาลใจในการทำงาน ก่อให้เกิดการทำงานเป็นทีม เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าประสงค์ของโครงการ

- การควบคุมกำกับ การกำกับติดตามเป็นกระบวนการควบคุมที่มุ่งกระทำให้เกิดผลสำเร็จของงาน โดยตรวจตราติดตามอยู่ตลอดเวลา หากเห็นว่างานอาจไม่สำเร็จเรียบร้อยก็ต้องเข้าไปแก้ไขทันที

๔) แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

๕) แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลโครงการ

๓.๓ ข้อเสนอแนะทางการพัฒนา

๑) พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน NCDs แบบบูรณาการ ระดับหน่วยบริการ – ชุมชน – ท้องถิ่น ได้แก่ ส่งเสริมให้มีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ร่วมจัดทำข้อเสนอ เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของนโยบายร่วมกัน

๒) เสริมศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างต่อเนื่อง

๓) ส่งเสริมกลไกชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างสภาพแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy setting)

๔) พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ให้สามารถเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน

๓.๔ ข้อจำกัดและแนวทางแก้ไข

- บุคลากรมีภาระงานสูง → บูรณาการการทำงานและใช้เครือข่ายชุมชนช่วยดำเนินงาน
- ประชาชนขาดแรงจูงใจ → ใช้การสื่อสารเชิงรุกและกิจกรรมต้นแบบสุขภาพดี
- การบูรณาการไม่ชัดเจน → จัดทำแผนและกลไกการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ได้แนวทางการดำเนินงานนโยบายคนไทยห่างไกล NCDs ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ครอบคลุม ทั้งในระดับปฏิบัติ และระดับนโยบาย

ระดับนโยบาย ได้แนวทางในการกำหนดนโยบายแนวปฏิบัติ ในการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยห่างไกล NCDs ในพื้นที่

ระดับปฏิบัติ ได้องค์ความรู้ และกระบวนการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยห่างไกล NCDs ให้ถูกต้อง และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

๔.๒ ได้ข้อเสนอแนะแนวทาง การนำแนวคิด กระบวนการดำเนินงานนโยบายคนไทยห่างไกล NCDs ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชนอื่นต่อไป

๔.๓ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

เชิงปริมาณ : มีแนวทางการดำเนินงานเพื่อคนชลบุรีห่างไกลโรค NCDs แบบบูรณาการในระดับจังหวัด อย่างน้อย ๑ ข้อเสนอ

เชิงคุณภาพ : ได้แนวทางการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรค และกลุ่มเสี่ยง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs

(ลงชื่อ)



(นางสมใจ วิริยพงศ์รัตน์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๖ / มกราคม / ๒๕๖๙

ผู้ขอประเมิน