สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
Institute for Urban Disease Control and Prevention

กรมควบคุมโรค
DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

uVilleCare
Urban Village Care

รายงานผลการถอดบทเรียน

การดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมสำหรับหมู่บ้านจัดสรรในพื้นที่เขตเมือง
พื้นที่ภาคใต้

Lessons learned from mechanisms and model development for controlling and preventing disease and health hazards among urban housing estate residents.
(The Southern Part)

รายงานผลการถอดบทเรียนการดำเนินงาน
โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกการป้องกันควบคุมโรค
และภัยสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมสำหรับหมู่บ้านจัดสรร
ในพื้นที่เขตเมือง พื้นที่ภาคใต้

Lessons learned from mechanisms and model development for controlling and preventing disease and health hazards among urban housing estate residents.
(The Southern Part)

- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

สารบัญ

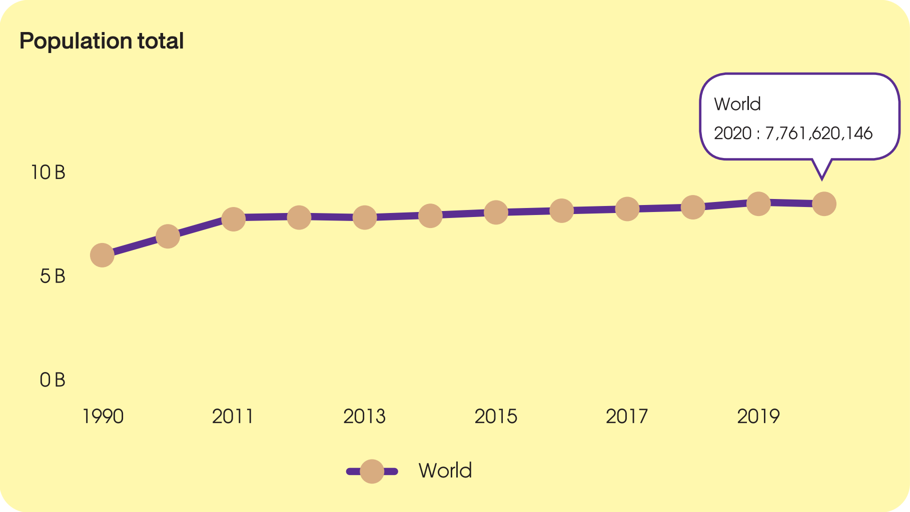
3 ความเป็นมา และความสำคัญ

21 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช (สคร.11)

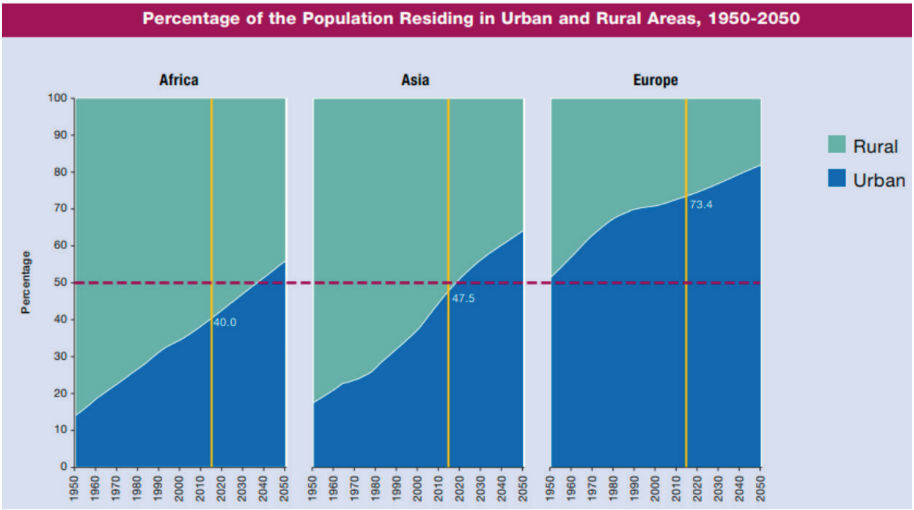
29 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา (สคร.12)

ความเป็นมา
และความสำคัญ

ข้อมูลจากธนาคารโลกตามฐานข้อมูลของ World Development Indicators แสดงให้เห็นว่าประชากรโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากปี ค.ศ. 1990 มีจำนวนประมาณ 5,200 ล้านคน ปี ค.ศ. 2015 มีจำนวนประมาณ 7,300 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2020 มีจำนวนสูงกว่า 7,700 ล้านคน จากการเพิ่มขึ้นของประชากรโลกในปัจจุบันได้ส่งผลให้มีเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น องค์การสหประชาชาติกล่าวว่าทุกวันนี้ประชากรโลกมากกว่าครึ่งอาศัยในพื้นที่เขตเมือง จากสถิติในปี ค.ศ. 1950 เขตเมืองขยายตัว 1 ใน 3 ของพื้นที่ แต่ในปี ค.ศ. 2050 ได้คาดการณ์ว่าเขตเมืองจะขยายเพิ่มขึ้นถึง 2 ใน 3 ของพื้นที่พักอาศัย (ข้อมูลจากกองประชากร สำนักงานกิจการเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ)



รูปที่ 1 จำนวนและการเพิ่มขึ้นของประชากรโลกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990-2020



Source: United Nation. Department of Economics and Social Affairs. Population Division. Urban and Rural area 2014

รูปที่ 2 ร้อยละของประชากรที่เพิ่มขึ้นของเขตเมืองและชนบท ในทวีปแอฟริกา เอเชีย และยุโรป ค.ศ. 1950-2050

ในทางเดียวกันประเทศไทยมีแนวโน้มการเติบโตของประชากรเขตเมืองที่เพิ่มสูงขึ้นสวนทางกับประชากรในพื้นที่ชนบทที่ลดลง **ดังแสดงตามรูปที่ 3** จากการคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. 2050 ประเทศไทยจะมีประชากรเขตเมืองเพิ่มมากขึ้นถึง 44,335,000 คน เทียบจากฐานข้อมูลปี ค.ศ. 2014 ประชากรเขตเมืองมีจำนวน 33,056,000 คน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 34.12 ในระยะเวลา 36 ปี และพื้นที่เขตเมืองจะก้าวกระโดดไปถึงร้อยละ 71.8 ของพื้นที่ในประเทศ

Country or area	Population (thousands)						Percentage urban			Average annual rate of change (percentage)		Population of the largest urban agglomeration		
	Urban			Rural						Urban	Rural	Agglomeration	Population (thousands)	As percentage of urban population
	2014	2030	2050	2014	2030	2050	2014	2030	2050	2010-2015	2010-2015		2014	2014
World	**3,880,128**	**5,058,158**	**6,338,611**	**3,363,656**	**3,366,779**	**3,212,333**	**53.6**	**60.0**	**66.4**	**2.05**	**0.13**			
Asia	**2,064,211**	**2,752,457**	**3,313,424**	**2,278,044**	**2,134,389**	**1,850,638**	**47.5**	**56.3**	**64.2**	**2.50**	**-0.25**			
South-Eastern Asia	**294,409**	**403,284**	**507,725**	**331,573**	**319,506**	**279,810**	**47.0**	**55.8**	**64.5**	**2.53**	**0.01**			
Brunei Darussalam	325	403	458	98	97	88	76.9	80.7	84.0	1.79	-0.08	Bandar Seri Begawan	14	4.3
Cambodia	3,161	4,900	8,167	12,247	14,244	14,402	20.5	25.6	36.2	2.65	1.52	Phnum Pénh (Phnom Penh)	1,684	53.3
Indonesia	133,999	184,912	227,770	118,813	108,570	93,607	53.0	63.0	70.9	2.69	-0.37	Jakarta	10,176	7.6
Lao People's Democratic Republic	2,589	4,479	6,435	4,305	4,327	4,144	37.6	50.9	60.8	4.93	0.15	Vientiane	946	36.5
Malaysia [a]	22,342	30,182	36,163	7,846	6,664	5,950	74.0	81.9	85.9	2.66	-1.18	Kuala Lumpur	6,629	29.7
Myanmar	18,023	25,095	32,206	35,696	33,603	26,439	33.6	42.8	54.9	2.49	0.04	Yangon	4,705	26.1
Philippines	44,531	59,220	88,381	55,566	68,577	68,737	44.5	46.3	56.3	1.32	2.03	Manila	12,764	28.7
Singapore	5,517	6,578	7,065	—	—	—	100.0	100.0	100.0	2.02	—	Singapore	5,517	100.0
Thailand	33,056	43,135	44,335	34,167	24,419	17,406	49.2	63.9	71.8	2.97	-2.09	Krung Thep (Bangkok)	9,098	27.5
Timor-Leste	370	638	1,007	782	917	1,079	32.1	41.0	48.3	3.75	0.71	Dili	228	61.6
Viet Nam	30,495	43,743	55,739	62,053	58,088	47,958	33.0	43.0	53.8	2.95	0.01	Thành Pho Ho Chi Minh (Ho Chi Minh City)	7,100	23.3

Source: United Nation. Department of Economics and Social Affairs. Population Division. Urban and Rural area 2014

รูปที่ 3 ประมาณการจำนวนประชากรเขตเมืองและเขตชนบทของโลก และทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

การขยายตัวความเป็นเมืองแม้จะช่วยในเรื่องของการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจ เป็นศูนย์กลางของการคมนาคม การสื่อสาร และระบบการบริหารต่างๆ แต่การเพิ่มขึ้นของความเป็นเมืองอย่างรวดเร็ว โดยปราศจากแผนรองรับนั้นสามารถส่งผลกระทบต่างๆ มากมาย เช่น เกิดสลัมในเขตเมืองมากขึ้น การกีดกั้นการขยายของระบบโครงสร้างพื้นฐาน การคุกคามสิ่งแวดล้อม ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งหมายรวมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเช่นเดียวกัน

พื้นที่เขตเมืองมีปัจจัยสาเหตุหลายประการที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การจราจรที่หนาแน่น มลพิษทางอากาศ เสียงรบกวน ความรุนแรง ฯลฯ ผู้คนในเมืองประสบกับอัตราที่เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด โดยที่คนยากจนมักเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เลวร้ายที่สุด จากสถิติสาเหตุการตาย

ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนอายุครบ 70 ปีของประชากรโลก (โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) ปี ค.ศ. 2019 สูงถึงร้อยละ 18.3 การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกปี ค.ศ. 2019 คิดเป็น 16.7 ต่อแสนประชากร (ข้อมูลจาก World Development Indicators Statistical: World Bank) ในขณะที่โรคติดเชื้อเกิดการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วยากต่อการควบคุม เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 9 มีนาคม 2565 ทั่วโลก รายงานพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 448,313,293 ราย มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลก 6,011,482 ราย

ตลอด 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย จากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประมาณปีละ 4 แสนราย หรือวันละไม่ต่ำกว่า 1,000 ราย คิดเป็น 3 ใน 4 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประเทศ และครึ่งหนึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถือเป็นภัยเงียบที่ร้ายแรง ปี พ.ศ. 2563 พบการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ช่วงอายุ 30 - 69 ปี) จากโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยมากถึง 589 ต่อแสนประชากร การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อคิดเป็นร้อยละ 23.8 จากที่กล่าวมาข้างต้นว่าพื้นที่เขตเมืองเป็นสถานที่ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น มลพิษทางอากาศ จากข้อมูลการเฝ้าระวังค่าฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ในกรุงเทพมหานคร ช่วงเดือนตุลาคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2565 นั้น แม้ว่าค่าคุณภาพอากาศโดยรวมจะอยู่ในระดับดีถึงดีมากนั้น ยังมีบางพื้นที่ที่ค่า $PM_{2.5}$ เกินมาตรฐานคือเขตหนองแขม กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ที่มีการรายงานมีจำนวน 3 โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) จำนวน 2,301 ราย รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด (Acute ischemic heart disease) จำนวน 232 ราย และโรคหอบหืด (Asthma) จำนวน 229 ราย

เนื่องด้วยขอบเขตพื้นที่ของเมืองมีขนาดใหญ่ ประชาชนอาศัยอยู่รวมกันจำนวนมาก อีกทั้งบริบทการจัดบริการด้านสุขภาพที่หลากหลาย จึงมีแนวคิดในการจัดการปัญหาแบบพื้นที่สุขภาพมุ่งเป้า (Health Enhancing Zone: HEZ) โดยใช้หลักเกณฑ์ความแตกต่างในการจำแนกกลุ่มตามลักษณะเฉพาะ เช่น ลักษณะที่พักอาศัย (ชุมชนแออัดที่มีรายได้น้อย คอนโดมิเนียม การเคหะแห่งชาติ และบ้านจัดสรร) ทั้งนี้พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงด้านโรคและภัยสุขภาพมีการกระจายตัวตาม HEZ จำนวนมากกว่า 8 ล้านคน ของพื้นที่เขตเมืองทั่วประเทศ และพบว่าร้อยละ 50 ของประชากรในกลุ่มดังกล่าวมาจากหมู่บ้านจัดสรร จากข้อมูลโดยศูนย์อสังหาริมทรัพย์ (สำนักข่าวอินโฟเควสท์ 18 พฤษภาคม 2565) ชี้ให้เห็นถึงปริมาณการขายโครงการหมู่บ้านจัดสรรในปี พ.ศ. 2565 มีการเพิ่มมากขึ้นเกือบ 1 เท่าตัวจากปี พ.ศ. 2564 และปริมาณการขายห้องชุดมีการเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 กว่า 4 เท่าตัว ทั้งในเมืองที่เกิดขึ้นใหม่หรือหัวเมืองในต่างจังหวัด

รูปที่ 4 จำนวนประชากรและที่พักอาศัยในพื้นที่สุขภาพมุ่งเป้า (Health Enhancing Zone: HEZ)
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ชุมชนหมู่บ้านจัดสรรมีนิติบุคคลหรือคณะกรรมการหมู่บ้านช่วยดูแลด้านบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการอยู่อาศัย เช่น การรักษาความสะอาดพื้นที่ส่วนกลาง การรักษาความปลอดภัย การดูแลสวนและภูมิทัศน์ การดูแลระบบสาธารณูปโภค เป็นต้น แต่การจัดระบบการดูแลสุขภาพของผู้อยู่อาศัยในชุมชนหมู่บ้านจัดสรรยังไม่ชัดเจน ทั้งในด้านระบบสาธารณสุขเชิงรุก และการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคขั้นพื้นฐาน นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ให้ข้อคิดเห็นว่า **"ชุมชนหมู่บ้านจัดสรรมีความเป็นปัจเจกบุคคลค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่เป็นคนที่มีฐานะปานกลางขึ้นไป ในเรื่องของการรักษาพยาบาลจึงไม่ค่อยเป็นปัญหา แต่ในด้านของการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคที่เป็นภาพรวมในชุมชน ซึ่งมีความสำคัญมากจะยังไม่ค่อยมีหรือดำเนินการได้ไม่ค่อยดีเท่าที่ควร เนื่องจากชุมชนเหล่านี้ความร่วมมือหรือความรู้จักกันแบบชุมชนชนบทจะไม่มี เพราะฉะนั้นการมีกลไกที่จะขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค ในด้านการมีส่วนร่วมชุมชนจึงมีความสำคัญ"**

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการปัญหาทางด้านโรคและภัยสุขภาพดังกล่าวในหมู่บ้านจัดสรร ได้มีการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมสำหรับหมู่บ้านจัดสรรในพื้นที่เขตเมืองขึ้น โดยได้ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2566 ทั้งนี้ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นแล้ว จึงได้จัดทำรายงานสรุปและถอดบทเรียนการดำเนินงาน เพื่อให้ได้บทเรียน ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในทุกระดับ สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกิดความเข้าใจและใช้เป็นทิศทางการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

(เรียบเรียงความเป็นมาและความสำคัญ โดย ภาวนา สุติพันธ์วิหาร และ จริยา มาตรงดวง)

วัตถุประสงค์โครงการ

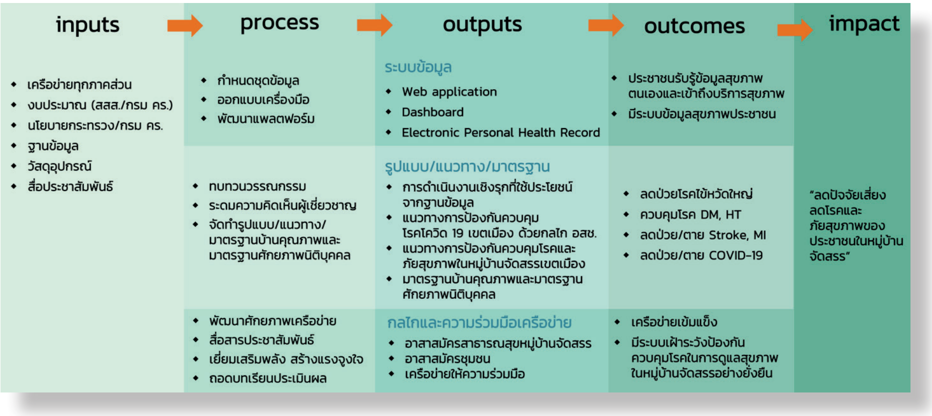
1) พัฒนาเทคโนโลยี ด้านการจัดการข้อมูลสุขภาพบุคคล และชุมชนสำหรับหมู่บ้านจัดสรร
2) พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับหมู่บ้านจัดสรรอย่างมีส่วนร่วม
3) พัฒนากลไก และแนวทางความร่วมมือของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการสนับสนุนการพัฒนาระบบจัดการสุขภาพของชุมชนหมู่บ้านจัดสรร

วัตถุประสงค์การถอดบทเรียน

1) เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานตามโครงการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับหมู่บ้านจัดสรรอย่างมีส่วนร่วม
2) เพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะการดำเนินงานทั้งในระดับผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กรอบการดำเนินงาน Urban Village Care “uVilleCare”

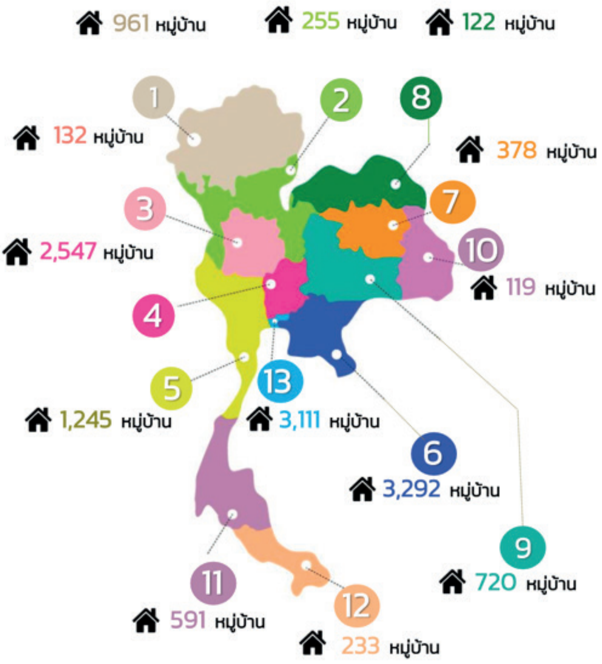
กรอบการดำเนินโครงการแบ่งออกเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Outputs) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) ดังรายละเอียดต่อไปนี้



เป้าหมายการดำเนินการ

หมู่บ้านจัดสรร จำนวน 100 หมู่บ้าน
(นำร่องจังหวัดละ 1 หมู่บ้าน)
กทม. 6 โซน โซนละ 4 หมู่บ้าน)

ประเทศไทยมีจำนวนหมู่บ้านจัดสรรทั้งหมด 13,706 หมู่บ้าน



ที่มา : การออกใบอนุญาตให้ทำการจัดสรรที่ดิน กรมที่ดินปี พ.ศ. 2564

กระบวนการและแนวทางการดำเนินการ

หมู่บ้านจัดสรรมีโครงสร้างและกฎหมายที่ชัดเจน มีคณะกรรมการหมู่บ้านเพื่อการจัดตั้งนิติบุคคลตามพระราชบัญญัติการจัดสรรที่ดิน พ.ศ. 2543 ซึ่งสามารถกำหนดระเบียบเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน รวมทั้งการจัดการโรคและภัยสุขภาพในหมู่บ้านจัดสรร ในกรณีหมู่บ้านจัดสรรที่ไม่จัดตั้งเป็นชุมชนจะบริหารจัดการโดยทีมกรรมการนิติบุคคลและคณะกรรมการหมู่บ้าน ถ้ามีการจดทะเบียนจัดตั้งเป็นชุมชน จะมีการบริหารจัดการโดยประธานชุมชนและคณะกรรมการชุมชน มีรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในหมู่บ้านจัดสรร ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมสำหรับหมู่บ้านจัดสรรในพื้นที่เขตเมือง (Urban Village Care Project: uVilleCare) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ เช่น คอนโดมิเนียม การเคหะชุมชน เป็นต้น

แนวทางการดำเนินงาน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 กรมควบคุมโรค มีรายละเอียดดังนี้

แนวทางการดำเนินงาน

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) ร่วมกับ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 กรมควบคุมโรค

ส่วนการดำเนินงานใน**ระดับพื้นที่** มีรายละเอียด 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) **กระบวนการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานยกระดับการดูแลสุขภาพงานป้องกันควบคุมโรคในหมู่บ้านจัดสรร** จัดเตรียมสื่อประชาสัมพันธ์ส่งเสริมให้ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้กับกลุ่มเป้าหมายหลักที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

2) **การจัดทำสื่อ** แผ่นพับ โปสเตอร์ Infographics ทั้งรูปแบบเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อส่งเสริมและให้ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อเผยแพร่ให้กับประชาชนในหมู่บ้านจัดสรร

3) **ประธานชุมชนหรือประธานนิติบุคคลประชาสัมพันธ์โครงการยกระดับการดูแลสุขภาพงานป้องกันควบคุมโรคในหมู่บ้านจัดสรร และเผยแพร่สื่อความรู้** เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยสื่อต่าง ๆ ดังนี้ โปสเตอร์ ป้ายไวนิล Infographics ทางไลน์ การประชุมหมู่บ้าน เสียงตามสาย ไลน์กลุ่มของหมู่บ้านหรือสื่อสารผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันของนิติบุคคลหรือกรรมการหมู่บ้าน

4) **หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกับนิติบุคคลหรือคณะกรรมการหมู่บ้านรับสมัครประชาชนในหมู่บ้านจัดสรรที่สนใจเข้าร่วมโครงการ** ผ่านทางนิติบุคคลหรือคณะกรรมการหมู่บ้าน โดยผ่านช่องทาง ดังนี้ แอปพลิเคชัน uVilleCare Google form (สแกน QR Code จากป้ายประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ) เอกสารใบสมัครที่จัดทำขึ้น

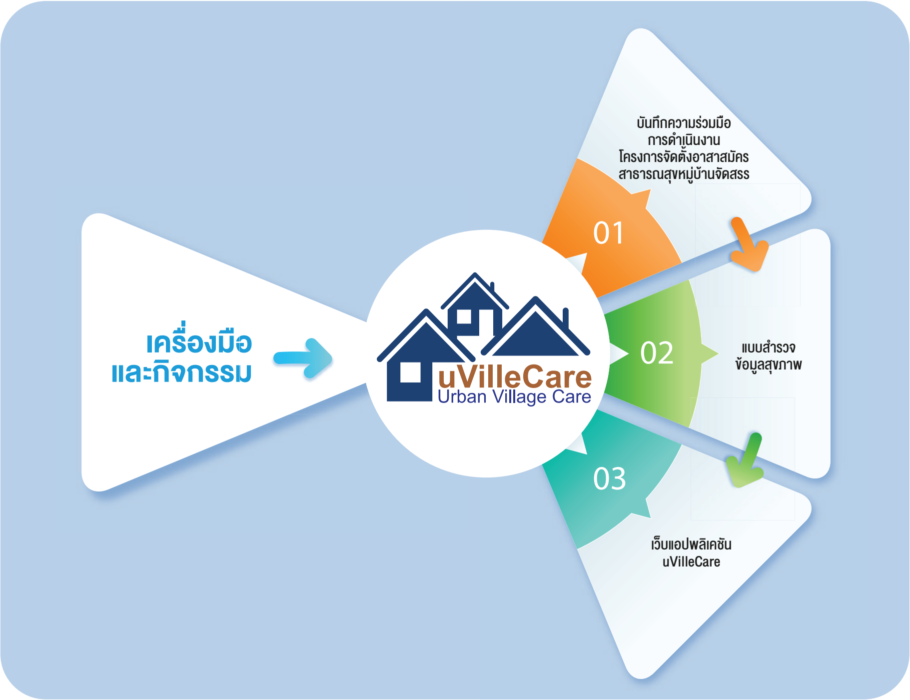
5) หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขประเมินสุขภาพทั่วไปรายบุคคล เพื่อ**ค้นหากลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และแนวโน้มการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ด้วยโปรแกรม Thai CV risk และสำรวจสิทธิการรักษาพยาบาล

6) หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่**คืนข้อมูลสุขภาพรายบุคคลให้กับนิติบุคคลหรือกรรมการหมู่บ้าน**ในประเด็น จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการและรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับวัคซีน จำนวนและรายชื่อผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นต้น ทั้งนี้โดยคำนึงถึงประเด็นการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมาย (Personal Data Protection Act หรือ PDPA) ซึ่งจะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและข้อมูลที่จำเป็นต่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเท่านั้น

7) หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกับนิติบุคคล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจัดสรรและประชาชนในหมู่บ้านจัดสรร **ดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคในหมู่บ้านจัดสรร** ได้แก่ 1) รูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2) รูปแบบการบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และ 4) รูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือรูปแบบอื่นๆ ที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ เป็นต้น

เครื่องมือและกิจกรรมในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในหมู่บ้านจัดสรร

เครื่องมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในหมู่บ้านจัดสรร สร้างขึ้นมาจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อการสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพของประชากรเฉพาะเขตเมืองของผู้พักอาศัยในหมู่บ้านจัดสรร



มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของชุมชนเขตเมือง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในชุมชน หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ นิติบุคคลหรือกรรมการหมู่บ้านสามารถเลือกเครื่องมือและกิจกรรมที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่และตามความเป็นจริงเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของประชาชน เครื่องมือและกิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้

1. บันทึกความร่วมมือการดำเนินงานโครงการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจัดสรร (อสบ.)

ข้อตกลงความร่วมมือกันภายใต้หลักการสำคัญของความร่วมมือ ดังนี้

หลักการสำคัญบันทึกความร่วมมือการดำเนินงาน

1. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
2. พัฒนาชุดข้อมูลสุขภาพและกลไกการบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพ
3. เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค รวมถึงการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ
4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างความเข้มแข็ง
5. ประสานความร่วมมือ
6. สนับสนุนการบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพ
7. ปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบทางราชการ

1) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจัดสรร (อสบ.) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านการป้องกันควบคุมโรค พื้นที่เขตเมือง

2) พัฒนาชุดข้อมูลสุขภาพและกลไกการบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพในหมู่บ้านจัดสรรโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อนำข้อมูลมาใช้วางแผนและแก้ไขปัญหาสุขภาพ

3) เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค รวมถึงการดูแลสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในหมู่บ้านจัดสรรเขตเมือง ตามแผนการบริการทางสุขภาพ (Service plan) อย่างเหมาะสม

4) สนับสนุนการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างความเข้มแข็งของประชาชนในหมู่บ้านจัดสรร ในการดูแลสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาวะและการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมและยั่งยืน

5) ประสานความร่วมมือด้านวิชาการ ฐานข้อมูล มาตรฐาน เทคโนโลยี และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพในหมู่บ้านจัดสรร

6) สนับสนุนการบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพในหมู่บ้านจัดสรร ตามแผนงานโครงการที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกันให้สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด

7) ปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบทางราชการอื่นๆ อย่างเคร่งครัด

2. แบบสำรวจข้อมูลสุขภาพ

2.1 สปคม. ออกแบบสำรวจข้อมูลสุขภาพ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการทดลองใช้ (Try out)

2.2 พื้นที่เขตสุขภาพออกแบบแบบสำรวจข้อมูลสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมีสถาบันการศึกษาร่วมให้ข้อคิดเห็น

2.3 แบบสำรวจเพื่อการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) ในชุมชนเขตเมือง

3. เว็บแอปพลิเคชัน uVilleCare

เว็บแอปพลิเคชัน uVilleCare จัดทำขึ้นเพื่อคัดกรอง บันทึกข้อมูลสุขภาพประชาชนในหมู่บ้านจัดสรร เชื่อมต่อข้อมูลกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ แสดงผลวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพบนแดชบอร์ด ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นิติบุคคล กรรมการหมู่บ้านและแกนนำสุขภาพนำไปใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และติดตามผู้มีความเสี่ยงและผู้ป่วยกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านระบบเว็บแอปพลิเคชัน ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

กระบวนการถอดบทเรียน

ตามโครงการถอดบทเรียนการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมสำหรับหมู่บ้านจัดสรรในพื้นที่เขตเมืองระดับประเทศ

กระบวนการที่ใช้ : การถอดบทเรียนแบบย้อนหลัง (Retrospective Techniques)

กลุ่มเป้าหมาย : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 สปคม. และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการ

ระยะเวลา : 4 วัน (ผ่านเวทีอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อถอดบทเรียนที่จัดขึ้น 2 ครั้งๆ ละ 2 วัน)

ถอดบทเรียนครั้งที่ 1

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา
8. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) กรุงเทพมหานคร

ถอดบทเรียนครั้งที่ 2

9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
10. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
11. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
12. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
13. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

หมายเหตุ :

1. เวทีอบรมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียน ครั้งที่ 1 ที่โรงแรมมารวยการ์เด้น (Maruay Garden Hotel) กรุงเทพฯ วันที่ 12-13 มิถุนายน 2566
2. เวทีอบรมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียน ครั้งที่ 2 ที่โรงแรมเชียงคาน ริเวอร์ เมาท์เทน รีสอร์ท จังหวัดเลย วันที่ 29-30 มิถุนายน 2566

กระบวนการถอดบทเรียน แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 การบรรยายภาพรวมของกระบวนการปฏิบัติการถอดบทเรียน

ช่วงที่ 2 ปฏิบัติการถอดบทเรียน (Retrospective Techniques Workshop)

ช่วงที่ 3 สรุปและนำเสนอบทเรียน (Lesson Learned Presentation)

เนื้อหาการถอดบทเรียนตามแนวทางการถอดบทเรียนแบบย้อนหลัง (Retrospective Techniques) แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 **ทบทวน** สถานการณ์ (Background, Identification of Problem)

ส่วนที่ 2 **ทบทวน** เป้าหมายในการดำเนินงาน (Goal, Purpose of Project work)

ส่วนที่ 3 **ทบทวน** กระบวนการดำเนินงาน (Processes, Planning)

ส่วนที่ 4 **ทบทวน** ผลการดำเนินงาน (Results)

ส่วนที่ 5 **วิเคราะห์+สังเคราะห์** บทเรียนและการประเมินผล (Lesson Distilled and Evaluation)

ส่วนที่ 6 **สร้างข้อเสนอแนะที่จำเพาะเจาะจง** สำหรับการดำเนินงานต่อไป (Specific Actionable Recommendations: SARs)

ผู้เข้าร่วมเวทีถอดบทเรียนต้องทำความเข้าใจขั้นตอนการถอดบทเรียนทั้ง 6 ขั้นตอนและปฏิบัติการการถอดบทเรียนรายสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) เพื่อให้ได้บทเรียนที่มีคุณภาพสูง สามารถนำไปใช้อ้างอิงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ในระดับโครงการได้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11
จังหวัดนครศรีธรรมราช (สคร.11)

เลขที่ 478/74 ถนนเทวบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทรศัพท์ 0 7534 1151 แฟกซ์ 0 7534 2328

ข้อมูลทั่วไป

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 มีจังหวัดในความรับผิดชอบจำนวน 7 จังหวัด ประกอบด้วย กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง ชุมพร สุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช มีพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินงานตามโครงการ จำนวน 3 จังหวัด 2 หมู่บ้าน 4 ชุมชน รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

จังหวัดที่ดำเนินงาน	หมู่บ้านที่เข้าร่วมดำเนินงาน
จังหวัดระนอง	หมู่บ้านระนองแลนด์
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	หมู่บ้านสุขสมบูรณ์ (ในลึก) ศรีสมบูรณ์
จังหวัดนครศรีธรรมราช	ชุมชนเคหะเอื้ออาทรสะพานยาว ชุมชนการเคหะแห่งชาตินครศรีธรรมราช ชุมชนสัมฤทธิ์ประสงค์ ชุมชนท่าโพธิ์

ในเวทีการถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน สคร.11 ให้จังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นตัวแทนเข้าร่วม โดยใช้กรณีศึกษาของหมู่บ้านศรีสมบูรณ์ ตั้งอยู่ในชุมชนทุ่งน้อย มีจำนวน 200 หลังคาเรือน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รับราชการ ทำงานภาครัฐและเอกชน มีอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คน ดำเนินงานสำรวจปัญหาในพื้นที่ซึ่งปัญหาที่พบสามารถแยกได้ดังนี้ 1) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง 2) เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 3) ประชาชนในชุมชนโดยมากนิยมบริโภคอาหารปรุงสำเร็จ 4) ขาดการออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีพื้นที่ส่วนกลางที่สามารถใช้ออกกำลังกายได้

การกำหนดแนวทางสำหรับการพัฒนารูปแบบกลไกสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับภาคีเครือข่าย (แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน) โดยมีการลงพื้นที่เพื่อดำเนินงานคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว เจาะเลือดปลายนิ้ว วัดความดันพร้อมประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น (ร่างกาย/จิตใจ/อารมณ์/สังคม) มีการรรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการควบคุมโรค กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไข้หวัดใหญ่ และไข้เลือดออก มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งรายเก่า - ใหม่อย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่เกิดขึ้น คือประชากรในชุมชนได้รับการคัดกรองสภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการดูแลรักษาตามระบบ ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ได้มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำผลลัพธ์จากการดำเนินงานในชุมชน รวมถึงแนวทางการดำเนินงานเดิมมาพัฒนาปรับเปลี่ยนออกแบบการบริการโดยอาศัยภาคีเครือข่ายเขตเมืองเพื่อให้สอดคล้องกับกิจกรรมตามโครงการ

เป้าหมายในการดำเนินงาน

1) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหมู่บ้านจัดสรรอย่างมีส่วนร่วม และการนำไปใช้งานจริง
2) พัฒนากลไกและแนวทางความร่วมมือของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพ

กระบวนการดำเนินงาน

กระบวนการดำเนินงานของโครงการฯ โดยภาพรวม

1) ประชุมส่วนราชการ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับหมู่บ้านจัดสรรและชุมชนแออัดในพื้นที่เขตเมือง เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อแสวงหาเครือข่ายสนับสนุนตามแนวทางในการขับเคลื่อนของโครงการ (ดำเนินงานในวันที่ 17 ธันวาคม 2564)
2) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพสำหรับหมู่บ้านจัดสรรและชุมชนแออัดในพื้นที่เขตเมือง
3) ลงพื้นที่ชี้แจงการดำเนินงานพัฒนารูปแบบและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับหมู่บ้านจัดสรรและชุมชนแออัดในพื้นที่เขตเมือง
4) การปฏิบัติการเชิงรุกโดยใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลเพื่อนำมาออกแบบกิจกรรมหรือโครงการที่สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพ และดำเนินงานจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกับกลุ่มเป้าหมายอาสาสมัครและผู้สนใจ พร้อมกับติดตามผลการดำเนินงาน
5) อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครชุมชน (อสช.) ในพื้นที่เขตเมือง ปีงบประมาณ 2565 **(ประเด็น : การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่)**
6) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค **(ประเด็น : ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี)**
7) ประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองด้วยกลไกอาสาสมัครชุมชน (อสช.) เขตสุขภาพที่ 11 **(ประเด็น : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการจัดการขยะในชุมชนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก)**

ในด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองด้วยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สคร.11 รับนโยบายมาดำเนินงานโดยมีการมอบหมายและประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เทศบาล จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจร่วมกันพร้อมกำหนดแนวทางรูปแบบการดำเนินงานเพื่อความเป็นเอกภาพ และดำเนินงานตามแนวทางที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้ พร้อมประเมิน ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน

ผลผลิต (Output)

1) มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ในประเด็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเมือง และขยายรูปแบบการดำเนินงานไปยังชุมชนอื่น ๆ (กรณีศึกษาหมู่บ้านต้นแบบของหมู่บ้านศรีสมบูรณ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี)
2) เกิดกลไกความร่วมมือเครือข่าย ได้มีพัฒนาศักยภาพทีมภาคีเครือข่าย (สคร.11 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ เทศบาล โรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายพื้นที่เขตเมืองในชุมชน) ร่วมกันดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองด้วยการให้การอบรมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ได้รับความรู้และสามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองพร้อมกับบูรณาการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย 4 ด้าน

(1) คน : บูรณาการทรัพยากรบุคคลในการทำงานร่วมกัน

(2) เงิน : บูรณาการงบประมาณในระดับเขต สาธารณสุขจังหวัด เทศบาล โรงพยาบาล

(3) วัสดุอุปกรณ์ : บูรณาการใช้วัสดุร่วมกัน เช่น เครื่องวัดความเค็ม วัสดุอุปกรณ์สำนักงาน

(4) การบริหารจัดการ : มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน/กิจกรรม/โครงการร่วมกันในชุมชนเมือง (กรณีศึกษาของหมู่บ้านศรีสมบูรณ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี)

ผลลัพธ์ (Outcome)

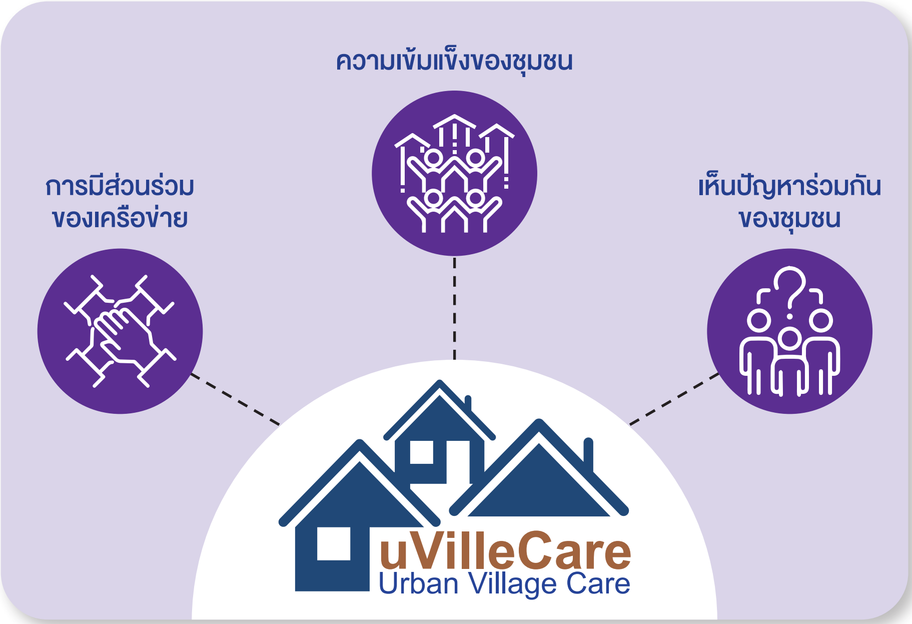
1) อัตราป่วยกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs) รายใหม่ในพื้นที่ดำเนินงานลดลง
2) อัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในพื้นที่ดำเนินงานลดลง
3) เกิดภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเขตเมืองเพิ่มขึ้น

ผลกระทบ (Impact)

1) ประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3 อ. (อาหาร อารมณ์ดี ออกกำลังกาย) 2 ส. (งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา)
2) ชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้ สามารถลดปัจจัยเสี่ยงปัจจัยกำหนดสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

บทเรียน

ปัจจัยเอื้อ



1) การดำเนินงานมีภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน (บูรณาการ) จากหลายภาคส่วน
2) ชุมชนเป้าหมายที่ร่วมขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองมีความเข้มแข็ง เป็นต้นทุนเดิม สามารถต่อยอดกิจกรรมต่างๆ ได้โดยง่าย
3) ผลการการดำเนินงานไประยะหนึ่ง พบว่าชุมชนมองเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาในพื้นที่ เป็นเงื่อนไขสำคัญส่งผลให้เกิดความร่วมมือ

1) งบประมาณในการขับเคลื่อนงานที่จำกัด ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน
2) ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน
3) ขาดผู้ประสานงานด้านสุขภาพในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มหมู่บ้านจัดสรร)
4) กิจกรรมที่ดำเนินงานต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตคนเมือง หากต้องการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเขตเมือง กิจกรรมจะต้องจัดให้ตรงกับวันหยุด หรือหากจัดในวันปกติก็ต้องเป็นเวลาหลังเลิกงาน (5 โมงเย็นเป็นต้นไป) ซึ่งแต่ละพื้นที่นั้นมีความแตกต่างกันไป
5) ไม่มีผู้รับผิดชอบงานพื้นที่เขตเมืองในระดับจังหวัดที่ชัดเจน งานเขตเมือง เป็นงานเชิงระบบ แต่ในระดับพื้นที่จะแบ่งการดำเนินงานตามประเด็นโรค

ข้อเสนอแนะที่จำเพาะเจาะจง

1) ควรมีพัฒนาศักยภาพทีมงานดำเนินงานในทุกระดับ (เขต จังหวัด พื้นที่/ชุมชน ภาคีเครือข่าย) อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
2) ควรมีการจัดประชุมถอดบทเรียน (retrospective technique) เพื่อหาช่องว่าง (GAP) ทั้งในมุมของต้นทุน/จุดแข็งของพื้นที่ (Gain Point) และข้อจำกัด (Pain Point) ในการดำเนินงานและนำไปสะท้อนข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาแก้ไข ปรับปรุง รวมถึงการวางแผนการดำเนินงานต่อไป
3) ควรมีการถอดบทเรียนที่มีคุณภาพ คัดเลือกและเชิดชูพื้นที่ต้นแบบ หาแนวทางในการขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่
4) ควรมีการจัดสรรงบประมาณที่ครอบคลุมเพียงพอในการขับเคลื่อนงานให้ต่อเนื่อง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา (สคร.12)

168 ถนนสงขลา - นาทวี ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000
โทรศัพท์ 0 7433 6080 แฟกซ์ 0 7433 6084

ข้อมูลทั่วไป

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 มีพื้นที่รับผิดชอบใน 7 จังหวัด ได้แก่ สตูล พัทลุง ตรัง สงขลา นราธิวาส ยะลา และปัตตานี โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมสำหรับหมู่บ้านจัดสรรในพื้นที่เขตเมือง มีพื้นที่ดำเนินงานใน 7 จังหวัด จำนวน 3 หมู่บ้าน 5 ชุมชน รายละเอียดจังหวัดที่ดำเนินงานดังนี้

จังหวัดที่ดำเนินงาน	หมู่บ้านที่เข้าร่วมดำเนินงาน
จังหวัดสงขลา	หมู่บ้านประกายทอง หมู่บ้านทานตะวัน
จังหวัดตรัง	หมู่บ้านวังทองเพลส
จังหวัดปัตตานี	ชุมชนพระยาเมือง 12
จังหวัดยะลา	ชุมชนเมืองทอง
จังหวัดนราธิวาส	ชุมชนเคหะนราธิวาส
จังหวัดพัทลุง	ชุมชนโคกคีรี
จังหวัดสตูล	ชุมชนจงหัว

จังหวัดสงขลาเข้าร่วมเวทีถอดบทเรียน มีหมู่บ้านทานตะวัน เป็นพื้นที่กรณีศึกษา หมู่บ้านทานตะวัน มีหลังคาเรือนจำนวน 192 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในวัยทำงาน โดยประกอบอาชีพรับราชการและประกอบธุรกิจส่วนตัว เป็นบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่บางส่วน แต่ทั้งนี้มีประชากรที่เป็นผู้สูงวัยในปริมาณมากพอสมควร ปัญหาสุขภาพที่พบในพื้นที่สามารถแยกได้ดังนี้

1) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน
2) โรคติดต่อ (CDs) ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และยังพบว่าประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ ภาวะความเครียด การไม่บริโภคผักสูบบุหรี่และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

แนวทางสำหรับการพัฒนารูปแบบกลไก ได้ดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรคไข้หวัดใหญ่ มีการจัดตั้งทีมด้านสุขภาพ "**ทานตะวัน** VillCare (Village Care)" และมีการจัดระเบียบด้านสิ่งแวดล้อมภายในหมู่บ้านทานตะวัน

ผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่เกิดขึ้น คือ 1) ลดปริมาณขยะในครัวเรือน 2) สร้างรายได้ให้กับครัวเรือนและมีการแบ่งปันในหมู่บ้าน 3) เกิดความสามัคคีความรักในชุมชน 4) เกิดเป็นชุมชนต้นแบบการจัดการขยะ 5) แหล่งการเรียนรู้การจัดการขยะในครัวเรือน

เป้าหมายในการดำเนินงาน

1) การจัดการข้อมูลสุขภาพบุคคลและชุมชนสำหรับหมู่บ้านจัดสรร
2) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหมู่บ้านจัดสรรอย่างมีส่วนร่วม และการนำไปใช้งานจริง
3) พัฒนากลไกและแนวทางความร่วมมือของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพ

กระบวนการดำเนินงาน

กระบวนการดำเนินงานในภาพรวม

1) กิจกรรมคืนข้อมูลสุขภาพประชาชนในหมู่บ้านจัดสรร/ชุมชน
2) กิจกรรมระดมสมองด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้พักอาศัยในหมู่บ้านจัดสรร
3) กิจกรรมพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข/ประชาชนในหมู่บ้าน
4) กิจกรรมติดตามเยี่ยมเสริมพลัง
5) กิจกรรมถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในพื้นที่เขตเมือง

การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลที่มี โดยการสำรวจหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานประชุมชี้แจงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำเวทีประชาคม เลือกรูปแบบการแก้ปัญหาในชุมชนโดยมี 2 แนวทาง คือ

(1) **สำรวจความต้องการในการรับวัคซีนในชุมชน**
(2) **ประสานเทศบาลในการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน**

ทั้ง 2 แนวทางต้องมีการจัดเตรียมสถานที่เพื่อรองรับการดำเนินกิจกรรมและเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้นมีการประเมินความพึงพอใจจากผู้มารับบริการและเพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงการให้บริการต่อไป

สร้างและพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในเขตเมือง (แยกเป็นโรค) รูปแบบการมีส่วนร่วมและพัฒนากลไกความร่วมมือบูรณาการ - ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข ชุมชน โรงเรียน/สถานศึกษา NGO กระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น)

1) ประชุมชี้แจง หารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2) จัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน
3) จัดทำธรรมนูญด้านสุขภาพของชุมชน
4) พัฒนาขับเคลื่อนตามกิจกรรมที่ออกแบบไว้ในแผนการดำเนินงาน
5) ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง/ประเมินงานโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ด้านกลไกและความร่วมมือของเครือข่าย ได้ดำเนินงานคัดเลือกเครือข่ายในการเข้าร่วมโครงการพร้อมจัดประชุมประธานหมู่บ้านและคณะกรรมการหมู่บ้านเพื่อจัดทำข้อตกลงร่วมกัน โดยให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นก่อนทำบันทึกข้อตกลง

ผลการดำเนินงาน

ผลผลิต (Output)

1) เกิดรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง (แยกเป็นโรค)
2) เกิดกลไกความร่วมมือภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการ รัฐ เอกชน และชุมชน

ผลลัพธ์ (Outcome)

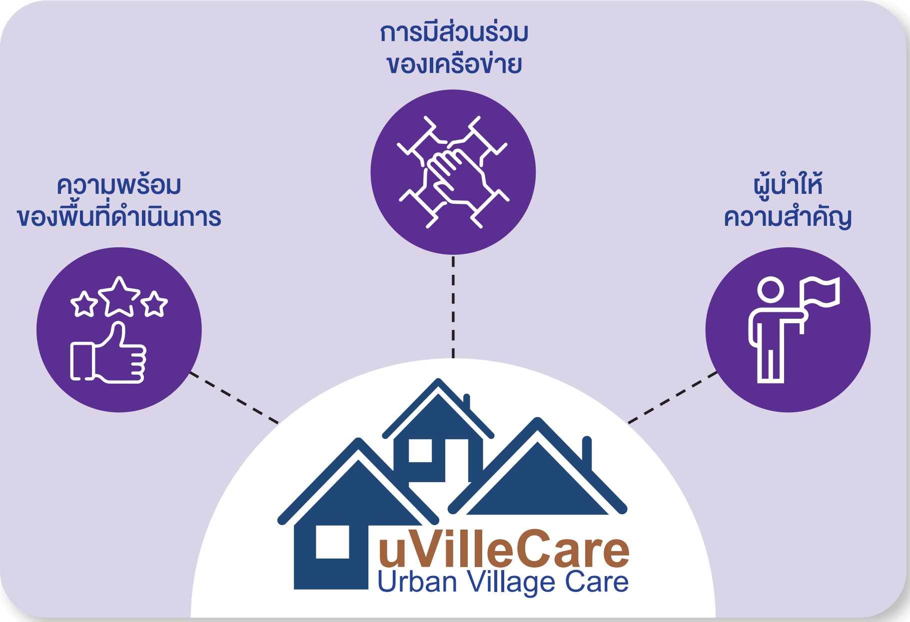
1) เกิดการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรคกับเทศบาล
2) สามารถสร้างการเข้าถึงระหว่างชุมชนบ้านจัดสรรกับระบบบริการสาธารณสุข

ผลกระทบ (Impact)

1) เกิดหมู่บ้านจัดสรรต้นแบบ “จัดการขยะและการปลูกผักอินทรีย์”
2) เกิดการถ่ายทอดกระบวนการเรียนรู้ “หมู่บ้านทานตะวัน” เป็นแหล่งเรียนรู้แหล่งศึกษาดูงานยกระดับเป็นหมู่บ้านต้นแบบ

บทเรียน

ปัจจัยเอื้อ



1. หมู่บ้าน (กรณีศึกษา) มีความพร้อมในการร่วมมือและพร้อมรับฟังความคิดเห็น มีความเข้มแข็งในการทำงานร่วมกันเป็นจุดแข็งเดิมของพื้นที่
2. ความร่วมมือและความสัมพันธ์ที่ดีของเครือข่ายในพื้นที่ เช่น หมู่บ้าน เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
3. ผู้นำและกรรมการชุมชน มองเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนกิจกรรมตามโครงการ

1) ปัญหาการติดต่อประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ
2) ระบบฐานข้อมูล ขาดข้อมูลด้านสุขภาพและขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานภาครัฐและชุมชน
3) งบประมาณและทรัพยากร ในการดำเนินกิจกรรมไม่มีความต่อเนื่องและขาดการสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์
4) กระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีโครงสร้าง หรือผู้รับผิดชอบงานในชุมชนเขตเมืองที่ชัดเจนทำให้เป็นข้อจำกัดในการดำเนินงาน
5) การดำเนินงานภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
6) ลักษณะของชุมชนเป็นบ้านจัดสรรที่มีความเป็นปัจเจกบุคคลสูง มีความสัมพันธ์เกาะเกี่ยวในลักษณะของชุมชนน้อยกว่าชุมชนชนบททั่วไป

ข้อเสนอแนะที่จำเพาะเจาะจง

1) ควรมีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการพบปะสื่อสารพูดคุยกับสมาชิกในหมู่บ้านเป็นประจำสม่ำเสมอ
2) ควรมีการกำหนดเป็นแผนหรือนโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบและสามารถปฏิบัติงานได้
3) ควรมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพในเขตเมืองที่เป็นระบบ และมีการนำเสนอข้อมูลที่เข้าถึงง่าย นำไปใช้ได้สะดวก
4) หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องต้องมีการเขียนแผนการดำเนินงานพัฒนาให้ครอบคลุมพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย

uVilleCare
Urban Village Care

รายงานผลการถอดบทเรียน

การดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบและกลไก การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม สำหรับหมู่บ้านจัดสรรในพื้นที่เขตเมือง

Lessons learned from mechanisms and model development for controlling and preventing disease and health hazards among urban housing estate residents.

ส ป ค ม

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
Institute for Urban Disease Control and Prevention

24/56 หมู่ 3 ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 10220
โทรศัพท์ 0 2972 9606-9 แฟกซ์ 0 2912 9606 ต่อ 22