



# สานพลังก้าวข้ามขีดจำกัด สู่ความมั่นคงทาง มนุษย



## ผู้เขียน:

พศ.ดร.จุฑารัตน์ สติรปัญญา  
พศ.ดร.นัยนา หนูนิล  
ดร.จิราพร วัฒนศรีสิน  
บุญเรือง ขาวนวล  
เจกะพันธ์ พรหมมงคล

# สานพลังก้าวข้ามขีดจำกัดสู่ความมั่นคงทางมนุษย์

**ผู้เขียน** ผศ.ดร.จุฑารัตน์ สติธิปัญญา ผศ.ดร.นัยนา หนูนิล  
ดร.จิราพร วัฒนศรีสิน บุญเรือง ชาวนวน  
และ นายเจกะพันธ์ พรหมมงคล

**บรรณาธิการ** ผศ.ดร.จุฑารัตน์ สติธิปัญญา

**กองบรรณาธิการ** ดร.กุลทัต หงษ์ชยางกูร ดร.เพ็ญ สุขมาก  
ดร.มুমตาส มีระมาน นางสาวฮามี๊ะ หวันนุรัตน์  
และ นางสาววรรณมา สุวรรณชาติ

**ที่ปรึกษา** ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ

**พิมพ์ครั้งที่ 1** กรกฎาคม 2562 **จำนวน** 1,200 เล่ม

**ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ**  
National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

สานพลังก้าวข้ามขีดจำกัด สู่ความมั่นคงทางมนุษย์.--สงขลา : สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2562.

106 หน้า.

1. ความมั่นคงของมนุษย์. I. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. II. ชื่อเรื่อง.

361.614

ISBN 978-616-271-538-9



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)



สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ ม.อ.



ศูนย์สุขภาพชุมชน



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ



กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

## จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ชั้น 10 อาคารศูนย์ทรัพยากรการเรียนรู้และอาคารบริหารวิชาการ  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110  
โทรศัพท์ 0 7428 2902 โทรสาร 0 7428 2901

## องค์กรร่วมสนับสนุน

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)  
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)  
กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)  
สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พอช.

## ปก/รูปเล่ม ฝนพรช อินทรนิवास

**พิมพ์ที่** โฟ-บาร์ด 280/2 หมู่ที่ 6 ถนนปณณกันท์ ตำบลทุ่งใหญ่  
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 08 9659 5338  
E-mail: fonpat1971@gmail.com

## คำนำ

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารนำเข้าสู่สำหรับงานสร้างสุขภาคใต้ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2562 “สานพลังก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข” ประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) สานพลังภาคีเครือข่ายพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแม่ เด็กและเยาวชน เพื่อความมั่นคงของมนุษย์สู่ภาคใต้แห่งความสุข 2) สานพลังผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ และ 3) สานพลังก้าวข้ามขีดจำกัด การจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพบนพื้นฐานปัจจัยกำหนดสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการสานพลังของเครือข่ายสุขภาวะให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับคนในพื้นที่ และเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายกับหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องในการรับข้อเสนอไปสานต่อและปฏิบัติให้เกิดขึ้นในพื้นที่จริง โดยมีเนื้อหาที่สำคัญ คือ

1) สถานการณ์ความมั่นคงทางมนุษย์ในประเด็น เด็กเยาวชนผู้สูงอายุในภาคใต้ และการจัดการปัจจัยเสี่ยง เหล้า บุหรี่ สารเสพติดในพื้นที่ภาคใต้ รวมทั้งการทบทวนการขับเคลื่อนข้อเสนอจากงานสร้างสุขเมื่อปี 2561 ในประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์

2) ชุมความรู้และนวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนดำเนินงาน

3) รูปธรรมพื้นที่ต้นแบบจากการดำเนินงาน

4) ข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกิดขึ้นในประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ในปี 2562

5) การก้าวข้ามขีดจำกัดในการดำเนินงาน

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการจัดการความรู้ในงานสร้างสุขภาคใต้ จะมีส่วนช่วยในการสานพลังภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับการขับเคลื่อนประเด็นวิกฤตสุขภาวะภาคใต้ทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงนโยบายและนำไปสู่ สุขภาวะของคนใต้ได้ในอนาคต

**คณะผู้จัดทำ**

สานพลังภาคีเครือข่าย...  
พัฒนาความรู้  
ด้านสุขภาพของแม่  
เด็ก และเยาวชน  
เพื่อความมั่นคงของมนุษย์  
สู่ภาคใต้แห่งความสุข

เขียนโดย

ผศ.ดร.จุฑารัตน์ สติรปัญญา

ผศ.ดร.นัยนา หนูนิล

บุญเรือง ขาวนวล

## สารบัญ

|   |    |
|---|----|
| 1. ความสำคัญ สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหา                              | 6  |
| 2. ชุดความรู้และนวัตกรรมการพัฒนาสุขภาพแม่<br>เด็ก และเยาวชนของภาคใต้  | 15 |
| 3. รูปธรรมพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาสุขภาพแม่ เด็กและเยาวชน                | 23 |
| 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพแม่<br>เด็กและเยาวชน           | 38 |
| 5. การก้าวข้ามขีดจำกัดในการจัดการเพื่อพัฒนาสุขภาพแม่<br>เด็กและเยาวชน | 43 |

# 1. ความสำคัญ สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหา

อนามัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรรภ์ และการคลอดบุตรอย่างปลอดภัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสตรี ที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ การตายของมารดาเป็นตัวบ่งชี้การเข้าถึงและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ข้อมูลอัตราส่วนการตายมารดาและแนวโน้มบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงการตั้งครรรภ์ การคลอด สุขภาพโดยรวม และปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพของสตรี การลดอัตราส่วนการตายของมารดาเป็นเป้าหมายสำคัญของทุกประเทศ

ตั้งแต่ปี 1990 การตายของมารดาทั่วโลกลดลงร้อยละ 45 ในปี 2013<sup>(1)</sup> มากกว่า 1 ใน 4 มารดาตายจากสาเหตุทางอ้อม คือโรคทางอายุรกรรมที่เป็นอยู่ก่อน เช่น เบาหวาน เอดส์ โรคอ้วน ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากับการตายจากสาเหตุโดยตรง คือระหว่างตั้งครรรภ์และคลอดบุตรจากการตกเลือด<sup>(2)</sup> ปี 2544-2548 มารดาไทยตายจากสาเหตุทางอ้อมสูงขึ้น ปี 2544 และ 2548 พบ ร้อยละ 12.8 และ 23.9 ตามลำดับ<sup>(3,4)</sup> ปี 2556 พบอัตราส่วนมารดาตาย 31.2 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตายทางตรงร้อยละ 56.6 ทางอ้อมร้อยละ 43.4<sup>(5,6)</sup> (สาเหตุการตายทางอ้อม เกิดจากมารดาเป็นโรคก่อนการตั้งครรรภ์หรือปัญหาโรคที่เกิดขึ้นใหม่โดยไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรรภ์ ได้แก่ อุบัติเหตุเกิดโดยบังเอิญ หรือแม่ตายที่ไม่ได้เกิดจากสูติกรรม<sup>(7)</sup>)

## 1.1 สถานการณ์การตายของมารดาไทย

การตายของมารดาไทย ภาพรวมมีแนวโน้มลดลง การคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2558 อัตราส่วนมารดาตาย 20 ต่อแสนการเกิดมีชีพ บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ที่กำหนดให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสน ในปี 2573 การเฝ้าระวังการตายมารดา ปี 2560 กรมอนามัยพบอัตราส่วน 17.75 แต่พื้นที่เฉพาะ เช่น ชายแดนภาคใต้ กลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่สูง มีอัตราส่วนสูงกว่าภูมิภาคอื่น<sup>(8)</sup>

ปี 2561 ประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิต 109 ราย เขตสุขภาพที่ 12 สูงสุด 21 ราย (อัตรา 35.01) ร้อยละ 65 เสียชีวิตจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 33 จากสาเหตุทางอ้อม สาเหตุการตายหลัก ได้แก่ การตกเลือด ความดันโลหิตสูง ปี 2562 (ต.ค.61-มี.ค.62) มีมารดาตาย 17 ราย คิดเป็นอัตรา 78.13 ต่อแสนการเกิดมีชีพ<sup>(9)</sup>

## 1.2 สถานการณ์เด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัยในขวบปีแรก เป็นช่วงพัฒนาการสำคัญที่สุดในชีวิต ทั้งทางสมอง ภาษา สังคม อารมณ์ และการเคลื่อนไหว เป็นช่วงสร้างรากฐานสำหรับการเติบโตและการเรียนรู้ การพัฒนาและการลงทุนในเด็กปฐมวัย จึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นๆ ของทุกครอบครัวและประเทศ เพราะเป็นโอกาสทองครั้งเดียวในชีวิตเด็ก

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กไทย คือ ทำให้เด็กทุกคนมีสุขภาพดี และมีสติปัญญา ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ อิทธิพลของสื่อและวัฒนธรรมต่างชาติ



การใช้ชีวิตของเด็กไทยสะดวกสบายมากขึ้น ติดด้วยกระแสบริโภคนิยม ส่งผลทำให้วิถีชีวิตเด็กไทยเปลี่ยนไป ใช้ชีวิตอยู่บนฐานความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น นิยมบริโภค ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม ติดเกมส์ ขาดการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมใช้ความรุนแรง สอดคล้องกับการทำเวทีประชาคมสถานการณ์ปัญหาเด็กและเยาวชนภาคใต้ (2561) และงานวิจัยของ Mhaske, Khismatrao, Kevin, Pandve & Kundap<sup>(10)</sup> ในเด็ก 5-10 ปี พบว่ายิ่งเด็กอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมอนามัยลดลง แนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินจนถึงเป็นโรคอ้วน มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น ผลสำรวจเด็กวัยเรียนภาคใต้ ปี 2561 เด็กสูงตีสัดส่วนต่ำกว่าเกณฑ์ (66%) ทั้งเขต 11 (63.3%) และเขต 12 (62.4%)

กรมสุขภาพจิต<sup>(11)</sup> พบว่าเด็กวัยเรียนทั่วประเทศมีไอคิวต่ำกว่าระดับมาตรฐานสากลเฉลี่ยอยู่ที่ 98.59 ร้อยละ 48.5 มีไอคิวอยู่ใน

เกณฑ์ต่ำกว่า 100 ภาคใต้ไอคิวต่ำกว่าภาคอื่นเฉลี่ย 96.85 รองจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือไอคิวเฉลี่ย 95.99 ปี 2562 ข้อมูลเขต 12 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 92.79 เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 28.07 และได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 92.49 เด็ก เตี้ย อ้วน และผอม เพิ่มขึ้น เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 83.46 สูงตีสัดส่วน ร้อยละ 58.36 เตี้ย ร้อยละ 16.09 ผอม ร้อยละ 6.87 อ้วน

**สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง** องค์การยูนิเซฟระบุว่า เกิดจากภาวะทุพโภชนาการ เด็กที่เตี้ย และค่อนข้างเตี้ย มีค่าเฉลี่ยระดับพัฒนาการ/เซาว์นปีน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์<sup>(12)</sup> เด็กแคะแกระรินรุนแรงใน 2 ปีแรกจะมีไอคิวที่อายุ 8-10 ปี ต่ำกว่าเด็กที่ความสูงปกติ 3-10 จุด เด็กที่ได้อาหารที่มีพลังงานและโปรตีนสูงตั้งแต่วัยแรกเกิดถึง 2 ปี มีไอคิวสูงกว่ากลุ่มที่ได้อาหารพลังงานต่ำและไม่มีโปรตีน<sup>(13)</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า อัตราการอ่านหนังสือของเด็ก 6-24 ปี เด็กภาคใต้มีอัตราการอ่านหนังสือต่ำสุด<sup>(14)</sup>

### นโยบายที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชน

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 มีเป้าหมายให้คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับดีมากเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ภายในปี 2564 กรมอนามัยดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็ก ให้เกิดการพัฒนาสุขภาพควบคู่กับการศึกษา มุ่งเป้าให้เด็กไทยเป็นเด็กดี มีวินัย ใฝ่เรียนรู้ ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ช่วงวัยเรียน วัยรุ่น มีการขับเคลื่อนงานโรงเรียน

ส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางองค์การอนามัยโลก โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีการยกระดับให้เป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ<sup>(15)</sup>

กองสุศึกษา (2558) ประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและเยาวชน (7-14 ปี) ใน 12 เขตสุขภาพ พบว่าเด็กและเยาวชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ (ร้อยละ 59.9) และระดับดีมาก (ร้อยละ 36.9) พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 45.1) รองลงมา คือระดับพอใช้ (ร้อยละ 36.7) ส่วนน้อยที่ระดับไม่ดี (ร้อยละ 18.20)<sup>(16)</sup>

กรมอนามัย กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์เด็กและเยาวชน โดยมีเป้าประสงค์ให้ “เด็กและเยาวชนเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะสุขภาพ” ตัวชี้วัดคือ มีพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 30 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 68 เด็ก 12 ปี ไม่มีฟันผุ ร้อยละ 55 ส่วนสูงเฉลี่ยชาย 154 หญิง 155 เซนติเมตร เป้าหมายขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ 300 แห่งทั่วประเทศ มุ่งให้เด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมากเพิ่มขึ้น



งานสร้างสุขภาพได้ ครั้งที่ 10 ประเด็นความมั่นคงของมนุษย์ “การพัฒนาสุขภาพของเด็กและเยาวชนคนใต้” มีความสำคัญอย่างยิ่ง เด็กวันนี้จะเป็นกำลังของการพัฒนาสอดคล้องกับนโยบายชาติที่ต้องพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเด็กและเยาวชนให้สามารถพึ่งตนเอง พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพไปสู่สุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน ด้วยการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ทุกระดับ โดยบูรณาการสอดรับและไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อเป้าหมายให้เด็กและเยาวชนภาคใต้ฉลาดและมีสุขภาพที่ดี

### ทบทวนข้อเสนอจากงานสร้างสุขภาพได้ ครั้งที่ 10 ปี 2561

ปี 2561 ภาคใต้ขับเคลื่อนงานประเด็นเด็ก เยาวชน และครอบครัว ร่วมกับภาคี โดยเชื่อมประสานการทำงานของภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชน ผ่านกระบวนการทำงานงานสร้างสุขภาพได้ได้ถอดบทเรียนและสังเคราะห์ การขับเคลื่อนงานพื้นที่เครือข่ายพัทลุงยี่ม ผ่านการเป็นเมืองสร้างสรรค์ สุขุมชน 3 ดี วิถีสุข คือ สื่อดี พื้นที่ดี และภูมิดีสู่พื้นที่สร้างสรรค์ มีการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย เช่น กลุ่มสตรี กลุ่มสวนผักคนเมือง ร่วมหนุนเสริม ขยายต่อระดับจังหวัด และชุมชนพื้นที่ใกล้เคียง “เด็กสร้างแรงบันดาลใจ ผู้ใหญ่ร่วมหนุนเสริมกิจกรรม” นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนงานระดับภาคใต้ โดยการรวมพลังภาคประชาชน ภาควิชาการ และภาคนโยบายให้เกิด “หัวใจเดียวกัน” ผ่านกลไกของงานวิชาการ ฐานข้อมูล และตัวเชื่อมสานพลังเพื่อร่วมขับเคลื่อนสุขภาพของเด็กและเยาวชนภาคใต้ ซึ่งมีข้อเสนอดังนี้



1. ข้อเสนอการขับเคลื่อนงานในระดับภาคใต้ ผู้รูปธรรมของพื้นที่

1.1 เสนอให้ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จัดตั้งให้เกิดกลไกผู้ประสานในระดับภาคเพื่อเชื่อมและทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายหรือขบวนการเด็กและเยาวชนของภาคใต้

1.2 เสนอให้ สถาบันวิชาการเข้ามามีบทบาทในการหนุนเสริมวิชาการและเป็นพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนงานร่วมกัน

1.3 เสนอให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านเด็กในพื้นที่สร้างความเข้าใจและความร่วมมือกับหน่วยงานที่ทำงานเด็กและเยาวชนเพื่อให้เกิดกระบวนการขับเคลื่อนที่ยั่งยืน

1.4 เสนอให้ สสส. 1) มีการสนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลเด็กและเยาวชน เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการบูรณาการหรือทำงานร่วมกัน ผู้การก้าวข้าม คน งาน ประเด็น และเครือข่าย และสามารถ ใช้ได้จริง 2) ส่งเสริมและสนับสนุนพื้นที่รูปธรรมในระดับพื้นที่เพื่อการขยายผลการทำงานด้านเด็กและเยาวชน 3) ส่งเสริมให้เกิดกลไกสนับสนุนการทำงานด้านเด็ก เยาวชน ตั้งแต่ระดับพื้นที่ชุมชน จังหวัด และภาค

1.5 เสนอให้หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. สช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรใช้พลังของนักสื่อสารเข้ามาเป็นกลไกในการสื่อสารเพื่อ “สื่อ” เด็กและเยาวชนในการขับเคลื่อนงาน “นักสื่อสารสร้างสรรค์” สร้างการมีส่วนร่วม ให้เกิดพลังภายในของเด็กและเยาวชน

2. ข้อเสนอต่อหน่วยงานและองค์กร

2.1 เสนอให้ สช.ควรมีวาระสมัชชาเด็กและเยาวชนในภาคใต้ ว่าด้วยสุขภาพที่ยั่งยืน





2.2 เสนอให้ สปสช. 1) มีนโยบายการใช้งบประมาณท้องถิ่นเพื่อพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัยด้วยนิทาน หนังสือ และส่งเสริมการอ่าน 2) มีแนวปฏิบัติให้เกิดการอ่านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและศักยภาพเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมรวมถึงครอบครัว เช่น สวัสดิการหนังสือ เพื่อเด็กแรกเกิด-3 ปี

2.3 เสนอให้ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สช. สสส. 1) ส่งเสริมและสร้างพื้นที่ให้หน่วยงานเด็กและเยาวชนมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการทำงานทางสังคม 2) สนับสนุนให้เกิดประเด็นร่วมในการขับเคลื่อนด้านเด็กและเยาวชนที่มีมาตรฐานร่วมกัน 3) สนับสนุนการทำงานของเด็กและเยาวชน กลุ่มคนทำงานด้านเด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นยุทธศาสตร์หลักขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชน

2.4 เสนอให้ กองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์สนับสนุนการสร้างเครือข่ายของนักสื่อสารสร้างสรรค์ให้เกิดพื้นที่เรียนรู้ และพื้นที่สร้างสรรค์ และมีพื้นที่ปลอดภัย ในรูปแบบของการเข้าถึง เข้าใจให้กับเด็กและเยาวชนภาคใต้

## 2. ชกความรู้และนวัตกรรมการพัฒนาสุขภาพแม่ เด็ก และเยาวชนของภาคใต้

### การพัฒนาสุขภาพแม่และเด็ก

สถานการณ์มารดาตายในเขตบริการสุขภาพที่ 12 ทำให้แต่ละจังหวัดหามาตรการดำเนินการลดอัตราตายมารดา ปี 2558-2560 อัตราตายมารดาจังหวัดสงขลา 51.9, 19.9 และ 27.0 ปี 2561 มีมารดาตาย 4 ราย (25.84 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนดไม่เกิน 20) สาเหตุการตาย พบว่า 3 ราย เป็นสาเหตุทางตรงจากครรภ์เป็นพิษอย่างรุนแรง และตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรงติดเชื้อจากแท้ง สาเหตุทางอ้อม 1 ราย จากภาวะไตวาย ในปี 2562 (ตค.61-มค.62) ยังไม่มีมารดาตาย เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกัน

จากสาเหตุการตายมารดาในปี 2561 คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก (Board of Maternal and Child Health : MCH Board) ทบทวนแนวปฏิบัติในการดูแลป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด เตรียมยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือฉุกเฉิน ช่วยฟื้นคืนชีพในห้องคลอดวางระบบการให้บริการวันระยะมีบุตร คุมกำเนิดกึ่งถาวรและถาวรในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัวหรือหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเสี่ยงสูง ปี 2562 นำร่องพื้นที่ที่มีมารดาตายสูง (จะนะ เทพา นาทวี สะบ้าย้อย) ใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่

จาก สปสช. มีมาตรการเฝ้าระวังปัญหาในพื้นที่ ใช้กลไก MCH Board ทุกระดับ ทั้งระดับอำเภอและจังหวัด ขับเคลื่อนและพัฒนา ใช้แนวทางการดูแลครรภ์เสี่ยงเพื่อลดอัตราการตาย เป็นนโยบายสำคัญควบคู่กับการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก โดย

1. ปรับคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) โดยเพิ่มคณะกรรมการวิเคราะห์ความเสี่ยงมารดาและเด็ก ทบทวนและกำหนดแนวทางป้องกันภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และเด็ก แนวปฏิบัติในการดูแลภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ พัฒนาระบบการส่งต่อทางสูติกรรม

2. จัดระบบดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีแนวทางดูแลร่วมกัน ตั้งแต่ รพ.สต. จนถึงโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ มีสูติแพทย์ จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปให้คำปรึกษา กรณีพบหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และมีภาวะฉุกเฉิน ให้ประสานหัวหน้ากลุ่มงานสูติ นรีเวชกรรมโรงพยาบาลแม่ข่าย และรายงานให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดทราบ

3. จัดระบบการสื่อสารระหว่างห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนกับ โรงพยาบาลทั่วไป โดยมีแพทย์และพยาบาลห้องคลอดของโรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นผู้ให้คำปรึกษา ใช้ไลน์กลุ่มติดต่อ ห้องคลอดโรงพยาบาลแม่ข่าย กรณีเร่งด่วนสามารถติดต่อหัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปได้ตลอดเวลา

4. จัดทำสัญลักษณ์สื่อสารครรภ์เสี่ยง เช่น ติดสติ๊กเกอร์สีแดง ที่สมุดฝากครรภ์ เพื่อแจ้งเตือนให้ห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ดำเนินการจัดระบบการดูแลพิเศษหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยง

5. กำหนดนโยบายและขอความร่วมมือให้สูติแพทย์คลินิก เอกชน ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ร่วมกับระบบการดูแล ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ทางอายุรกรรม ให้มีอายุรแพทย์ร่วมดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงนั้น ๆ

6. จัดระบบการทำงานเชิงรุกเพื่อค้นหาขึ้นทะเบียนหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ให้การดูแลแบบรายกรณี (Case Manager) มีเจ้าของไข้ทุกระดับตั้งแต่ รพ.สต. โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาล ทั่วไป กรณีปฏิเสธการรักษา หากเกินความสามารถของ รพ.สต. ในการให้คำปรึกษาให้ประสานทีมแม่และเด็กระดับอำเภอ หากยังไม่สามารถดำเนินการได้ ให้ประสานมายังหัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.สงขลา เพื่อจัดหาทีมในการให้คำปรึกษา และวางระบบในการดูแล หญิงตั้งครรภ์รายนั้น

7. จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติของโรค (Clinical Practice Guideline: CPG) ในการดูแลภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ ภาวะตกเลือด หลังคลอด โรคหัวใจ การคลอดระยะที่สองยาวนาน (Prolong 2<sup>nd</sup> Stage) การยุติการตั้งครรภ์แบบปลอดภัย (Safe Abortion) และการคลอดก่อนกำหนด (Preterm)

8. จัดประชุมเหตุการณ์ที่เกือบเกิดความเสียหาย (Conference Near Miss Case) ของครรภ์เสี่ยงสูง โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และแนวปฏิบัติในการดูแลครรภ์เสี่ยงสูง

9. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงทุกราย มีการนำเสนอแนวทางการดูแล ร่วมกันภายในอำเภอ ในการประชุม MCH Board และให้แต่ละอำเภอ คัดเลือกรายที่น่าสนใจ / มีความเสี่ยงสูง นำเสนอในการประชุมติดตาม ระดับจังหวัด เร่งรัดให้ทุกอำเภอปฏิบัติตามนโยบายตามแนวทางการดูแลครรภ์เสี่ยง และดำเนินการดูแลครรภ์เสี่ยงอย่างเป็นระบบ

เยี่ยมบ้านติดตามหญิงตั้งครรภ์ พัฒนาสถานบริการให้ผ่านตามาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก กำกับติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้วิเคราะห์การตายของมารดาทุกราย โดยคณะกรรมการวิเคราะห์การตายมารดาจังหวัดสงขลา เพื่อหาข้อสรุปสาเหตุการตาย ปัจจัยเสี่ยง โอกาสพัฒนา และแนวทางการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดมาตรการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการเสียชีวิต เช่น การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนดจัดทำคำสั่ง ระเบียบ (Standing Order) จัดระบบบริการช่วยเหลือในกรณีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม นอกจากนี้ยังได้มีการทบทวนและซักซ้อมสถานการณ์จริงในการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉิน ณ ห้องคลอด

มาตรการสำคัญในปี 2562 คือ การลดการคลอดก่อนกำหนด ดำเนินร่วมกับโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกในพระอุปถัมภ์ฯ สื่อสารสาธารณะ และสร้างการรับรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็กผ่านโรงเรียนพ่อแม่ อสม. ครอบครัว ผู้นำชุมชน การใช้กลไก พชอ. มาขับเคลื่อนการดำเนินงาน มุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว สามารถดูแลตนเองและเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลตัวเองระหว่างตั้งครรภ์ และการเลี้ยงดูลูกที่ถูกต้อง

ผลการจัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กพบว่าในปี 2561 โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กปี 2562 ไม่มีโรงพยาบาลที่ครบกำหนดประเมินงานบริการฝากครรภ์คุณภาพ

## การพัฒนาสุขภาพของเด็กและเยาวชน

จากการถอดบทเรียนพบว่า มีภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้และร่วมพัฒนาสุขภาพมารดา เด็ก และเยาวชนภาคใต้ ครอบคลุมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น ภาคท้องที่ และภาคประชาสังคม ทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน ดังนี้

**1. ระดับเขต :** มีองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สปสช. สช. สสส. และศูนย์อนามัย 11, 12 ดังนี้

**สปสช.** ผ่านกลไกของ **คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล** เพื่อพัฒนาสุขภาพเด็กทุกกลุ่มวัย ผ่านองค์กรในพื้นที่ เช่น รพ.สต. โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชน การขับเคลื่อนนโยบายด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังขาดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กและเยาวชน

**สช.** ผ่านกลไก **คณะกรรมการ กขป. เขต 11-12** ให้ความสำคัญกับสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว มีการจัดตั้งคณะกรรมการประเด็นเด็กและเยาวชนของทั้งสองเขต

**สสส.** ผ่านกลไก Node ในภาคใต้ส่งเสริมและสนับสนุนงบประมาณชุมชน **โครงการชุมชนนำอยู่** รวมทั้ง **ตำบลจัดการตนเอง** และ **สำนักสนับสนุนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว** ผ่าน **สถาบันวิชาการ** เพื่อขยายผลการดำเนินงานด้านเด็กและเยาวชน อย่างไรก็ตามยังขาดฐานข้อมูลภาคีเครือข่ายคนทำงานด้านเด็กและเยาวชนภาคใต้ เพื่อให้เกิดการบูรณาการสู่การก้าวข้าม คน งาน ประเด็น และเครือข่าย

**สมาคมสื่อชุมชนภาคใต้** มีนักสื่อสารเข้ามาเป็นกลไกในการสื่อสารเพื่อ “สื่อ” เด็กและเยาวชนในการขับเคลื่อนงาน “**นักสื่อสารสร้างสรรค์**” ผ่านกองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายของนักสื่อสารสร้างสรรค์ให้เกิดพื้นที่เรียนรู้ พื้นที่สร้างสรรค์ พื้นที่ปลอดภัย ในรูปแบบของการเข้าถึง เข้าใจให้กับเด็กและเยาวชนภาคใต้

**ศูนย์อนามัยที่ 11** มีศักยภาพ มีนโยบายหนุนเสริมพัฒนา และขยายเครือข่ายโรงเรียนรอบรู้สุขภาพดี มีความสุข โดยใช้เครื่องมือ Happiness School ในปี 2561 มีโรงเรียนรอบรู้ 15 แห่ง 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน มีเป้าหมายขยายผลต่ออีก 15 โรงเรียน

**ศูนย์อนามัยที่ 12** และ สาธารณสุขจังหวัดสงขลา พัฒนากิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านอาหาร สำหรับหญิงตั้งครรภ์ (เหล็ก แคลเซียม ไอโอดีน) ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน ครูโภชนาการ นักเรียนแกนนำ และ อาสาสมัครสาธารณสุข เสริมสร้างทักษะการอ่านฉลาก ขยายผลสู่ชุมชน ศูนย์อนามัยที่ 12 และ สาธารณสุขจังหวัดยะลา ขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต สร้างเครือข่ายพัฒนาศักยภาพพ่อแม่ ให้บุตรได้รับการดูแล ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด ลดปัญหา “แม่มีภาวะเสี่ยง และลูกสุขภาพไม่ดี” ใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

**2. ระดับจังหวัด :** ประกอบด้วย 1) **ภาคีเครือข่ายภาครัฐ** ซึ่งเป็นหน่วยงานปฏิบัติการระดับจังหวัด ประกอบด้วย สสจ. ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและงานวัยเรียน เขตพื้นที่การศึกษาของสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างน้อยมี 3 จังหวัดที่ได้ถอดบทเรียน คือ สุราษฎร์ธานี ชุมพร และพังงา สสจ. มีนโยบายขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จังหวัดปัตตานีขับเคลื่อนในระดับจังหวัดภายใต้

วิสัยทัศน์ ปัตตานี สมาร์ทคิดส์ (Pattani Smart Kids: PSK) เพื่อให้เด็กปัตตานีมีการเจริญเติบโตสมส่วน พัฒนาการสมวัย ได้รับวัคซีนครบ และฟันไม่ผุ 2) **ภาคีภาคประชาสังคม** เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด มีทุกจังหวัดภาคใต้ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ หรือธรรมนูญสุขภาพจังหวัดส่วนใหญ่ให้ความสำคัญประเด็นเด็กและเยาวชน เช่น จังหวัดนครศรีธรรมราช ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะป้องกันปัจจัยเสี่ยงของเด็กและเยาวชนร่วมกับโรงเรียน สมาคมสื่อชุมชนร่วมขับเคลื่อนแก้ปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน อบรมให้เด็กรู้เท่าทันสื่อในยุคปัจจุบัน

**3. ระดับอำเภอ :** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายในอำเภอ เช่น พชอ.เคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขับเคลื่อนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชน ภายใต้โครงการ “**ชวนคุยทั้งอำเภอ เพื่อน้องคนเดียว**” โดยมีโรงเรียนเยาวชนเรศเป็นโรงเรียนต้นแบบของอีก 32 แห่ง

**4. ระดับตำบล :** ประกอบด้วย รพ.สต. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ จะมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต.หนุนเสริม อบต. เป็นหน่วยงานดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต. มีโครงการพัฒนาศักยภาพครู ผู้ดูแลเด็กเชื่อมสู่วัยครอบครัวเด็ก สนับสนุนงบประมาณให้ **สภาเด็กและเยาวชนของตำบล**ได้มีพื้นที่สร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาให้เด็กเป็นผู้นำ

**เครือข่ายเยาวชนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน** ในรูปแบบ**สภานักเรียน สภาเด็กและเยาวชน และองค์กรเยาวชน** ใน**ชุมชนระดับตำบล** 10 แห่ง ในภาคใต้ (อบต.ยางค้อม เทศบาลกะทูน กลุ่มเยาวชนตำบลบางขัน จ.นครศรีธรรมราช อบต.พนมวังก เทศบาลตำบลชุมพล เครือข่ายเด็กบ้านควนดินแดง กลุ่มสภานักเรียน รร.ปากพะยูนพิทยาคาร จ.พัทลุง เทศบาลตำบลท่าประดู่ จ.สงขลา

เทศบาลตำบลมะรุือโบตก จ.นราธิวาส และเยาวชนบ้านเกาะบุโหลน ดอน จังหวัดสตูล) ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพทางกาย และสุขภาพจิตของตนเอง เพื่อค้นหาและดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพ ชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว (สำนัก 4 สสส.) มีมหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์สนับสนุนด้านวิชาการ

**5. ระดับชุมชน :** โรงเรียนมีนโยบายเยี่ยมบ้านนักเรียน ทุกคน เกิดการเชื่อมประสานระหว่างโรงเรียน บ้าน และชุมชนเป็น **คณะกรรมการสถานศึกษา** หนุนเสริมการเรียนรู้ของเด็กทั้งในและนอกโรงเรียน จัดการสิ่งแวดล้อมรอบโรงเรียนให้เอื้อต่อการพัฒนา เด็กและเยาวชน ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น ให้เด็ก รักรักษาบ้านเกิด จากการสนับสนุนงบประมาณของ สสส. **ผ่านโครงการ ชุมชนนำอยู่**

ผู้นำศาสนา ผู้ใหญ่บ้าน เป็นกลุ่มสำคัญที่ร่วมพัฒนาและ แก้ปัญหาสุขภาพสำคัญที่ผ่านมา ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยเฉพาะ กรณีโรคหัด เนื่องจากการไม่รับวัคซีน การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการรับวัคซีน ท้ามกลางความคลั่งใจ สับสน หรือเข้าใจว่า “วัคซีนไม่ฮาลาล” เป็นสิ่งต้องห้ามทางศาสนา กลไกระดับพื้นที่ ในหมู่บ้านและชุมชน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขของภาครัฐ ต้องดำเนินการแก้ปัญหาในรูปแบบการสานพลังภาคีเครือข่าย ทั้งระดับอำเภอ โดยการหาช่องทางสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยมีผู้นำ ศาสนา เช่น คณะกรรมการกลางอิสลามของจังหวัด แพทย์แผนปัจจุบัน ที่เป็นมุสลิม เวทีประชุมของผู้ใหญ่บ้าน ตลอดจนมาตรการทางสังคม ที่ทำให้เกิดสุขภาพกับทุกคน

### 3. รูปแบบพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาสุขภาพ:แม่ เ็กและเยาวชน

#### การพัฒนาสุขภาพแม่เด็ก

##### 3.1 การดูแลแม่กลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk)

###### จังหวัดสงขลา

จังหวัดสงขลามีการจัดระบบรายงานกรณีผู้ป่วย โดย สสจ. กำหนดส่งรายงานเป็นรายเดือน แต่หากมีมารดาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง แบบเร่งด่วน หรือพื้นที่ดูแลบริหารจัดการยาก ให้รายงานผู้รับผิดชอบ ระดับจังหวัด รายงานผู้บริหาร ดูแลร่วมกับระดับอำเภอ ดูแลกรณี ผู้ป่วยกับพื้นที่ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด ช่วยเหลือในการ ส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยประสานหัวหน้ากลุ่มสูตินรีเวชกรรม ในการรับส่งต่อและติดตาม ลงติดตามจนถึงระดับพื้นที่ นำทีมจังหวัด โดยนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา เยี่ยมถึงตัว ผู้ป่วยโดยวางแผนกับ รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชนที่เกี่ยวข้องในการ ลงถึงบ้านเพื่อทำความเข้าใจ ุงใจให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบ ติดตามทุกระยะ จน 42 วันหลังการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ติดตามการวางแผนครอบครัว รายเสี่ยงสูงคุมกำเนิดด้วยการฝังยา ทำหมัน ใส่ห่วงเท่านั้น ถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาแม่และเด็ก อำเภอ เพื่อวางแผนงานในการดูแลไม่ให้เกิดเหตุการณ์อีก พัฒนา Node ดูแลครรภ์เสี่ยงสูง จากการวิเคราะห์แม่ตายย้อนหลัง 5 ปี พบมาก

ที่ขอนแก่นได้ดำเนินโครงการร่วมกับ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหว้า มีสูติแพทย์ช่วยดูแลในโซน (ละบ้าย้อย เทพา จะนะ) ใช้กระบวนการ การสนทนากลุ่มในการชักจูงมารดาเข้าสู่ระบบ (การดำเนินงาน 3 เดือนทำได้ 80 กว่าราย) ผลการดำเนินงานในปี 2562 ณ ปัจจุบัน ยังไม่พบมารดาตายในจังหวัดสงขลา

### 3.2 หนทางสร้าง Smart Kids จังหวัดปัตตานี

4 ดัชนีสำคัญของสุขภาพเด็ก ได้แก่ โภชนาการ (สูติผสมส่วน >ร้อยละ 51) พัฒนาการ (สมวัย >ร้อยละ 85) วัคซีน (ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็ก 1-5 ปี >ร้อยละ 90) และทันตสุขภาพ (เด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ >ร้อยละ 50) สถานการณ์ ปี 2559 พบว่าเด็กไทยมีการเจริญเติบโตสูงที่สุดและสมส่วนร้อยละ 47.0 พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 91.3 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็ก 1-5 ปี ร้อยละ 46.8 และเด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุ ร้อยละ 48.5 เขตบริการสุขภาพที่ 12 พบดัชนีทั้ง 4 ร้อยละ 44.4, 92.2, 44.3 และ 44.6 ตามลำดับ ในขณะที่จังหวัดปัตตานีพบร้อยละ 47.7, 92.7, 36.9 และ 49.4 ตามลำดับ

ข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าปัตตานียังพบปัญหา 3 ประเด็นที่ต่ำกว่าเป้าหมายคือ สูติผสมส่วน ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน และฟันผุ โดยเฉพาะความครอบคลุมของวัคซีนที่ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายเกือบสามเท่า (ทำได้ร้อยละ 36.9 เป้าหมาย >ร้อยละ 90) และการเจริญเติบโตสูติผสมส่วน (ทำได้ร้อยละ 47.7 เป้าหมาย >ร้อยละ 51) ด้านทันตกรรมใกล้เคียงกับค่าเป้าหมาย (ทำได้ร้อยละ 49.4 เป้าหมาย >ร้อยละ 50)

จังหวัดได้กำหนดนโยบาย Smart Kids ให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการเลื่อนขั้นให้บุคลากร โดย สสจ.ปัตตานี มอบให้ สสอ.และพื้นที่ไปดำเนินการ ตำบลรูสะมิแล มีการรับส่งต่อและทำความเข้าใจนโยบายจาก สสจ.โดย สสอ.เมืองปัตตานี ถ่ายทอดสู่ รพ.สต.ติดตามการดำเนินงานทุกเดือนผ่านเวทีประชุมประจำเดือนกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมตัวชี้วัดเด็กสุขภาพดี บูรณาการตัวชี้วัดให้บุคลากรของ รพ.สต. จัดทำแนวทางการค้นหา คัดกรอง ประเมิน และติดตามเด็ก ให้ได้รับการดูแลเพื่อให้มีโภชนาการและการเจริญเติบโตสมวัย ผอ. รพ.สต.เป็นผู้จัดการระดับตำบล มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการรวบรวมฐานข้อมูลและบูรณาการทุกตัวชี้วัดในการทำงาน มีการรายงานดำเนินงาน Smart Kids ทุกเดือน ส่งมอบให้ผู้รับผิดชอบงานและนักจัดการสุขภาพรายพื้นที่ (Catchment Area Smart Kids Manager : CA) เพื่อติดตามความก้าวหน้าจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลทุกสัปดาห์ และทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง ผู้จัดการที่รับผิดชอบตัวชี้วัดรายด้าน (4 ด้าน) กำกับติดตามงาน กำหนดวาระการกำกับติดตามเข้าในวาระประชุมประจำเดือน นักจัดการสุขภาพรายพื้นที่ในตำบลรูสะมิแล รับผิดชอบรายพื้นที่แต่ละหมู่บ้าน เป็นเจ้าหน้าที่ที่ทำงาน รพ.สต.ทุกคน (ยกเว้นทันตภิบาล) ทำงานร่วมกันกับผู้รับผิดชอบงานหลัก ติดตามเด็ก ลงเยี่ยมบ้าน จัดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการของ รพ.สต. และยังรับผิดชอบงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย ทำงานเชิงรุกเพื่อค้นหาคัดกรองประเมินและติดตามเป็นภารกิจที่สำคัญทั้ง 4 ตัวชี้วัดหลัก โดยเฉพาะกรณีการไม่ได้รับวัคซีนที่เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากความเข้าใจและการรับรู้ในประเด็น “วัคซีนไม่ฮาลาล”



การสื่อสารเชิงรุกทำความเข้าใจกับประชาชนในทุกเวทีของชุมชน สร้างภาคีเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา กลุ่มองค์กร ต่างๆ ในพื้นที่ โดย ผอ.รพ.สต.ร่วมให้ข้อมูลที่แจ้งในทุกเวทีทำให้อัตรา การรับวัคซีนสูงขึ้น

ผลจากการดำเนินงานผ่านโครงการ ปิดตานีสมาร์ทคิดส์ (PSK) ปี 2559, 2560 และ 2561 พบว่าเด็ก สูงดีสมส่วน ร้อยละ 53.8, 54.8 และ 55.0 พัฒนาการสมวัยร้อยละ 92.5, 97.3, 98.0 ความครอบคลุม ของการได้รับวัคซีนในเด็ก 1-5 ปี DPT, HBV3 ร้อยละ 85.2, 75.4, 76.9 และ MMR ร้อยละ 86.9, 79.8, 79.6 และทันตสุขภาพเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ ร้อยละ 79.3, 89.7, 93.1 ผ่านเกณฑ์ชี้วัดทุกตัว ยกเว้นวัคซีน ในส่วนของตำบลรูสะมิแล เป้าหมายเด็ก 0-5 ปี จำนวน 120 คน พบว่าผ่านเกณฑ์ Smart Kids ทั้ง 4 ด้าน 102 คน คิดเป็น ร้อยละ 85 เมื่อจำแนกตามตัวชี้วัดทั้ง 4 พบว่า ด้านทันตสุขภาพ เด็กอายุ 3 ปี ฟันไม่ผุ 100% ร้อยละ 99.2 พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95 และความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน ร้อยละ 95.8

ตำบลเนินงาม อำเภอราษีไศล จังหวัดยะลา เป็นอีกพื้นที่หนึ่ง ที่ประสบปัญหาการระบาดของหัด ข้อมูลตั้งแต่ 1 กันยายน-20 ธันวาคม 2561 อำเภอราษีไศลมีผู้ป่วยโรคหัด 63 ราย สถานการณ์ หัดในตำบลเนินงามเกิดขึ้นเป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยหัดรายแรก เด็กชายอายุ 10 ปี ผู้ปกครองไม่ยอมพาไปโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงไปสอบสวนโรคแล้วแนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ปกครองไม่ไป แต่พาไปรักษากับหมอบ้าน เจ้าหน้าที่ลงไปที่บ้านสามครั้ง ผู้ปกครอง ก็ยังยืนยันด้วยคำเดิมว่าไม่ไป 1 สัปดาห์ต่อมา มีผู้ป่วยรายที่สอง เป็นน้องชายของรายแรก บ้านเดียวกัน และตามมาอีก 4 รายที่เป็น

เพื่อนบ้าน มารดาก็ไม่ยอมเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอีก ข้อมูล ความครอบคลุมของวัคซีนหัดย้อนหลัง 5 ปี (2558-2562) รพ.สต. เนินงาม MMR1 ร้อยละ 75.3, 88.6, 90.0, 83.9 และ 94.2 ตามลำดับ MMR2 ร้อยละ 19.3, 93.8, 63.3, 66.7 และร้อยละ 75 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ (ความครอบคลุมของวัคซีน ร้อยละ 95) เมื่อมีผู้ป่วยและไม่ได้เข้ารับการรักษาทันที จึงเกิดการระบาด ผู้ปกครอง คิดว่าเป็นผื่นธรรมดาหายเองได้ หมอบ้านรักษาจะดีขึ้น ไม่เชื่อว่าใช้หัด จะรักษาโดยแพทย์ปัจจุบันได้

การจัดการกับปัญหาดังกล่าวเจ้าหน้าที่ รพ.สต.นำข้อมูลเด็ก ทั้งหมดในเขต พบว่า มีทั้งเด็กที่ไปๆ มาๆ ระหว่างพื้นที่ชายแดน มาเลเซีย มีชื่อแต่ตัวไม่อยู่ ตัวอยู่ที่ชื่อไม่มี เด็กตกหล่นในการแจ้งเกิด นำมาแยกประเภทสาเหตุที่ไม่รับวัคซีน พบว่ามี 3 สาเหตุ คือ 1) ไม่มี ใครพามา พ่อแม่ทิ้งให้อยู่กับผู้สูงอายุ หรือให้อยู่กับพี่ๆ กันตามลำพัง ติดตามผู้ปกครองไปทำงานที่ประเทศมาเลเซีย บางประเภทแจ้งเกิดช้า บางคนอายุ 1 ปีแต่เพิ่งได้แจ้งเกิด ประมาณ 10% สาเหตุที่ 2) วัคซีน ไม่ฮาลาล วัคซีนไม่สมดุล ประเภทนี้มีประมาณ 80% 3) ฉีดก็ไม่ได้ไม่ฉีด ก็ได้ ตามครั้งฉีดครั้งหนึ่งพอไม่ตามก็ไม่ฉีด คิดว่าไม่ฉีดก็ไม่ได้เป็นอะไร ประเภทนี้มีประมาณ 10%

“กลุ่มที่แยกที่สุดคือกลุ่มที่คิดว่าวัคซีนไม่ฮาลาล หลังจาก เจรจาแล้วจะมีประมาณ 10% ที่ปฏิเสธโดยสิ้นเชิงจะเอาอะไรมาแลก ก็ไม่เอาเงินกระต่ายขาเดียวไม่ฉีด ไม่ให้ อาย่ามายุ่ง และบังเอิญโรคหัด ที่เกิดส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มนี้ ต้องใช้สรรพกำลังทั้งตำบลที่มีอยู่ การนำ ทีมของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. อส. ชรบ. ผู้นำศาสนา เจ้าหน้าที่ ปกครอง กศน. ทุกภาคีในพื้นที่ เดิมคิดว่าเนินงามเป็นทีมที่เข้มแข็งมาก

แต่มาเจอกับโรคหัด เกือบจะหมดลมหายใจ การเจรจาติดตามเพื่อให้เด็กได้รับวัคซีนเป็นเรื่องยากมาก”

“บ้านที่ไม่ยอม เป็นตายอย่างไรก็ไม่ให้ฉีด เราลองให้กำนันไปไม่ยอม นายไปไม่ยอม ผู้นำศาสนาก็ไม่ยอม ทางทีมหมอพร้อมตลอด 24 ชม. ให้ตอบตกลงเมื่อไหร่ไปฉีดเมื่อนั้น ทั้งชูทั้งปลอบก็ไม่ได้ผล เก็บจนเหลือ 5 รายสุดท้าย ถึงที่สุดนายอำเภอใช้มาตรการทำหนังสือถึงโรงเรียน ไม่ให้เด็กเข้าเรียนจนกว่าจะได้ฉีดวัคซีน ก็ยังไม่ได้ผล และท้ายที่สุดต้องใช้มาตรการตัดสิทธิ์บัตรประชาชน 5 รายสุดท้ายถึงยอมฉีด”

การวิเคราะห์สาเหตุของการไม่รับวัคซีนจากการถอดบทเรียนของ 2 ตำบลในจังหวัดปัตตานี และยะลา พบว่ามีหลายสาเหตุ ดังนี้

1) ประสพการณ์ตรงหลังจากฉีดวัคซีน พบว่าหลังฉีดแล้วเด็กมีไข้ ทำให้ พ่อ ปู่ ตา ไม่อนุญาตให้เมื่อนำเด็กไปฉีดวัคซีน

“ในวิถีอิสลาม ยอ (เขา) ต้องให้พ่อเป็นคนอนุมัติ หมายถึงว่าพ่อต้องยอม ผู้หญิงหรือภรรยาทำอะไรไม่ได้ ถ้าพ่อไม่ให้ก็คือผิดเขาถือตามหลักศาสนา” แสดงว่าอำนาจในการตัดสินใจเรื่องลูกอยู่ที่พ่อมากกว่า

“บางรายเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ใหญ่บ้านลงพื้นที่ บอกแล้วบอกอีกว่ามีคนเสียชีวิตเพราะไม่ฉีดวัคซีนแล้วนะ บางทีเราก็ไปขอร่องแล้วว่าให้ฉีด แต่แม่ของเด็กก็ไม่ยอม เพราะว่าพ่อของเด็กไม่อนุญาต” นอกจากพ่อแล้ว คนที่มีอำนาจในการตัดสินใจอีก คือ ปู่ ตา ย่า ยาย ดูเหมือนว่าอำนาจในการตัดสินใจในการเลือกที่จะทำอะไรสำหรับลูกแล้ว แม้มี่อำนาจน้อยกว่าคนอื่น ๆ ในครอบครัว

2) ความเชื่อในข่าวลือ ได้รับการบอกต่อจากคนอื่นว่าฉีดแล้วตาย หรือเดินไม่ได้ “มีอยู่รายหนึ่ง ไม่ยอมให้เด็กไปรับวัคซีน อสม. เจ้าหน้าที่ พุดและตามแล้วก็ไม่มา ผู้ใหญ่บ้านลงไปช่วยพุดคุยด้วยจากการสอบถามของผู้ใหญ่บ้านว่าทำไมถึงไม่ไปฉีดวัคซีน ได้รับคำตอบว่า ฉีดแล้วเดี๋ยวก็ไม่สบาย พอฉีดเข้าไปแล้ว เป็นไข้ เดินไม่ได้ มีติ่งงอกออกมาที่ขา ผู้ใหญ่บ้านก็อธิบายว่า วัคซีนหัดต้องฉีดนะ เพราะตอนนี้มีเด็กเสียชีวิตหลายคนแล้วนะ ที่เสียชีวิตเพราะไม่ฉีดวัคซีน ไม่ใช่เสียชีวิตจากการฉีดวัคซีน” พุดแบบนี้เขาก็ยอมฉีด

“ส่วนมากมาจากข่าวลือว่าถ้าสมมติว่าฉีดวัคซีนแล้วลูกจะเป็นติ่งที่ขา เดินไม่ได้ แล้วก็พุดต่อกันมา เป็นไข้ด้วย อสม.และผู้ใหญ่บ้านถามว่าเคยเห็นด้วยตนเองไหม ที่เขาเป็นแบบนี้ บอกว่าไม่เคย เขาฟังคนอื่นพุดมาอีกที ก็กลัว”

ความเข้าใจว่า วัคซีนไม่ฮาลาล เรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่มาก คำว่า “ฮาลาลของวัคซีน” มีการตีความหมายที่แตกต่างกัน มีอยู่วันหนึ่งช่วงที่หัดระบาด มีอาจารย์หมอจากกรุงเทพฯ ลงมา เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พาลงพื้นที่ บ้านที่ไม่ฉีดเขาก็ยังไม่ให้ฉีด เหตุผลคือผู้ปกครองของเด็กเรียนจบจากประเทศอียิปต์ บอกว่าตอนอยู่ที่อียิปต์เขาให้ฉีด เพราะที่อียิปต์การันตีว่าวัคซีนฮาลาล และที่โน่นเป็นพื้นที่สงคราม มีเชื้อโรคมาก เขาก็เลยยอมให้ลูกเขาฉีด พอกลับมาอยู่ที่นี้เขาก็ถามว่า ผอ. รพ.สต.การันตีใหม่ว่าวัคซีนที่จะฉีดฮาลาล ต้องมีหลักฐานมาการันตีว่าฮาลาล ต้องกล้ารับผิดชอบ เรื่องการนำของสกปรกมาเข้าในร่างกายลูกเขา แล้วทำให้บิดะห์ (การปฏิบัติตามหลักศาสนา) เสีย การแก้ปัญหาดังกล่าวค่อนข้างยาก ต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย ทั้งผู้นำชุมชน

ผู้นำศาสนาช่วยกันอธิบาย ตำบลอุษะมิแล ใช้คณะกรรมการกลางอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี เป็นผู้สื่อสารและให้ความกระจ่างกับความเข้าใจในประเด็น “ฮาลาลกับ ฮารอม ทีมผู้นำศาสนา บาบอแม (ประธานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด) ลงมาพบกับประชาชนอธิบายในเวทีประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ทำความเข้าใจว่ากรณีความเข้าใจเรื่องวัคซีนว่า ฮาลาล หรือไม่ ผู้ใหญ่บ้านได้หาข้อมูล โดยการสอบถามจากผู้นำศาสนาที่มีชื่อเสียง ทั้งจากประเทศมาเลเซีย หรือ อินโดนีเซีย เพื่อทำให้เกิดความกระจ่างว่า วัคซีนหัดฉีดได้หรือไม่ และผู้นำศาสนายืนยันว่าฉีดได้ ด้วยเหตุผลที่สำคัญคือ **ฉีดเพื่อรักษาชีวิต** ไม่ถือว่าผิดตามหลักศาสนา

“เราก็ตึกษาแล้วว่าโตะครูที่ตั้ง ๆ เราถามว่าที่มาเลเซียโตะครูคนนี้เขาดังมากเลย เขามาที่สนามกลาง ชาวบ้านถามว่าฉีดวัคซีนหัดฉีดได้หรือไม่ เขาตอบว่า “ว่าได้” เพื่อรักษาชีวิตของเรา การได้รับการยืนยันจากผู้นำ ศาสนา ทำให้เขาเห็นด้วย ก็เลยให้ฉีด (เสียงหนักแน่น) จากเดิมที่หนีไม่ยอมฉีด เมื่อได้รับการยืนยันจากโตะครูก็มาฉีดเลย”

### 3.3 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชน

#### การพัฒนาโรงเรียนรอบรู้สุขภาพ

ปี 2561 มีโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ 15 แห่ง ใน 7 จังหวัด การถอดบทเรียน คณะกรรมการประเด็นเด็กและเยาวชน เลือกร 3 โรงเรียน คือ โรงเรียนเยาวเรศ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงเรียนชุมชนมาบอำมฤต จังหวัดชุมพร และโรงเรียนบ้านตากแดด จังหวัดพังงา **รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ** มีดังนี้

**จุดเริ่มต้นของการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้สุขภาพ** ศูนย์อนามัยที่ 11 มีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะเด็กวัยเรียน ต่อยอดยกระดับพัฒนาจากโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขึ้นเป็น **โรงเรียนรอบรู้สุขภาพ** เพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้แข็งแรง ฉลาด และดูแลสุขภาพของตนเองได้ ทั้งสามโรงเรียนมี **ผู้อำนวยการที่มีวิสัยทัศน์** เห็นความสำคัญของสุขภาพนักเรียน **การเตรียมความพร้อมของโรงเรียน** ประกอบด้วย 1) **การประชุมชี้แจงคุณครู** เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้เห็นกิจกรรมที่สามารถบูรณาการกับโครงการของโรงเรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านตากแดดกล่าวว่า “ภาคีเครือข่ายของโรงเรียนมีมากกว่าจำนวนเด็กนักเรียนเสียอีก ครูเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ต้องมีการพูดคุยกับครูกันตลอด มีการส่งโรงเรียนเข้าประกวดทุกกิจกรรม ทำให้คะแนนไอเน็ตของโรงเรียนเป็นที่ 17 ของจังหวัดพังงา เพิ่มความเชื่อมั่นของชุมชนต่อโรงเรียน เป็นโรงเรียนคุณภาพระดับตำบล” 2) **การประสานงานกับภาคีเครือข่าย** โดยเฉพาะคณะกรรมการสถานศึกษา เชื่อว่าเรื่องสุขภาพครูไม่มีความรู้เพียงพอ ต้องมีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นที่ปรึกษา ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านตากแดดพูดว่า “รับเรื่องแล้วส่งต่อ มีการดำเนินงานตามมาตรฐานในการประเมิน หากจุดที่ทำให้ผ่านมาตรฐานหาเครือข่าย คณะกรรมการสถานศึกษา สสอ. รพ.สต. โรงพยาบาลครูไม่มีความรู้เรื่องสุขภาพ จำเป็นต้องมีเครือข่ายที่มีความรู้ เช่น เรื่องการแปรงฟัน การล้างมือ การดูแลสุขภาพ การจัดทำเอกสาร สสอ. เข้ามาช่วย” ประสานงานกับภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก ประกอบด้วย สสจ. รพ.สต. เขตพื้นที่การศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชน และ 3) การวางแผน การดำเนินงานโดยจัดประชุมร่วมกันระหว่างครู กรรมการสถานศึกษา ตัวแทนผู้ปกครอง และภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมคิด ออกแบบกิจกรรมหรือ กระบวนการทั้งภายในและภายนอกโรงเรียนให้เป็นวิถีชีวิตสุขภาพ ของนักเรียนตามบริบทพื้นที่

**กิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน** ประกอบด้วย

1) **กิจกรรมในหลักสูตร** เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในโรงเรียน เป็นส่วนใหญ่ กระบวนการจัดกิจกรรมสอดแทรกเนื้อหาความรู้ ด้านสุขภาพ เน้นรายวิชาสุขศึกษา พลศึกษา โรงเรียนชุมชน มาบอำมฤต จัดทำ “นวัตกรรมคู่มือครูการสอนด้านสุขภาพ” สอดแทรกในสาระวิชาต่าง ๆ จนได้รับรางวัลระดับประเทศ

2) **กิจกรรมนอกหลักสูตร** ส่งเสริมให้นักเรียนมีทักษะการดูแลสุขภาพ

2.1) **กิจกรรมส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคล** บูรณาการกับ รายวิชาสุขศึกษา พลศึกษา เช่น การออกกำลังกาย แปร่งฟัน ล้างมือ มีการประเมินด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณภาวะ โภชนาการทุกเดือน ให้เด็กเกิดความตระหนัก ครูคิดนวัตกรรมกิจกรรม ให้เด็กสนุกและน่าสนใจ ครูอนามัยยกย่องว่า “นวัตกรรมที่ทำให้เด็ก รักการออกกำลังกายหน้าเสาธง ที่คิดทำเอง ส่งประกวดได้รางวัล เพลงแปร่งฟันคิดทำตนเองแต่งเพลงเอง ทำให้เด็กนักเรียนจำได้ โครงการการยอมสี่พันด้วยผลมังคุด”

2.2) **กิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิต** เช่น ปลูกข้าวไร่ ผักปลอด สารพิษ นำมาเป็นอาหารกลางวัน เหลือก็นำไปขาย ตรวจสารพิษ ในผักและผลไม้ กำจัดลูกน้ำยุงลาย จัดการขยะ และพิษภัยของ ยาเสพติด เป็นต้น มีภาคีเครือข่ายเข้ามาให้ความรู้แก่ครู และ นักเรียน

2.3) **เชื่อมต่อกิจกรรมสู่ครอบครัว** เด็กที่มีปัญหา เช่น เด็กอ้วน โรงเรียนเยาวเรศได้มีกิจกรรมเชื่อมต่อไปที่บ้าน มีสมุดบันทึก กิจกรรมการบริโภคอาหารที่บ้าน โดยให้นักเรียนไปบันทึกกิจกรรม ที่บ้าน เริ่มจากการดูวิดีโอ เรื่องการออกกำลังกาย และการบริโภค ให้นักเรียนบันทึก จนทำให้เด็กมีน้ำหนักลดลง

3) **การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ของนักเรียน** จัดให้มีอุปกรณ์ล้างมือ แปร่งฟัน ร้านอาหารโรงเรียน จัดขนมไทยพื้นบ้าน ผลไม้ แทนขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม คัดแยกขยะ

การติดตามประเมินผลประกอบด้วย 1) การประเมินภายใน ติดตามกิจกรรมตามแผนงานตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้และมีการ ปฏิบัติจริงหรือไม่ นำข้อมูลที่ได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 2) การ ประเมินภายนอก จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตพื้นที่การศึกษา และภาคีเครือข่าย เยี่ยมเสริมพลัง มีการเยี่ยมชมกับศูนย์อนามัย 11 เพื่อรับรอง ภายใต้แนวคิดหลักของการประเมินคือ “การเยี่ยมเสริม พลัง กัลยาณมิตร ลดภาระเอกสาร ชื่นชมเชิงประจักษ์ แนะนำ เพื่อพัฒนา และประเมินตามมาตรฐาน HAPPINESS Scoring”

**ผลลัพธ์** นักเรียนส่วนใหญ่ชอบกิจกรรมที่โรงเรียนจัด ทำให้ เด็กมีฟันผุน้อยลง เด็กอ้วนลดลง ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าค่าเฉลี่ย

ระดับจังหวัด เขต และประเทศ โดยพบว่าการแก้ปัญหาสุขภาพของเด็ก  
สูงดี สมส่วน ร้อยละ 67.08 สุขภาพช่องปาก ฟันดี ไม่มีฟันผุ ร้อยละ  
82.30 ที่ดีกว่าระดับประเทศ

### การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ถึงแม้จะไม่ได้เข้าไปทำงานโดยตรง  
มีหน้าที่หลักสนับสนุนช่วยเหลือโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ชักชวน  
โรงเรียนให้เข้าใจการประเมินสุขภาพเด็ก ให้ความรู้ ข้อมูล ชวนกัน  
แก้ปัญหาจนสำเร็จแล้วขยายผลไปสู่โรงเรียนอื่น นายแพทย์สาธารณสุข  
จังหวัดพังงากล่าวว่า “สสจ. ทำหน้าที่ชวน เชียร์ ให้ข้อมูล ทำสิ่งเล็กๆ  
ให้สำเร็จ แล้วค่อยขยายผล บริบทแต่ละพื้นที่จำเพาะ ไม่สามารถแก้  
ปัญหาที่นี้ แล้วนำไปแก้ปัญหาที่อื่นได้ ต้องทำให้เห็นปัญหา ชวนกัน  
แก้ปัญหาให้สำเร็จ” 1.1) ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเป็นหน่วยงานหลัก  
มีบทบาท (1) ประสานกับสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน เช่น  
สำนักงานสาธารณสุขชุมพร ทำข้อตกลงร่วมกับสถานศึกษา และ  
เขตพื้นที่การศึกษา (2) การสนับสนุนด้านวิชาการด้านสุขภาพ  
จัดประชุมวิชาการทุกปี ชื่นชม เชิดชูโรงเรียน ประกาศเกียรติคุณ  
ให้กับโรงเรียนต้นแบบ (3) การออกเยี่ยมส่งเสริมพลังของสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัด โดยมีโรงเรียนต้นแบบเป็นพี่เลี้ยง และ (5)  
สนับสนุนให้การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนเป็นเป้าหมายหนึ่งของ  
พชอ. หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร  
กล่าวว่า “มองเห็นความเข้มแข็งของผู้บริหาร คณะครู และมีความยินดี  
ที่ทางโรงเรียนเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
ผลักดันงานสาธารณสุขทุกกลุ่มวัย เข้าสู่ พชอ. แต่การจะถูกหยิบยก

หรือไม่ ขึ้นกับคณะกรรมการ พชอ.” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา  
กล่าวว่า “หน้าที่หลักของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดคือ การคืนข้อมูล  
ปัญหาสุขภาพของเด็กให้เห็นเป้าหมายร่วม และ “ชวน ชายของ ชื่นชม  
ชี้แนะ” เพื่อขยายผล มีโรงเรียนบ้านตากแดดเป็นวิทยากรพี่เลี้ยง”

1.2) งานวัยเรียน มีหน้าที่ (1) ให้ความรู้ด้านสุขภาพ อบรมคุณครู  
อนามัย สพฐ. ตชด. เพื่อขับเคลื่อน 3 อ. (2) เยี่ยมเสริมพลังโรงเรียน  
ในจังหวัด และ (3) สนับสนุนโรงเรียนเข้าสู่โรงเรียนรอบรู้สุขภาพ  
ผู้รับผิดชอบงานวัยเรียน สำนักงานสาธารณสุขชุมพร บอกว่า “เริ่มจาก  
ให้ทางการศึกษาคัดเลือกโรงเรียน 27 โรงเรียน แล้วออกเยี่ยมเสริมพลัง  
จนมาพบโรงเรียนชุมชนมาบอำมฤต ที่จะพัฒนาต่อเป็นโรงเรียน  
ส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ทำให้เครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม  
ช่วยเหลือดูแลโรงเรียน” 1.3) โรงพยาบาลพังงามีทันตแพทย์ลงเยี่ยม  
โรงเรียน ตรวจสุขภาพช่องปาก เคลือบฟลูออไรด์ 1.4) โรงพยาบาล  
ชุมชนร่วมกับโรงเรียนตั้งเป้าหมายให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพดี เรียนเก่ง  
เป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ ตั้งทีมช่วยเหลือ โดยมีเจ้าหน้าที่  
อสม. เป็นพี่เลี้ยง 1.5) สาธารณสุขอำเภอ ประสานงานกับบุคลากร  
โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. หนุนเสริมให้ความรู้ครู นักเรียน และ 1.6)  
รพ.สต. ประสานงานในการตรวจสุขภาพ

การมีส่วนร่วมสนับสนุนของกระทรวงศึกษาธิการ หน่วยงาน  
หลักคือ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสนับสนุนส่งต่อนโยบาย ขยาย  
เครือข่ายโรงเรียนรอบรู้โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ  
อำเภอ (พชอ.) ทำงานร่วมกับทุกภาคส่วนแบบไม่มีสังกัด ทำงาน  
กับภาคี เช่น สสอ. มีส่วนร่วมในการเยี่ยมรับรองโรงเรียนรอบรู้

ด้านสุขภาพ นำเข้าที่ประชุม พชอ. ยกย่อง เขตชู โรงเรียนรอบรู้ ด้านสุขภาพ เพื่อให้โรงเรียนในเครือข่ายได้ทำตาม เรียกกิจกรรมนี้ว่า “ชวนคุยทั้งอำเภอ เพื่อน้องคนเดียว” มี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุราษฎร์ธานีเป็นประธาน นายอำเภอเคียนซา กล่าว ว่า “นโยบายรัฐบาล ที่มีผลต่อการทำงานให้ผู้ นำ ต้องมาดูแลประชาชน โดยการทำงาน บูรณาการภายในพื้นที่ทุกหน่วยงาน ที่เรียกว่า พชอ. ที่ประชุมยกย่อง เขตชู โรงเรียนเยาวเรศ ให้เป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ โรงเรียนในเครือข่ายได้ทำตาม” นายอำเภอเมือง จังหวัดพังงา ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันของภาคีและประชาชน โดยกล่าวว่า “การทำให้บ้านสวยเมืองสุข” มีการทำงานของทุกภาคส่วนแบบ กลมกลืน มีส่วนร่วม “ข้าวไร่ดอกข่า” จุดร่วมของโรงเรียน ชุมชน นำไปสู่การเรียนรู้ภาคเกษตร ถ่ายทอดภูมิปัญญา ส่งความสุข จากโรงเรียนสู่ชุมชนสู่หน่วยงานสู่จังหวัด”

**การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** 1) จัดทำแผน พัฒนา 3-5 ปี เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน 2) สนับสนุน งบประมาณ กองทุนสุขภาพตำบลให้กับโรงเรียน 3) ลงพื้นที่กับ นักสังคมสงเคราะห์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงทางมนุษย์ จังหวัดสำรวจนักเรียนกลุ่มเสี่ยงและช่วยเหลือ 4) สนับสนุนเปิดพื้นที่ สร้างสรรค์ให้เด็กและเยาวชน

**การทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียนและกรรมการสถาน-ศึกษา** มีหน้าที่ในการช่วยประสานเครือข่ายภายนอกให้เข้ามาร่วมมือ สนับสนุนและช่วยเหลือโรงเรียนทุกเรื่อง

**แกนนำชุมชน** ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านให้ความสำคัญกับโรงเรียน ชุมชนรักโรงเรียน โรงเรียนสร้างชื่อเสียงให้ชุมชน ด้วยการพัฒนาเด็ก ให้สามารถเข้าโรงเรียนดี ๆ ได้ ชุมชนร่วมส่งเสริมกิจกรรมของโรงเรียน สนับสนุนด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น **การทำข้าวไร่ การแทงสัก การนำข้าว** ให้ชุมชนมาสอนครู และครูสอนเด็กนักเรียน ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 2 ตำบลบ้านตากแดดกล่าวว่า “ลูกทุกคนเรียนในพื้นที่ สร้างบ้าน สอนเมืองสุขของโรงเรียน จนได้รับรางวัล ส่งเสริมการประกวดผู้ใหญ่ บ้านแทนทองคำจนได้รับรางวัล” **อาสาสมัครสาธารณสุข** เป็นอีกภาคี ที่มีความสำคัญและใกล้ชิดโรงเรียน เช่น อสม. โรงพยาบาลเคียนซา ได้ตั้งให้ อสม.ที่อยู่ในพื้นที่ของโรงเรียน เป็น “**อสม.โรงเรียน**” ช่วยเหลือกิจกรรมโรงเรียน ร่วมเขียนโครงการของกองทุนหลักประกัน สุขภาพตำบล

**3.4 ปัจจัยความสำเร็จ** ของการพัฒนาความรอบรู้ด้าน สุขภาพของเด็กและเยาวชนคนได้ คือ

การสานพลังและกำหนดเป้าหมายร่วมกันของภาคี พบว่า เป้าหมายหลักคือ “สุขภาวะของเด็กและเยาวชน” และกำหนดทิศทาง ของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็ก และการพัฒนา สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กทั้งในโรงเรียน ครอบครัวและ ชุมชน

1. โรงเรียนเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ เริ่มต้นที่ผู้บริหาร คิดนอกกรอบ มีวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพ คุณครูมีความมุ่งมั่น ทุ่มเท “**ทำงานปิดทองหลังพระ**” ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้เด็กมีพื้นที่ เรียนรู้ทั้งในและนอกโรงเรียน จนได้รับรางวัลระดับชาติ



## 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนาสุขภาพ: แม่ เด็กและเยาวชน

นโยบายสาธารณะนี้ มุ่งขับเคลื่อนสุขภาพของแม่เพื่อเป็นแม่ที่มีคุณภาพ มีสุขภาพดี มีวุฒิภาวะ และความพร้อมในการทำหน้าที่ความเป็นแม่ และสุขภาพของเด็กและเยาวชนที่มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี มีวุฒิภาวะพร้อมเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ด้วยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายโดยสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านกลไกทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ และพื้นที่ ส่งเสริมความมั่นคงของคนภาคีได้สู่ความสุข

### สมัชชาสุขภาพภาคีได้คนได้สร้างสุข ครั้งที่ 11

ได้พิจารณารายงานและบทเรียน การขับเคลื่อนสถานพลังภาคีเครือข่ายพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของแม่ เด็ก และเยาวชนเพื่อความมั่นคงของมนุษย์สู่ภาคีได้แห่งความสุข

รับทราบฯ สุขภาวะของแม่ เด็ก และเยาวชนเป็นตัวบ่งชี้ความมั่นคงของมนุษย์และประเทศด้วย ขณะเดียวกันก็เป็นที่ยอมรับว่าสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนด้วย ซึ่งไม่เพียงแต่สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังหมายรวมถึงสิทธิที่ครอบคลุมไปถึงการมีปัจจัยส่งเสริมสุขภาพด้วยและเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

จากรายงานสถานการณ์สุขภาพแม่ เด็ก และเยาวชน ภาคีได้พบว่า ภาคีได้ตอนล่างเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดามากที่สุดในประเทศ (69.8 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) ทำให้สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กจังหวัดชายแดนใต้เข้าขั้นวิกฤติพัฒนาการเด็กปฐมวัยภาคีได้ตอนล่าง ปี 2560 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 18.7 สูงกว่าภาพรวมระดับประเทศที่ร้อยละ 13.8 เด็กวัยเรียนภาคีได้ ปี 2561 ร้อยละของเด็กสูงตีสัดส่วนในพื้นที่เขตภาคีได้ตอนบน เท่ากับร้อยละ 63.3 และภาคีได้ตอนล่าง เท่ากับร้อยละ 62.4 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ร้อยละ 66.0 การสำรวจของกรมสุขภาพจิตยังพบว่าเด็กวัยเรียนทั้งประเทศมีไอคิวต่ำกว่าระดับมาตรฐานสากลเฉลี่ยอยู่ที่ 98.6 ภาคีได้ไอคิวต่ำกว่าภาคีอื่นเฉลี่ยเท่ากับ 96.9

ตระหนัก ว่าสุขภาพด้านอนามัยและเจริญพันธุ์ การตั้งครรรภ์ และการคลอดบุตรอย่างปลอดภัย เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสตรีที่ต้องให้ความสำคัญ และความสำคัญของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน วัยรุ่น ให้เกิดการพัฒนาสุขภาพควบคู่กับการศึกษา เพื่อมุ่งให้เด็กไทยเป็นเด็กดี มีวินัย ใฝ่เรียนรู้ที่สอดรับกับทักษะในศตวรรษที่ 21 ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

ชื่นชมว่า ภาคีได้มีการขับเคลื่อนในการพัฒนาสุขภาพของเด็ก และเยาวชนอย่างต่อเนื่อง มีบทเรียนที่ดีของโรงเรียนที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพนักเรียนด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลายพื้นที่ดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน สร้าง Smart Kids

ด้วยกระบวนการหลากหลายวิธี ทั้งการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรสุขภาพ หนุนเสริมการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย เช่น อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน กองทุนสตรี คณะกรรมการอิสลาม ผู้นำศาสนา ใช้ทุกเวที สื่อสาร โดยเฉพาะประเด็นวัคซีนหัด วัคซีนไม่อันตราย สื่อสารให้เข้าใจว่า วัคซีนปลอดภัย สามารถใช้ได้ อสม. สื่อสารกับชาวบ้าน ทำให้ปัญหา วัคซีนลดลง

เห็นว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนในสังคมภาคใต้ จะต้องร่วมมือกันในการจัดการ ป้องกันและปกป้องภัยคุกคามต่อ สุขภาพของแม่ เด็กและเยาวชน ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพของแม่ เด็กและเยาวชนเพื่อความมั่นคงของมนุษย์สู่ภาคใต้ แห่งความสุข

### จึงมีมติดังต่อไปนี้

1. ขอให้ กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานป้องกันและ ควบคุมโรคและศูนย์อนามัยทั้งเขต 11 และ 12 บูรณาการการทำงาน ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการโดยสำนักงานการศึกษาภาค และสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษาในจังหวัดภาคใต้ ร่วมกำหนดนโยบายผลักดัน ให้ทุกโรงเรียนเป็น “โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ”

2. ขอให้ กระทรวงสาธารณสุข โดยศูนย์อนามัยที่ 11 และ 12 มีนโยบายบูรณาการการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียน รอบรู้ด้านสุขภาพให้เป็นเรื่องเดียวกัน

3. ขอให้ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ทั้งเขต 11 และ 12 มีกลไกติดตามและสะท้อนการเรียนรู้การขับเคลื่อน การดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพของแม่ เด็ก และเยาวชน อย่าง ต่อเนื่อง

4. ขอให้ สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด ศูนย์อนามัยที่ 12 และภาคีด้านสื่อมวลชน ผลิตและพัฒนาสื่อสาร สุขภาพ เพื่อหนุนเสริมการทำงานอนามัยแม่และเด็ก

5. ขอให้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กำหนดนโยบายผลักดันและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ของแม่ เด็กและเยาวชน

6. ขอให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณ ผ่านกองทุนสุขภาพพื้นที่แกโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สภาดูแล และเยาวชนตำบล และองค์กรภาคีที่ทำงานด้านเด็กและเยาวชน เพื่อพัฒนาสุขภาพของเด็กและเยาวชน



7. ขอให้ เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ สนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพไต่ระดับในการทำงานอนามัยแม่และเด็ก

8. ขอให้ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ร่วมกับโรงเรียน มีนโยบายการบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุม 8 กลุ่มสาระการเรียนรู้และปรับเข้าใจง่ายขึ้น และขยายเครือข่ายความรู้ด้านสุขภาพจากโรงเรียนไปสู่ผู้ปกครอง และชุมชนบริเวณโดยรอบโรงเรียน

9. ขอให้ เครือข่ายอุดมศึกษาภาคใต้ร่วมกับเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้ (Sc-Net) สนับสนุนติดตามประเมินผล รวบรวมชุดความรู้ และสะท้อนผลการขับเคลื่อนสุขภาพของแม่ เด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่องผ่านคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ทั้งเขต 11 และ 12

## 5. การก้าวข้ามขีดข้อจำกัดในการจัดการ เพื่อพัฒนาสุขภาพแม่เด็กและเยาวชน

1) การก้าวข้ามโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มุ่งที่การประเมินโรงเรียนเป็นหลัก แต่การดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการยกระดับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรให้มีคุณภาพมากขึ้น และมุ่งเน้นที่ตัวเด็ก ด้วยการประเมินผลลัพธ์ที่ตัวเด็กนักเรียนโดยตรง ไม่ใช่เอกสาร ทำให้ลดภาระงานของโรงเรียน

2) การก้าวข้ามจากการที่โรงเรียนทำงานเพียงลำพัง เป็นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยมีแนวคิดที่โรงเรียนเป็นความรับผิดชอบของทุกคนทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น ท้องที่และประชาชนโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ คุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและเยาวชน ซึ่งความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายทำให้โรงเรียนเกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนได้

3) การก้าวข้ามวิธีการประเมินโรงเรียนแบบเก่า ที่เน้นเอกสาร และการสั่งการ เป็นการเยี่ยมเสริมพลังแบบกัลยาณมิตร ชื่นชม แนะนำเพื่อการพัฒนาที่ดีขึ้น

4) การก้าวข้ามจากที่โรงเรียนดำเนินกิจกรรมนักเรียนเฉพาะในโรงเรียน เป็นการเชื่อมโรงเรียนสู่ชุมชนด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านนักเรียนของครู ทำให้โรงเรียนมีโอกาสให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ครอบครัวของนักเรียน เพื่อครอบครัวได้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนได้อย่างต่อเนื่องทั้งที่บ้านและโรงเรียน

5) การก้าวข้ามจากการทำงานแบบแยกส่วนของแต่ละหน่วยงาน มาเป็นการบูรณาการกระบวนการ วิธีการทำงาน เพื่อเป้าหมายการลดอัตราการตายในมารดา

6) การก้าวข้ามวิธีการปฏิบัติงานแบบเดิมที่ทำให้ความครอบคลุมของการรับวัคซีนต่ำ มาสู่การปฏิบัติงานแบบใหม่ที่สร้างการเรียนรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ใหม่ เพื่อให้เกิดการยอมรับวัคซีนมากขึ้น โดยการกำหนดให้เป็นบทบาทของคณะกรรมการและผู้นำทางศาสนา ร่วมกับ ผู้นำชุมชน และ รพ.สต.ในพื้นที่

## เอกสารอ้างอิง

1. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Geneva. World Health Organization; 2014.
2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels JD, Gulmezoglu A M, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Global Health. 2014; 2: e323–33.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงาน ก2, โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย. 2544–2549. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2550.
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานผลการตายของมารดาในประเทศไทยปี พ.ศ.2556. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานผลการตายของมารดาในประเทศไทยปี พ.ศ.2557. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
7. World Health Organization. The WHO Application of ICD–10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD–MM. Geneva: : Word Health Organization: 2012

8. สุทธิต คุณประดิษฐ์. การลดการตายของมารดา. สูตินรีแพทย์สัมพันธ์, 2560; 26: 9-10.
9. ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา กรมอนามัย: สำนักส่งเสริมสุขภาพ. [http://bie.moph.go.th/bie/meeting\\_file/meeting\\_file16/4.4.2.pdf](http://bie.moph.go.th/bie/meeting_file/meeting_file16/4.4.2.pdf)
10. Mhaske MS, Khismatrao DS, Kevin F, Pandve HT, Kundap RP. Morbidity pattern and personal hygiene in children among private primary school in urban area: Are the trends changing?. J Family Med Prim Care 2013; 2: 266-9.
11. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สสส. 2554 การสำรวจสุขภาพของเด็กและเยาวชนไทย
12. สำนักโภชนาการ. แนวทางการดำเนินงาน เฝ้าระวังภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ และการเจริญเติบโตของเด็กแรกเกิด-5 ปี. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.); 2557.
13. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. โภชนาการกับการเจริญเติบโต สถิติปัญญา พัฒนาการ ภูมิด้านโรค และโรคเรื้อรัง. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ “ร่วมใจสร้างเด็กไทยสูง สมส่วน สมองดี แข็งแรง” วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2556 ณ โรงแรมเอป็น้ำเข้าส์ กรุงเทพมหานคร
14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ; 2556.
15. คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2562]. แหล่งที่มา: [http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754\\_1\\_แผน12.2559.pdf](http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_แผน12.2559.pdf)
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.วิเคราะห์เด็กและเยาวชน. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก 2558
17. ชัยพร พรหมสิงห์ วรรณภา กางกั้น และพนิต โฉ่เสถียรกิจ. ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ.2557 file:///C:/Users/lenovo/Desktop/งาน%20ขบ%20ประเด็นเด็ก/บททวนประเด็นเด็ก/wannapa0959.pdf

# สานพลังผู้สูงอายุ ในบริบทภาคใต้...

เขียนโดย

ดร.จิราพร วัฒนศรีสิน และคณะ

## สารบัญ

|   |    |
|---|----|
| 1. สถานการณ์ผู้สูงอายุภาคใต้  | 50 |
| 2. ชุดความรู้ และนวัตกรรมจากพื้นที่                                 | 52 |
| 2.1 การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพดมพลังในรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ         | 52 |
| 2.2 โปรแกรมกระตุ้นสมองผู้สูงอายุกลุ่มสมรรถภาพสมอง<br>บกพร่องระยะต้น | 57 |
| 2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางทางสังคม                    | 61 |
| • กรณีศูนย์สร้างสุขชุมชนจังหวัดสงขลา                                | 61 |
| • กรณีชุมชนเปราะบางดูแลกลุ่มเปราะบาง :<br>ชุมชนแหลมสนอ่อน           | 67 |
| 3. การก้าวข้ามข้อจำกัดในการจัดการ                                   | 78 |
| 4. ข้อเสนอเชิงนโยบาย  | 80 |



# 1. สถานการณ์ผู้สูงอายุภาคใต้

สถานการณ์สังคมสูงวัยกลายเป็นประเด็นสำคัญของประเทศไทย การก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มที่ (Super aged society) คือมีประชากรสูงอายุ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี 2575 เพื่อให้การก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสง่างามและมีศักยภาพ จึงจำเป็นต้องเตรียมการรองรับเพื่อให้ผู้สูงวัยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี (Dignity) มีส่วนร่วม (Participation) และได้รับการดูแล (Care) อย่างเหมาะสม

ภาคใต้เป็นภาคที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุน้อยที่สุดของประเทศเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ ในปี 2561 ภาคใต้มีผู้สูงอายุ 1,330,498 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ของประชากร ขณะที่ภาคเหนือมีสูงสุดคือร้อยละ 21.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561; กรมสุขภาพจิต, 2561) ในภาคใต้ พบว่าจังหวัดพัทลุงมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 17.8) และจังหวัดภูเก็ตน้อยที่สุด (ร้อยละ 10.9) (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, พ.ศ.2561)

เมื่อจำแนกผู้สูงอายุภาคใต้ออกเป็นกลุ่ม 3 ช่วงวัย พบว่าผู้สูงอายุช่วงต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 54.83 ผู้สูงอายุช่วงกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.41 และผู้สูงอายุช่วงปลาย (80-89 ปี) ร้อยละ 15.76 สภาพการทำงาน พบว่า ร้อยละ 58.3 ไม่ทำงาน

อีกร้อยละ 41.7 ยังทำงาน แหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพมากที่สุด (ร้อยละ 28.8) รองลงมาได้จากบุตร (ร้อยละ 26.5) และร้อยละ 13.9 ได้จากการทำงาน (<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlyworkPdf57-1.pdf>) การมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากผู้สูงอายุดำรงอยู่ด้วยภาวะสุขภาพไม่ดี การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงควรเป็นความร่วมมือทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรต่างๆ ตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ

## ผู้สูงอายุในกลุ่มเปราะบางทางสังคม

จากการสำรวจข้อมูลประชากรคนยากลำบากและเปราะบางทางสังคม (คนไร้บ้าน ไร้รัฐ คนพิการ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เด็กกำพร้า ฯลฯ) โดยศูนย์ประสานงานภาคีพัฒนาจังหวัด (ศปจ.) 14 จังหวัดของภาคใต้ ข้อมูลใน [www.communeinfo.com](http://www.communeinfo.com) ณ วันที่ 23 มิถุนายน 2562 พบว่า

เขต 11 มีจำนวนคนยากลำบากฯ ทั้งสิ้น 3,152 คน อาศัยอยู่ในจังหวัดพังงา 879 คน ชุมพร 730 คน ภูเก็ต 562 คน สุราษฎร์ธานี 536 คน กระบี่ 420 คน เป็นผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง 202 คน

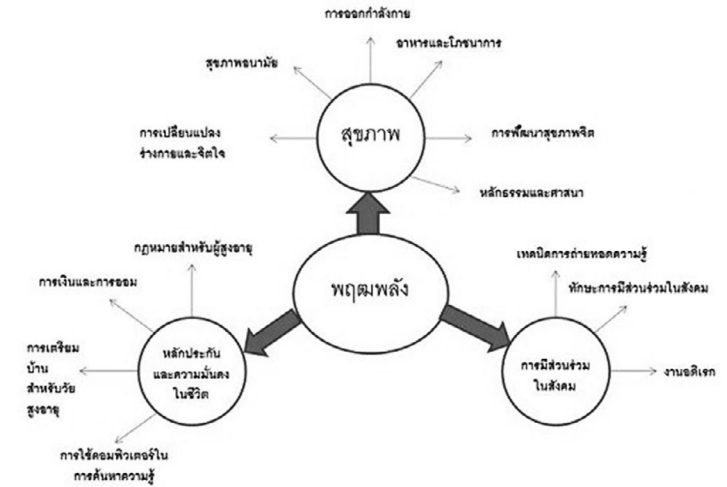
เขต 12 มีจำนวนคนยากลำบากฯ ทั้งสิ้น 11,879 คน อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา 3,647 คน นราธิวาส 3,229 คน สตูล 2,230 คน ปัตตานี 1,210 คน พัทลุง 679 คน ยะลา 679 คน ตรัง 205 คน เป็นผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง 794 คน

## 2. ชุดความรู้และนวัตกรรมจากพื้นที่

เขตบริการสุขภาพที่ 11 และ 12 นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และดูแลผู้สูงอายุหลายรูปแบบ ได้แก่

### 2.1 การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลังในรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ

พัฒนาพลัง (Active Ageing) เป็นแนวคิดและหลักการขององค์การอนามัยโลกที่ว่า ภาวะพัฒนาพลังจะเป็นหนทางที่จะยกระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ แนวคิดดังกล่าวได้นำเสนอแก่ประเทศต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิต ตลอดจนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) มีสุขภาพดี (Healthy) 2) มีความมั่นคงหรือหลักประกันในชีวิต (Security) และ 3) มีส่วนร่วม (Participation) ประกอบด้วย 13 กิจกรรม ดังแผนภาพที่ 1 นำมาใช้ในหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ แนวคิดหลักสูตร มุ่งเน้นการส่งเสริมเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ มีศักยภาพและเป็นผู้ที่ยังสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม



**เนื้อหาหลักสูตร** ดำเนินการโดยคณะกรรมการผู้รับผิดชอบหลักสูตรร่วมกับผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอน ระดมความคิดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านหลักสูตรและการสอนเพื่อมอบหมายจัดทำรายวิชาที่สอดคล้องกับความต้องการเรียนรู้ของผู้สูงอายุในชุมชน มีรายวิชาไม่น้อยกว่า 160 ชั่วโมง แบ่งเป็นการเรียนภาคทฤษฎี 128 ชั่วโมง ปฏิบัติ 32 ชั่วโมง ประกอบด้วย 5 วิชา ได้แก่ การดูแลสุขภาพในวัยสูงอายุ ก้าวทันโลกในวัยสูงอายุ นันทนาการและงานอดิเรกในผู้สูงอายุ พหุวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น และวิชาการศึกษาอิสระ (ปฏิบัติ) วิชาละ 32 ชั่วโมง **กิจกรรมการเรียนการสอน** ประกอบด้วยเรื่องเล่าจากประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรียนรู้จากสถานการณ์จริง บุคคลต้นแบบ เยี่ยมครอบครัว สื่อนั่งสนทนา และโครงงาน **มีกิจกรรมเสริมหลักสูตร** ศึกษาดูงาน

กิจกรรมบูรณาการกับทุกช่วงวัยกิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน และประเมิน ภาวะสุขภาพ **คุณลักษณะของอาจารย์ผู้สอน**เป็นผู้มีประสบการณ์ มีจิตอาสาเป็นต้นแบบหรือบุคลากรแกนนำ มี**ขั้นตอนการดำเนินงาน** คือ 1) ประชุมประชาคมเพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือจากพื้นที่ 2) คัดเลือกและแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียน ผู้สูงอายุ 3) จัดทำหลักสูตรตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและ ความต้องการของท้องถิ่น 4) วางแผนขั้นตอนในการดำเนินงาน 5) เตรียมครูผู้สอนเน้นเครือข่ายในพื้นที่ 6) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ 7) ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน และ 8) ติดตามและประเมินผล การดำเนินงาน ใช้**หลัก 5 ก ในการบริหาร ประกอบด้วย กลุ่ม** โดยสร้างการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้น **กรรมกร** เป็นตัวแทน ของสมาชิกกลุ่มที่จะทำหน้าที่ในการบริหารจัดการกลุ่ม **กติกาหรือ ข้อตกลงร่วมกัน** ต้องเกิดจากความเห็นพ้องต้องกันของสมาชิก ในโรงเรียนผู้สูงอายุ **กิจกรรม** และ **กองทุน** เพื่อให้เกิดความมั่นคง

ตัวอย่าง**โรงเรียนผู้สูงอายุศิริรัฐนิคม** เริ่มจาก**สถานการณ์ ปัญหา**จำนวนผู้สูงอายุประมาณ 6,000 คน ติดเตียง ติดบ้าน ร้อยละ 3 มีการสร้างแกนนำผู้สูงอายุร่วมกับ รพ.สต. ได้อำเภอ สุขภาพดี 80 ปียั้งแจ้ว มีนวัตกรรม “รถพันปี” โดยท้องถิ่น ร่วมสนับสนุน แกนนำผู้ใหญ่บ้าน อาสารับส่งผู้สูงอายุในชุมชน ที่มา ทางเดียวกัน เข้ามาโรงเรียนผู้สูงอายุรวมอายุผู้ร่วมเดินทางเกิน 1,000 ปี กลุ่มติดสังคมเน้นกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโดยใช้ฐานชมรม กลุ่มติดบ้านติดเตียงใช้ **Long term care** ภาควิชาสนับสนุนโรงพยาบาล รพ.สต. ท้องถิ่น ชมรม

หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุมาจากภูมิปัญญาผู้สูงอายุ เน้นการ สื่อสาร เทคโนโลยี อาหาร ประเพณีวัฒนธรรม ศาสนา การดูแลสุขภาพ มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (โรงเรียนผู้สูงอายุ 5 แห่ง บ้านยาง กะเปา ถ้ำสิงขร ท่าขนอน ท่าเนียบ ชมรมผู้สูงอายุ 11 ชมรม) นำภูมิปัญญาผู้สูงอายุ เพลงบอก เพลงนา เพลงกล่อมเด็ก ไปใช้ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กิจกรรมตลาดนัดผู้สูงอายุทุกวันพฤหัสบดี นำพืชผักปลอดสารพิษมาขายเป็นรายได้ มีโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน ในชุมชน

**โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม** มีความเข้มแข็งของผู้สูงอายุเอง ในรูปแบบชมรม ดำเนินกิจกรรมต่างๆ มีโรงพยาบาลเป็นแม่ข่าย เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง ดูแลกันเอง มีการพัฒนา ต่อยอดจากชมรมเป็นโรงเรียน ผู้นำมีวิสัยทัศน์กว้าง มองการณ์ไกล มีการวางระบบ วางแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุ

**ศูนย์บริการผู้สูงอายุวัดมาตุคุณาราม** ตั้งอยู่กลางชุมชน บ้านกระโสม อ.ตะกั่วทุ่ง จ.พังงา ปี 2536 ได้จัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุ ขึ้นในวัด ยกฐานะเป็นศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชน ในปี 2542 จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ ดำเนินงานโดยผู้สูงอายุเพื่อ ผู้สูงอายุและประชาชน เมื่อ 4 พฤษภาคม 2559 การจัดการเรียนรู้ และเนื้อหาการเรียนเป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ

**โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลบ้านนา** เมื่อปี 2550 องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) ให้โอกาสโรงพยาบาล บ้านนาเดิม สนับสนุนงบประมาณศึกษาดูงานผู้สูงอายุจากประเทศ

ญี่ปุ่น นำมาพัฒนาการรูปแบบ Day Care เน้นกลุ่มภาวะพึ่งพิง มีหมอครอบครัวมาร่วมบูรณาการกับท้องถิ่น อบจ. โรงพยาบาลชุมชน มีบริการสังคม ออกหน่วยเคลื่อนที่ มีโครงการพัฒนารูปแบบระยะยาว สำหรับภาวะพึ่งพิง เป็นการพัฒนาแบบไร้รอยต่อ พื้นฟูตั้งแต่ โรงพยาบาลถึงบ้าน อบต.บ้านนา และเทศบาลตำบลบ้านนา สนับสนุน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี มาช่วย หนุนเสริม ปัจจัยความสำเร็จ คือ บุคลากรท้องถิ่น สาธารณสุข พัฒนา สังคมและมนุษย์ และภาคประชาชน มีส่วนร่วมโดยธรรมชาติ ไม่มีกติกามีกิจกรรมที่ทำร่วมกันนานกว่า 10 ปี เกิดความผูกพัน เชื่อมโยง โรงพยาบาลมีความเข้มแข็ง จัดกำลังคนได้เหมาะสม ภาคประชาชน มีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง สามารถชี้้นำได้ มีจิตอาสาที่เข้มแข็ง อสม. มีท้องถิ่น ผู้นำให้ความสำคัญกับการพัฒนา มีบุคลากรไปอบรมการดูแล ร่วมกัน

**โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลท่าเรือ** ดำเนินการเมื่อปี พ.ศ.2560 โดยสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าเรือ ทั้งหมด 10 ชมรม ในขณะนี้ ดำเนินการเป็นรุ่นที่ 3 นักเรียนผู้สูงอายุรุ่นละ 60-70 คน คัดเลือก มาจากทุกชมรม เนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย 5 หมวดวิชา คือ สุขภาพ อนามัย นันทนาการ หน้าที่พลเมือง ศิลธรรม และงานอาชีพและเทคโนโลยี รวม 108 ชั่วโมง ปัจจัยความสำเร็จขึ้นอยู่กับความเข้มแข็ง ของชมรมผู้สูงอายุ โดยมีชมรมผู้สูงอายุ อบต.ท่าเรือเป็นศูนย์กลาง มีเครือข่ายความร่วมมือที่ดีจาก รพ.สต. หน่วยราชการ และโรงเรียน ในพื้นที่ สามารถพัฒนาสร้างจิตอาสาแกนนำพัฒนาตำบลท่าเรือ เกิดความเชื่อมั่นและความศรัทธาของชุมชน สอดคล้องกับนโยบาย “ท่าเรื่อน่าอยู่ ชุมชนทุกหมู่มีคุณภาพชีวิตที่ดี”

## 2.2 โปรแกรมกระตุ้นสมองผู้สูงอายุกลุ่ม สมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบมากในผู้สูงอายุ ความชุกร้อยละ 12.3 และจะเพิ่มตามอายุคือในอายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 7.1 อายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 14.7 อายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 32.5 อาการเด่นคือ การสูญเสียความทรงจำ การป้องกัน และการชะลอความจำเสื่อมด้วยการฝึกความจำอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีความจำที่ดีขึ้นและการชะลอความจำเสื่อม (Wilson, 2007) จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประชากรสูงอายुर้อยละ 14.24 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2562) อุบัติการณ์ภาวะสมองเสื่อมจากการสำรวจสุขภาพสมองผู้สูงอายุ อำเภอเมือง ร้อยละ 9.8 (พินดา กฤตยภูษิตพจน์, 2546) มีการดำเนินงานหลายด้าน แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสำหรับการฟื้นฟูสมองผู้ที่มีภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) จนกระทั่งปี 2556 สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุได้จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองในพื้นที่ 4 ภาค ภาคใต้ดำเนินกิจกรรมในพื้นที่เขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไปจำนวน 30 ราย กิจกรรมการกระตุ้นการทำงานของสมองใช้รูปแบบที่พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุและทีมแพทย์เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ หลังนำกิจกรรมกระตุ้นสมองไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และติดตามต่อไป จนครบ 2 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนประเมินสมรรถภาพสมอง

เพิ่มขึ้น มีความสุขในการทำกิจกรรมกลุ่ม นอกจากนี้การประเมินผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในตำบลขุนทะเล พบภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อย 5 ใน 9 ราย จึงได้นำโปรแกรมนี้ไปใช้ในตำบลขุนทะเล พบว่าการมีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานสมองสม่ำเสมอช่วยเพิ่มคะแนนสมรรถภาพสมอง

พ.ศ.2558 อำเภอคีรีรัฐนิคมมีผู้สูงอายุร้อยละ 12.97 (5,195 คน) เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม สาธารณสุขอำเภอคีรีรัฐนิคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (บ้านท่าเนียน ย่านมะปราง ย่านยาว ถ้ำสิงขร น้ำหัก กะเปา ท่ากระดาน บ้านยาง) ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลและเทศบาลตำบล (ท่าขนอน) และชมรมผู้สูงอายุในอำเภอคีรีรัฐนิคม โดยมีการจัดเวทีประชาคมและลงนามในบันทึกความร่วมมือในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเป็นอำเภอต้นแบบของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร : กรณีศึกษาอำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ข้อมูลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมพบผู้สูงอายุกลุ่มป่วยร้อยละ 1.25 (65 คน) กลุ่มเสี่ยงที่เริ่มมีความบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ร้อยละ 1.73 (90 คน) กลุ่มปกติร้อยละ 95.88 (4,981 คน)

ผลการศึกษาสรุปเครื่องมือที่นำมาใช้ในพื้นที่ 3 ประเด็น ได้แก่ ชุดเครื่องมือการคัดกรองและแบบประเมิน คัดกรองโดย อสม. ใช้แบบคัดกรองความจำ 14 ข้อคำถาม แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

2 คำถาม (2Q) ชุดคัดกรองและคัดแยกกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วยประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (The Geriatric Depression scale: TDGS) ประเมินสมองด้วยแบบประเมิน 2 ชุด ได้แก่ คัดแยกผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Examination: MMSE-Thai 2002) และคัดแยกผู้สูงอายุสมองบกพร่องเล็กน้อย ด้วยแบบทดสอบสมอง (Montreal Cognitive Assessment : MOCA) มีรูปแบบการคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุตามคุณสมบัติของเครื่องมือ คือ 1) คัดกรองผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีการได้ยินและการมองเห็นอยู่ในเกณฑ์ปกติ บันทึกระดับการศึกษา การอ่านออกเขียนได้ ความถนัดซ้ายหรือขวา 2) อสม./Care Giver : CG ใช้แบบคัดกรอง 14 ข้อ 3) แยกกลุ่มภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน TGDS 4) แยกกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) และ 5) แยกกลุ่มสมองบกพร่องเล็กน้อย ใช้แบบประเมิน MoCA และมีชุดโปรแกรมกระตุ้นการทำงานของสมอง (Cognitive Training) เป็นการฝึกที่เฉพาะเจาะจงกับการทำงานของสมองแต่ละด้าน เช่น ความจำ ความใส่ใจภาษา การเรียนรู้และมิติทัศน์ จำนวน 6 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ และให้ทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านอีก 3 เดือน ติดตามคะแนนสมรรถภาพสมองเดือนที่ 6 รูปแบบกิจกรรม ได้แก่ ฝึกความจำชื่อ กิจกรรมการเคลื่อนไหว มิติสัมพันธ์ จินตนาการภาพ ฝึกความจำเป็นภาพ และ จัดของชื่อของและการตัดสินใจ ผลลัพธ์ของโปรแกรมกระตุ้นสมองอำเภอคีรีรัฐนิคม พบว่า หลังเข้าโปรแกรมนี้ ความใส่ใจสมาธิ มิติทัศน์ ความจำ และความคิดเชิงมีเหตุผลของ

ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ มีรูปแบบกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ผู้สูงอายุกลุ่มสมองบกพร่องเล็กน้อยที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ ในชนบท ชุมชนตระหนักและเห็นความสำคัญของภาวะสมองเสื่อม มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและการคัดกรองในชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

**บทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินการ คือ** กิจกรรมที่ฝึกสมอง ต้องไม่ซับซ้อน สามารถนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้านได้ ผู้สูงอายุต้องนำ ความรู้และทักษะต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง จึงจะเพิ่มสมรรถภาพสมองและลดโอกาสการเป็นโรคสมองเสื่อมได้ ควรสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองจากคลินิก ผู้สูงอายุให้นำไปฝึกต่อในชุมชน เป็นการเพิ่มช่องทางในการฟื้นฟู สมรรถภาพสมองอย่างต่อเนื่อง **ปัจจัยแห่งความสำเร็จ** เกิดจาก ผู้นำองค์กรสนับสนุน และการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ

## 2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางทางสังคม

ประกอบด้วยชุดความรู้ พื้นที่ต้นแบบ และการขยายผล  
ดังต่อไปนี้

### 2.3.1 การพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการ

#### กรณีศึกษาศูนย์สร้างสุขชุมชน จังหวัดสงขลา

จังหวัดสงขลา มีประชากร 1,432,628 คน (สำนักงานสถิติ จังหวัดสงขลา, 2561) ผู้สูงอายุ 11% ของประชากรทั้งหมด จำนวน คนพิการรวมทั้งสิ้น 32,669 คน ส่วนใหญ่เป็นความพิการทางการ เคลื่อนไหวหรือร่างกายร้อยละ 44.83 (ข้อมูลจาก พมจ.สงขลา ณ วันที่ 31 มีนาคม 2562) การสำรวจของศูนย์ประสานงานภาคี พัฒนาจังหวัดสงขลาและขบวน 4-PW (การพัฒนานโยบายสาธารณะ แบบมีส่วนร่วม) พบผู้ยากลำบากและเปราะบางทางสังคมจำนวน 3,642 คน ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวนมาก มีทั้งส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาคประชา- สังคม เอกชน และองค์กรชุมชน จำเป็นที่จะต้องประสานบูรณาการ ร่วมกัน

#### ศูนย์สร้างสุขชุมชน

กรณีตัวอย่างศูนย์สร้างสุขชุมชนตำบลทับช้าง อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา หรือชื่อเดิมว่าศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ตำบลทับช้าง เป็นความร่วมมือระหว่าง อบต.ทับช้าง โรงพยาบาล สมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี คณะกรรมการพัฒนา



คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นาทวี กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสงขลา มูลนิธิชุมชนสงขลา พัฒนาการของ  
ศูนย์เกิดจากการทำงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)  
นาทวี โดยการริเริ่มของ นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผอ.รพ.สมเด็จฯ  
นาทวี

เมื่อทีมนำข้อมูลคนพิการประเภททางกายและการเคลื่อนไหว  
ซึ่งมีมากกว่าประเภทอื่นมาวิเคราะห์หาสาเหตุความพิการ พบว่า  
โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุอันดับหนึ่ง จึงได้พัฒนาระบบการดูแล  
ผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้น ดูแลครอบคลุม  
ทั้ง 4 มิติ จัดบริการที่สอดคล้องครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง  
กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยและชุมชนมี  
ส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา หนุนเสริมการดูแลโดยสร้างศักยภาพ  
ครอบครัว อสม. ท้องถิ่น ชุมชน ทำงานร่วมกันเป็น สหสาขาอาชีพ  
ในบริบทของนาทวี ส่วนผู้ป่วยกลุ่มระยะกึ่งเฉียบพลัน ไม่เฉียบพลัน  
และกลุ่มที่เกิดความพิการแล้ว ต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง  
แต่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ ด้วยข้อจำกัด  
ในการเดินทางและผู้ดูแล จึงมีแผนพัฒนาหน่วยบริการใกล้บ้าน จัดตั้ง  
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ตำบลนาหมอศรีเป็นตำบลนำร่อง  
มีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลและจิตอาสาจากชุมชน ร่วมกันให้บริการ  
ภายในศูนย์ มีผู้มารับบริการทั้งในและนอกตำบล ได้รับประกาศยกย่อง  
ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบล  
นาหมอศรีเป็นศูนย์เรียนรู้การดูแลคนพิการ มีการขยายศูนย์ฟื้นฟู  
สมรรถภาพโดยชุมชน สู่อำเภอทับช้าง และตำบลฉาง โดยใช้รูปแบบ  
เดียวกันกับตำบลนาหมอศรี เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยชุมชน

เป็นเจ้าของ ร่วมกันออกแบบทั้งระบบการให้บริการและอาคารสถานที่  
และมีการจัดทำโครงการต่อยอด เช่น โครงการสอบสมรรถภาพทางกาย  
แก่ผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยภูมิปัญญา  
ท้องถิ่น และโครงการเคาะประตูดูแลคนพิการ ได้รับรางวัลชนะเลิศ  
ในการนำเสนอผลงานวิชาการ (เชิงการแพทย์) ประเภท Oral  
Presentation การประชุมวิชาการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ  
โดยชุมชน (CBR forum) ปี 2559

ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชนตำบลทับช้าง เปิดดำเนินการ  
เมื่อ 19 มกราคม 2559 พัฒนาระบบบริการเชิงรุกในการดูแลคนพิการ  
139 คน ผู้สูงอายุติดเตียง 50 คน คนยากลำบาก 129 คน โครงสร้าง  
การบริการประกอบด้วย แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด โดยนักกายภาพ  
และ จิตอาสา จากคนในชุมชน และกายอุปกรณ์ บริการให้ยืม  
กายอุปกรณ์เครื่องช่วย เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน รถเข็น เตียง

**การบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการผู้ที่มีส่วนได้**  
ส่วนเสียที่ดำเนินการอยู่แล้ว เพิ่มอาสาสมัครด้านกายภาพบำบัด  
คัดเลือกจาก อสม.เชี่ยวชาญ/อสม./อพม./CG หรือจิตอาสาจำนวน  
ไม่น้อยกว่า 40 คน รับคนไข้จากโรงพยาบาลอำเภอที่ต้องได้รับการ  
ฟื้นฟูมาดูแลต่อ หรือดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทั้งมิติกาย จิต สังคม  
ให้บริการกลุ่มเป้าหมายโดยมีนักกายภาพบำบัดควบคุมดูแล กองทุน  
ฟื้นฟู สนับสนุนงบประมาณนำร่องศูนย์ละ 5 แสนบาทในด้านปรับปรุง  
ศูนย์ และจัดซื้อกายอุปกรณ์ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
มีการพัฒนาระบบข้อมูลกลางเพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมาย จัดเก็บข้อมูล  
โดยกลุ่มอาสาสมัครบันทึกข้อมูลพร้อมภาพลงในระบบข้อมูลกลาง  
ที่มีมูลนิธิชุมชนสงขลาให้การสนับสนุนใน [www.ข้อมูลชุมชน.com](http://www.ข้อมูลชุมชน.com)



(www.commune info.com)/Application : iMed@home  
 ประมวลผลให้คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ  
 รองรับ จัดซื้อกายอุปกรณ์และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการ  
 ดูแลตามสภาพปัญหา และพัฒนามาตรฐานการบริการ เพื่อให้ศูนย์  
 สร้างสุขฯ ทั้งตัวบุคลากร คณะกรรมการ จิตอาสา สถานที่และ  
 กายอุปกรณ์ได้รับการดูแล มีคุณภาพมากพอที่จะรองรับการให้บริการ

ปี 2560 ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชนตำบลทับช้าง พัฒนา  
 ศูนย์ต้นแบบให้กับศูนย์สร้างสุขชุมชนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ  
 ที่จังหวัดสงขลาเริ่มขึ้น มีบทบาทเป็นกลไกหลักในการเป็นเจ้าภาพ  
 ดำเนินการ เป็นศูนย์กลางให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เป็น  
 ศูนย์ประสานงานการขึ้นทะเบียนคนพิการ เป็นศูนย์ข้อมูลสุขภาพ  
 ของกลุ่มเป้าหมายในตำบล เป็นศูนย์ประสานการส่งต่อการฟื้นฟู  
 สมรรถภาพ ให้บริการอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็น  
 ศูนย์ประสานการรวมกลุ่มและจัดกิจกรรมของคนพิการ และผู้สูงอายุ  
 และเป็นศูนย์ประชาสัมพันธ์และประสานรับเรื่องร้องทุกข์ ร้องเรียน  
 พิทักษ์สิทธิคนพิการ และผู้สูงอายุ สามารถบูรณาการกับศูนย์บริการ  
 คนพิการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือสถานบริการอื่นๆ  
 ที่เหมาะสม

ปัจจุบันนำร่องใน 5 อปท. ได้แก่ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง  
 เทศบาลเมืองสะเดา เทศบาลตำบลระโนด องค์การบริหารส่วนตำบล  
 คูหา โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลทับช้าง เป็นต้นแบบ และจะ  
 ขยายผลไปให้ครบทั้ง 16 อำเภอ

กลไกของศูนย์สร้างสุขชุมชนตำบลทับช้างมีแนวทางต่อยอดโดย  
 ร่วมจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางระดับตำบลและแผน  
 ดูแลคุณภาพชีวิตรายบุคคล (Care plan) โดยประสานภาคีนอกพื้นที่  
 และในพื้นที่ให้ทำงานร่วมกัน จำแนกยุทธศาสตร์แต่ละด้าน โดยทำงาน  
 ผ่านแอปพลิเคชัน iMed@home และ www.communeinfo.com  
 ปรับข้อมูลรายบุคคลให้มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ  
 เป็นปัจจุบัน ประมวลผลข้อมูลในภาพรวมเพื่อนำมาปรับยุทธศาสตร์  
 การทำงาน และระบบเยี่ยมบ้านในรูปแบบจิตอาสาแบบบุคคลและกลุ่ม  
 บูรณาการเพื่อให้สามารถติดตาม ประเมินผล ลดช่องว่างการให้ความ  
 ช่วยเหลือที่เข้าชั้นและไม่สามารถวัดผล เสริมด้วยกิจกรรมอื่น ๆ ได้แก่  
 การระดมทุนเพื่อการศึกษา ของใช้มือสอง สิ่งของเครื่องใช้ วัสดุสิ้น  
 เปลือง สิ่งอำนวยความสะดวกจากชุมชนและเครือข่าย การทำธรรมณูญ  
 ตำบล โดยมีภาคีหลักได้แก่ อบต.ทับช้าง รพ.สต. ศูนย์พัฒนาคุณภาพ  
 ชีวิตผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ฯลฯ





ศูนย์สร้างสุขชุมชนทำหน้าที่ในการให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายระดับบุคคลในพื้นที่ตำบล โดยมีคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมได้แก่ มูลนิธิชุมชนสงขลา/ศปจ.สงขลา Node flagship สสส.สำนัก 6 สงขลา สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงทางมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดเป็นภาคีหนุนเสริม

## กรณีชุมชนเปราะบางดูแลกลุ่มเปราะบาง : ชุมชนแหลมสนอ่อน

ชุมชนแหลมสนอ่อน ตำบลบ่อยาง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ตั้งอยู่ในท่าเลทองของเทศบาลนครสงขลา ผู้บริหารเทศบาลหลายยุคที่ผ่านมายยายามหาโครงการที่จะเข้ามาพัฒนาพื้นที่ แต่ก็ยังทำไม่ได้ ด้วยปัญหาของการใช้กรรมสิทธิ์ที่ดินของชุมชนที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบการอยู่อาศัยในพื้นที่มากกว่า 30 ปี ในฐานะคนอพยพมาอาศัยที่ราชพัสดุ กรมธนารักษ์ แต่ไม่ได้ทำสัญญาเช่าให้ถูกต้อง มีประชากรประมาณ 200 คน 80 ครัวเรือน มีคำสั่งรัฐบาลให้จัดระเบียบชายหาดสมิหลาและให้มาอยู่ที่นี่ โดยไม่ได้ทำสัญญาให้เป็นกิจลักษณะ สมาชิกเริ่มสร้างบ้านทำร้านอาหารประกอบกิจการของตนมานับสิบปี ไฟฟ้าที่ได้เป็นไฟชั่วคราว น้ำก็เป็นน้ำบาดาลเจาะเองหรือซื้อน้ำทาน เทศบาลนครสงขลาได้ขอเช่าพื้นที่ใช้ประโยชน์มานานพอกันแต่ก็ไม่มีโอกาสได้พัฒนาโครงการใดเป็นรูปธรรม ชุมชนก็ไม่สามารถใช้ประโยชน์ของพื้นที่เพราะไม่ได้มีกรรมสิทธิ์เช่าใช้ประโยชน์อย่างถูกต้อง แต่ก็ไม่ใช่ผู้บุกรุก จนกระทั่งล่าสุด ธนารักษ์จะให้ชุมชนเช่าที่ให้ถูกต้อง การเป็นชุมชนเปราะบางทำให้เข้าใจสภาพปัญหาของคนเปราะบางด้วยกัน เมื่อมีโอกาสได้ร่วมกับ ศปจ. สงขลาเก็บข้อมูลคนยากลำบากและเปราะบางทางสังคมในพื้นที่ตำบลบ่อยาง ปี 2560 จึงเป็นที่มาของกิจกรรมที่ได้ร่วมกันดูแลคนยากลำบากฯ ในชุมชนทั้งในพื้นที่ชุมชนและนอกชุมชน



การดำเนินงานดังกล่าวอาศัยภาวะผู้นำของชุมชน ได้แก่ คุณบุญบังอร และ คุณนิพนธ์ ชนะโชติ เป็นแกนนำสำคัญร่วมกับ คณะทำงานของศูนย์ประสานงานภาคีพัฒนาอำเภอเมืองมาหนองเสริม ดำเนินการในลักษณะชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีกิจกรรมสำคัญประกอบ ด้วยกิจกรรม “ห้องเรียนประจำเดือน” สนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความ สัมพันธ์ในกลุ่ม ลดขยะเปียกในครัวเรือน นำวัสดุเหลือใช้มาใช้ประโยชน์ การลดรายจ่ายเสริมรายได้ การดูแลสุขภาพ ฯลฯ การจัดกิจกรรมแต่ละ ครั้งจะมีผู้สูงอายุจากชุมชนรอบข้างมาร่วม มีเครือข่ายสวนผักคนเมือง ชาติใหญ่ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย เทศบาลนครสงขลา องค์การบริหารส่วนจังหวัด ฯลฯ มาร่วมสนับสนุน

การปลูกผักในป่าสน ทำซุ้มตำลึง นำขยะเปียก ขยะของเก่า มาทำปุ๋ยหมัก รายได้ส่วนหนึ่งนำมาดูแลสมาชิกที่ยากลำบาก ศูนย์ผ้า แบ่งปัน ร่วมกับสมาคมอาสาสร้างสุข นำเสื้อผ้ามือสองที่ได้รับการ



บริจาคมาแบ่งปันส่งต่อไปกับสมาชิกที่ต้องการ ส่วนหนึ่งนำไปจำหน่าย สร้างรายได้ การระดมทุนด้วยการจัดตั้งกองทุนกลาง มีการจัดเลี้ยง น้ำชาพร้อมกับเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่ ร่วมกับศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัด นำผู้ผ่านการตรวจสุขภาพพื้นฐานมาร่วมฟื้นฟูโดยกิจกรรม ชุมชนบำบัด แก้ปัญหาคนยากลำบากและเปราะบางทางสังคม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สนง.พัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัด กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพฯ สนง.พัฒนาชุมชน เทศบาลนครสงขลา อำเภอเมือง ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ ภาคประชาชนอำเภอเมือง สมาคมอาสาสร้างสุข ฯลฯ ในการแก้ปัญหา



**อาสาสร้างสังคมไม่ทอดทิ้งกัน**

ศูนย์พัฒนาสังคมและสงเคราะห์ราษฎรสงขลา  
ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งสงขลา

เมืองสิงห์งาม

**จิบน้ำชา**

หาทุนและปันรักสู่กลุ่มเปราะบางทางสังคม

ในวันเสาร์ที่ 9 กุมภาพันธ์ 2562

กำหนดการ: 8.00 - 18.00 น. จำนวนน้ำชา 11.00 น. จำนวนปะทานอาหารเย็นโดยมีค่าใช้จ่ายชุมชน 13.00 น.

ร่วมใจรักทำทานผักพื้นบ้านเสริมมิตร  
ศูนย์เรียนรู้ชุมชนแหลมสนอ่อน เมืองสงขลา

9 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 08.00-18.00 น.

จิบน้ำชาจากแก้วคนยากลำบาก

สถานที่จัดงาน ชุมชนแหลมสนอ่อน  
ตรงข้าม อควาเรียมสงขลา

ชื่อบัญชี กองทุนสตรีแหลมสนอ่อนเพื่อช่วยเหลือผู้ยากลำบากเมือง  
สงขลา บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 0201 4841 9927  
ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาสงขลา

การเข้าถึงสิทธิพื้นฐาน ประสานงานการทำบัตรประชาชน การสร้างอาชีพและรายได้

จากทุนเดิมที่กลุ่มออมทรัพย์ชุมชนแหลมสนอ่อนดำเนินการ ได้รวมตัวเป็นเครือข่ายกลุ่มออมทรัพย์ตำบลบ่อยาง ปัจจุบันเครือข่ายมีสมาชิกประมาณ 1,000 คน ขยายผลการดำเนินงานจากพื้นที่ชุมชนแหลมสนอ่อน สร้างรากฐานความเป็นชุมชนเข้มแข็ง ให้ชุมชนดูแลชุมชนด้วยกันผ่านเครือข่ายกลุ่มออมทรัพย์และกลุ่มสตรีที่มีผู้นำที่มีความสามารถและเข้มแข็ง มีแผนจะจัดตั้งศูนย์บ่อยางพึ่งตนเองเป็นกลไกประสานงาน

ทั้งนี้การทำงานในระดับตำบลดังกล่าว มีองค์กรสนับสนุนระดับจังหวัดที่เข้ามาทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและช่วยอำนวยความสะดวก คือ

1) **กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสงขลา** เกิดขึ้นจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา (อบจ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 12 ลงขันร่วมกันเป็นงบรายหัวตามจำนวนประชากรระดับจังหวัดตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นในกลุ่มคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ฟื้นฟูระบบบริการทางการแพทย์และคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ปรับปรุงที่อยู่อาศัย ตั้งศูนย์ซ่อมกายอุปกรณ์ รวมไปถึงจัดตั้งศูนย์สร้างสุขชุมชนโดยเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบบริการ ในระดับจังหวัด กองทุนฯทำหน้าที่เป็นองค์กรประสาน หนุนเสริม และร่วมกันทำงานกับหน่วยงานส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น ส่วนประชาสังคม เอกชน และชุมชน บูรณาการเชื่อมโยงกับภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ

ท้องถิ่น หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรคนพิการ องค์กรผู้สูงอายุ สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ มูลนิธิชุมชนสงขลา สมาคมเครือข่ายสุขภาพผู้สูงอายุ สมาคมอาสาสร้างสุข เป็นต้น

โดยมีการดำเนินงานที่สำคัญ คือ **การจัดตั้งศูนย์กลางในการบริหารจัดการข้อมูล** ในรูปแบบสร้าง “ทางเชื่อม” เป็นข้อต่อกลางนำข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลที่ต้องการจากแต่ละหน่วยงานทั้งภาครัฐ วิชาการ เอกชน ประชาสังคม มากำหนดยุทธศาสตร์ร่วมลดช่องว่างงานข้อมูลที่ต่างคนต่างมีอยู่แต่ละหน่วยงาน โดยอาศัยข้อมูลรายบุคคล ชุดเดียวกัน (กำลังดำเนินการ) **บริการฟื้นฟูทางการแพทย์** ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในกลุ่มเป้าหมายทั้งในและนอกสถานบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน และจัดสรรงบประมาณการให้บริการ **การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย** คณะทำงานแบบบูรณาการ มีการอบรมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมการปรับสภาพที่อยู่อาศัยแบบบูรณาการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีที่เกี่ยวข้อง มีรูปแบบคู่มือในการปรับสภาพบ้านเพื่ออำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ รวมไปถึงประสานทรัพยากร แรงงาน จากภาคีเครือข่ายมาร่วมดำเนินการ และ**ศูนย์ซ่อมสร้างสุขชุมชนจังหวัดสงขลา (Smile service for all Songkhla)** เพื่อแก้ไขปัญหาอุปกรณ์จังหวัดสงขลา เป็นศูนย์บริการซ่อมบำรุง ศูนย์ประสานงาน และศูนย์รับบริจาคอุปกรณ์แห่งแรกในจังหวัดสงขลาและภาคใต้ เพื่อให้ผู้พิการ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และผู้ป่วยที่มีความจำเป็น



ต้องได้รับกายอุปกรณ์ สามารถเข้าถึงกายอุปกรณ์ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม ซ่อมบำรุงกายอุปกรณ์ นำกายอุปกรณ์ที่เป็นขยะในพื้นที่มา renovation และแจกจ่ายให้แก่ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้อย่างมีระบบ ลดต้นทุนการซื้อกายอุปกรณ์ใหม่ สร้างอาชีพให้คนพิการ โดยการขับเคลื่อนผ่านภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม จำนวน 14 ภาคีเครือข่าย

## 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ พชอ. ต่อยอดมาจากงาน District Health System (DHS) หรือเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ตัวอย่างเด่น ๆ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนาทวีโดยมุ่งเน้นเดินตามยุทธศาสตร์ “คนนาทวีไม่ทอดทิ้งกัน” พัฒนาเครือข่ายมาตั้งแต่ปี 2555 มุ่งเน้นการพัฒนาการดูแลผู้พิการในชุมชนโดยโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายในการดูแลผู้พิการในชุมชน เป็นการทำงานร่วมกันระดับอำเภอ โดยมีคณะทำงาน DHS อำเภอนาทวีเป็นกลไกหลัก ประกอบด้วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนคนพิการ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การศึกษานอกโรงเรียน สาธารณสุขอำเภอ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจุบันคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ อาทิ รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถธณ อำเภอนาทวี สาธารณสุขอำเภอ มูลนิธิชุมชนสงขลา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม.ภาคเอกชน และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพฯ อบจ. ภายใต้ยุทธศาสตร์ “คนนาทวีไม่ทอดทิ้งกัน” ดำเนินกิจกรรม **ดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ** จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพระดับชุมชน ตำบล ปัจจุบันมี 3 แห่ง ได้แก่ ตำบลนาหมอศรี และตำบลทับช้าง ตำบลฉวาง มีจิตอาสาสมัคร**กิจกรรม บริการผู้ป่วย** บริการแพทย์แผนไทย นวด ยิมกายอุปกรณ์ สร้างอาชีพแก่ผู้พิการให้สามารถมีรายได้เพิ่มขึ้น และมีการสนับสนุนการจ้างงานตามมาตรา 33 และ 35 ในปี 2562 รพ.สมเด็จพระนาทวี ได้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ ระหว่างกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนโดยการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป และสนับสนุนการจ้างงานคนพิการในโรงพยาบาล 32 แห่ง จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการปี 2562 โดยจัดบริการภายในศูนย์ ได้แก่ บริการข้อมูลข่าวสาร เรียกร้องแทนคนพิการ บริการให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน ประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานภาครัฐ บริการช่วยเหลือคนพิการ/ผู้ที่มีแนวโน้มจะพิการ **ดูแลสุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรังโดยใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง** “สุขภาพดีวิถีคนนาทวี : อาหารเพื่อการบำบัด” ดึงเครือข่ายเกษตรจิตอาสา ประชาชนชาวบ้าน แพทย์แผนไทย





ในพื้นที่ร่วมดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและใช้พื้นที่ในชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้โครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อลดคนพิการรายใหม่ สร้างเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอค้นหาสิ่งดีในชุมชนและจัดทำกิจกรรมต่างๆ ตามบริบทของพื้นที่ อาทิ กลุ่มช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากไร้โดยชุมชน กลองยาวผู้สูงอายุ สินค้า OTOP โดยผู้สูงอายุฝึกปลอดสารพิษ กำลังใจจากเพื่อนเยี่ยมเพื่อนผลิตภัณฑ์ข้าวซ้อมมือโดยผู้สูงอายุและซ่อมแซมบ้าน

ให้ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสที่ยากไร้เสริมทักษะด้านการผลิตและเสริมอาชีพเพิ่มเติมให้คนพิการและครอบครัว โครงการ **เติมน้ำมันเติมบุญ** ระดมทุนด้วยการจัดแคมเปญให้ประชาชนเติมน้ำมันในราคาที่สูงขึ้น ลิตรละ 3 สตางค์และเจ้าของปั้มน้ำมัน ปตท. ได้สมทบเงินบริจาคอีก 3 สตางค์ เป็นเวลา 2 เดือนต่อปี นำเงินที่ได้ไปมอบให้กับโรงพยาบาล ขณะที่ท้องถิ่นในพื้นที่ เช่น อบต.ท่าประดู่ มีการทอดผ้าป่าขยะรีไซเคิล นำเงินที่ได้ไปจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือคนยากลำบากในพื้นที่

### 2.3.2 การพัฒนาระบบสารสนเทศกลาง กรณีแอปพลิเคชัน

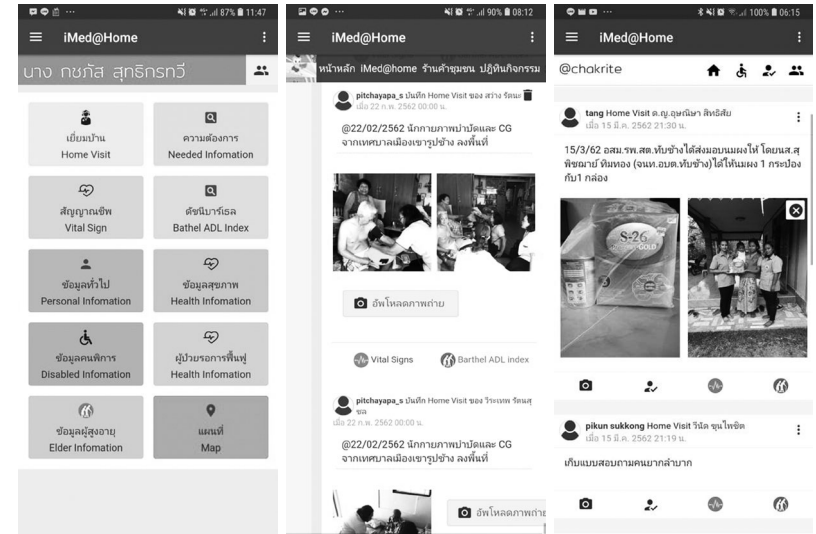
Appication : iMed@home ริเริ่มขึ้นโดยมูลนิธิชุมชนสงขลา ศูนย์ประสานงานพหุภาคีพัฒนาจังหวัดสงขลา (ศปจ.) และโปรแกรมเมอร์อิสระ คุณภานุมาศ นนทพันธุ์ เมื่อปี 2560 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลกลางระดับจังหวัดในการเชื่อมโยงเครือข่ายภาครัฐ ท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชน หนุนเสริมการทำงานในการดูแลประชาชนคนยากลำบากและผู้เปราะบางทางสังคม ระบบข้อมูลกลางมีตั้งแต่การเก็บข้อมูล บันทึกภาพ การเยี่ยมบ้าน ประเมินผลและรายงานผล ประกอบด้วยหัวข้อหลัก 3 อย่าง ได้แก่ ฐานข้อมูลคนยากลำบาก การวิเคราะห์ผล และระบบการเยี่ยมบ้าน โดยจะแสดงผลสำหรับสมาชิกทั่วไปในลักษณะข้อมูลภาพรวมเชิงสถิติในแต่ละด้านตามคำถามในแบบสำรวจ ในส่วนที่เป็นคณะทำงานของแต่ละหน่วยงานที่ได้เข้ามาใช้ระบบหลังได้รับการอนุมัติสิทธิ์จะสามารถบันทึก แก้ไข และเข้าถึงข้อมูลระดับตัวบุคคลในขอบเขตระดับพื้นที่ต่างๆ ตามที่คณะทำงานกำหนด

Appication : iMed@home นี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในสมาร์ทโฟนระบบแอนดรอยด์ (Android) ดังตัวอย่างสมาร์ทโฟน HTC One X, Xperia S, Samsung Galaxy Note, HTC Sensation, XL Motorola, Razr Maxx, LG Optimus, Huawei, LG Prada, SAMSUNG GALAXY NEXUS เป็นต้น

หมายเหตุ : ปัจจุบันระบบปฏิบัติการที่สำคัญของสมาร์ทโฟน ได้แก่ ระบบแอนดรอยด์ (Android) ระบบไอโอเอส (IOS) ของ Apple และระบบ วินโดว์ (Windows)

การพัฒนาแอปพลิเคชันนี้ เกิดจากข้อจำกัดที่พบจากการทำงานโดยใช้พื้นที่เป็นฐานจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกัน มีเป้าหมาย

การทำงานเพื่อไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบกับปัญหาพื้นฐานของการบูรณาการก็คืองานข้อมูล ปัญหาที่พบก็คือ ข้อมูลแยกส่วนต่างคนต่างมี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงและนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปี 2555 เริ่มพัฒนาระบบข้อมูลคนพิการเพื่ออุดช่องว่างงาน (จำนวนคนพิการมีไม่มากเหมาะสมที่จะนำมาสร้างระบบ) โดยประสานเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในด้านคุณภาพชีวิตของคนพิการมาร่วมออกแบบระบบข้อมูลที่ต้องการร่วมกัน ผ่าน [www.communeinfo.com](http://www.communeinfo.com) หวังจะเป็น “ทางเชื่อม” ข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่นำมาสู่การประสานความร่วมมือกันดำเนินการ โดยสรุปความต้องการของตนลงเป็นแบบสอบถามกลาง และสามารถเติมเต็มความต้องการใหม่ที่เป็นความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่ นำลงพื้นที่ระดับอำเภออาศัยข้อมูลในการพัฒนาศักยภาพคนทำงาน คนเก็บข้อมูล และชักชวนเครือข่ายท้องถิ่นรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาใช้ โดยใช้เลข



13 หลักอ้างอิง แต่มีการกำหนดสิทธิ์ในการเข้าถึงระดับต่างๆ เพื่อพิทักษ์สิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล และแก้ปัญหาการปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันด้วยการพัฒนาระบบเยี่ยมบ้านเพื่อให้เกิดการติดตามประเมินผล

ต่อมาปี 2560 ได้พัฒนา Application : iMed@home ให้เป็น platform ในการอภิบาลระบบสามารถทำงานข้อมูลผ่านสมาร์ทโฟน เก็บข้อมูล บันทึกภาพถ่าย แก้ไขข้อมูล บันทึกข้อมูลได้โดยตรง โดยเน้นในกลุ่มคนยากลำบากและเปราะบางทางสังคม ประกอบการนำเสนอผลของข้อมูลและมีระบบเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามรายงานผลในลักษณะบูรณาการการทำงาน โดยมีเป้าหมายในการจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายได้ด้วยชุมชนและองค์กรในพื้นที่ สร้างระบบเยี่ยมบ้านแบบเรียลไทม์ และระบบสารสนเทศดังกล่าวไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปัจจุบันก็ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในพื้นที่ภาคใต้

### 3. การก้าวข้ามข้อจำกัดในการจัดการ

จากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มประชากรที่สามารถเข้าถึงสิทธิในการรับบริการพื้นฐานของภาครัฐ และเข้าไม่ถึงสิทธิ กลุ่มหลังไม่ได้มีการสำรวจอย่างจริงจัง ทำให้ไม่สามารถระบุจำนวนที่แน่นอน กลุ่มประชากรเหล่านี้ตกหล่นอยู่ในชุมชน บางคนเป็นประชากรแฝง ไม่มีบัตรประชาชน บัตรหาย เป็นคนเร่ร่อน ย้ายบ้าน ไม่สามารถเดินทางกลับไปยังถิ่นกำเนิด หรือหาผู้รับรองหรือยืนยันความเป็นคนไทยไม่ได้ ข้อจำกัดของโครงสร้างการบริหารจัดการภาครัฐในลักษณะผสมผสานระหว่างการใช้อำนาจภาครัฐผ่านรัฐบาลส่วนกลาง มีนโยบาย กฎหมายงบประมาณ ที่ส่งต่อมาจากส่วนกลาง ลงมาสู่พื้นที่ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ในลักษณะต่างคนต่างทำ นโยบายจำนวนมากผันแปรไปตามตัวบุคคล ขาดความต่อเนื่อง อีกทั้งงานที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีเจ้าภาพที่รับผิดชอบจำนวนมาก ทำให้เกิดข้อจำกัดในการช่วยเหลือดูแล และมีข้อจำกัดในด้านองค์ความรู้ เทคโนโลยีเฉพาะด้านที่จะรองรับปัญหาใหม่ๆ อันเกิดจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

การทำงานในระดับพื้นที่ก็เช่นกัน ตกอยู่ในสภาพพื้นฐานที่อ่อนแอ ชุมชนมีแต่ผู้สูงอายุที่อยู่กับบ้าน มีภาระเลี้ยงลูกหลาน ขณะวัยทำงานย้ายถิ่นฐานไปอยู่ในเขตเมือง ผู้สูงอายุยังมีสภาพทางเศรษฐกิจที่ไม่ดีอีกมาก ความไม่มั่นคงในชีวิตเช่นนี้ก็เป็นอีกข้อจำกัดรวมไปถึงอำนาจหน้าที่การดูแลของหน่วยงานต่างๆ มีขอบเขตการปกครองหลายระดับ ทั้งเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน จำเป็นที่จะต้องเชื่อมโยง หนุนเสริมกันและกัน ไม่สามารถแยกขาดจากกัน



## 4. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด 14 จังหวัดภาคใต้ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เขตสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข เขต 11 และ 12 เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 11 และเขต 12 สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ (สสว.) เขต 11 และเขต 12 ร่วมกันใช้กลไกกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นทางการแพทย์ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น กองทุนดูแลผู้สูงอายุในวัยพักพิงระยะยาว ร่วมกับสถาบันวิชาการ เครือข่าย ศปจ. สมาคม มูลนิธิ ภาคเอกชน มาเป็นกลไกประสานงานให้เกิด โดยมีกลไกประสานกลางการระดับจังหวัดเป็นหน่วยหนุนเสริม ในการบูรณาการการทำงานระหว่างส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น ส่วนวิชาการ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน

1.1) สํารวจและพัฒนาระบบข้อมูลกลางโดยใช้กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุรายบุคคลยึดโยงกับเลข 13 หลัก เสริมหนุนการทำงานตามอำนาจหน้าที่ จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ และระดับบุคคล

1.2) ร่วมกันกำหนดหรือแก้ไขระเบียบของกองทุนฯ ทุกกองทุน เพื่อเอื้อให้เกิดการประสานการทำงาน ลดทอนปัญหาและอุปสรรค

1.3) ร่วมกันผลักดันนโยบายต่อราชการส่วนกลางในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุที่เป็นคนไทยไร้สิทธิที่มีอยู่ในพื้นที่ให้สามารถพิสูจน์

สิทธิ หรือมีช่องทางอำนวยความสะดวกในการพิสูจน์สิทธิ หรือมีกองทุนเฉพาะกิจที่มาดูแลประชากรในกลุ่มนี้ให้สามารถบรรเทาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า

1.4) ประสานความร่วมมือระดับตำบลในการบูรณาการงาน พัฒนาระบบการจัดการ โดยร่วมมือระหว่าง อปท. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ศูนย์บริการคนพิการ ศูนย์ไอทีซี และอื่น ๆ

1.5) พัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุ อผส. อสม. โดยหลักสูตรกลาง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเป็นผู้ช่วยนักกายภาพ ร่วมกับโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงระดับครัวเรือน

2) ให้องค์กรภาคประชาสังคม ภาคเอกชน ภาควิชาการ องค์กรชุมชน ร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าไม่ถึงสิทธิพื้นฐาน เพื่อช่วยเหลือ สงเคราะห์ สร้างเสริมสุขภาวะในลักษณะชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน ตามรูปแบบและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ โดยคำนึงถึง

2.1) การดูแลช่วยเหลือ สงเคราะห์ ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ไร้ผู้อุปการะอยู่ในภาวะยากลำบาก

2.2) ระดมทุนจัดตั้งกองทุนระดับตำบล ใช้ทรัพยากรในพื้นที่นำมาจัดตั้งเป็นศูนย์

2.3) สร้างอาชีพเสริม ลดรายจ่าย สร้างรายได้ ในรูปแบบธุรกิจเพื่อสังคม

2.4) จัดตั้งกลไกเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มผู้สูงอายุ คนพิการ และให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพ

2.5) ให้มีกติกาสังคมหรือธรรมนูญชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

3) ให้มีพื้นที่ขยายผลชุดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม พดลพลังและกลุ่มเปราะบางทางสังคม อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ตำบล เพื่อเป็นจุดเรียนรู้ก่อนขยายผลต่อไป

### ข้อเสนอ

1) ขอให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 11 และเขต 12 เขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เขต 11 และ 12 สนง.พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด ศูนย์ประสานงาน ภาควิชาพัฒนาจังหวัด (ศปจ.) กศน. ร่วมกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สมาคม มูลนิธิ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ร่วมกันดำเนินการ

1.1) พัฒนาแบบคัดกรองผู้สูงอายุและสำรวจข้อมูลเพื่อดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรายบุคคล และเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบสภาวะของตนเองและดูแลตนเองได้ถูกต้อง

1.2) จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับตำบล และมี care plan รายบุคคลเพื่อดูแลคุณภาพชีวิต

1.3) ร่วมกันแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหา

1.4) จัดตั้งและพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุให้สามารถมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน การร่วมแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการผ่านหลักสูตรกลางที่จะจัดทำร่วมกัน

1.5) จัดตั้งธนาคารเวลาเพื่อสร้างทีมจิตอาสา ช่วยดูแลซึ่งกันและกัน

## เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559) คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ, กรุงเทพมหานคร

พินิตา กฤตยภูษิตพจน์ และคณะ. (2546). รายงานผลการดำเนินงานภาวะสมองเสื่อมจังหวัดสุราษฎร์ธานี. “ไม่ได้ตีพิมพ์”.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานคร. 2562

สุวรรณณี นิยมจิตร, พรทิพา นวลมุสิก และวีณา ลิ้มสกุล. (2562) รายงานผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรกรณีศึกษาภาคใต้ อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2558-2560.

สถาบันพัฒนาการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยภาคใต้. หลักสูตรการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ, สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, กรุงเทพมหานคร 2558

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2559). รายงานการวิจัยการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น พ.ศ.2557-2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช, เส้นทางสู่โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ. นครศรีธรรมราช 2559

Wilson RS, Scherr PA, Scheider JA, et al. (2007). Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology*, 69(20): 1991-1920.

सानพลังก้าวข้ามขีดจำกัด...  
การจัดการปัจจัยเสี่ยง  
สุขภาพบนพื้นฐาน  
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ

เขียนโดย

นายเจกะพันธ์ พรหมมงคล และคณะ

## สารบัญ

|  |     |
|--|-----|
| 1. สถานการณ์ปัญหาด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ                     | 86  |
| • การดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์                           | 86  |
| • การสูบบุหรี่   | 89  |
| • การใช้สารเสพติด  | 91  |
| 2. ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อการเกิด<br>พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ | 93  |
| 3. ชุมความรู้และนวัตกรรมจากพื้นที่ต้นแบบ                         | 101 |
| 4. ข้อเสนอเชิงนโยบาย   | 114 |



# 1. สถานการณ์ปัญหา ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

การดำรงชีวิตปัจจุบันมีความแข่งขันสูง เกิดจากสภาพเศรษฐกิจที่บีบรัด ทำให้สภาพแวดล้อมทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ โดยบุคคลอาจมีพฤติกรรมหรือการกระทำที่อาจจะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งทางตรงและทางอ้อมและอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่จะกล่าวถึงในเอกสารเล่มนี้ จะกล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงในเรื่องการดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด ปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 ประเด็นนี้ เครือข่ายการลดปัจจัยเสี่ยงภาคใต้ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพขับเคลื่อนกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายตั้งแต่ปี พ.ศ.2558

## สถานการณ์การดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด

#### 1. การดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากร ปี พ.ศ.2557 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบข้อมูลผู้ดื่มแอลกอฮอล์ของภาคใต้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีผู้ดื่มจำนวน 1.4 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 20.2

แยกเป็นเพศชายร้อยละ 37.8 เพศหญิงร้อยละ 3.4 โดยนักดื่มที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 10 สำหรับอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 24.5 เครื่องดื่มที่นิยมมากที่สุดคือ เบียร์ ร้อยละ 48.9 แต่ในภาพรวมคนได้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.8 จะเน้นการดื่มสุรา ซึ่งรวมถึงสุราขาว สุราสี สุราแดง และสุราอื่น ๆ สำหรับค่าใช้จ่ายในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของภาคใต้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนอยู่ที่ 973.6 บาท คำนวณค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดต่อเดือนสูงถึง 1.4 พันล้านบาท ด้านผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของภาคใต้ พบเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 14.2 และร้อยละ 2.2 ประสบอุบัติเหตุขณะโดยสารยานพาหนะของผู้อื่น (ที่มา : สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาคใต้ ปี พ.ศ.2558)

### ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

1) เกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน โรคเบาหวาน โรคตับอักเสบ โรคตับแข็งจากสุรา โรคตับอ่อนอักเสบแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหารอักเสบหรือโรคกระเพาะอักเสบจากสุรา แผลในกระเพาะอาหารเกิดจากน้ำย่อยโรคต่อมหมวกไต โรคเกาต์ โรคพิษสุราเรื้อรัง ฯลฯ ส่งผลลุกลามไปยังการเกิดโรคมะเร็งในอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ทรวงอก ตับ มะเร็งในปากและช่องปาก เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับ มะเร็งเต้านมในผู้หญิง และมะเร็งรังไข่ นอกจากนี้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นโรคทางระบบประสาท ความจำเสื่อม เสียการควบคุมด้าน

อารมณ์ วิกลจริต นอนไม่หลับ กลุ้มใจ โรคสมองพิการ ซึ่งการทำหน้าที่ของสมองผิดปกติส่งผลถึงการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย กล้ามเนื้อส่วนปลายแขน ขา อ่อนแรง และโรคลมชัก (ข้อมูลจากเว็บไซต์ [www.thaihealth.or.th](http://www.thaihealth.or.th) )

2) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการตีมีเหล่าและเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ รายงานวิจัยเรื่อง “ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย” พบบุคคลที่มีการตีมีเหล่า หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะสูญเสียประสิทธิภาพการทำงาน เนื่องจากการขาดงานเพราะปัญหาสุขภาพ โดยผู้ที่ตีมีในระดับอันตรายมาก จะสูญเสียประสิทธิภาพการทำงานมากที่สุด ร้อยละ 13.9 หรือคิดเป็นการขาดงาน 30 วันต่อปี อันดับสองได้แก่ กลุ่มที่เคยตีมีมาก่อน สูญเสียประสิทธิภาพ ร้อยละ 13.2 หรือคิดเป็น 29 วันทำงานต่อปี ทั้งนี้ผลกระทบของการตีมีเหล่าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีผลกระทบในชีวิตประจำวันในวันที่ตีมีแล้ว แต่ส่งผลในระยะยาวคือปัญหาสุขภาพที่ติดตัวผู้ตีมีไปตลอด แม้จะหยุดตีมีแล้วก็ตาม ในปี พ.ศ.2549 มีคนไทยที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรโดยมีสาเหตุจากการตีมีเหล่าและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นจำนวน 38,868 คน แบ่งเป็นชาย 33,887 คน เพศหญิง 4,981 คน ทำให้ประเทศไทยขาดโอกาสในการสร้างตัวเลขผลผลิตทางเศรษฐกิจไปอีก 128,365 ล้านบาทต่อปี

3) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากการตีมีเหล่าและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นมูลค่าถึง 5,623 ล้านบาทต่อปี เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยใน 2,072 ล้านบาท ผู้ป่วยนอก 2,299 ล้านบาท และค่าใช้จ่ายในการรักษาการบาดเจ็บที่เกิดจาก

แอลกอฮอล์ ได้แก่ อุบัติเหตุการขนส่ง การฆ่าตัวตาย และการจมน้ำอีก 1,252 ล้านบาท หากเปรียบเทียบรายได้จากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่รัฐบาลจัดเก็บ ในปี พ.ศ. 2549 รัฐบาลจัดเก็บภาษีได้ทั้งสิ้น 72,871 ล้านบาท ขณะที่ผลกระทบเชิงลบที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์มีมูลค่าประมาณ 197,576 ล้านบาท อย่างไรก็ตามแม้ว่ารัฐบาลจะออกกฎหมายหรือมีมาตรการบังคับออกมา อาทิ พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ.2493 ซึ่งเป็นกฎหมายหลักเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุรา การรณรงค์ในช่วงเทศกาลสำคัญต่างๆ รวมถึงการห้ามโฆษณาผ่านทางโทรทัศน์โดยจำกัดช่วงเวลาออกอากาศ แต่ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของคนไทยยังเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จำเป็นต้องสร้างความตระหนักให้ประชาชนควรหันมาสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง และตระหนักว่าการตีมีเหล่า และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อตนเอง แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศอีกด้วย (รายงานวิจัยผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย จัดทำโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ HITAP)

## 2. การสูบบุหรี่

จากสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 48.48 ภาคเหนือ ร้อยละ 39.54 ภาคกลาง ร้อยละ 39.51 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 23.34

และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 20.52 โดยมาตรการการควบคุมยาสูบ พบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในภาคเหนือ แต่ไม่ได้ผลในภาคใต้

ในปี พ.ศ.2560 มีสถานการณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบสูงสุดใน 10 จังหวัด ได้แก่ 1) กระบี่ 2) นครศรีธรรมราช 3) สตูล 4) สกลนคร 5) ระนอง 6) สงขลา 7) อุตรดิตถ์ 8) สุราษฎร์ธานี 9) พัทลุง และ 10) ตรัง

### ผลเสียที่เกิดจากบุหรี่ มีหลายประการ

1) ผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบเอง การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งต่างๆ ถุงลมโป่งพอง โรคปอด หอบหืด ไอบีเรอริง ภูมิแพ้ หลอดลมอักเสบ หนองใน ต้อกระจก โรคในช่องปาก มีกลิ่นตัว กลิ่นปาก นิ้วและเล็บมีสีน้ำตาลเหลือง โรคทางเดินอาหาร กระดูกพรุน ข้อเสื่อม ข้ออักเสบ รูมาตอยด์ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดความผิดปกติของอารมณ์ แก่ก่อนวัย มีริ้วรอย เหี่ยวบนใบหน้า แผลหายช้า ไบหน้าซุบซิด เป็นหมัน เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

2) ผลเสียต่อเศรษฐกิจและการงาน เสียค่าใช้จ่ายโดยใช่เหตุ ในการซื้อบุหรี่ และค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยที่บ่อยขึ้น ทำให้ขาดงานและเสียเวลาการทำงานจากการสูบบุหรี่/เจ็บป่วย เสียเศรษฐกิจชาติ กำลังแรงงานบุคลากร รัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูบบุหรี่กว่าปีละ 46,000 ล้านบาท

3) ผลเสียต่อสุขภาพของคนรอบข้างจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง จะได้รับสารพิษต่างๆ ในควันบุหรี่ และมีโอกาสเกิดโรคได้ เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ โดยในสตรีมีครรภ์ ไม่ว่าจะจากควันบุหรี่มือหนึ่งหรือมือสอง จะทำให้มีบุตรยาก เกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และเกิดอาการไหลตายในเด็กได้ นิโคตินที่แม่ได้รับจากควันบุหรี่ ขับออกทางน้ำนมได้ ส่งผลให้เด็กได้รับนิโคตินด้วย ในเด็กเล็ก ทำให้เป็นหวัดบ่อยขึ้น เป็นหุ้มน้ำหนัก หิดกำเริบ และอาจมีพัฒนาการล่าช้า

4) ผลเสียต่อสุขภาพจากการได้รับควันบุหรี่มือสาม เป็นสิ่งตกค้างจากควัน อนุภาคโลหะหนัก สารก่อมะเร็ง และสารกัมมันตรังสีที่ติดอยู่ตามเครื่องใช้ต่างๆ และเสื้อผ้า ซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่งสำหรับเด็กเล็ก

### 3. การใช้สารเสพติด

การแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จากข้อมูลในเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 พบว่า ยังคงมีการนำยาเสพติดจากพื้นที่อื่น ๆ มายังภาคใต้ตอนล่าง เช่น กรุงเทพฯ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ตอนบน ยาเสพติดที่มีการลักลอบเข้ามาในพื้นที่ ได้แก่ กัญชาแห้ง ยาบ้า ยาไอซ์ เฮโรอีน พิษกระท่อม ยาแก้ไอ อัลปราโซแลมและยาประเภทต่างๆ ซึ่งมีการนำมาใช้ในทางที่ผิด เช่น ทรามาดอล โคลนาซีแพม และอิริมินไฟว์

มีตัวยาหลักซึ่งมีการค้าและการแพร่ระบาดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ พิษกระท่อม ร้อยละ 59.04 ยาบ้า ร้อยละ 26.92 และไอซ์ ร้อยละ 5.43 จากสถิติการจับกุมคดียาเสพติดแยกตามชนิดยาเสพติด เดือน ตุลาคม 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 พบว่า ยาแก้ไอ เฮโรอีน อัลปราโซแลม และยาอี มีแนวโน้มการค้าและการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้น ส่วนกระท่อม ยาบ้า ไอซ์ กัญชาแห้ง กัญชาสด คีตามีน สารระเหย และฝิ่น มีแนวโน้มการค้าและการแพร่ระบาดลดลง

จากข้อมูลการบำบัดยาเสพติด เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือน มีนาคม 2560 ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง มีผู้เข้ารับการบำบัด ยาเสพติด จำนวน 3,227 คน โดยส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดยาบ้า ร้อยละ 40.19 รองลงมา 3 อันดับแรก ได้แก่ กระท่อม ร้อยละ 31.76 ไอซ์ ร้อยละ 9.27 และกัญชา ร้อยละ 9.05 เมื่อพิจารณาพื้นที่ ที่เข้ารับการบำบัด พบว่า จังหวัดสงขลามีผู้เข้ารับการบำบัดสูงสุด (ร้อยละ 38.36) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดตรัง (ร้อยละ 15.71) จังหวัด นราธิวาส (ร้อยละ 15.37) จังหวัดปัตตานี (ร้อยละ 11.19) จังหวัด พัทลุง (ร้อยละ 7.96) จังหวัดสตูล (ร้อยละ 6.10) และจังหวัดยะลา (ร้อยละ 5.30) (ที่มา : สถานการณ์ปัญหาเสพติดพื้นที่ 7 จังหวัด ภาคใต้ตอนล่าง ห้วงตุลาคม 2559-มีนาคม 2560)

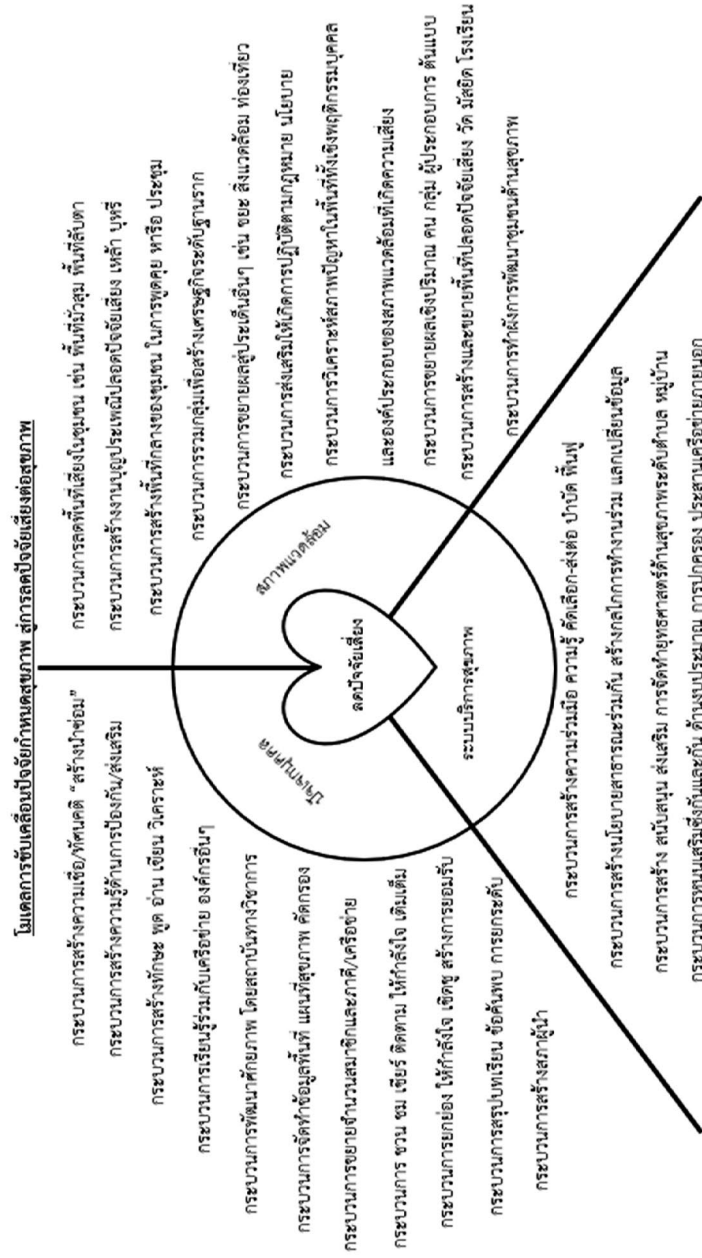
## 2. ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผล ต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

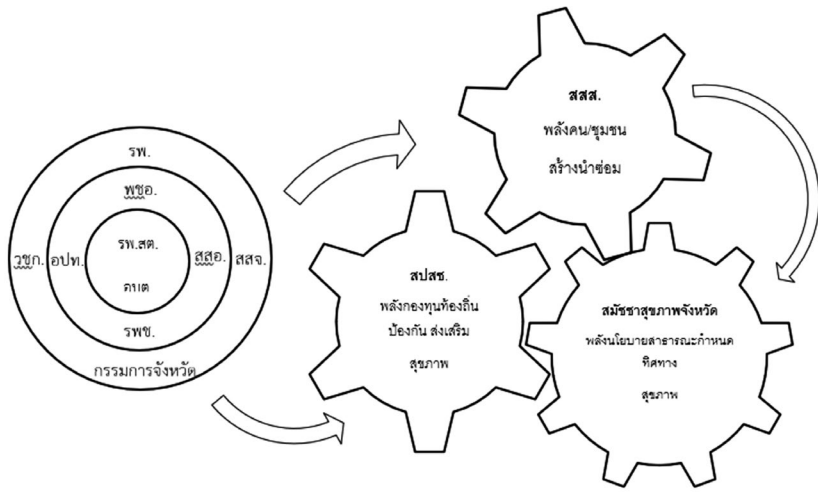
1. **ปัจจัยด้านคน** ประกอบด้วย 3 อย่าง คือ องค์ประกอบ ทางกาย องค์ประกอบทางจิต และองค์ประกอบทางพฤติกรรมหรือ แบบแผนการดำเนินชีวิต นอกจากนี้องค์ประกอบทางจิตยังเป็น ตัวกำหนดพฤติกรรมต่าง ๆ อีกด้วย ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิดและการ รับรู้ที่ลึกซึ้งและซับซ้อนที่บุคคลมีต่อตนเอง และมีอิทธิพลอย่างมาก ในการกำหนดพฤติกรรม การรับรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ความเชื่อ ความรู้สึก ค่านิยม และความเครียด

2. **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม** ได้แก่ องค์ประกอบทางสังคม เช่น การศึกษา ระบบเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ ระบบสาธารณสุข การเมืองการปกครอง เป็นต้น ระบบครอบครัวและเครือญาติ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การนับถือศาสนา รวมทั้งวิถีชีวิตการใช้เทคโนโลยี ในปัจจุบันและอำนวยความสะดวกสบาย

3. **ปัจจัยด้านระบบสุขภาพและนโยบาย** การจัดการระบบ การศึกษา และการจัดบริการระบบสาธารณสุขในประเทศไทย ทั้งใน ระบบบริการของรัฐและเอกชน ปัจจุบันรัฐได้พยายามกระจายบริการ สาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ โดยคัดเลือกอาสาสมัคร-

สาธารณสุขเข้ามาช่วยปฏิบัติงานในชุมชนของตนเอง เป็นรูปแบบที่พยายามสนับสนุนและช่วยให้ประชาชนช่วยเหลือตนเองและเพื่อนบ้านเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโรคหรือการเจ็บป่วยที่จำเป็น การรู้จักระวังป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ โดยเชื่อว่าระบบดังกล่าวจะช่วยให้สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นกว่านโยบายแบบเดิมที่รัฐให้บริการ โดยให้ความสำคัญกับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค นอกจากนี้ระบบการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ ยังมีการดำเนินงานที่ยังไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนการเฝ้าระวังและสนับสนุนกลไกการบังคับใช้ รวมไปถึงระบบสุขภาพในพื้นที่ที่ยังขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ ซึ่งในปัจจุบันเริ่มมีหน่วยจัดการกลางระดับอำเภอ คือ DHB ซึ่งอยู่ระหว่างการเริ่มต้น แต่ก็ยังไม่ชัดเจนว่าจะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ





**ผลการขับเคลื่อนตามข้อเสนอปี 2561**

| ข้อเสนอ<br>จากปี 2561  | กระบวนการ<br>ขับเคลื่อน  | ผลลัพธ์  |
|--|--|--|
| <b>ข้อเสนอต่อภาคประชาสังคม</b>   |  |  |
| 1. ให้ภาคประชาสังคมดำเนินงานในพื้นที่จากต้นทุนที่มี เช่น งบประมาณในท้องถิ่น จุดแข็งของพื้นที่ ปัจจัยที่เอื้อทั้งด้าน คน องค์กร กฎกติกาชุมชน ให้เข้มแข็งแล้วพัฒนาเป็นต้นแบบหรือโมเดล แล้วสร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน/องค์กรทั้งภาครัฐ วิชาการ วิชาชีพ หรือ กลไกด้านระบบสุขภาพ เพื่อขยายผลและสร้างความเข้มแข็ง | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กระบวนการส่งเสริมให้พื้นที่ใช้ศักยภาพทั้งด้านองค์ความรู้ งบประมาณ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่</li> <li>- กระบวนการสานพลังกลุ่มองค์กรสนับสนุนงบประมาณให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการ</li> <li>- กระบวนการสร้างองค์ความรู้ต้นแบบเพื่อการขยายผล</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เกิดพื้นที่การบูรณาการต้นแบบ 26 ตำบล ที่มีทักษะการทำงานแบบมีเป้าหมายร่วม และขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพอย่างเป็นขบวน ภายใต้ความร่วมมือของหลายหน่วยงานทั้ง สสส. สช. สปสช. สำนักงานสาธารณสุข</li> </ul> |

| ข้อเสนอ<br>จากปี 2561  | กระบวนการ<br>ขับเคลื่อน   | ผลลัพธ์  |
|--|---|--|
| 2. ควรมีการรวมกลุ่มกันเพื่อสร้างพลังในการขับเคลื่อนงาน โดยให้มีเป้าหมายวัตถุประสงค์ ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับนโยบายทั้งระดับชาติ จังหวัด อำเภอ ตำบล  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กระบวนการสรุปบทเรียนและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เกิดเครือข่ายความร่วมมือการพัฒนา นโยบายสาธารณะต่อหน่วยงานด้านสุขภาพ</li> <li>- เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะต่อหน่วยงานรัฐและ สสส.</li> </ul>  |
| <b>ข้อเสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)</b>  |   |  |
| 1. การสนับสนุนเงินทุนให้กับชุมชนและการติดตามประเมินผลของ สสส. ควรปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน ไม่ควรเน้นเรื่องข้อมูลเอกสารมากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ควรเน้นการใช้วิถีชีวิตของชาวบ้าน และหนุนเสริมด้วยหลักการใช้ข้อมูลที่ไม่รบกวนเวลาของชาวบ้านมากนัก | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กระบวนการประเมินแบบมีส่วนร่วม</li> <li>- กระบวนการออกแบบงานด้านสุขภาพโดยยึดเป้าหมายของพื้นที่เป็นตัวตั้ง</li> <li>- กระบวนการเสริมศักยภาพภาคีผู้รับทุนโดยเครือข่ายในพื้นที่</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เกิดโครงการที่มีการกำหนดเป้าหมายของพื้นที่เป็นตัวตั้งใน 5 จังหวัด คือ พัทลุง นครศรีธรรมราช กระบี่ สงขลา และชุมพร</li> <li>- เกิดการประเมินติดตามโครงการโดยเครือข่ายในพื้นที่เป็นผู้ร่วมติดตามประเมิน</li> <li>- เครือข่ายผู้รับทุนขนาดใหญ่ มีทักษะในการบริหารจัดการโครงการแบบมีประสิทธิภาพ</li> </ul> |



| ข้อเสนอ<br>จากปี 2561  | กระบวนการ<br>ขับเคลื่อน  | ผลลัพธ์  |
|--|--|--|
| 2. ควรลดกฎเกณฑ์เรื่องเอกสารประกอบการเงินที่ยุ่งยาก เช่น การแนบสำเนาบัตรประชาชนในทุกรายการเบิกจ่ายเพื่อเอื้อให้ชุมชนหรือองค์กรขนาดกลาง เล็กสามารถดำเนินงานได้อย่างคล่องตัว  | -กระบวนการสร้างพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาระดับจังหวัดด้านการจัดการเรื่องการเงิน  | -เครือข่ายผู้รับทุนขนาดเล็กสามารถบริหารจัดการด้านเอกสารการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพ  |
| 3. ควรเร่งทำความเข้าใจกับกรมสรรพากรให้มีข้อสรุปที่ชัดเจน เรื่องการเก็บภาษีจากเครือข่ายที่รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ในกรณีกรมสรรพากรตีความว่าการรับทุนสนับสนุนจาก สสส. เป็นการจ้างทำสินค้า และเป็นรายได้ของผู้รับทุน และให้มีการเสียภาษี ณ ที่จ่าย รวมทั้งมีการเรียกเก็บภาษีย้อนหลัง การชำระค่าอากรแสตมป์ ค่าปรับในการชำระภาษีล่าช้า | -กระบวนการสร้างความเข้าใจร่วมระหว่างกรมสรรพากร สสส. และเครือข่ายที่เดือดร้อนจากการเรียกเก็บภาษี<br>-กระบวนการเคลื่อนไหวเพื่อขับเคลื่อนนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ กระทรวงการคลัง<br>-กระบวนการแก้ไขปัญหารายกรณีด้านการเรียกเก็บภาษี | -เกิดหนังสือจากสรรพากร ในการเรียกเก็บภาษี ให้แยกประเภทรายรับเป็นหมวดกิจกรรมและค่าตอบแทน + ค่าบริหารจัดการ และสรุปว่าการรับงบประมาณจาก สสส. ไม่ใช่เป็นค่ารับจ้างทำของ<br>-เกิดการแก้ไขปัญหาเรื่องการเรียกเก็บภาษีให้เครือข่ายไปแล้วจำนวน 8 องค์กร<br>-การคิดคำนวณภาษีจะต้องคิดเฉพาะส่วนที่ค่าบริการจัดการ |

| ข้อเสนอ<br>จากปี 2561  | กระบวนการ<br>ขับเคลื่อน   | ผลลัพธ์   |
|--|---|---|
| 3. ขอให้ สสส. กำหนดโครงสร้างหรือกลไกการทำงานระดับภูมิภาคเพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่าง สสส. กับภาคีเครือข่ายได้ง่ายและสะดวกขึ้น  | -กระบวนการผลักดันให้เกิดหน่วยจัดการระดับจังหวัด<br>-กระบวนการรับฟังความเห็นเครือข่ายผู้รับทุน สสส. ด้านการกระจายอำนาจ   | -เกิดหน่วยจัดการระดับจังหวัด ในบางสำนักของ สสส.<br>-เกิดข้อเสนอด้านการกระจายอำนาจในระดับภูมิภาค และการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของ สสส.  |
| <b>ข้อเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)</b>  |   |   |
| 1. ควรเร่งทำความเข้าใจและหาข้อสรุปกับสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินให้ชัดเจน เรื่องระเบียบหรือข้อบังคับหรือหลักเกณฑ์ ด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการให้กับกลุ่ม/องค์กร ในชุมชน เพื่อลดปัญหาทางกฎหมาย และการถูกเรียกคืนย้อนหลัง รวมทั้งเพื่อให้คณะกรรมการกลั่นกรองโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมีความมั่นใจในการพิจารณาโครงการเพื่อลดปัญหางบประมาณค้างท่อ | -กระบวนการเสริมศักยภาพกรมการกองทุนระดับตำบล<br>-กระบวนการสร้างพื้นที่ต้นแบบในการลดปัจจัยเสี่ยงโดยกองทุนท้องถิ่น<br>-กระบวนการส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นมีศักยภาพในการบริหารจัดการกองทุนท้องถิ่น | -เกิดกองทุนท้องถิ่นที่ขับเคลื่อนด้านการลดปัจจัยเสี่ยงนำร่อง 13 ตำบล<br>-เกิดการขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงโดยกองทุนท้องถิ่นในเขตภาคใต้ตอนบน จำนวน 4 อำเภอ คือ อำเภอเมือง จ.นครศรีฯ อ.ทุ่งตะโก จ.ชุมพร อ.คลองท่อม จ.กระบี่ อ.เมือง จ.ระนอง |

### 3. ชุดความรู้และนวัตกรรมจากพื้นที่ต้นแบบ

| ข้อเสนอ<br>จากปี 2561  | กระบวนการ<br>ขับเคลื่อน  | ผลลัพธ์  |
|--|--|--|
| <b>ข้อเสนอต่อสำนักงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (สช.)</b>  |  |  |
| 1. สื่อมวลชนควรทบทวนบทบาท และจริยธรรมของสื่อ ไม่ควรนำเสนอภาพสื่อลามก ภาพที่ไม่เหมาะสม สิ่งที่น่าสงสัย ผลกระทบต่อวัฒนธรรมของชุมชน และการใช้คำที่ไม่อ่อนไหวสร้างความเข้าใจผิด  | - กระบวนการสนับสนุนสร้างนักสื่อสารสุขภาพร่วมกับสมาคมสื่อชุมชนภาคใต้ นครศรีธรรมราช<br>- กระบวนการสื่อสารผ่านสื่อสาธารณะ Tpbs ประเด็นการลดปัจจัยเสี่ยง | - เกิดนักสื่อสารลดปัจจัยเสี่ยง<br>- เกิดการสื่อสารเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงผ่านช่องทาง c-sits ของ Tpbs |
| <b>ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข</b>  |  |  |
| 1. ให้กระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ขยายระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้ครอบคลุมถึง ผู้มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด<br>2. ให้กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้หน่วยงานในสังกัด ด้านการให้บริการการจ่ายยาที่ลดความต้องการใช้สารเสพติด (เมธาโดล) ให้มีสถานที่บริการเฉพาะ ไม่เปิดเผย และขยายพื้นที่ให้บริการครอบคลุมระดับอำเภอและ รพสต. รวมทั้งขยายเวลาบริการให้ไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน | - อยู่ระหว่างการติดตาม   | - อยู่ระหว่างการติดตาม   |

“ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” หรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ โดยสุขภาพมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ มากมาย ทั้งด้านปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อมและระบบสุขภาพ/นโยบาย โดยส่วนของปัจเจกบุคคลและสภาพแวดล้อมนั้นมีความสัมพันธ์กันตลอดเวลา และจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพของประชากร แต่ระบบสุขภาพหรือนโยบายด้านสุขภาพก็เป็นปัจจัยที่สำคัญไม่แพ้กันต่อปัจจัยในเชิงปัจเจกบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพราะเป็นกรอบหรือทิศทางการสร้างสุขภาพเชิงนโยบาย

ดังนั้นในการศึกษาเพื่อกำหนดเป็นชุดความรู้ด้านการพัฒนาหรือการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพในครั้งนี้จึงได้เลือกพื้นที่ที่มีความหลากหลายทั้งในมิติ เช่น ขนาดของชุมชน ปริมาณประชากร วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ โดยการศึกษามุ่งเน้นจะเห็นกระบวนการทำงานในแต่ละด้านของปัจจัยกำหนดสุขภาพ คือ

- 1) กระบวนการพัฒนาทักษะเชิงบุคคล
- 2) กระบวนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- 3) กระบวนการเชื่อมกับระบบบริการสุขภาพ และการเคลื่อน

นโยบายสาธารณะ

## พื้นที่ศึกษา

- 1) ชุมชนประชาเสวี ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร
- 2) ชุมชนบ้านสวนพริก ต.ตากแดด อ.เมือง จ.พังงา
- 3) ชุมชนบ้านคลองหระ ต.คองหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
- 4) ชุมชนบ้านโสร่ง หมู่ที่ 3 ตำบลเขาตวม อ.ยะรัง จ.ปัตตานี

### ชุมชนประชาเสวี ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร

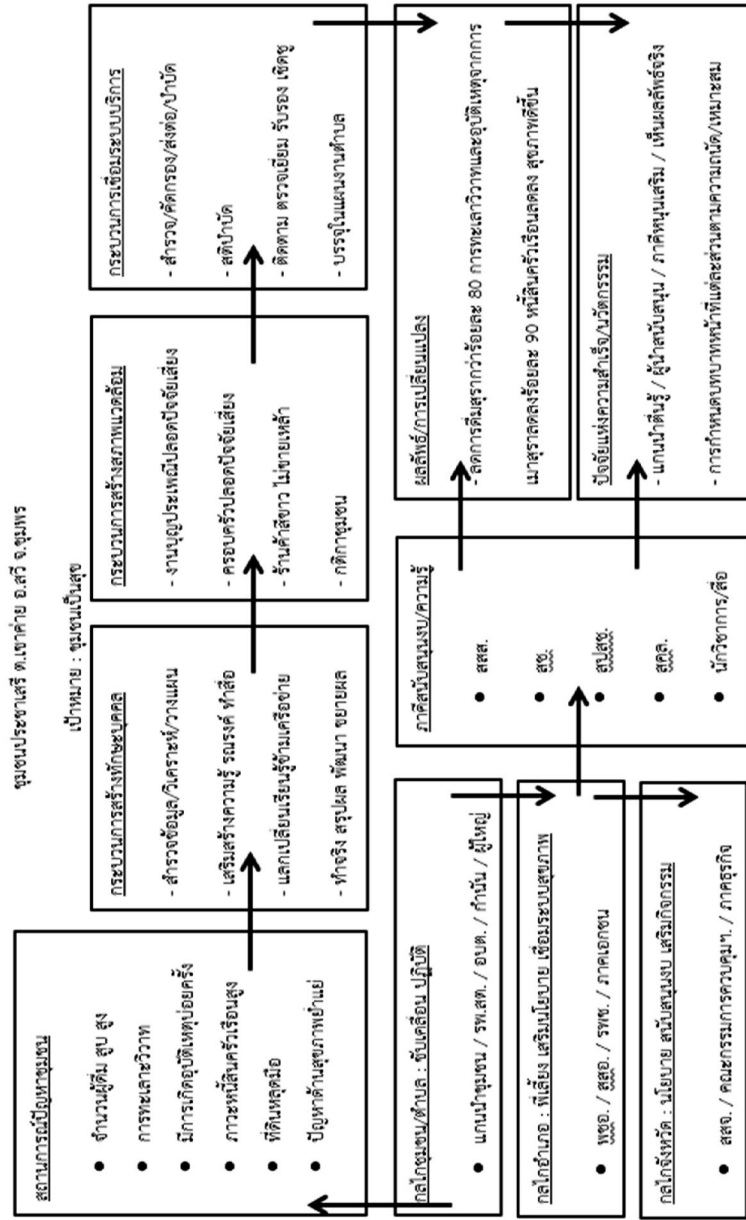
ตำบลเขาค่ายมีประชากรกลุ่มเป้าหมายจากอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 3,207 คน จากผลการดำเนินงานในปี พ.ศ.2560 จากการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว พบว่าผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพมีความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวาน 152 คน และจำนวนเบาหวานเสี่ยงสูงเกินเกณฑ์ต้องส่งพบแพทย์ 35 คน พบผู้มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 331 คน และจำนวนความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ต้องส่งพบแพทย์ 170 ราย และจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพพบว่าประชาชนบางส่วนยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม คือ ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม จากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา ดังนั้น

สถานการณ์ปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนในพื้นที่บ้านประชาเสวี หมู่ที่ 11 จำนวนประชากร 115 ครัวเรือน 385 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวอีสาน มีพฤติกรรมชอบดื่ม จำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหมู่บ้าน (ดื่ม 3 วันต่อสัปดาห์) จำนวน 30 คน มีการทะเลาะวิวาท 10 ครั้ง (ข้อมูลจากผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 11) เกิดอุบัติเหตุจากการดื่มสุรา 5 ครั้ง (ข้อมูลจาก รพ.สต. เขาค่าย) ความเจ็บป่วยเนื่องจากการดื่มสุรา (ข้อมูลจาก รพ.สต. บ้านเขาค่าย) มีปัญหาหนี้สินเนื่องจากค่าใช้จ่ายเรื่องสุรา (ข้อมูลจากผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 11)

### กระบวนการดำเนินงาน

การดำเนินงานเชิงรุก ได้แก่ การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคลดปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยมุ่งเน้นกระตุ้น เตือนให้ประชาชน ตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนำไปสู่สุขภาพดี และสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ มีการตัดสินใจที่ดี รวมถึงการจัดการตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อที่จะลดอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

## ปัจจัยกำหนดสุขภาพ



## ชุมชนบ้านสวนพริก ต.ตากแดด อ.เมือง จ.ระนอง

ตำบลตากแดด มีประชากรทั้งสิ้น 3,049 คน แยกเป็นชาย 1,514 คน หญิง 1,535 คน มีความหนาแน่นเฉลี่ย 54 คน/ตารางกิโลเมตร จำนวนครัวเรือน 1,315 ครัวเรือน โดยสภาพชุมชนตากแดดในอดีตเป็นชุมชนเกษตรกรรม มีการทำไร่ ทำสวน และทำนา แต่ในปัจจุบันเมืองเริ่มมีการขยายตัว จึงทำให้ในตำบลตากแดดเริ่มมีการสร้างโรงงานหรือสถานประกอบการทั้งด้านท่องเที่ยว และอุตสาหกรรมขนาดเล็ก ดังนั้นจึงทำให้ประชากรในตำบลตากแดดมีการเริ่มเปลี่ยนอาชีพเป็นรับจ้างมากขึ้น และในพื้นที่เริ่มมีประชากรแฝงมากขึ้นเป็นลำดับ

ในอดีตปัญหาด้านสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของ การดื่มเหล้า และสูบบุหรี่ และมีผลกระทบในพื้นที่ เช่น อุบัติเหตุ ทะเลาะวิวาท แต่จากการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2556 ทำให้ปัญหาเชิงประจักษ์จากเหล้าและบุหรี่เริ่มน้อยลง แต่ปัญหาด้านสุขภาพในปัจจุบันกลับเพิ่มการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อร้ายแรง (NCD) ทั้งเบาหวาน ความดัน หลอดเลือดอุดตัน ทั้งนี้เกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ทั้ง หวาน มัน เค็ม และการละเลยการออกกำลังกาย

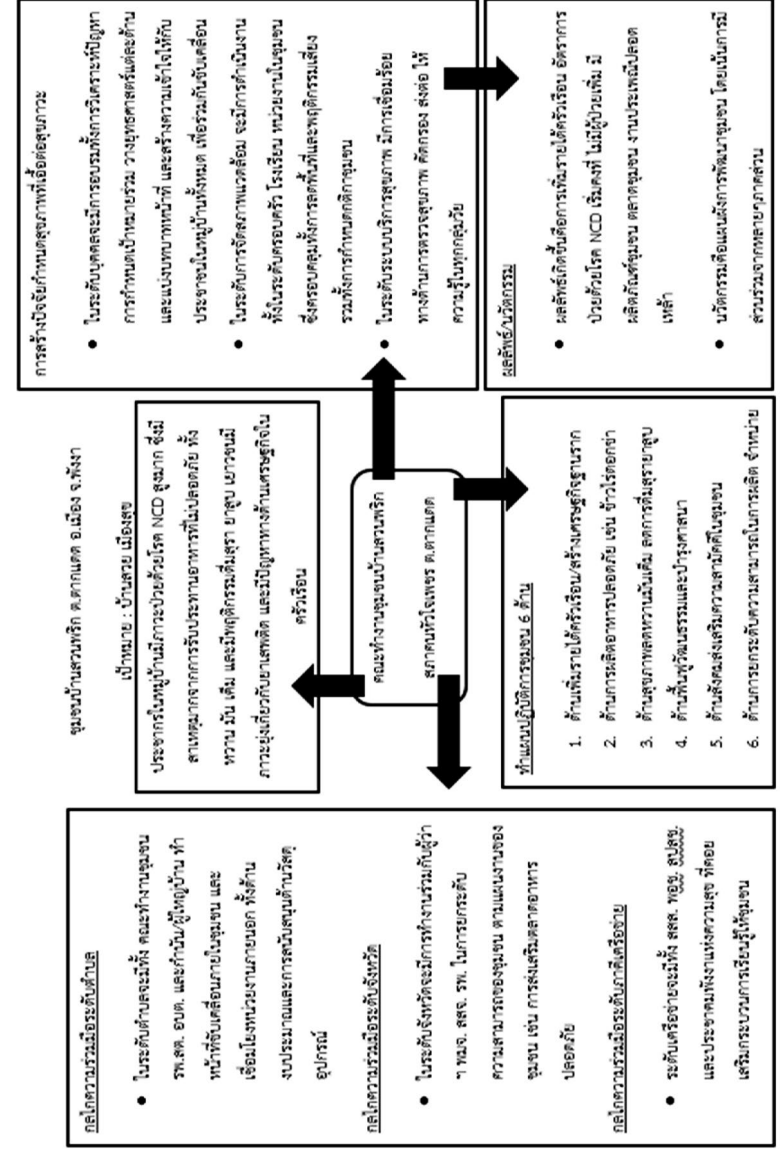
ด้านสภาพแวดล้อมเริ่มมีปัญหาเรื่องฝุ่น กลิ่น ขยะ น้ำเสีย เนื่องจากการเพิ่มของสถานประกอบการและอุตสาหกรรมขนาดเล็ก และการลดลงของพื้นที่ป่าไม้ จึงเริ่มส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในพื้นที่มากขึ้น ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านยาเสพติด พบว่ามีการระบาดในกลุ่ม

ของเยาวชน อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเป็นอัตราที่สูง และปัญหาการพนัน (หวยหุ้น) ก็ยังคงสร้างปัญหาให้กับชุมชนในปัจจุบัน

ด้านระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ตำบลตากแดดมีกระบวนการทำงานร่วมกันกับชุมชนอย่างเข้มแข็ง โดยมีการทำงานอย่างเป็นระบบ ทั้งคัดกรอง ส่งต่อ บำบัดฟื้นฟู และมีระบบติดตามให้กำลังใจ รวมทั้งการจัดทำฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

ด้านกลไกที่ขับเคลื่อนจะมีการสานพลังจากหลายภาคส่วน ในส่วนของชุมชนจะมีคณะทำงานลดปัจจัยเสี่ยง (ผู้นำชุมชน โรงเรียน อบต. ประชาชนชุมชน) ภาคีเครือข่าย (เครือข่ายงดเหล้า พชอ. สช. จังหวัดพังงา) ระบบบริการสุขภาพ (รพ.สต. กองทุนท้องถิ่น รพ.พังงา)

## ปัจจัยกำหนดสุขภาพ



## ชุมชนบ้านคลองหวะ: ต.คองหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

บ้านคลองหวะมีสภาพชุมชนเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีจำนวนหลังคาเรือนกว่า 2000 หลังคาเรือนมีประชากรแฝงจำนวนมากที่มาพักอาศัยและประกอบอาชีพอยู่ที่อำเภอหาดใหญ่ ปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเยาวชนคือ การเรียนไม่จบ มีพฤติกรรมรวมกลุ่มกันเพื่อสูบบุหรี่และดื่มสุรา รวมทั้งการยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ในผู้ใหญ่มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากเหล้า บุหรี่ ในอัตราที่สูง เนื่องจากในพื้นที่จะมีการจำหน่ายบุหรี่หนีภาษีจากต่างประเทศเป็นจำนวนมาก จึงทำให้มีการป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพองเป็นจำนวนมาก และป่วยด้วยโรค NCD ในกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี มากกว่าร้อยละ 80 มีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 2 ต่อปี

สถานการณ์ด้านสภาพแวดล้อมในพื้นที่ซึ่งมีร้านค้าที่ไม่ทำตามกฎหมาย ทั้งการขายเหล้า บุหรี่ให้กับเด็กที่กฎหมายห้ามไว้ มีพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ลับสายตาที่เด็กและเยาวชนใช้เป็นที่พักผ่อนเล่นๆ จุดประกอบกับชุมชนมีลักษณะคล้ายชุมชนแออัด จึงยังเป็นการเพิ่มความเสี่ยง และพบว่าบ้านหวะในอดีตก็เป็นที่พักยาเสพติดของนักค้าฝิ่นยาเสพติด

ที่ผ่านมาการบูรณาการความร่วมมือหน่วยงานในพื้นที่และการเชื่อมกับภาคีอื่น ๆ ยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก จะเป็นไปในลักษณะต่างหน่วยต่างทำ และขาดการจัดทำฐานข้อมูลที่รอบด้าน

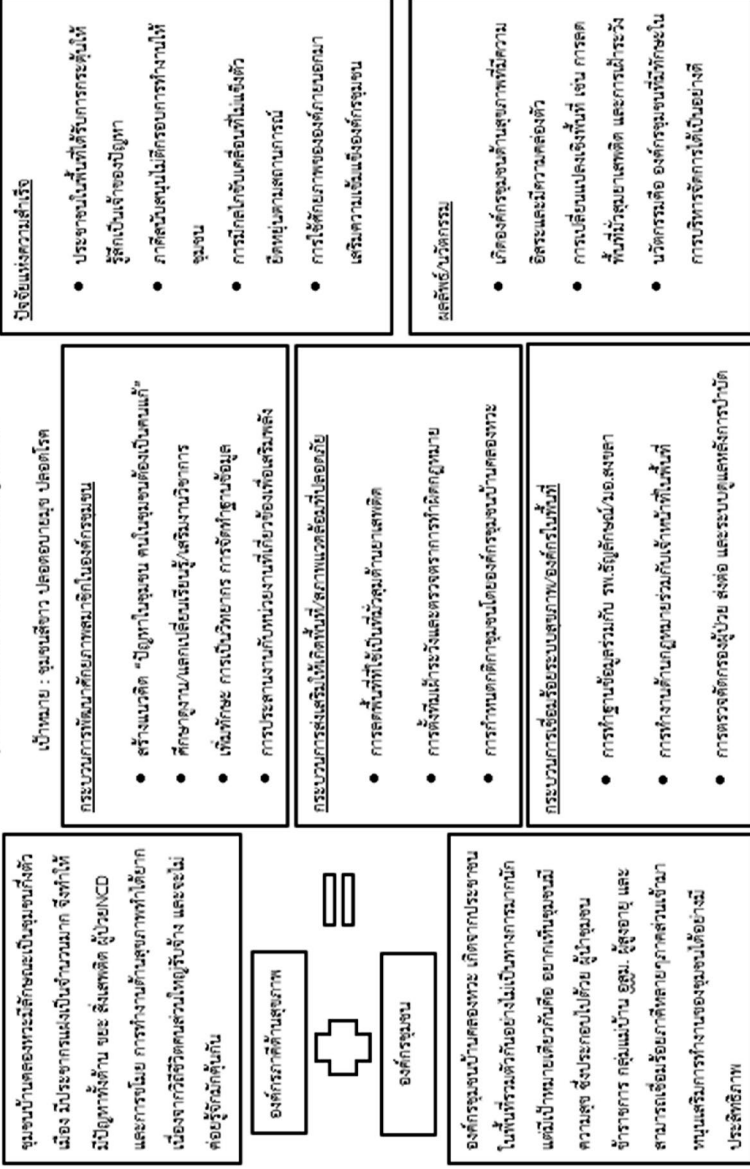
ด้านกระบวนการทำงานยังคงเน้นเชิงรับในระยะแรก เช่น การคัดกรอง การขอความร่วมมือหน่วยงานต่างๆ การป้องกันในกลุ่มเด็กและเยาวชน ส่วนกระบวนการดำเนินงานเชิงรุก ริเริ่มด้วยการจัดทำฐานข้อมูลร่วมกันระหว่างชุมชนและสถานบริการสุขภาพ จึงเริ่มมีการคัดกรอง ส่งต่อ และเริ่มการรณรงค์รายบุคคลและครอบครัว รวมทั้งการเข้มงวดเรื่องกฎหมาย เช่น การตรวจตราพื้นที่เสี่ยงต่างๆ และการประชาสัมพันธ์ให้ร้านค้าทำตามกฎหมายเป็นต้น

ด้านกลไกการขับเคลื่อนจะมีการสานพลังกันในทั้งส่วนของกลไกในชุมชน เช่น โรงเรียน ปรชาญชาวบ้าน อสม. คนต้นแบบ และร่วมมือกับองค์กรภายนอกทั้งส่วนราชการและองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น มูลนิธิเพื่อนหญิง (สสส.) โรงพยาบาลชุมชน (สธ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนท้องถิ่น (สปสช.) และมีการสนับสนุนทางวิชาการจากสถาบันทางวิชาการในพื้นที่ คือ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.มอ.)



## ปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ชุมชนบ้านคลองหวะ ต.คลองหรี อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา



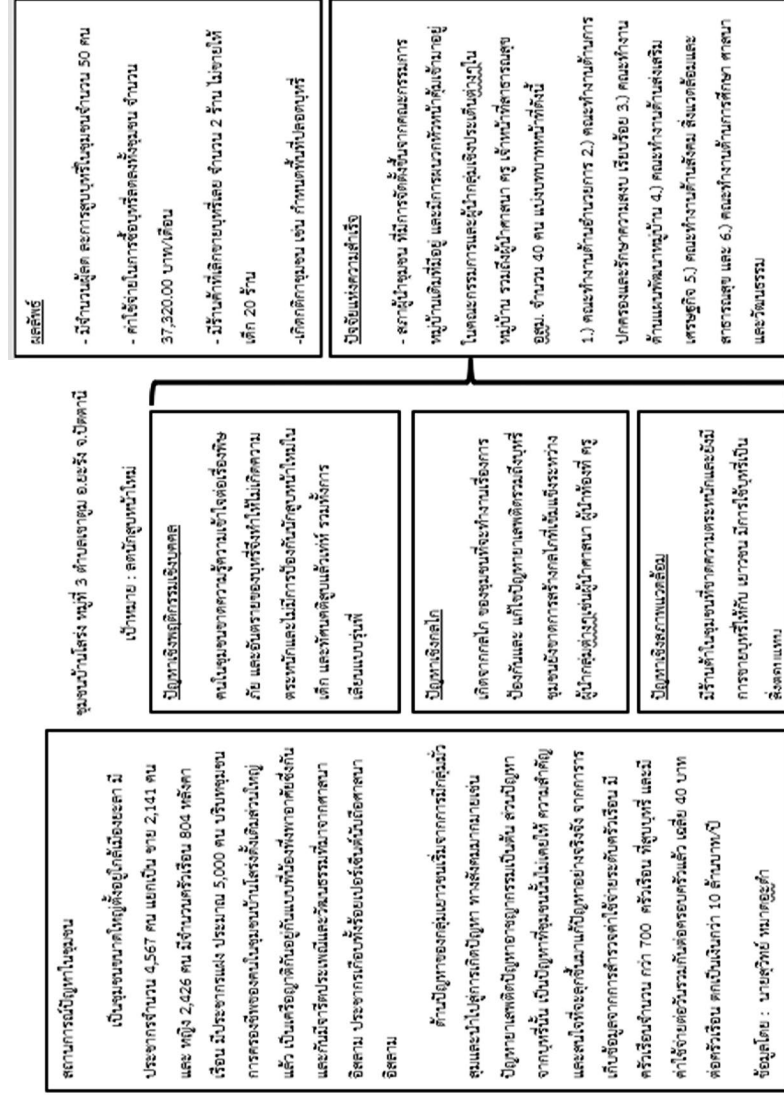
## ชุมชนบ้านไสร่ง หมู่ที่ 3 ต.เขาตม อ.ยะรัง จ.ปัตตานี

ชุมชนบ้านไสร่ง เป็นชุมชนที่มีความเจริญใหม่ตั้งอยู่ใกล้เขตเมืองยะลา อยู่หมู่ที่ 3 ตำบลเขาตม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี เป็นชุมชนขนาดใหญ่มีประชากรจำนวน 4,567 คน แยกเป็นชาย 2,141 คน และ หญิง 2,426 คน มีจำนวนครัวเรือน 804 หลังคาเรือน มีประชากรแฝงที่มากับมหาวิทยาลัยฟาฏอนี สถาบันตำรวจภูธรบ้านไสร่ง และหน่วยงานรัฐอีก ประมาณ 5,000 คน

ปัญหาที่พบในชุมชนจะเป็น เรื่อง บุหรี่ คนในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจต่อเรื่องพิษภัยและอันตรายของบุหรี่จึงทำให้ไม่เกิดความตระหนักและไม่มีการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในเด็ก ตัวเด็กและเยาวชนเองมีค่านิยมต่อการสูบบุหรี่ว่าเป็นเรื่องที่มีความเท่และทำให้เขาดูเป็นผู้ใหญ่มากขึ้นและเยาวชนบางส่วนก็มีการลอกเลียนแบบพฤติกรรมของเยาวชนรุ่นพี่ รวมทั้งชุมชนขาดกลไกที่จะทำงานเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด และบุหรี่ ชุมชนยังขาดการรสร้างกลไกที่เข้มแข็งระหว่างผู้นำกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้นำศาสนาผู้นำท้องที่ครูและป้าชุมชนเพื่อการสร้างกลไกในการควบคุมกฎหมายหรือกตึกาหมู่บ้านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการลดปัญหาเสพติด ทำให้ชุมชนนั้นมีการระบาดของบุหรี่ และนำไปสู่การใช้ยาเสพติดอย่างอื่นในที่สุดเหล่านี้ล้วนเกิดจากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อปัญหา เช่น มีร้านค้า

ในชุมชนที่ขาดความตระหนักและยังมีการขายบุหรี่ให้กับเยาวชน ยังผิดกฎหมาย มีการใช้บุหรี่เป็นสิ่งตอบแทนในการร่วมงานหรือ ช่วยงานทางสังคมของคนในชุมชนและเยาวชนโดยไม่รู้สึกรู้ว่านี่คือการให้สิ่งที่ไม่ดีและ ในระดับผู้นำทางศาสนายังให้คำชี้ขาดตอบปัญหา บุหรี่ที่แตกต่างกัน โดยฝ่ายหนึ่งมองว่าบุหรี่เป็นแค่เรื่องที่น่ารังเกียจ เท่านั้น แต่อีกฝ่ายที่มีความเคร่งครัดมากกว่าจะตีความว่าบุรีคือสิ่งที่ ต้องห้ามเพราะเป็นสิ่งที่ทำร้ายร่างกายของตนเองและนำไปสู่การสร้าง อันตรายต่อบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างด้วย (ข้อมูลจากสุวิทย์ หมายอดะดำ, ผู้ประสานงานหน่วยจัดการพื้นที่ชุมชนนำอยู่กลุ่มจังหวัดชายแดนใต้)

## ปัจจัยกำหนดสุขภาพ



## 4. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

### 4.1 เครือข่ายภาคประชาสังคม

1) ให้มีการทำงานที่มีองค์ประกอบทั้งการสร้างพื้นที่ รูปธรรมความสำเร็จ การสื่อสารสาธารณะ และมีเป้าหมายร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

2) สร้างกลไกการทำงานร่วมระดับจังหวัด ทั้งเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วม และยุทธศาสตร์ และการขับเคลื่อนโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง

### 4.2 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

1) ให้ สสส. มีกลไกการทำงานในระดับภูมิภาค และระดับจังหวัด

2) ให้ สสส. สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานของกองทุน สสส. เช่น จัดให้มีเวทีรับฟังความเห็นของภาคี เครือข่าย เพื่อพัฒนาการทำงาน

3) ให้ สสส. มีการสนับสนุนให้เกิดกลไกการทำงาน โดยใช้พื้นที่จังหวัดเป็นตัวตั้ง และส่งเสริมการดำเนินยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับจังหวัด

4) ให้ สสส. เพิ่มบทบาทของภาคประชาชนในสัดส่วนของบอร์ด กรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ

5) ให้ สสส. เร่งหาข้อสรุปและสร้างความเข้าใจในแนวทางการยุติปัญหาจากกรณีการเรียกเก็บภาษีจากผู้รับทุน

### 4.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ให้ร่วมมือกับองค์กรด้านสุขภาพอื่นในการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อการขับเคลื่อนอย่างเป็นขบวน

### 4.4 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

1) ให้ร่วมมือกับองค์กรด้านสุขภาพอื่นในการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อการขับเคลื่อนอย่างเป็นขบวน

### 4.5 กระทรวงสาธารณสุข

1) ให้กระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ขยายระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบ ให้ครอบคลุมถึงผู้มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด

2) ให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้หน่วยงานในสังกัด ด้านการให้บริการการจ่ายยาที่ลดความต้องการใช้สารเสพติด (เมธาโดล) ให้มีสถานที่บริการเฉพาะ ไม่เปิดเผย และขยายพื้นที่ให้บริการครอบคลุมระดับอำเภอและ รพ.สต. รวมทั้งขยายเวลาบริการให้ไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน

3) ให้กระทรวงสาธารณสุขยุติกระบวนการแก้ไข พ.ร.บ.กองทุน สสส. ที่อาจจะทำให้กองทุน สสส. ขาดความเป็นอิสระและตกอยู่ภายใต้หน่วยงานหนึ่งหน่วยงานใด

### 4.6 สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ

#### มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ศจร.มอ.)

1) ให้เป็นหน่วยงานในการสร้างกลไกประสานงานเครือข่ายระดับภาค ในการเสริมการทำงานโดยใช้พื้นที่จังหวัดเป็นตัวตั้ง และเกี่ยวร้อยองค์กรสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและนโยบาย โดยมีเป้าหมายให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นขบวนทั้งระดับภาคและระดับจังหวัด

## เอกสารอ้างอิง

1. ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย. (2559). ข้อเท็จจริงและเครื่องดัดตัวเลข แอลกอฮอล์ในประเทศไทย: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงทางพิมพ์
3. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ห้วงตุลาคม 2559-มีนาคม 2560 ข้อมูลจากเว็บไซต์ <https://www.oncb.go.th> ณ วันที่ 13 กรกฎาคม 2562

## สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ  
สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
กระทรวงสาธารณสุข  
สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)

