

(ร่าง)

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ

พ.ศ. 2560-2579

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2560

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ

พ.ศ. 2560-2579

สารบัญ

บทที่ 1 สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งระดับนานาชาติและในประเทศ	3
บทที่ 2 การตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับนานาชาติ	48
บทที่ 3 การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย	80
บทที่ 4 วิเคราะห์จุดอ่อน-จุดแข็งและส่วนขาดของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	87
บทที่ 5 ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion and Prevention Excellence)	94
บทที่ 6 กลไกดำเนินงาน การควบคุมกำกับ และประเมินผล	113

บทที่ 1

สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งระดับนานาชาติและในประเทศ

1. บทนำ

ปัญหาสุขภาพของประชากรโลกเป็นปัญหาทางสังคมที่ทุกประเทศให้ความสำคัญ ในอดีตที่ผ่านมามีปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่รุนแรงเกิดขึ้นหลายต่อหลายครั้ง เช่น การระบาดของไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค โรคไข้หวัดใหญ่ ที่การระบาดแต่ละครั้งได้คร่าชีวิตมนุษย์เป็นหลักแสนไปจนถึงหลายล้านคน ในการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 เมื่อปี พ.ศ. 2461 มีผู้ติดเชื้อมากถึง 500 ล้านคนและนำไปสู่การเสียชีวิตทั่วโลกเป็นจำนวนราว 50 - 100 ล้านคน กล่าวกันว่าการระบาดครั้งนั้นทำให้อายุขัยเฉลี่ยของพลเมืองโลกหดสั้นลงมาจากเดิมถึง 12 ปี

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในอดีตคือ โรคติดต่อ แต่ก็ยังมีปัญหาทางสุขภาพอย่างอื่นมากมายซึ่งมีสาเหตุจากการด้อยพัฒนาของระบบสาธารณสุข และความยากจน ซึ่งนำมาซึ่งปัญหาสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ในเรื่องต่าง ๆ ทำให้เกิดความชุกของโรคของแม่และเด็ก โรคขาดอาหารและโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค อย่างไรก็ตามการพัฒนาทางสาธารณสุขในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 ได้ช่วยให้ภัยสุขภาพของโลกลดน้อยลง โดยเป็นจากการพัฒนาความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและสาธารณสุข การพัฒนารักษาและวัคซีนป้องกันโรค รวมถึงการปรับปรุงสุขภาพและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ การพัฒนาดังกล่าวทำให้มีผู้คาดการณ์ว่า โรคติดต่อต่างๆ จะหมดไปจากโลก และประชาชนจะมีสุขภาพะ มีอายุยืนยาว ถึงกับมีการกำหนดว่า ประชากรโลกทุกคนจะมีสุขภาพดีภายในปี ค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543

อย่างไรก็ดี ประชากรโลกในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาก็ยังประสบปัญหาสุขภาพอีกมากมาย นับตั้งแต่การเกิดโรคติดต่อชนิดใหม่ ๆ เช่น โรคเอดส์ โรคระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง มีหน้าซ้ำ โรคที่เคยทำท่าว่าจะควบคุมได้ก็กลับมาอุบัติซ้ำและปรับตัวให้ดื้อต่อการรักษา เช่น มาลาเรียและวัณโรค ในขณะที่เดียวกันก็เกิดกลุ่มโรคเรื้อรังชนิดต่าง ๆ เพิ่มขึ้นในประเทศต่าง ๆ จนกลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของแทบทุกประเทศ กลุ่มโรคดังกล่าวคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งกลุ่มโรคเมรื่องของอวัยวะต่าง ๆ ยิ่งไปกว่านั้น สภาพที่ประชาชนทำลายสิ่งแวดล้อมทั้งเพื่อการแสวงหาทรัพยากรธรรมชาติหรือทำลายสิ่งแวดล้อมเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้สภาพแวดล้อมขาดความสมดุล เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากต่อสภาวะอากาศของโลก มีส่วนให้เกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรงอยู่บ่อยครั้ง เช่น แผ่นดินไหว พายุ ปรากฏการณ์โลกร้อน เป็นต้น

สิ่งที่เห็นได้ชัดเจนอีกประการหนึ่งคือ ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชาชน ทั้งในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศเดียวกัน และความแตกต่างระหว่างประเทศ ตัวอย่างเช่น พลเมืองประเทศญี่ปุ่นมีอายุขัยเฉลี่ยเกิน 80 ปี แต่อายุขัยเฉลี่ยของหลายประเทศในทวีปแอฟริกามีอายุขัยเฉลี่ยต่ำกว่า 50 ปี ประเทศสวีเดนมีผู้เสียชีวิตจากการจราจรบนถนนปีละ 2.8 คนต่อประชากร 1 แสนคน ในขณะที่ประเทศไทยมีมากถึง 36 คนต่อประชากร 1 แสนคน

สำหรับประเทศไทย แผนการพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) มีการปฏิรูปประเทศเพื่อแก้ปัญหาพื้นฐานหลายด้าน ท่ามกลางสถานการณ์โลกที่มีการเปลี่ยนแปลงและการแข่งขันที่สูง รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่และการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก ดังนั้นในช่วงแผนพัฒนาฯ แบบที่ 12 นับเป็นช่วงเวลาที่ทำนายเป็นอย่างมากสำหรับการพัฒนาประเทศไทยได้สถานะดังกล่าว ดังนั้นเพื่อการพัฒนาที่มีความยั่งยืนจึงจำเป็นต้องมีแผนพัฒนาประชากรในประเทศในภาพรวมให้เป็นประชากรมีความสมบูรณ์ในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาต้นทุนมนุษย์จากการยกระดับคุณภาพการศึกษา การเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ ตลอดจนยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศไทยได้กรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศนั้น จึงต้องมุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเน้นความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วน เพื่อมุ่งสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน”

การมุ่งไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนนั้น จะต้องอาศัยการวางแผนยุทธศาสตร์จึงมีความสำคัญในทุกขั้นตอน เพื่อให้สามารถนำไปสู่การพัฒนาและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง โดยเน้นที่กระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยทางยุทธศาสตร์ การกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์และการแปลงแผนสู่การปฏิบัติเพื่อให้แผนยุทธศาสตร์ที่ได้จัดทำขึ้นเกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวนี้ จะอยู่ภายใต้แนวความคิด “แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อสู่ความเป็นเลิศ”

2. สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพของประเทศไทย

2.1 สถานการณ์สุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิต

ก. สถานการณ์สุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)

1) สุขภาวะของมารดา

หลายทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาการตายของมารดา การลดลงของจำนวน การเกิดหรืออัตราการเจริญพันธุ์รวม และการเกิดที่ไม่มีคุณภาพ จากการสำรวจอัตราส่วนการตายของ มารดาไทยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2556 อัตราส่วนการ ตายของมารดามีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ จาก 44.30 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เป็น 31.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยเท่ากับ 22.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ อย่างไรก็ตาม เป้าหมายนี้ยังไม่บรรลุตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ คือ 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการเจริญพันธุ์รวมในอดีตและปัจจุบัน พบว่าในอดีตผู้ หญิงไทยหนึ่งคนมีบุตรเฉลี่ยตลอดด้วยเจริญพันธุ์ 6 คน แต่ในปัจจุบันมีบุตรเพียง 1.6 คน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า สังคมไทยยังคงเผชิญกับปัญหา “เด็กเกิดน้อยแต่ด้อยคุณภาพ”

โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการตายของมารดามาจากปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอด มารดาที่ขาด โภชนาการทั้งก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในขณะที่มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม

ในขณะนี้ กรมอนามัยได้ดำเนินการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดคุณภาพ เพื่อจะเป็นแนวทางในการ พัฒนาคุณภาพการเกิดของประชากร

2) พัฒนาการของเด็กปฐมวัย

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 27.2 ซึ่งอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น การขาดการกระตุ้นพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสม การคลอด ก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก พฤติกรรมการเล้า นิทานของพ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็ก และการเล่นกับลูกโดยไม่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ทั้งนี้ต้นเหตุเหล่านี้มีหลาย สาเหตุ รวมถึงสภาพสังคมที่เปลี่ยนเข้าสู่ยุคอุตสาหกรรม เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากเขตชนบทเข้าสู่

เมืองใหญ่มากขึ้น ผู้คนในชนบทไม่สามารถเลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง ส่วนผู้คนในเมืองใหญ่ก็ต้องทำงานมากขึ้นทำให้ไม่สามารถดูแลเด็กเล็กด้วยตนเองเช่นกัน นำไปสู่การขาดโอกาสกระตุ้นพัฒนาการให้กับเด็กอย่างเหมาะสม

ปัจจุบันผู้ปกครองนิยมนำเด็กไปฝากไว้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากขึ้น มีหลายหน่วยงานที่ให้การดำเนินงานด้านศูนย์เด็กเล็กเพื่อนำทุนกระตุ้นพัฒนาการที่สมวัยแต่ก็ยังคงพัฒนาในอีกหลายส่วน และท้ายที่สุดการดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างมีคุณภาพนั้นก็เป็นการบ่มเพาะเมล็ดพันธุ์ที่มีคุณภาพในอนาคตที่ดีต่อไป

แต่การสร้างเสริมพัฒนาการเด็กนั้นจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่การพัฒนาระบบบริการการฝากครรภ์ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลเด็กในขั้นตอนแรกสุด การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีโอกาสได้เลี้ยงดูเด็กและกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมและถูกต้อง การส่งเสริมให้เด็กได้เข้ารับการตรวจประเมินพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างระบบส่งต่อเมื่อพบกับปัญหาพัฒนาการล่าช้า ล้วนเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้พัฒนาการของเด็กไทยเป็นไปอย่างสมวัย

3) การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple indicators cluster survey: MICS) ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2549 (UNICEF Office for Thailand, 2007), ครั้งที่ 4 พ.ศ.2555 (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2558 พบว่าอัตราการเลี้ยงดูด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ลดลง แต่อัตราน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม เพิ่มขึ้น ส่วนเด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ผอม อ้วน เพิ่มขึ้นในปี 2555 และลดลงในปี 2558 โดยภาวะเตี้ยยังคงมีความชุกสูงที่สุด

ผลกระทบของทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (low birth weight - LBW) และเด็กเตี้ย (เด็กที่ขาดอาหารสะสมเป็นเวลานานหรือแบบเรื้อรัง) นอกจากโครงสร้างด้านร่างกายแล้วยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตมีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบไปยังรุ่นลูกหลาน หากไม่ได้รับการแก้ไข เด็กจะมีภาวะเตี้ย แคระแกร็นและเกิดปัญหาเช่นนี้ในรุ่นต่อไป

ด้วยเหตุนี้ จึงต้องส่งเสริมให้เด็กช่วงอายุ 0-5 ปีให้มีโภชนาการที่ดี เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตทั้งส่วนสูงและน้ำหนักเหมาะสมกับวัย (สูงดีสมส่วน) ซึ่งจะส่งผลดีทั้งในด้านสาธารณสุข สังคม การศึกษา และเศรษฐกิจ และยังทำให้บรรลุเป้าหมาย SDGs ข้อ 2 ยุติความหิวโหยและขจัดปัญหาทุพโภชนาการทุกรูปแบบให้หมดไป จากรายงาน Health Data Center (HDC) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในงวดที่ 1 และงวดที่ 2 ปี 2559 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ยังคงต่ำอยู่ คือ มีเพียงร้อยละ 47.7

นอกจากนี้ ยังมีเด็กอีกร้อยละ 10.0 ที่เข้าไม่ถึงวัคซีนพื้นฐาน เด็กดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ เด็กในพื้นที่ชนบทห่างไกลทุรกันดาร เด็กด้อยโอกาสในพื้นที่เขตเมือง และเด็กต่างด้าวทั้งในและนอกระบบ ซึ่งการรับวัคซีนเหล่านี้จะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพให้กับเด็กไทยให้ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่อันตรายต่อไป

4) สถานการณ์สุขภาพของเด็กไทย

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) มีภาวะเตี้ย ภาวะอ้วน ภาวะผอม และภาวะซิด การขาดอาหารเรื้อรัง ทำให้เด็กเตี้ย แกร่ง กระแฉ่น ภูมิต้านทานโรคต่ำ เจ็บป่วยบ่อย และมีสติปัญญาต่ำ แตกต่างจากปัญหาภาวะอ้วนที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มากเกินไปความต้องการของร่างกาย มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีผลนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Chronic Diseases: NCDs)

จากการสำรวจปีพ.ศ. 2558 พบว่าเด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 7.5 ภาวะผอมร้อยละ 5.2 และภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 12.5 รวมถึงปัญหาภาวะซิดในเด็กวัยเรียน ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ปัญหาการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาข้างต้นควรแก้ไขให้เด็กมีความสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองและมีทักษะสุขภาพจะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และสามารถจัดการตนเองได้

ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กไทยที่พบว่ามีความเสี่ยงในเด็กไทยอายุ 3 ขวบมีความชุกที่ร้อยละ 38.6 ในการสำรวจระดับประเทศครั้งที่ 6 ในปี 2551 ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้น แม้มีความพยายามของบุคลากรในสำนักทันตสาธารณสุขที่จะดำเนินการที่จะลดการบริโภคของหวานในเด็ก และมีมาตรการในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมการแปรงฟันโดยกฎหมายเรื่องการระบอบาณนลาภยาสิฟัน การเติมฟลูออไรด์ลงไปน้ำ หรือการให้บริการการเคลือบหลุมร่องฟันซึ่งร่วมมือเป็นโครงการ vertical program นอกโดยเริ่มจากการขับเคลื่อนในการเอาน้ำตาลออกจากสูตรนม follow on ของเด็ก มีการจัดตั้งเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานซึ่งมีการขับเคลื่อนสร้างภาคีไปทั่วประเทศโดยมีการจัดทำโครงการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม การผลักดันเรื่องเกี่ยวกับภาษีเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกินมาตรฐาน เป็นต้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่เน้นเรื่องการส่งเสริมป้องกันเป็นสำคัญ และในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555 – 2559 ก็พบยุทธศาสตร์ที่พยายามขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ ในระดับท้องถิ่น เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่นที่จะเข้าร่วมดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นแนวทางที่น่าจะส่งผลในเชิงบวกต่อกระบวนการสร้างสุขภาพช่องปากโดยองค์กรในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม

5) ภาวะทุพโภชนาการในเด็กไทย

จากรายงานของ Global School-based Student Health Survey (GSHS) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ได้ทำการสำรวจเด็กนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปีในปี 2008 และปี 2015 พบว่า เด็กไทยจำนวนไม่น้อย มีปัญหาเรื่องน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และเกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยในปี 2008 มีเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินอยู่ที่ร้อยละ 10.0 และร้อยละ 4 มีน้ำหนักเกิน ส่วนรายงานในปี 2015 พบว่าเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มเป็นร้อยละ 16.2 และสัดส่วนเด็กที่มีน้ำหนักเกินเพิ่มเป็นร้อยละ 5.5¹ นอกจากนี้เด็กไทยก็ยังยังมีปัญหาเด็กไทยน้ำหนักน้อยด้วยเช่นกัน โดยปี 2015 ได้มีการรายงานเด็กน้ำหนักน้อยอยู่ที่ร้อยละ 8.4

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 เมื่อปี 2551-2552 ก็พบว่า ความชุกน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปีคิดเป็นร้อยละ 9.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีก่อนๆ อย่างชัดเจน และจากการเปรียบเทียบผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 จะเห็นแนวโน้มเช่นเดียวกับกลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี คือ ปัญหาโภชนาการพร่องลดลง แต่ปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนกลับพบเพิ่มขึ้น

สาเหตุที่ทำให้เด็กมีน้ำหนักมากหรือน้อยกว่าเกณฑ์นั้นมาจากหลายปัจจัย ทั้งการเลี้ยงดู อาหาร กิจกรรมทางกาย เป็นต้น และจากรายงานเดียวกันก็พบว่าเด็กไทยเกินครึ่งค่อนน้ำอ้วนลงพุงเป็นประจำ และอีกเกือบร้อยละ 60.0 ที่กิจกรรมทางกายต่ำเป็นเวลามากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลต่อน้ำหนักตัวทั้งสิ้น

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคอ้วนคิดเป็นร้อยละ 2-6 ของภาระค่า ใช้จ่ายด้านสุขภาพ และร้อยละ 0.2-0.6 ของผลผลิตมวลรวมของประเทศที่พัฒนาแล้ว มีการประมาณว่าโรคอ้วนจะเป็นภาระกับผลผลิตมวลรวมของประเทศที่กำลังพัฒนา สูงถึงร้อยละ 1.1-2.1 ซึ่งหากไม่รีบแก้ไขภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคอ้วนนี้อาจทำให้เศรษฐกิจของประเทศกำลังพัฒนาหยุดชะงักได้

ปัจจุบัน มีหลายภาคส่วนได้พยายามจัดการและดูแลปัญหาน้ำหนักของเด็ก โดยเฉพาะเด็กในวัยเรียน ตัวอย่างเช่น การจัดโครงการต่าง ๆ ในโรงเรียน โครงการเด็กไทยไม่กินหวาน เป็นต้น ซึ่งแนวทางควบคุมป้องกันโรคอ้วนในเด็ก ได้กล่าวว่าการจัดการปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนจะต้องดำเนินการอย่างมีระบบ โดยได้ให้แนวทางการทำงานตั้งแต่ระดับผู้บริหารของโรงเรียน ครูประจำโรงเรียน ผู้ปกครอง นักเรียน ตลอดจนผู้ค้าขายนอกรอบโรงเรียนและชุมชนรอบโรงเรียน เป็นต้น

6) เด็กไทยกับระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์

กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันราชานุกูล ได้ทำการสำรวจนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ ในปี 2554 โดยมีเด็กที่ได้รับการสำรวจ จำนวนทั้งสิ้น 23,641 ราย พบว่าระดับสติปัญญา(Intelligent Quotient: IQ) เฉลี่ยในเด็กไทยอายุ 6-15 ปี เท่ากับ 98.59 ซึ่งมีคะแนนมากขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2554 แต่ก็ยังต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ=100) ในภาพรวมของประเทศ พบว่า มีเด็กถึงร้อยละ 48.5 มีปัญหา

ระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ($IQ < 100$) โดยยังมีเด็กกลุ่ม ที่มีปัญหาระดับสติปัญญาบกพร่อง ($IQ < 70$) อยู่ถึง ร้อยละ 6.5 สำหรับการสำรวจระดับสติปัญญา ในปี 2559 ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญญา เฉลี่ย (IQ) เท่ากับ 98.23 ถือเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่อนข้างต่ำต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล ($IQ=100$)

การสำรวจระดับ ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) มีกลุ่มเด็กที่ได้รับการสำรวจจำนวน 23,274 ราย ด้วยแบบประเมินความ ฉลาดทางอารมณ์ สำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี (ฉบับย่อ) โดยกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้ประเมินคุณลักษณะของความฉลาดทางอารมณ์ 3 ด้าน คือ (1) ด้านดี เป็นความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยประเมินจากการควบคุมอารมณ์ การใส่ใจและเข้าใจอารมณ์ผู้อื่น และการยอมรับผิด (2) ด้านเก่ง คือความพร้อมที่จะพัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จ โดยประเมินจากการมุ่งมั่นพยายาม การปรับตัวต่อปัญหา และการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (3) ด้านสุข คือความพร้อมทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความสุข โดยประเมินจากการมีความพอใจในตนเอง การรู้จักปรับใจ และความรื่นเริงเบิกบาน การสำรวจ แบ่งเด็กออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่ม EQ ควรได้รับการพัฒนา (2) กลุ่ม EQ ปกติ และ (3) กลุ่ม EQ สูงกว่าปกติ พบว่า เด็กนักเรียนไทย มีคะแนน EQ ปกติ เท่ากับร้อยละ 64 มีคะแนน EQ สูงกว่าปกติ เท่ากับร้อยละ 13 มีคะแนน EQ ควรได้รับการพัฒนา ร้อยละ 23 สภาวะดังกล่าวสะท้อนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กไทย ซึ่งนับว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศ

7) การบาดเจ็บในเด็กไทย

รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนนพ.ศ. 2558 ที่ได้กล่าวถึงสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตของประเทศทั่วโลกนั้น ประเทศไทยมีอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก ซึ่งจากสถิติในปี 2558 มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากถึง 943 คน เป็นกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี 575 คน

นอกจากสถิติข้างต้นที่พบว่าเด็กไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนแล้ว ยังพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี คือการจมน้ำ ซึ่งน่าเป็นอันดับแรกในทุกสาเหตุทั้งโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ อัตราการเสียชีวิตอยู่ในช่วง 6.8-11.5 ต่อแสนประชากร ซึ่งแต่ละปีจะมีการเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 1,117 คน หรือวันละ 3.2 คน โดยเด็กผู้ชายในกลุ่มอายุ 5-9 ปีเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด

จากข้อมูลการเฝ้าระวัง ยังพบว่าเด็กเล็กช่วงก่อนเข้าเรียนมักจะเสียชีวิตในพื้นที่ใกล้บ้านเนื่องจากอยู่อาศัยในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง ส่วนในเด็กโตมักจะเสียชีวิตพร้อมกันหลายคนเนื่องจากไม่มีทักษะความปลอดภัยทางน้ำ เช่น การช่วยเหลือคนจมน้ำ การเอาชีวิตรอดจากการจมน้ำ และยังพบว่าเด็กไทยอายุน้อยกว่า 15 ปี วายน้ำเป็นร้อยละ 23.7 และวายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดได้เพียงร้อยละ 4.4 และยังมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องอีกมากมายเกี่ยวข้องกับการจมน้ำ เช่น สถานที่ ช่วงเวลา การดื่มสุรา ฯลฯ ซึ่งสามารถนำไปสู่การจัดการแก้ไข ป้องกัน เพื่อลดจำนวนเด็กที่จะจมน้ำได้

ข. สถานการณ์สุขภาพเด็กวัยรุ่นไทย (กลุ่มอายุ 15-29 ปี)

เป็นประชากรวัยรุ่นและวัยทำงาน หากเกิดความเจ็บป่วยสูญเสียในกลุ่มประชากรในช่วงอายุนี้อาจจะเกิดความสูญเสียเป็นอันมากต่อประเทศ สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายกลุ่มอายุ 15-29 ปี คือ อุบัติเหตุ ส่วนในเพศหญิง คือ ความผิดปกติทางจิต นอกจากนี้ยังมีโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมถึงโรคไม่ติดต่ออื่นๆ อาทิเช่น โรคมะเร็ง, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียในกลุ่มนี้เช่นกัน

กลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และจากการสำรวจพบว่าสาเหตุการตายของประชากรในกลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ได้แก่ กลุ่มโรคติดเชื้อ ความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิด และภาวะโภชนาการบกพร่อง กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลุ่มการบาดเจ็บ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มโรคติดเชื้อ ความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิด และภาวะโภชนาการบกพร่อง การตายจากกลุ่มโรคติดเชื้อ (Communicable diseases) โรคจากการติดเชื้อจุลชีพก่อโรค เช่น ไวรัสแบคทีเรีย รา โปรโตซัว ปรสิต เชื้อดังกล่าวอาจก่อให้เกิดโรคในสัตว์หรือพืชได้ โรคนี้สามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นหรือระหว่างสิ่งมีชีวิตในสายพันธุ์เดียวกัน การติดต่ออาจเกิดได้มากกว่าหนึ่งทาง โดยอาจสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง หรือเชื้อโรคอาจถ่ายทอดไปโดยสารน้ำในร่างกาย อาหาร น้ำดื่ม ลมหายใจ ที่มีเชื้อปนเปื้อนหรือผ่านพาหะโรคก็ได้

สาเหตุการป่วยที่เกิดจากความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิดและภาวะโภชนาการบกพร่องได้แก่การตั้งครรภ์ของมารดามีความเสี่ยง หรือเป็นอันตรายต่อมารดาและทารก ทั้งในระหว่างตั้งครรภ์ระหว่างคลอด และหลังคลอด ทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ หรือคลอดหลังอายุครรภ์เกิน 42 สัปดาห์ เหนือเกณฑ์น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือมากกว่า 4,000 กรัม ภาวะทารกโตช้าในครรภ์ ทารกพิการทางสมอง มารดาเคยผ่านการผ่าตัดมดลูกหรืออวัยวะสืบพันธุ์ ตั้งครรภ์แฝด ทารกในครรภ์อยู่ในท่าที่ผิดปกติไม่สอดคล้องกับอายุครรภ์ รวมทั้งมารดาตั้งครรภ์ขณะมีอายุน้อยกว่า 16 ปี หรือมากกว่า 40 ปี ด้วย

สำหรับสาเหตุการป่วยจากภาวะโภชนาการบกพร่องของมารดา เช่น การขาดสารไอโอดีน การขาดธาตุเหล็ก การขาดสารไอโอดีน (Iodine deficiency) ในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลอย่างรุนแรงกับทารกในครรภ์คือ ทารกตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือแท้ง ทารกอาจพิการแต่กำเนิด มีความบกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้ช้า การเจริญเติบโตของร่างกายช้า ร่างกายแคระแกร็น เด็กจะมีระดับสติปัญญาดำกว่าปกติ การขาดธาตุเหล็ก ทำให้เกิดภาวะซีดของมารดา (Iron-deficiency anemia) ภาวะซีดในหญิงหลังคลอด 6-10 สัปดาห์ มีผลลดความไวในการตอบสนองของแม่ต่อเด็ก ส่งผลให้เด็กมีการพัฒนาล่าช้าในหลายด้าน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCDs) เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและยังรวมถึงการอยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความผิดปกติหรือความเสื่อมโทรมของร่างกาย สามารถป้องกันได้หากรู้เข้าใจและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ถูกต้อง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การเกิดโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน (diabetes - DM) ความดันโลหิตสูง (hypertension - HT) โรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke) โรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease - IHD) และอื่นๆ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มการบาดเจ็บ: Injury การบาดเจ็บทำให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายต่อหน้าที่หรือโครงสร้างหรืออวัยวะของร่างกาย อันมีสาเหตุจากแรงหรือปัจจัยภายนอกทั้งทางกายภาพหรือเคมี และทั้งโดยเจตนา (การฆ่าตัวตาย ฆาตกรรม) หรือไม่ได้เจตนา (อุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บจากกีฬา) เป็นต้น

จากทั้ง 3 กลุ่มโรคที่กล่าวมา พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของประชากรไทยทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเฉพาะในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จากรายงานสาเหตุการตายจำแนกตามรายโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 พบว่า เพศชายมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด (ร้อยละ 11) รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 7.7) อุบัติเหตุทางถนน (ร้อยละ 7.7) และโรคมะเร็งตับ (ร้อยละ 6.8) ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด (ร้อยละ 14.5) รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 8.8) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 8.7) และโรคมะเร็งตับ (ร้อยละ 4.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 1.1) นอกจากนี้โรคไม่ติดต่อยังเป็นสาเหตุการป่วยที่สำคัญของผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 15-59 ปีอีกด้วย ซึ่งได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, ไตวาย และโรคหัวใจ (ตารางที่ 1.2)

ตารางที่ 1.1 สาเหตุการตายของประชากรไทย 10 อันดับ จำแนกเพศและรายโรค พ.ศ.2556

ลำดับที่	ชาย	ตาย ('000)	ร้อยละ	ร้อยละ	ตาย ('000)	หญิง
1	โรคหลอดเลือดสมอง	29	11.1	14.5	29	โรคหลอดเลือดสมอง
2	โรคหัวใจขาดเลือด	20	7.7	8.8	18	โรคหัวใจขาดเลือด
3	อุบัติเหตุทางถนน	20	7.7	8.7	18	โรคเบาหวาน
4	โรคมะเร็งตับ	18	6.8	4.0	8	โรคมะเร็งตับ
5	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	15	5.7	3.8	8	โรคไตอักเสบและไตพิการ
6	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	11	4.2	3.2	6	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง
7	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	11	4.1	2.7	5	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
8	โรคเบาหวาน	11	4.1	2.6	5	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
9	ภาวะตับแข็ง	11	4.0	2.6	5	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด
10	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	7	2.7	2.5	5	อุบัติเหตุทางถนน

ที่มา: รายงานการะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ตารางที่ 1.2 อัตราการป่วยของผู้ป่วยใน 10 ลำดับแรก ต่อประชากรกลุ่มอายุ 15-59 ปี 100,000 คน จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2557

ลำดับ	กลุ่มโรค	รวม	ชาย	หญิง
1	โรคความดันโลหิตสูง	621.41	561.51	680.09
2	การดูแลมารดาที่มีปัญหาของทารกในครรภ์และโพรงน้ำคร่ำ รวมทั้งปัญหาในการคลอด	591.48	0.00	591.48
3	ภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บครรภ์และการคลอด	578.51	0.00	578.51
4	เบาหวาน	526.77	459.39	592.79
5	โลหิตจางจากไขกระดูกฝ่อและโลหิตจางชนิดอื่น	480.97	472.09	489.67
6	ไตวาย	345.60	387.50	304.56
7	การบาดเจ็บที่ศีรษะ	282.85	451.79	117.35
8	โรคติดเชื้อที่ลำไส้	282.44	229.38	334.42
9	รูปแบบอื่นๆของโรคหัวใจ	282.10	292.62	271.80
10	โรคของหลอดเลือดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น	263.41	276.89	250.20

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

อย่างไรก็ตามภาระโรคในแต่ละกลุ่มวัยอาจมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน ดัชนีชี้วัดที่สำคัญของการประเมินภาระโรค คือ การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALYs) (ตารางที่ 1.3)

ตารางที่ 1.3 อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ช่วงอายุ 15-29 ปี จำแนกตามเพศ และกลุ่มโรค (ต่อประชากร 1,000 คน) พ.ศ. 2556

กลุ่มโรค	DALYs (ชาย)	DALYs (หญิง)	กลุ่มโรค
อุบัติเหตุ	30.7	7.9	ความผิดปกติทางจิต
ความผิดปกติทางจิต	10.1	6.3	อุบัติเหตุ
ความผิดปกติทางการรับรู้	7.4	6.1	ความผิดปกติทางการรับรู้
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	4.7	2.1	โรคมะเร็ง
โรคมะเร็ง	3.2	2.0	ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ

โรคหัวใจและหลอดเลือด	3.1	1.6	โรคหัวใจและหลอดเลือด
โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	1.0	0.9	ความผิดปกติทางระบบประสาท
ความผิดปกติทางระบบย่อยอาหาร	1.1	0.2	โรคเบาหวาน

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

นอกจากนั้นยังได้มีการแบ่งกลุ่มที่มีปัญหาสำคัญในช่วงอายุ 15 – 24 ปีโดย 5 อันดับแรกได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บครรภ์และการคลอด การดูแลมารดาที่มีปัญหาของทารกในครรภ์และโพร่ง น้ำคร่ำ รวมทั้งปัญหาในการคลอด การบาดเจ็บที่ศีรษะและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ทางสูติกรรม โดยเมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการเจ็บป่วยระหว่างเพศ จะเริ่มพบความแตกต่างของการเจ็บป่วยในเพศชายและเพศหญิง โดยพบว่าในเพศชายกลุ่มโรคที่ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ การบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคติดเชื้อที่ลำไส้ โลหิตจางจากไขกระดูกฝ่อและโลหิตจางชนิดอื่น และโรคของไส้ติ่ง ตามลำดับ และในส่วนของผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 15 – 24 ปี ซึ่งจัดเป็นช่วงวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์ สาเหตุที่พบลำดับแรกๆ ส่วนใหญ่จึงเกี่ยวกับภาวะการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บครรภ์และการคลอด การดูแลมารดาที่มีปัญหาของทารกในครรภ์และโพร่ง น้ำคร่ำ รวมทั้งปัญหาในการคลอดและภาวะอื่นทางสูติกรรม

ดังนั้นประเทศไทยจึงได้มีการดำเนินการให้มีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีรายละเอียดคือให้สถานศึกษาดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ให้สถานบริการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ให้มีการจัดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ให้ราชการส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการให้วัยรุ่นในเขตราชการส่วนท้องถิ่นได้รับสิทธิสวัสดิการสังคมในด้านอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิตถือเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องให้เกิดภาระโรคจำนวนมากแก่สังคมไทยโดยเฉพาะในผู้หญิงที่มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพจิตเน้นไปที่ทุกกลุ่มวัยโดยในเด็กนอกจากเรื่องของสติปัญญาแล้วและความฉลาดทางอารมณ์แล้ว ในวัยอื่นๆ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตยังมุ่งเน้นไปที่ความสุขและความเข้มแข็งของครอบครัว และการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1.4 อัตราการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก ต่อประชากร 100,000 คน กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี (รวมทุการวินิจฉัยโรค) จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2557

ลำดับ	กลุ่มโรค	รวม	ชาย	หญิง
1	ภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บครรภ์และการคลอด	1,365.84	0.00	1365.84
2	การดูแลมารดาที่มีปัญหาของทารกในครรภ์และโพรงน้ำคร่ำ รวมทั้งปัญหาในการคลอด	1,178.38	0.00	1,178.38
3	ภาวะอื่นทางสูติกรรม มิได้จำแนกไว้ที่ใด	505.86	0.00	505.86
4	การบาดเจ็บที่ศีรษะ	375.11	602.10	137.64
5	การตั้งครรภ์ที่สิ้นสุดด้วยการแท้ง	348.10	0.00	348.10
6	โรคติดเชื้อที่ลำไส้	244.60	172.96	319.55
7	โลหิตจางจากไขกระดูกฝ่อและโลหิตจางชนิดอื่น	220.70	158.33	285.95
8	โรคของไส้ติ่ง	193.68	182.46	205.41
9	โลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงแตก	180.25	121.92	241.28
10	ไข้ dengue/ไข้เลือดออก dengue	173.58	180.92	165.90

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สภาพสังคมในปัจจุบันที่ไม่เอื้อให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีเวลาในการดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่ ทำให้เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นและไม่อาจปรับตัวให้เท่าทันสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงมากมาย พฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ในอายุที่น้อยลง การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

สภาวะข้างต้นสามารถสรุปได้เป็นประเด็นได้ดังต่อไปนี้

- พฤติกรรมความเสี่ยงทางอนามัยเจริญพันธุ์: พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยในครั้งแรกของการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ แต่พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายลดลง
- การคลอดมีชีพในวัยรุ่น: มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก จาก 31.1 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 47.9 ในปี พ.ศ. 2557 และยังมีการมาคลอดซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ. 2557

จะเห็นได้ว่าสภาพของปัญหาของวัยรุ่นเป็นสภาพปัญหาที่มีความจำเพาะสูง ต้องการวิธีการจัดการที่แตกต่างไปจากกลุ่มวัยอื่นๆ ซึ่งการเพิ่มการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและลักษณะจำเพาะของวัยรุ่นจะช่วยให้เด็กวัยรุ่นสามารถมีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

เด็กและวัยรุ่นกับความรุนแรง

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาหลายประเทศในยุโรปและสหรัฐอเมริกา รวมถึงศูนย์ควบคุมโรค (Center for Disease Control) ได้มีการศึกษาเรื่อง ผลกระทบของประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก: Adverse childhood experiences (ACE) กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งพบว่าหากเกิดประสบการณ์อันเลวร้ายในวัยเด็กขึ้นแล้วนั้น ผลกระทบที่ตามมาจะส่งผลไปตลอดช่วงชีวิตเลยทีเดียว

ประสบการณ์เลวร้ายจากการศึกษานั้นมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การถูกละเลยทอดทิ้งทางกายภาพ และทางจิตใจ การถูกทารุณกรรม การตีเด็กรุนแรง บ่อยครั้ง การใช้คำพูดรุนแรง ประชดประชัน ตีตรา การกระทำที่สร้างความกลัวทำให้เด็กรู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัยทางจิตใจ การทอดทิ้งทางร่างกายและอารมณ์ ความรู้สึก หรือแม้กระทั่งการหย่าร้าง การใช้สารเสพติดภายในบ้าน มีบุคคลที่ป่วยทางจิตอาศัยในบ้าน ล้วนส่งผลกระทบกับเด็กทั้งสิ้น

ผลกระทบที่ตามมากับเด็กที่มีประสบการณ์เลวร้าย จัดได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ
2. มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
3. ศักยภาพในตนเองลดลง
4. การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

หากจะขยายความผลกระทบที่เกิดขึ้น อาจจะระบุได้ เช่น มีกิจกรรมทางกายที่ลดลง พัฒนาการไม่สมกับวัย ไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน เลิกเรียนกลางคัน มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นพิษสุราเรื้อรัง มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในอายุน้อย ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไม่ประสบความสำเร็จในการทำงาน มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ฯลฯ และที่สำคัญคือ หากมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กมากกว่า 6 อย่างขึ้นไป จะมีอายุขัยน้อยลงเกือบ 20 ปี เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประสบการณ์เลวร้ายเลย จะเห็นได้ว่าช่วงชีวิตของเด็กและวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีความเปราะบาง และเป็นสิ่งที่กำหนดทางเดินชีวิตของเด็กแทบจะตลอดชีวิต

ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามกรอบความคิดระบบสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว หากสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กที่ดีที่ปลอดภัย และสร้างต้นทุนเป็นภูมิคุ้มกันให้กับเด็ก ตลอดจนพัฒนาระบบ

บริการสุขภาพที่เข้มแข็ง ก็จะสามารถลดความเสี่ยงไม่ให้เด็กตกอยู่ในภาวะความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวได้

ในประเทศไทย ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางที่ดีมาก แต่ก็ยังต้องส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติจริง สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 ได้รายงานจำนวนเด็กที่เข้ารับบริการจากศูนย์พึ่งได้ (OSCC) พบว่าการเข้ารับบริการของเด็กไทยที่ศูนย์พึ่งได้ในปี 2554 จำนวน 11,491 ราย ปี 2555 จำนวน 9,703 ราย และปี 2556 จำนวน 19,229 ราย จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการจากศูนย์พึ่งได้มีมากขึ้น

บทบาทที่สำคัญของหน่วยงานสาธารณสุขในการดูแลรักษาเด็กกลุ่มที่ถูกทารุณกรรมและถูกทอดทิ้ง คือการดูแลรักษาทางด้านร่างกายและจิตใจ หากอ้างอิงตามรายงานการศึกษาข้างต้นแล้วจะพบว่าผลกระทบระยะยาวนั้นมีมากกว่าที่จะประเมินค่าได้ การป้องกันและส่งเสริมไม่ให้เด็กมีประสบการณ์อันเลวร้ายจึงเป็นแนวทางการดูแลที่จะได้ผลมากที่สุด

มีงานศึกษาวิจัยหลายชิ้นที่กล่าวถึงบทบาทของหน่วยงานทางสาธารณสุขในการป้องกันการทารุณกรรมเด็กไว้ ตัวอย่างบทบาทของหน่วยงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการเกิดการทารุณกรรม คือ การให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อสังเกตและคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง การจัดให้นักสังคมสงเคราะห์ดูแลครอบครัวที่มีความเสี่ยง การใช้แบบสอบถามคัดกรองความเสี่ยงกับผู้ปกครอง ผลการศึกษาวิจัยก็พบว่าทำให้กิจกรรมข้างต้น สามารถลดการทารุณกรรมเด็กได้ ทั้งในเชิงสังคม เชิงการแพทย์ และการรายงานของผู้ปกครองเอง

นอกจากนี้ ตัวชี้วัดทางเศรษฐศาสตร์ก็ยังคงทำให้เห็นว่าการป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะไม่พึงประสงค์ล้วนมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนในการทำงานเชิงป้องกัน ดังเช่นในรายงานของ Corso เรื่อง Dollars and Lives: The Economics of Healthy Children กล่าวถึงตัวเลขทางเศรษฐกิจในประเทศสหรัฐอเมริกาที่สูงเสียในกลุ่มของหญิงที่ถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก เป็นตัวเลขสูงถึง 40-75 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงกว่ากลุ่มหญิงที่ไม่เคยถูกทารุณกรรม 10-18 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (รวมแล้วประเทศสหรัฐอเมริกามีตัวเลขความสูญเสียในกลุ่มหญิงที่เคยถูกทารุณกรรมช่วงวัยเด็กปีละ 50-93 พันล้านเหรียญต่อปี)

ในมลรัฐมิชิแกนก็เคยทำการเปรียบเทียบการลงทุนในการทำโครงการป้องกันการทารุณกรรมเด็กเช่นกัน โดยได้ทำการวิเคราะห์ผลประโยชน์ค่าใช้จ่าย (cost-benefit analysis) ก็พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการป้องกันโดยการเยี่ยมบ้านและการจัดโรงเรียนพ่อแม่ นั้น คิดเป็นร้อยละ 1.8 และ 3.6 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผลและผลกระทบจากการเกิดการทารุณกรรมเด็ก

ถึงแม้ตัวเลขการศึกษาถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการทารุณกรรมในเด็กของประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดว่ามีมากน้อยเพียงใด แต่การป้องกันไม่ให้เกิดการทารุณกรรมและความรุนแรงในเด็ก

นั่นก็จะสามารถลดการเกิดผลกระทบระยะยาวต่อเด็กไทย ทั้งในด้านของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ศักยภาพของประชากรและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ค. กลุ่มอายุ 30-59 ปี

กลุ่มประชากรในช่วงอายุนี้นี้เป็นประชากรวัยทำงานทั้งหมด นอกจากนี้ยังถือเป็นช่วงก่อนวัยสูงอายุ ซึ่ง โรคไม่ติดต่อ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของความสูญเสียในช่วงอายุนี้นี้ โดยสาเหตุอันดับหนึ่ง คือ โรคมะเร็ง รองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ประชากรในช่วงอายุนี้นี้ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 30-44 ปี และช่วงอายุ 45-59 ปี ซึ่งลำดับของการสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจะแตกต่างกัน สำหรับประชากรช่วงอายุ 45-59 ปี จะมีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคไม่ติดต่อที่มากกว่า ตามข้อมูลในตารางที่ 1.5 และ 1.6

ตารางที่ 1.5 อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ช่วงอายุ 30-44 ปี จำแนกตามเพศ และกลุ่มโรค (ต่อประชากร 1,000 คน) พ.ศ. 2556

กลุ่มโรค	DALYs (ชาย)	DALYs (หญิง)	กลุ่มโรค
ความผิดปกติทางจิต	39.5	18.9	ความผิดปกติทางจิต
อุบัติเหตุ	27.7	9.6	โรคมะเร็ง
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	18.6	5.7	อุบัติเหตุ
โรคหัวใจและหลอดเลือด	14.3	5.2	โรคหัวใจและหลอดเลือด
โรคมะเร็ง	10.8	4.0	ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ
ความผิดปกติทางระบบย่อยอาหาร	10.1	3.6	ความผิดปกติทางการรับรู้
ความผิดปกติทางการรับรู้	5.1	2.5	โรคเบาหวาน
โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	4.6	1.2	ความผิดปกติทางระบบประสาท

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ตารางที่ 1.6 อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ช่วงอายุ 45-59 ปี จำแนกตามเพศ และกลุ่มโรค (ต่อประชากร 1,000 คน) พ.ศ. 2556

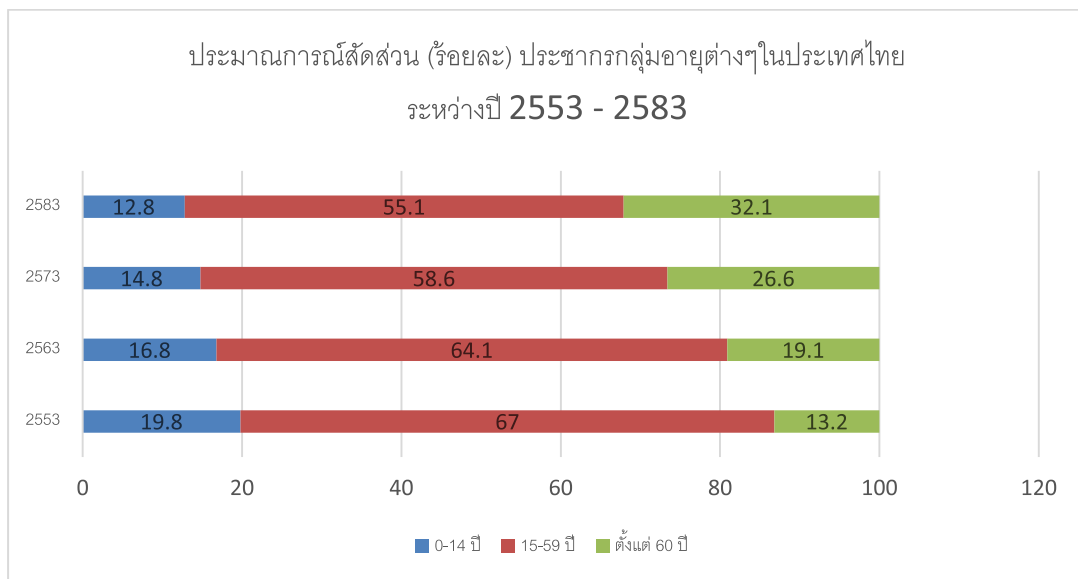
กลุ่มโรค	DALYs (ชาย)	DALYs (หญิง)	กลุ่มโรค
โรคมะเร็ง	45.7	35.7	โรคมะเร็ง
โรคหัวใจและหลอดเลือด	44.4	22.8	โรคหัวใจและหลอดเลือด
ความผิดปกติทางจิต	42.3	17.5	ความผิดปกติทางจิต
อุบัติเหตุ	27.5	14.6	ความผิดปกติทางกระดูกและ กล้ามเนื้อ
ความผิดปกติทางระบบย่อยอาหาร	17.8	14.1	ความผิดปกติทางการรับรู้
ความผิดปกติทางการรับรู้	14.6	13.5	โรคเบาหวาน
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	9.2	8.1	อุบัติเหตุ
โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	9.0	2.7	ความผิดปกติทางระบบประสาท

แหล่งที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ง. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2558 (ราว 10 ล้านคน) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และอาจจะเกินหนึ่งในสี่ของประชากรไทยภายในปี พ.ศ. 2573^{1,2} ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวถือว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากภาพที่ 1 ยังแสดงให้เห็นว่า จำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ หากอัตราการเกิดและอัตราการตายยังเป็นอยู่เช่นทุกวันนี้

ภาพที่ 1 แสดงประมาณการณ์สัดส่วน (ร้อยละ) ผู้สูงอายุที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคตระหว่างปี 2553 – 2583



จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2556 โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ และ
กรรมอนามัย พบว่าร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่โรคใดก็โรคหนึ่ง เช่น โรคเบาหวาน (ร้อย
ละ 18) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) ซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และผู้ป่วยติดเชื้อ
(ร้อยละ 1) นอกจากนี้การสำรวจยังพบว่ารายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 6,000 บาท และผู้สูงอายุ 8
ใน 10 คนอาศัยอยู่คนเดียว

จากตารางที่ 1.7 Knodel⁴ ได้ทำการศึกษาและรายงานความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในครัวเรือนไทย
ระหว่างปี พ.ศ. 2537 ถึง 2554 พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับแค่คู่ชีวิตมีเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 3.6
และ 14.2 ไปเป็นร้อยละ 8.6 และ 25.7 ตามลำดับ ทำให้เมื่อผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยจน
ต้องการผู้ดูแลใกล้ชิดในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน โอกาสที่จะมีญาติพี่น้องดูแลก็จะลดลงไปด้วย ในปี
พ.ศ. 2557 มีการประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องมีผู้ดูแลในประเทศไทยอยู่ที่ 180,000 ราย
ซึ่งคาดว่าต้องการผู้ดูแลไม่ต่ำกว่าหลายหมื่นคนเพื่อช่วยเหลือให้ท่านเหล่านี้มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีไม่อยู่
สภาพที่ถูกทอดทิ้งให้ช่วยตัวเองอยู่บนที่นอนหรือในบ้านเพียงลำพังเป็นเวลานาน จึงมีความจำเป็นต้องมี
การสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนจนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ตารางที่ 1.7 ข้อมูลครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2554

ปี พ.ศ.	ขนาดครัวเรือน (คน)	สัดส่วนผู้ที่อาศัย กับบุตร (%)	สัดส่วนผู้สูงอายุ อาศัยคนเดียว(%)	สัดส่วนผู้สูงอายุ อาศัยกับคู่ชีวิต (%)
2537	-	72.8	3.6	14.2
2545	-	65.7	6.5	20.5
2550	3.75	59.4	7.6	23.9
2554	3.63	56.5	8.6	25.7

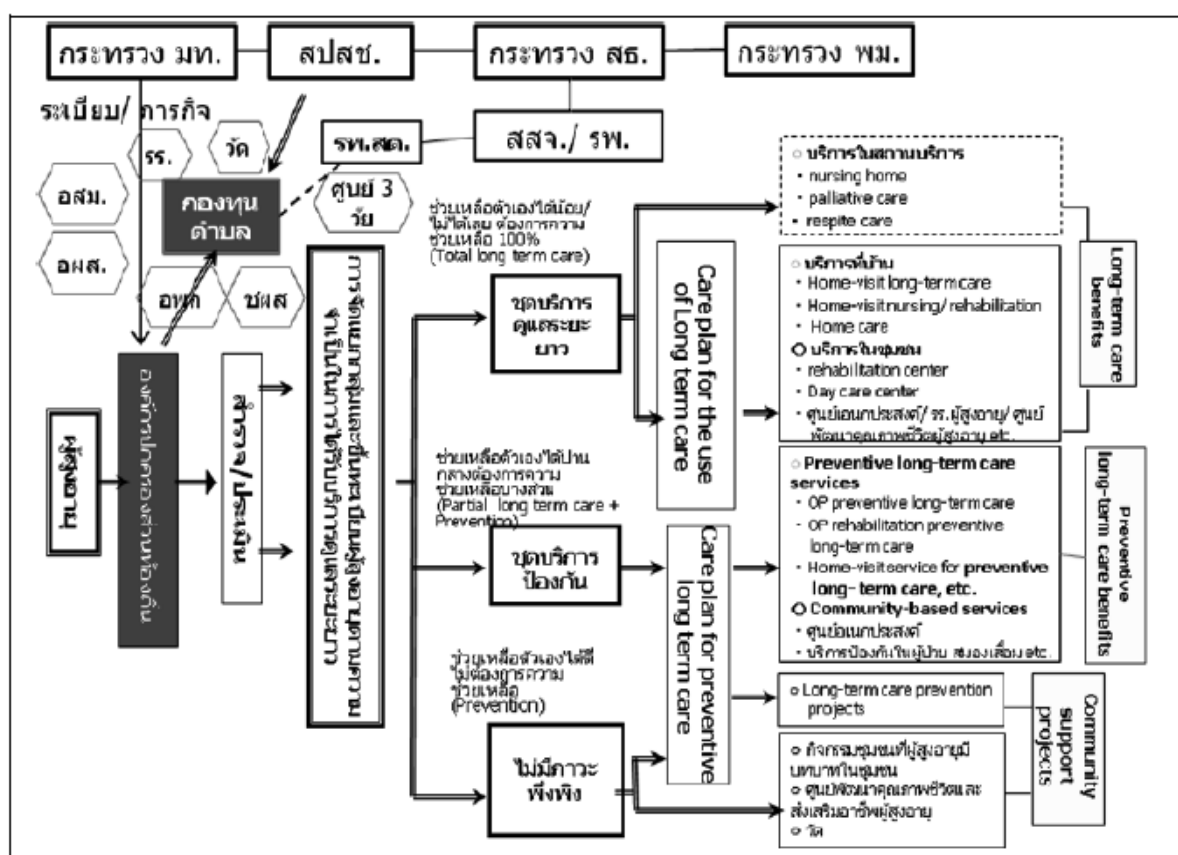
แหล่งที่มา: Knodel J, Chayavan N, and Pachuabmoh V. (2013).

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมาประมาณมากกว่า 30 ปี โดยในปี พ.ศ. 2525 มีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุฉบับแรกเกิดขึ้น และมีแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่สองเกิดขึ้นในปี 2545 ซึ่งถือเป็นแผนที่ได้มีการดำเนินการขับเคลื่อนเกี่ยวกับการจัดตั้งองค์กร การจัดให้มีกฎหมาย และสวัสดิการต่างๆ เช่น ในปี 2546 ได้มีการผ่านร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 จัดให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยกรรมการมีอำนาจหน้าที่สำคัญในการกำหนดนโยบายและแผนหลักเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุน สถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ส่งเสริมและสนับสนุนให้สถาบันครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้รับรองสิทธิของผู้สูงอายุที่จะได้รับการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สะดวก รวดเร็ว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตที่ดีผ่านการเรียนรู้ การมีอาชีพที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมในชุมชน มีระบบอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุทั้งในอาคารในการเดินทาง และการเข้าชมสถานที่ของรัฐ การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มตามสมควร และจัดเรื่องเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุ ซึ่งในปีพ.ศ. 2552 มีการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นประจำเดือน ในปี พ.ศ. 2558 พรบ.กองทุนการออกแห่งชาติมีผลบังคับใช้ ซึ่งถือเป็นรูปแบบการจัดเก็บเงินสำหรับช่วยประชาชนที่ไม่ได้ทำงานประจำให้มีบำนาญในช่วงสูงวัย เป็นต้น

แม้การดูแลให้ผู้สูงอายุปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและมีความสามารถในการดำรงชีพได้อย่างอิสระ (active ageing) จะเป็นเป้าหมายหลักของประเทศ แต่จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556 พบว่าโอกาสที่จะมีผู้สูงอายุที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพิงคือภาวะติดบ้านติดเตียงอยู่ที่ร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) และจากข้อมูลในตารางที่ 1.7 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่ชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นเป็นไปได้ว่าโอกาสการช่วยเหลือเกื้อกูลโดยครอบครัวน่าจะลดลงมากในอนาคต รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญจึงได้มี

การจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนขึ้นเป็นเงิน 600 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2559⁹ ซึ่งจะสามารถใช้บรรเทาปัญหาในชุมชนได้ประมาณร้อยละ 10 ของชุมชนทั้งหมดทั่วประเทศ โดยมีหลักการสำคัญคือการสร้างให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver จากประชาชนทั่วไป) ไปดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ถึงบ้าน โดยมี ผู้จัดการดูแล (case manager ซึ่งเป็นพยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์) เป็นผู้วางแผนในการดูแลผู้ป่วย (ภาพที่ 2) ซึ่งระบบนี้ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นแต่จากที่ได้รับข้อมูลยังดำเนินการไปได้ไม่น้อยกว่าเป้าหมาย ซึ่งผลการดำเนินการต้องรอการประเมินต่อไป

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการดูแลระยะสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่



2.2 สถานการณ์ด้านโรคติดต่อในประเทศไทย

มนุษย์เริ่มมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคติดต่อตั้งแต่ช่วงปลายศตวรรษที่ 19 และเริ่มเข้าใจมากขึ้นว่า ความยากจน ความแออัดในเขตเมือง และการขาดการจัดการสุขาภิบาลที่เหมาะสมล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคแพร่ระบาดได้ ต่อมาความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้นักวิทยาศาสตร์สามารถคิดค้นและพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคติดต่อได้สำเร็จ จนนำไปสู่การกวาดล้างไข้ทรพิษ รวมถึงสามารถลดอุบัติการณ์ของ

โรคติดต่อ เช่น คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โรคหัด และอื่นๆ ได้เป็นอันมาก นอกจากนั้นการค้นพบยาต้านจุลชีพก็ยังสร้างความหวังที่จะเอาชนะเชื้อโรคต่างๆ ให้หมดไป

แต่อย่างไรก็ตามจนถึงปัจจุบัน ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกและสำนักงานวิทยาพบว่า โรคติดต่อก็ยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย และยังไปกว่านั้นโรคติดต่อในยุคโลกาภิวัตน์ได้กลับมาเป็นภัยคุกคามสำคัญของมนุษยชาติในลำดับต้น ๆ อีกครั้งหนึ่ง เป็นผลมาจากการติดเชื้อโรคใหม่ ๆ รวมทั้งการอุบัติขึ้นของโรคเอดส์และโรคติดต่อมาจากสัตว์ (Zoonotic disease) ซึ่งหลายโรคมีธรรมชาติที่ซับซ้อนยากต่อการจัดการและหากขาดระบบและเครื่องมือในการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพแล้ว โรคเหล่านี้ย่อมบั่นทอนเสียชีวิตและสุขภาพของประชาชน สร้างภาระและความวุ่นวายขึ้นในสังคม ตลอดจนส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นับเป็นความท้าทายต่อการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างยิ่ง ในการเตรียมพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อที่สร้างความสูญเสียมากมายเหล่านี้

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและแนวโน้มโรคและภัยสุขภาพที่ปรากฏในสังคมไทยที่สำคัญ ได้แก่

โรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย ไข้เลือดออกเริ่มมีรายงานครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 และเกิดการระบาดใหญ่ในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2501 ในเขตกรุงเทพ-ธนบุรี สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีการระบาดหลายลักษณะ เช่น ระบาดปีเว้นปี ปีเว้น 2 ปี หรือระบาดติดต่อกัน 2 ปี แล้วเว้น 1 ปี แต่ในระยะ 15 ปีย้อนหลัง ลักษณะการระบาดมีแนวโน้มระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มอายุ 0-14 ปี อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 5-9 ปี ปัจจุบันอัตราป่วย 97.71 ลดลงจากปี 2558 ที่มีการระบาดมีอัตราป่วย 222.58 ต่อแสนประชากร (ตารางที่ 1.8)

ตารางที่ 1.8 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (รวม 3 รหัสโรค: DF, DHF, DSS) อัตราการป่วยต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิต อัตราการป่วยตาย และอัตราตายต่อแสนประชากร จำแนกรายปีตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2559

ปี	จำนวนป่วย	อัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน	เสียชีวิต	อัตราป่วยตาย(case fatality rate) (%)	อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน
2559	63931	97.71	64	0.10	0.10
2558	144952	222.58	148	0.10	0.23
2557	41082	63.25	49	0.12	0.08
2556	154444	241.03	136	0.09	0.21
2555	79593	123.85	87	0.11	0.14

ที่มา: สำนักงานวิทยา กรมควบคุมโรค

โรคมาลาเรีย จากการเฝ้าระวังโรคมาลาเรียโดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค อัตราการเกิดโรคมาลาเรียในปี 2559 เท่ากับ 8.06 ต่อแสนประชากรลดลงจากปี 2558 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยร้อยละ 46.71 ติดเชื้อมาลาเรีย P.vivax รวมถึงการตายด้วยมาลาเรียลดลง ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดี แต่ในอนาคตอาจมีแนวโน้มสูงขึ้นจากแรงงานอพยพในบางพื้นที่ (ตารางที่ 1.9)

ตารางที่ 1.9 จำนวนผู้ป่วยโรคมาลาเรีย อัตราการป่วยต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิต อัตราการป่วยตาย และอัตราตายต่อแสนประชากร จำแนกรายปีตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2559

ปี	จำนวนป่วย	อัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน	เสียชีวิต	อัตราป่วยตาย(case fatality rate) (%)	อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน
2559	5273	8.06	2	0.04	0.00
2558	5933	9.11	4	0.07	0.01
2557	11352	17.48	8	0.07	0.01
2556	14741	23.01	6	0.04	0.01
2555	16196	25.20	17	0.10	0.03

โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ (อหิวาตกโรค/อาหารเป็นพิษ/อุจจาระร่วงเฉียบพลัน) ยังคงเป็นปัญหาอันดับต้น ๆ ของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการระบาดของโรคเป็นระยะ ๆ เช่น อหิวาตกโรคระบาดในประเทศไทยมีลักษณะการระบาดแบบมีการระบาดใหญ่ 1 ปี เว้น 2 ปี การระบาดมักเกิดในจังหวัดที่มีพื้นที่ติดทะเลและมีแรงงานต่างด้าวอยู่เป็นจำนวนมาก รวมทั้งบางจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง ซึ่งส่วนหนึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับประทานหอยแครง นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในปี 2555 - 2556 พบว่ามีรายงานการระบาดจำนวน 117 เหตุการณ์ มี 40 เหตุการณ์เกิดกับนักเรียนในโรงเรียน และอีก 8 เหตุการณ์เกิดกับนักเรียนที่มีกิจกรรมในการเข้าค่าย ร้อยละ 41 ของการระบาดเกิดในนักเรียน

โรคเอดส์ เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบโดยรวมต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมาก การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า ๒๕ ปี นับตั้งแต่ได้รับรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกของประเทศ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๗ สาเหตุหลักเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 - 2555 พบว่า ค่ามัธยฐานของผลเลือดบวกจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในทุกกลุ่มเป้าหมายมีแนวโน้มลดลง แต่แนวโน้มการติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นและมีอัตราการใช้ถุงยางในกลุ่มเยาวชนต่ำ ส่วนการได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น แต่ยังต่ำกว่าความต้องการการรักษา อัตราตายยังคงสูงเนื่องจากผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษา และยังขาดข้อมูลเรื่องการติดตามผู้ป่วย

โรควัณโรค เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก Global Tuberculosis Report 2016 ประเทศไทยยังถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีวัณโรคสูง 30 ประเทศ (30 high TB burden countries) และองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าในประเทศไทยน่าจะมีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 80,000 ราย แต่จากระบบรายงานพบผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 66,179 ราย ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเป็นซ้ำมีอัตรารักษาหายประมาณร้อยละ 80 ส่วนกลุ่ม HIV และกลุ่มอื่นๆ มีอัตรารักษาหายต่ำกว่าร้อยละ 70 ซึ่งค่อนข้างคงที่ แต่แนวโน้มอัตราเสียชีวิตลดลง นอกจากนี้ปัญหาวัณโรคคือยาหลายขนาน (Multi-drug resistant TB หรือการดื้อยาอย่างน้อยสองขนานมีโอกาสเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อย ไม่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจนรับยาครบหรือรักษาหาย นอกจากนี้ผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรคผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 55.7 (เป้าหมายร้อยละ 70) จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ผลการประเมินและเร่งรัดปรับปรุงพัฒนาคุณภาพต่อไป

นอกจากนี้ โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการป่วย/การตายอันดับ 4 ใน 5 ของประชาชนชาวไทย ได้แก่ โรคมะเร็ง กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง) โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง อย่างไรก็ตามควรจะมีกระบวนการควบคุมป้องกันปัญหากลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่กำลังเพิ่มความสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคทางจิตประสาท (ซึมเศร้า) และกลุ่มโรคที่นำมาสู่ภาวะเรื้อรังของสังคมอื่นอีก ได้แก่ กลุ่มเบาหวาน

โดยสรุป โรคที่สำคัญส่วนใหญ่ของประเทศมีโครงการเฝ้าระวังและกระบวนการควบคุมป้องกันโรคเกิดขึ้นในระดับประเทศอยู่แล้ว แต่แผนงานโครงการยังไม่ครบวงจรทั้งด้านกระบวนการและการบูรณาการปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการเพื่อให้การควบคุมป้องกันยั่งยืน ทำให้มีโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นบางกลุ่ม อาทิเช่น กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก กลุ่มเบาหวานจากอุบัติเหตุจราจรและการจมน้ำ รวมถึงกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาระดับนานาชาติและระดับประเทศแต่ยังไม่ได้ดำเนินการเป็นแผนงานควบคุมป้องกันโรคของประเทศ ได้แก่ โรคซึมเศร้า การบาดเจ็บที่เกิดจากความรุนแรง มะเร็งตับ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งควรได้รับการวิเคราะห์อย่างรอบด้านเพื่อการวางแผนดำเนินการและกำกับประเมินผลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3 สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยง

การดำเนินการด้านแผนยุทธศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจัดเป็นการดำเนินการเพื่อป้องกันโรคในแต่ละช่วงกลุ่มวัย โดยกลุ่มวัยทำงานจะปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดโรค ดังนั้นแผนยุทธศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญที่เป็นแผนปฏิบัติการและใช้ในการขับเคลื่อนการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากปัจจัยเสี่ยงหลักที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ตามการรับรองจากสมัชชานามัยโลกครั้งที่ 53 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 เป็นต้นมา พบว่าการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อนี้มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการวางแผนยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมและครอบคลุม ชัดเจน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ

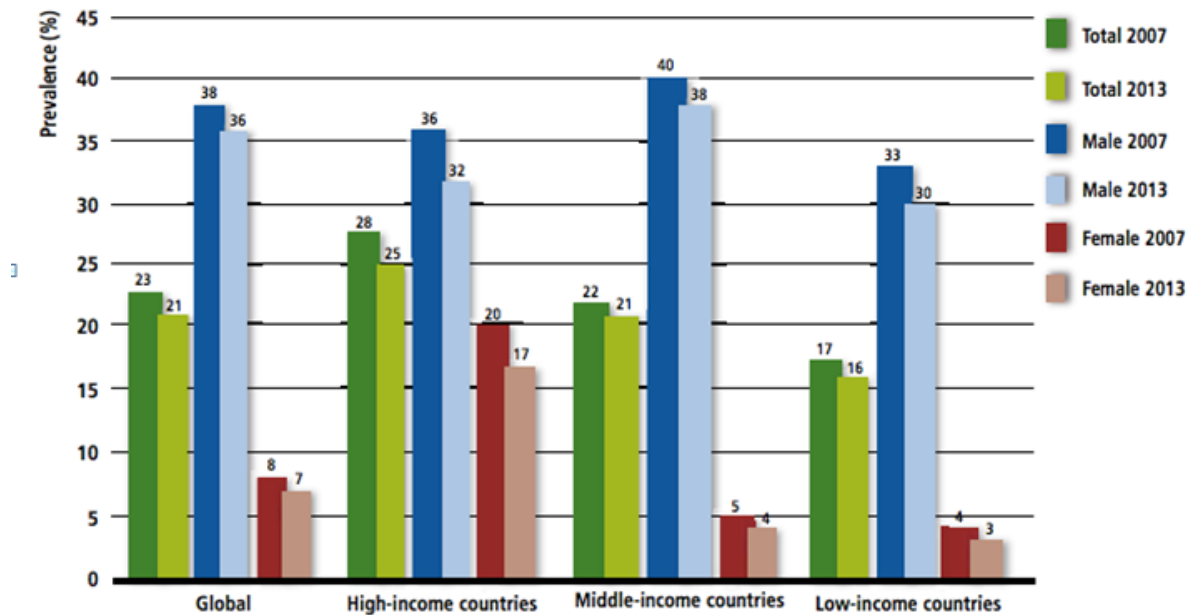
ก. รายงานสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงในระดับโลก

จากการรวบรวมข้อมูลการรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อของแต่ละประเทศที่องค์การอนามัยโลกได้ทำการรวบรวมไว้ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรที่มีความเสี่ยงสูงคือกลุ่มที่มีช่วงอายุ 30 – 70 ปี โดยมีพฤติกรรมความเสี่ยงต่างๆ ได้แก่

1) การสูบบุหรี่

จากการรายงานข้อมูลปีพ.ศ. 2558 การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตกว่าครึ่งของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด มีผู้เสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคนเสียชีวิตต่อปีจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าเกือบร้อยละ 80 ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดประมาณ 1 พันล้านคนอาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา โดยข้อมูลปีพ.ศ. 2556 พบว่าร้อยละ 21 ของผู้ใหญ่เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ โดยแบ่งออกเป็นผู้ชายจำนวน 950 ล้านคน และผู้หญิงจำนวน 117 ล้านคน ถึงแม้ว่าร้อยละของการสูบบุหรี่ลดลงจากปีพ.ศ.2550 ที่ร้อยละ 23 เหลือร้อยละ 21 แต่เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นจึงพบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ไม่ได้มีจำนวนลดลงแต่อย่างใด ยังคงมีจำนวนผู้สูบบุหรี่อยู่ที่ 1.1 พันล้านคนในปีพ.ศ. 2556 นอกจากนี้ยังพบว่าตัวเลขผู้สูบบุหรี่มีจำนวนสูงในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง โดยคิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรผู้ใหญ่ ร้อยละ 21 ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง และร้อยละ 16 ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ ดังภาพที่ 3

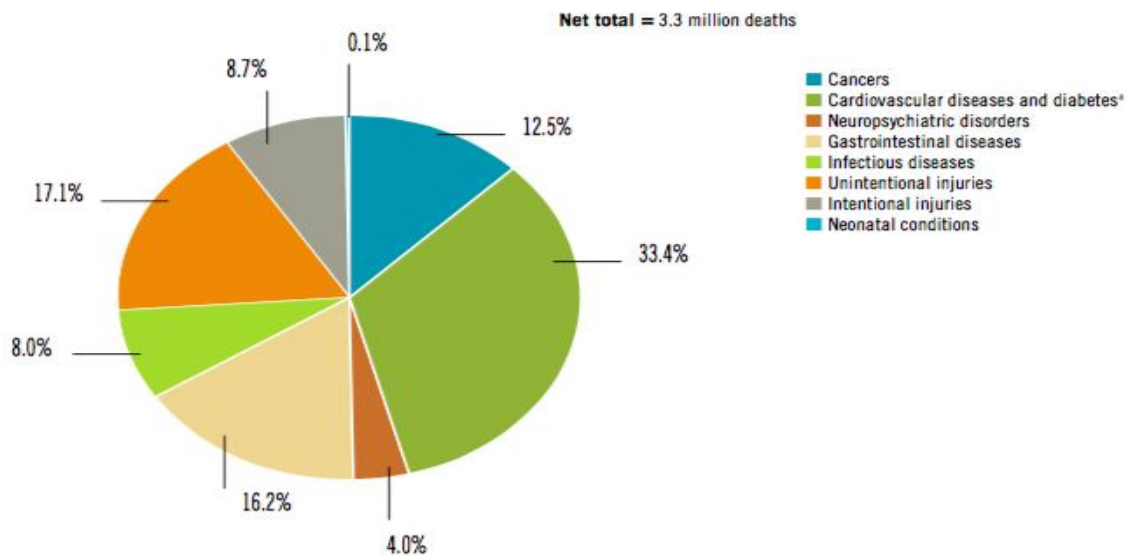
ภาพที่ 3 ความชุกของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันในช่วงปี 2550 ถึง 2556



2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากข้อมูลการรายงานสถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าอายุเฉลี่ยที่มีการดื่มแอลกอฮอล์คือ 15 ปีขึ้นไป โดยพบว่าในปีพ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายถึง 3.3 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 5.9 ของการเสียชีวิตทั่วโลก พบว่าผู้ชายมีร้อยละการเสียชีวิตจากการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายเสียชีวิตร้อยละ 7.6 และผู้หญิงเสียชีวิตร้อยละ 4 จากภาพที่ 4 พบว่าการเสียชีวิตที่เป็นอันดับ 1 ที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือโรคหัวใจและหลอดเลือด และอันดับที่ 3 คือโรกระบบทางเดินอาหาร (โรคตับแข็ง: liver cirrhosis)

ภาพที่ 4 ร้อยละการเสียชีวิตของโรคที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุ

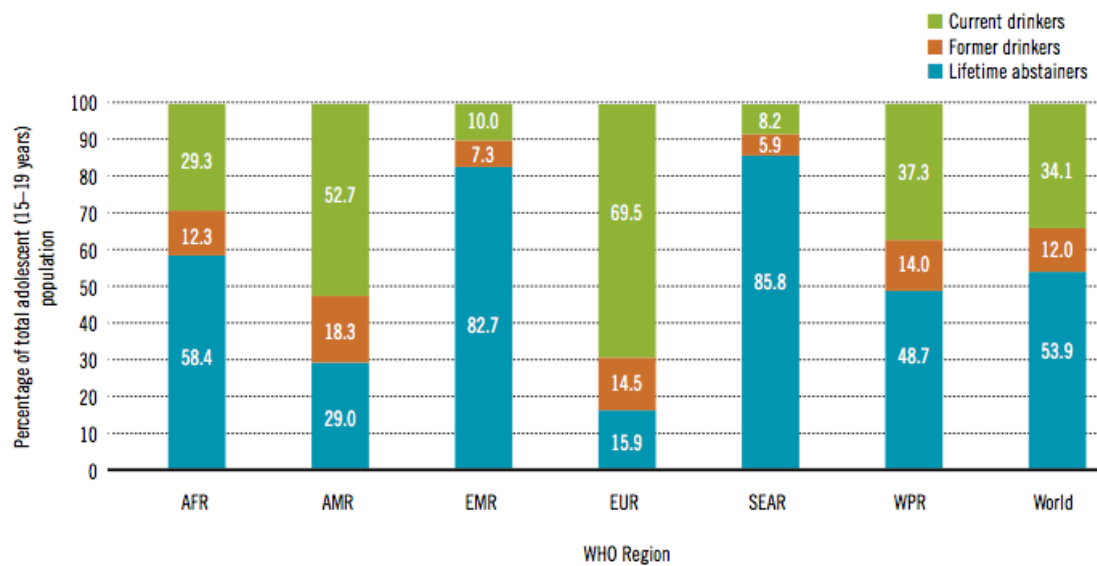


โดยพบว่าร้อยละ 38.3 ของประชากรส่วนใหญ่ที่ดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เฉลี่ยอยู่ที่ 6.2 ลิตรต่อปีต่อคน ซึ่งเทียบเท่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 13.5 กรัมแอลกอฮอล์ต่อวัน และจากการสำรวจพบว่าประชากรส่วนใหญ่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์อยู่ที่ 7 ลิตรต่อปีต่อคน ซึ่งร้อยละ 24.8 เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำขึ้นมาเองโดยไม่ได้ผ่านการควบคุมของรัฐบาล และร้อยละ 50.1 เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้จากการกลั่น จากการเก็บข้อมูลในปี 2555 พบว่ามีจำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงในภูมิภาคยุโรป

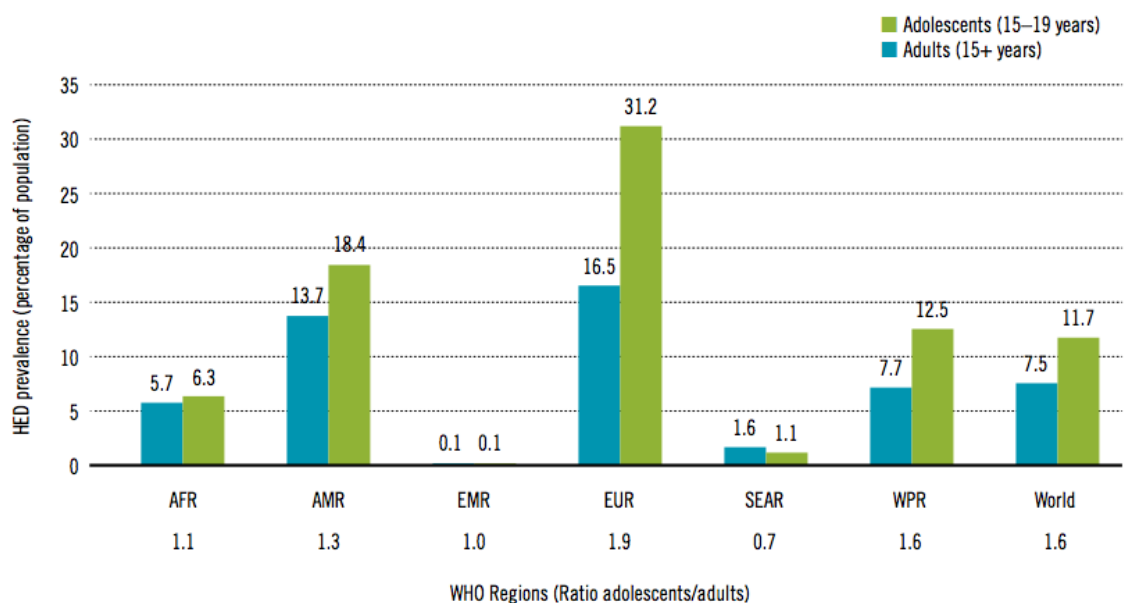
จากเครื่องมือชี้วัดภาระโรค (Burden of disease) ในการวัดปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) แบบองค์รวมที่วัดภาวะการณสูญเสียด้านสุขภาพ พบว่าประชากรสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคและการบาดเจ็บเพราะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกมีจำนวนสูงถึง 139 ล้านคนหรือร้อยละ 5.1 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 7.4 ในเพศชาย และร้อยละ 2.3 ในเพศหญิง

จากข้อมูลการสำรวจความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงกลุ่มวัยรุ่น (15 – 19 ปี) และกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรในช่วงกลุ่มวัยรุ่น (15 – 19 ปี) มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงมากในภูมิภาคยุโรป รองลงมาคือภูมิภาคอเมริกา ส่วนประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้ตะวันออกและเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกมีความชุกในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำและต่ำที่สุดตามลำดับ ดังภาพที่ 5 นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายมีจำนวนสูงในภูมิภาคยุโรปทั้งเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์แบบหนักนั้นพบมากในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปในช่วงอายุ 15 ปีขึ้นไป ดังภาพที่ 6

ภาพที่ 5 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายในแต่ละภูมิภาค



ภาพที่ 6 รูปแบบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบหนักในแต่ละภูมิภาคและกลุ่มอายุ



3) กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

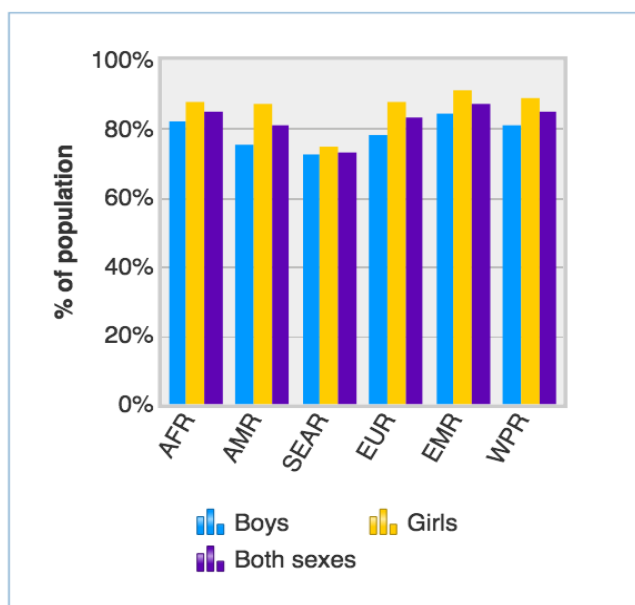
ในปี พ.ศ. 2547 การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยง 1 ใน 4 อันดับที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยง 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก จากการประชุมสมัชชาสุขภาพโลกครั้งที่ 57 วาระที่ 57.17 ได้ระบุให้มีการดำเนินแผนปฏิบัติการด้านอาหารและการออกกำลังกายโดยประเทศสมาชิกเพื่อนำไปดำเนินการนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่

ติดต่อ โดยมีการผลักดันให้กลุ่มประเทศสมาชิกจัดทำแนวทางในการดำเนินการด้านการมีกิจกรรมทางกายของประชากรช่วงอายุ 18 – 64 ปี เพราะ นอกจากนั้นยังพบว่าการออกกำลังกายที่เพียงพอสามารถลดความป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อได้

ในปี 2551 พบว่าร้อยละ 31 ของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยคิดเป็นร้อยละ 28 .ในเพศชายและร้อยละ 34 ในเพศหญิง นอกจากนั้นยังพบว่าการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก 3.2 ล้านคนในทุกปี การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยพบว่าประเทศในภูมิภาคอเมริกาและเมดิเตอร์เรเนียนมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอสูงที่สุด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ในเพศชายที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอเมริกาและภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตามลำดับและร้อยละ 50 ในเพศหญิง ส่วนประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นภูมิภาคที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอต่ำที่สุดคือ ร้อยละ 15 ในเพศชายและร้อยละ 19 ในเพศหญิง จากการสำรวจพบว่าเพศชายในทุกภูมิภาคจะมีกิจกรรมทางกายสูงกว่าเพศหญิง จากการรายงานในปี 2553 พบว่าร้อยละ 23 ของผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยคิดเป็นร้อยละ 20 .ในเพศชายและร้อยละ 27 พบว่าร้อยละ 81 ของวัยรุ่นในช่วงอายุ 11-17 ปีมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอโดยวัยรุ่นผู้ชายมีกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้หญิง

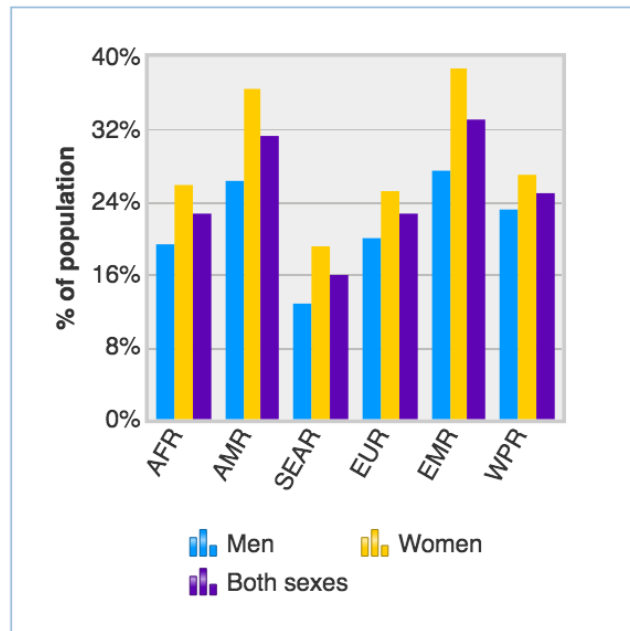
จากการเปรียบเทียบของข้อมูลวัยรุ่นในกลุ่ม 11 – 17 ปี พบว่าภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนมีกิจกรรมทางกายน้อยที่สุดจากทุกภูมิภาค และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นภูมิภาคที่มีกิจกรรมทางกายสูงที่สุด ดังภาพที่ 7

ภาพที่ 7 การเปรียบเทียบการมีกิจกรรมทางกายของเพศชาย และเพศหญิง และทั้งสองเพศ



ในกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่าภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนและภูมิภาคอเมริกา เอเชียใต้ตะวันออกและภูมิภาคแอฟริกาที่มีกิจกรรมทางกายน้อยที่สุดจากทุกภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนและภูมิภาคอเมริกาเป็นภูมิภาคที่มีกิจกรรมทางกายสูงที่สุด ดังภาพที่ 8

ภาพที่ 8 เปรียบเทียบการมีกิจกรรมทางกายของผู้ใหญ่เพศชาย เพศหญิง และทั้งสองเพศ



4) การบริโภคที่ไม่เหมาะสม

การบริโภคที่ไม่เหมาะสมเป็น 1 ใน 4 ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอาหารกลุ่ม หวาน มัน เค็ม โดยข้อมูลปี 2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจำนวน 1.7 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเกลือ/โซเดียม นอกจากนั้นยังพบว่าไขมันทรานส์ก็เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

การรับประทานผักและผลไม้สามารถลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งลำไส้ จากข้อมูลพบว่าการบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดการสูญเสียสุขภาพะถึงประมาณร้อยละ 1 หรือคิดเป็น 16 ล้านคนทั่วโลก และเสียชีวิตร้อยละ 2.8 หรือคิดเป็น 1.7 ล้านคนจากการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก

ข. รายงานสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงในประเทศไทย

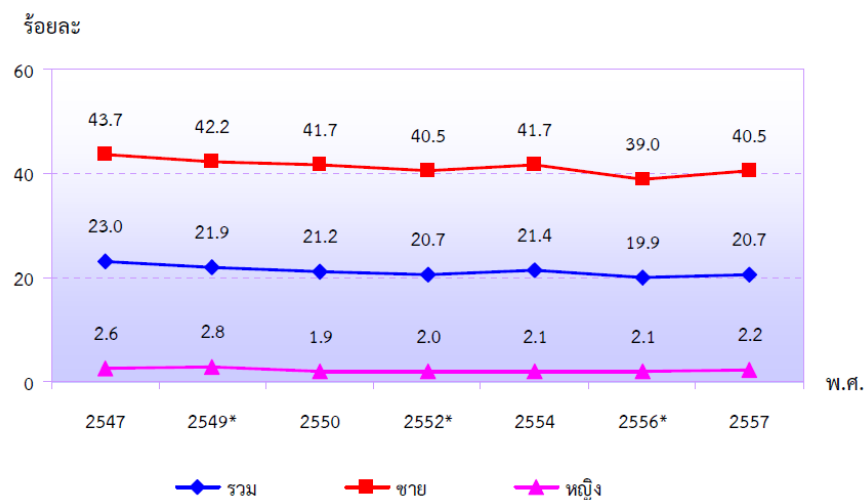
1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 ความชุกการสูบบุหรี่ของประเทศไทยในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป คือ 54.8 ล้านคน เป็นเพศชายร้อยละ 40.5 และเพศหญิง ร้อยละ 2.2 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชาย มากกว่าเพศหญิงถึง 18.4 เท่า

แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

อัตราการสูบบุหรี่ในประเทศไทย ลดลงนับจากปี 2547 จาก อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชาย ร้อยละ 43.7 และเพศหญิง ร้อยละ 2.6 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2556 กลับพบว่าอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง ในเพศชายจากร้อยละ 39.0 เป็น 40.5 ส่วนในเพศหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.1 เป็น 2.2 โดยเฉพาะในเพศหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2550 (ภาพที่ 9)

ภาพที่ 9 เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2557

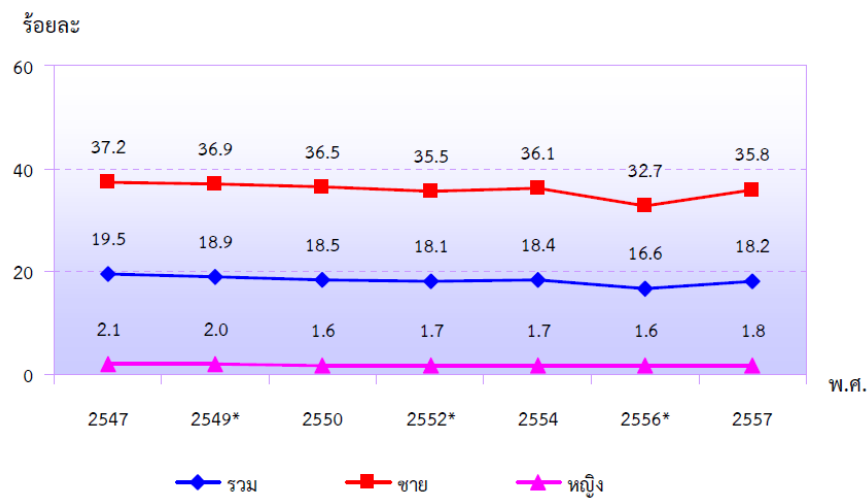


ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2558

อัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำ

จากปี 2554-2556 อัตราผู้สูบบุหรี่เป็นประจำได้ลดลง จากร้อยละ 19.5 เหลือร้อยละ 16.6 แต่ในปี 2557 อัตราการสูบบุหรี่กลับเพิ่มขึ้น เป็น 18.2 โดยเพิ่มขึ้นในเพศชายจากร้อยละ 32.7 เป็น 35.8 และเพศหญิงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 1.6 เป็น 1.8 (ภาพที่ 10)

ภาพที่ 10 เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2557

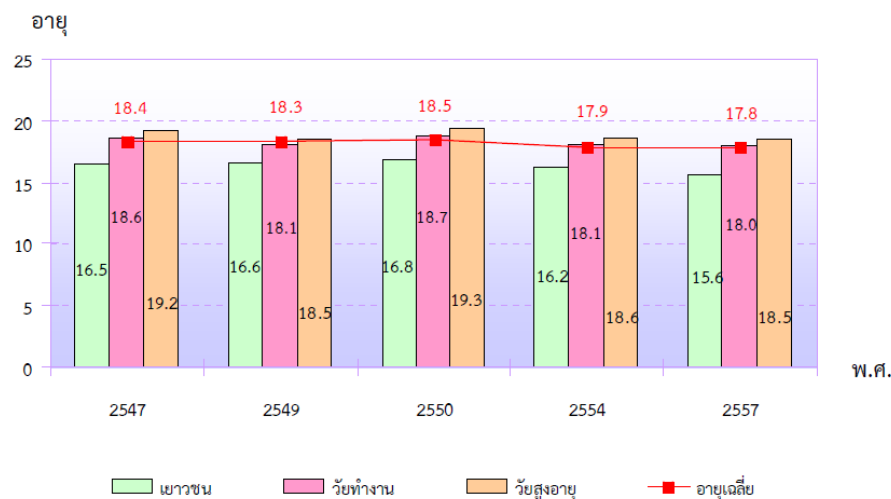


ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2558

อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก

จากผลการสำรวจในปี 2557 พบว่า พบว่าทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบครั้งแรกลดลง โดยผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีอายุเฉลี่ยที่ เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 17.8 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยลดลง เมื่อเทียบกับปี 2550 (18.5 ปี) โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบครั้งแรกลดลงมากกว่ากลุ่มอื่น คือมีอายุเฉลี่ย 16.8 ปี ในปี 2550 ลดลงเป็น 15.6 ปี ในปี 2557 (ภาพที่ 11)

ภาพที่ 11 เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามกลุ่มวัย พ.ศ. 2547-2557



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2558

การดำเนินงานที่ผ่านมาในการควบคุมยาสูบ

ประเทศไทยมีการมีความพยายามในการควบคุมยาสูบโดยมีการออกมาตรการต่างๆ มาตลอดเป็นเวลากว่า 20 ปี ซึ่งส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี 2533 แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2556 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ลดลงเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าในปี 2557 ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าด้วย โดยเฉพาะในผู้หญิง

ในปัจจุบันมีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2558 – 2562 เป็นแผนการดำเนินงานสำคัญและมีการออกมาตรการควบคุมยาสูบในประเทศไทยโดยมีทั้งหมด 17 มาตรการซึ่งเป็นการดำเนินการมาตรการตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- มาตรการที่ 1 ห้ามโฆษณาบุหรี่
- มาตรการที่ 2 ภาษีศุลกากรและการค้า (GATT301)
- มาตรการที่ 3 การออกพรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พรบ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535
- มาตรการที่ 4 ดำเนินการจัดตั้งสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย
- มาตรการที่ 5 การบังคับใช้เรื่องการห้ามมีฉลากบุหรี่ทางโทรทัศน์
- มาตรการที่ 6 การดำเนินการจัดตั้ง สสส.

- มาตรการที่ 7 ขยายพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่
- มาตรการที่ 8 มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่
- มาตรการที่ 9 ห้ามให้มีการแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย และดำเนินการตั้งศูนย์วิจัยยาสูบ (ศจย.)
- มาตรการที่ 10 การแสดงสารพิษ สารก่อมะเร็ง ปรับปรุงภาพคำเตือน 9 แบบ และออกประกาศขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่
- มาตรการที่ 11 ดำเนินการเรื่องภาพคำเตือนบนบุหรี่ซิการ์ บุหรี่มวนเอง และขายพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ผับ บาร์ ตลาด
- มาตรการที่ 12 การกำหนดชื่อ ประเภทสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่
- มาตรการที่ 13 การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความ
- มาตรการที่ 14 การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความเกี่ยวกับสารพิษ และสารก่อมะเร็ง
- มาตรการที่ 15 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพเรื่อง มาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านยาสูบ
- มาตรการที่ 16 กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงฯ เพิ่มขนาดคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่จากร้อยละ 55 เป็น ร้อยละ 85 ใน พ.ศ. 2556
- มาตรการที่ 17 กฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบ

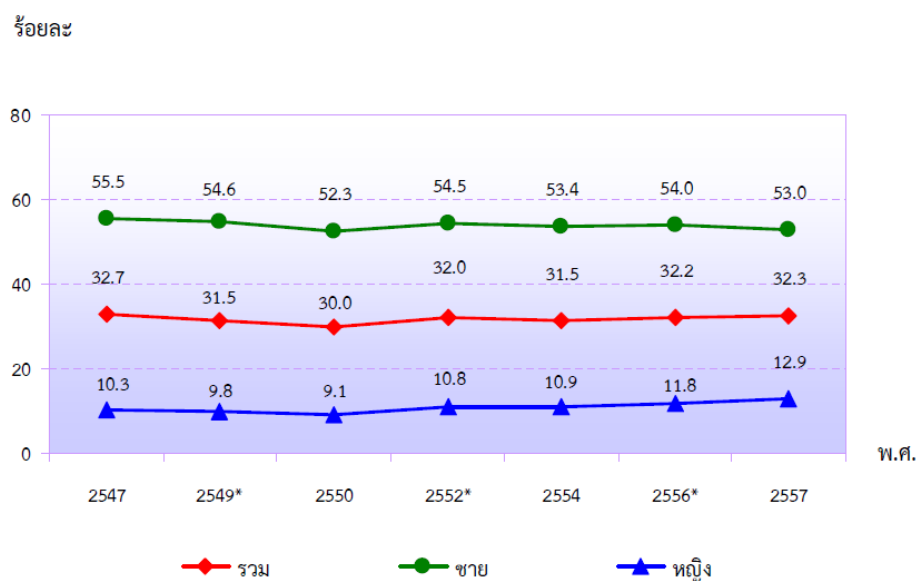
2) พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 32.3 โดยกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) มีอัตราการดื่มสูงที่สุด คือร้อยละ 38.2 ในเพศชายมีอัตราการดื่มสุรา สูงกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า คือ ร้อยละ 53.0 และร้อยละ 12.9 ตามลำดับ ซึ่งในกลุ่มประชากรที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เคยดื่มหนักหรือเคยดื่มปริมาณมากในครั้งเดียว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยทั้งของตนเองและผู้อื่น ถึงร้อยละ 43.2 (หมายเหตุ: การดื่มหนัก หมายถึง การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากในครั้งเดียว ได้แก่ การดื่มสุราขาว/เซี่ยงฮุน/ขาดองเหล้า: 5 เป๊ก , 1/4 ขวดใหญ่หรือ 1/2 ขวดกลาง ; เบียร์ 4 กระป๋อง / 2 ขวดใหญ่ ; สุรากลั่น/ ผสม: 1/4 ขวดใหญ่/ดื่มเพียว 5 เป๊ก / 8 แก้วผสม ; ไวน์ / แชมเปญ: 1 ขวดใหญ่/4 แก้วไวน์ ; น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ / ไวน์กลูเลอร์: 4 1/2 ขวดหรือกระป๋อง ; เหล้าหมัก (กระแช่/ สาโท/ อุสุราพื้นเมือง): 1 ขวดใหญ่ / 2 แก้วครึ่ง)

แนวโน้มของผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

อัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในประเทศไทย ลดลงนับจากปี 2547 จากร้อยละ 32.7 เป็น 32.3 โดยในเพศชาย อัตราการดื่มสุราเพิ่มขึ้นในปี 2552 (ร้อยละ 54.5) เมื่อเทียบกับปี 2550 (ร้อยละ 52.3) แต่หลังจากปี 2552 อัตราการดื่มมีการลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในเพศหญิง อัตราการดื่มนับจากปี 2550 (ร้อยละ 9.1) เพิ่มขึ้นมาโดยตลอดจนถึงปี 2557 (ร้อยละ 12.9) (ภาพที่ 12)

ภาพที่ 12 เปรียบเทียบอัตราการดื่มสุราฯ ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มสุราฯ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2557

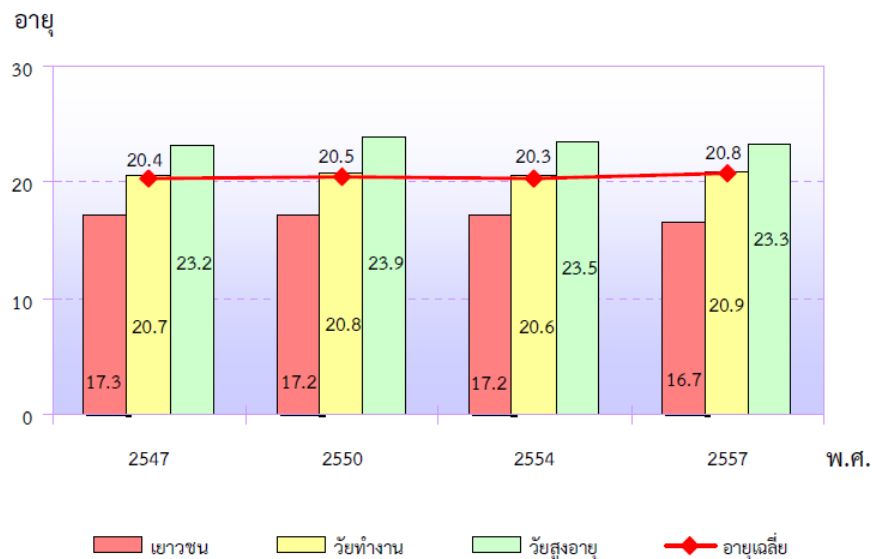


ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2558

อายุเฉลี่ยของการเริ่มดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

อายุเฉลี่ยของผู้เริ่มดื่มสุรา เพิ่มขึ้นจาก 20.4 ปี ในปี 2547 เป็น 20.8 ปี ในปี 2557 แต่กลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุราฯ ลดลงจากปี 2547 (17.3 ปี) เป็น 16.7 ปี ในปี 2557 (ภาพที่ 13)

ภาพที่ 13 เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุราฯ ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มวัย พ.ศ. 2547-2557



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2558

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวต่อปีของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญในการแสดงถึงสถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยจากข้อมูลกรมสรรพสามิต พบว่า ในปี 2557 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 6.9 ลิตรต่อคนต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปี 2553 ซึ่งมีค่า ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวของประชากรเท่ากับ 6.7 ลิตรต่อคนต่อปี

การดำเนินงานที่ผ่านมาในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจุบันมีการออกมาตรการนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 7 กลุ่มหลักได้แก่

1. ภาษีและราคา
2. การควบคุมการเข้าถึงและหาซื้อ เช่น การกำหนดอายุขั้นต่ำ การจำกัดวันและเวลาในการซื้อขาย และการ ควบคุมสถานที่ขาย
3. การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย
4. การให้ความรู้ ทัศนคติและโน้มน้าว
5. การปรับเปลี่ยนบริบทและสภาพแวดล้อม

6. การควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบจากผู้บริโภค เช่น กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด การสุ่มตรวจแอลกอฮอล์จากลมหายใจ และมาตรการควบคุมและลงโทษที่เกี่ยวข้อง
7. การบำบัดรักษาและให้ความช่วยเหลือแต่เนิ่นๆสำหรับผู้ติดสุรา และผู้ที่บริโภคแบบเสี่ยง

นอกจากนี้ยังมีแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554 – 2563 ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ (1) การควบคุมการเข้าถึงในด้านเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ (2) การปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (3) การลดอันตรายของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (4) การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ และ (5) การสร้างกลไกสนับสนุน

3) การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ

การมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำอย่างเพียงพอและเหมาะสมจะทำให้สามารถลดอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังได้ และหากมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพออาจเป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคอ้วน และโรคมะเร็งได้

จากรายงานการสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี 2557 โดยใช้นิยามการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ คือ การมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป วันละ 30 นาที ขึ้นไป สัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน พบว่า ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเฉลี่ย ร้อยละ 19.2 โดยสามารถแยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 18.4 และเพศหญิง ร้อยละ 20.0 ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากค่าเฉลี่ยความชุกในปี 2552 คือ 18.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 16.8 และเพศหญิง ร้อยละ 20.2 โดยความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และพบว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่าผู้อยู่นอกเขตเทศบาล

การดำเนินงานที่ผ่านมาในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ปัจจุบันยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แต่มีแผนที่เกี่ยวข้องคือ แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วน ปี พ.ศ.2553 - 2562 และมีการดำเนินงานของหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนในระดับประเทศแบ่งออกเป็น 7 ประเด็นด้วยกัน คือ

1. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายทุกกลุ่มวัย ทุกอาชีพ
2. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระบบการศึกษา
3. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน
4. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระบบสาธารณสุข
5. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและพื้นที่สาธารณะ หรือ การกีฬามวลชน โดยชุมชน/หน่วยงานต่างๆ

6. ระบบคมนาคมและผังเมืองเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
7. ระบบสนับสนุน เช่น ระบบสื่อสารมวลชน, ระบบข้อมูลจากการติดตามและประเมินผล, ระบบวิจัย, ระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การพัฒนานโยบายและการลงทุน

4) พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม

การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีรสชาติดหวาน มัน เค็ม มากเกินไป การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ และการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูงเป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทย พ.ศ. 2556 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 6-14 ปี) มีการบริโภคอาหารมีพลังงานสูง ได้แก่ ขนมทานเล่น ขนมกรุบกรอบ อาหารจานด่วน น้ำอัดลม และอาหารสำเร็จรูป มากกว่าประชากรกลุ่มวัยทำงานและสูงอายุ แต่มีการบริโภคผักและผลไม้ไม่น้อยกว่า

การบริโภคเกลือและโซเดียมของประชากรไทย

เกณฑ์มาตรฐานของการบริโภคโซเดียมกำหนดให้ไม่ควรบริโภคเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน แต่จากข้อมูลการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยรายคนของประชากรไทย โดยกรมอนามัยในปี 2552 พบว่า คนไทยได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหารเฉลี่ยสูงถึง 4351.69 มิลลิกรัม/คน/วัน ซึ่งมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงกว่า 2 เท่า นอกจากนี้รายงานการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในปี 2552 ได้ศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมโดยใช้เทคนิคการตรวจปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชม. พบว่าประชากรไทยมีการบริโภคโซเดียมเฉลี่ย 3,246 มิลลิกรัม/วัน ซึ่งจากการข้อมูลทั้ง 2 การศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ คนไทยมีการบริโภคโซเดียมมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

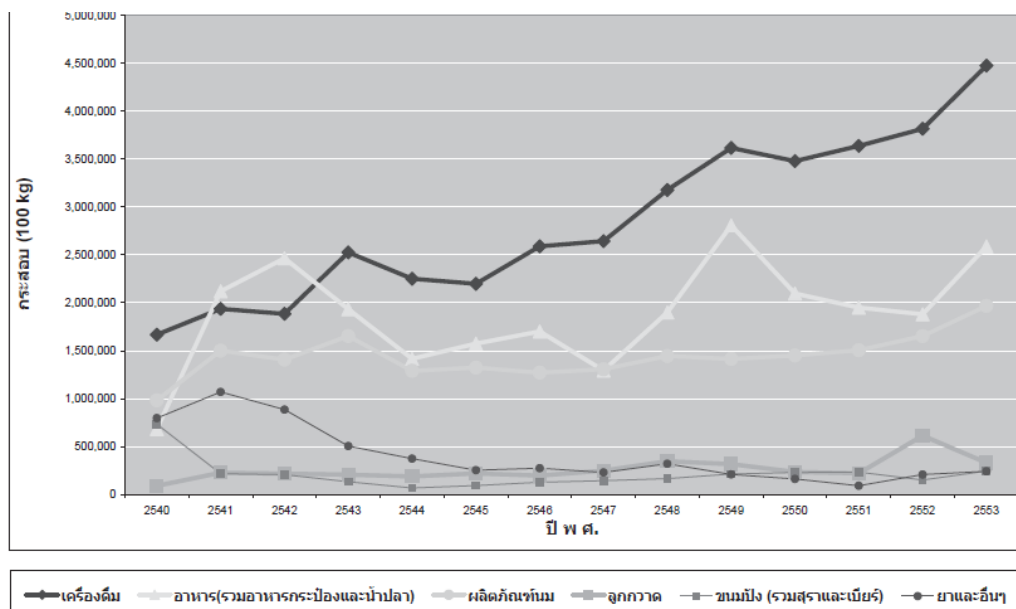
ปัจจุบันกำลังมีการวางแผนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 – 2568 เพื่อใช้เป็นแผนดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมให้ได้ตามเป้าหมาย

การบริโภคน้ำตาลของประชากรไทย

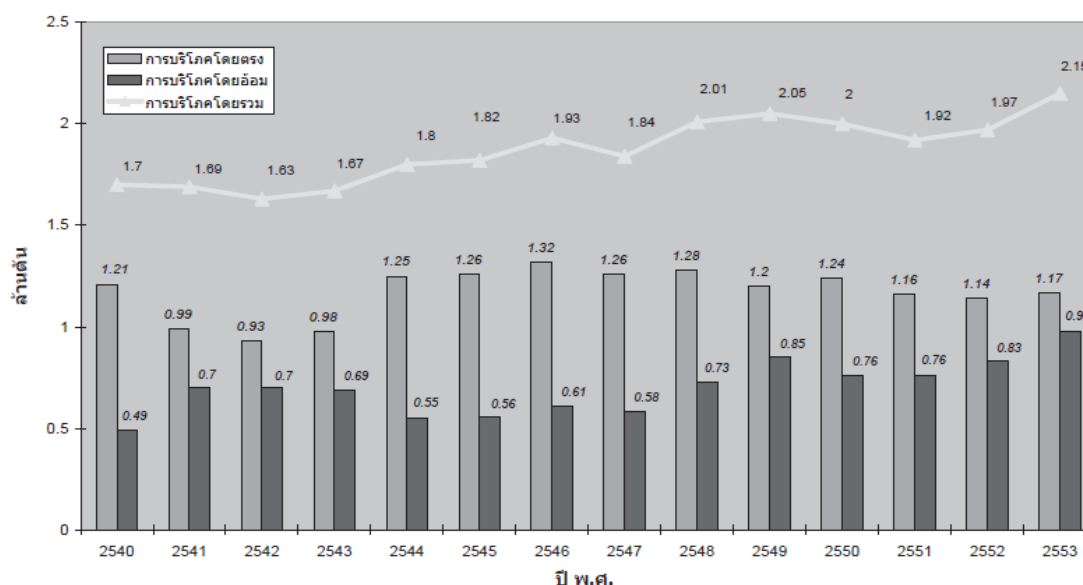
ประชากรไทยมีแนวโน้มการบริโภคน้ำตาลที่มากขึ้น โดยในปี 2556 ปริมาณการบริโภคน้ำตาลของคนไทยอยู่ที่ 29.6 กิโลกรัม/คน/ปี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2526 ที่มีปริมาณการบริโภคน้ำตาลของคนไทยอยู่ที่ 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ซึ่งคำแนะนำการกินน้ำตาลในผู้ใหญ่ไม่ควรเกิน 6 ช้อนชาต่อวัน แต่จากข้อมูลดังกล่าวเท่ากับการกินน้ำตาล 16.7 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งเกินกว่าค่าที่แนะนำถึงเกือบ 3 เท่า

การบริโภคน้ำตาลแบ่งเป็นการบริโภคโดยตรงและทางอ้อม ซึ่งการบริโภคทางอ้อมนั้นเป็นการบริโภคน้ำตาลที่ผสมอยู่ในผลิตภัณฑ์ต่างๆ ซึ่งสามารถแบ่งได้ตามประเภทอุตสาหกรรม คือ เครื่องดื่ม, อาหาร(รวม อาหารกระป๋องและน้ำปลา), ผลิตภัณฑ์นม, ลูกกวาด, ขนมปัง (รวมสุราและเบียร์), ยา และอื่นๆ จากรายงานสถานการณ์การบริโภคน้ำตาลของประชากรไทย ปี 2540-2553 พบว่า สัดส่วนการบริโภคน้ำตาลโดยทางอ้อมมีแนวโน้มสูงขึ้นมาใกล้เคียงกับการบริโภคทางตรงมากขึ้น (ภาพที่ 14 และ 15) โดยคนไทยได้รับน้ำตาลโดยทางอ้อมจาก เครื่องดื่ม มากที่สุด รองลงมาคือ อาหาร (รวมอาหารกระป๋องและน้ำปลา) และผลิตภัณฑ์นม ตามลำดับ

ภาพที่ 14 การบริโภคน้ำตาลทรายโดยทางอ้อมในประเทศไทย ปี 2540-2553



ภาพที่ 15 สัดส่วนการบริโภคน้ำตาลทรายโดยตรงและทางอ้อมของประชากรไทย ปี 2540-2553



การบริโภคไขมัน

จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทย พ.ศ. 2556 พบว่าประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปร้อยละ 87.6 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยมีความถี่ในการบริโภคตั้งแต่ 3-4 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปมีมากถึง ร้อยละ 39.5 ซึ่งปริมาณการบริโภคไขมันนี้สะท้อนถึงระดับไขมันคลอเรสเตอรอลในเลือดของคนไทยที่เพิ่มขึ้น โดยในผู้หญิงเพิ่มจาก 197.5 มก./ดล. ในพ.ศ. 2547 เป็น 208.6 มก./ดล. ในพ.ศ. 2552 ในผู้ชายเพิ่มจาก 188.9 มก./ดล. ในพ.ศ. 2547 เป็น 199.2 มก./ดล. ในพ.ศ. 2552

การควบคุมปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวในอาหารและหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันประเภท partially hydrogenated oil หรือ ไขมันทรานส์ (trans fat) เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่ถูกให้ความสำคัญในระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันทรานส์ในอุตสาหกรรมอาหาร เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า ไขมันทรานส์ เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ในหลายประเทศมีการกำหนดมาตรการเกี่ยวกับไขมันทรานส์อย่างชัดเจน เช่น ในปี 2558 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประกาศยกเลิกการใช้ไขมันทรานส์ในกระบวนการผลิตอาหารทุกประเภทภายใน 3 ปี

สำหรับประเทศไทยยังไม่มีมาตรการรับมือการใช้ไขมันทรานส์ในอุตสาหกรรมอาหาร แต่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีแนวคิดที่จะใช้มาตรการบังคับใช้ทางกฎหมาย ห้ามใช้ไขมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนในผลิตภัณฑ์อาหารทั้งการผลิตและนำเข้า โดยได้มีการจัดอภิปรายให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นกับผู้ประกอบการและผู้เกี่ยวข้องในวันที่ 16 พฤษภาคม 2559 ซึ่งจากผลอภิปรายจะนำมาซึ่งการทบทวนการออกมาตรการในอนาคตต่อไป

การบริโภคผักและผลไม้

การรับประทานผักและผลไม้สามารถป้องกันและชะลอการเกิดโรคเรื้อรังได้ คำแนะนำประมาณการบริโภคผักและผลไม้คือ การรับประทานผักวันละ 3 ส่วน และผลไม้วันละ 2 ส่วนขึ้นไป

จากรายงานการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในปี 2557 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปรับประทานผักเฉลี่ยวันละ 2.2 ส่วน และรับประทานผลไม้เฉลี่ยวันละ 1.5 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าปริมาณมาตรฐานที่แนะนำ สัดส่วนของประชากรที่บริโภคผักและผลไม้เพียงพอมีเพียงร้อยละ 25.9 เท่านั้น ซึ่งสัดส่วนการบริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และเมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า ปริมาณการรับประทานผักเฉลี่ยในเพศชายและหญิงเท่ากัน คือ 2.2 ส่วน แต่ปริมาณการรับประทานผลไม้เฉลี่ยในเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง คือ 1.4 และ 1.6 ตามลำดับ

การใช้ยาและอาหารเสริม

พฤติกรรมการใช้ยาและอาหารเสริมที่ไม่เหมาะสมของประชากรเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่หน่วยงานของรัฐควรให้ความสำคัญ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ จากรายงานการสำรวจสุขภาพในปี 2557 มีการสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาและอาหารเสริมหลายประเภทดังต่อไปนี้

- ยาแก้ปวด ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน มีประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 2.4 รับประทานยาแก้ปวดทุกวัน โดยในผู้หญิงมีการใช้ยาแก้ปวดมากกว่าผู้ชาย และสัดส่วนการใช้ยาแก้ปวดจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น
- ยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน มีประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 2.7 รับประทานยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเป็นประจำ โดยผู้หญิงมีความชุกในการใช้ยาคลายเครียดสูงกว่าผู้ชาย โดยแหล่งที่ได้รับยาคลายเครียด ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.7 ได้จากโรงพยาบาลและสถานิอนามัย
- ยาสมุนไพร ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน มีประชากรไทยร้อยละ 12.9 ใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำ โดยผู้หญิงมีความชุกในการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าผู้ชาย ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ใช้ยาสมุนไพรคือ การบำรุงเลือด (ร้อยละ 9.9) รองลงมาคือ การปวดเมื่อยต่างๆ รักษาความดันท้องอืด เบาหวาน อากาศหวัด อากาศไอ บำรุงตับ บำรุงไต ตามลำดับ ซึ่งแหล่งที่มาส่วนใหญ่ได้รับจาก คนรู้จัก (ร้อยละ 36.4) รองลงมาคือ ร้านยา (ร้อยละ 28.9) ร้านค้า (ร้อยละ 28.1) ที่ได้จากโรงพยาบาลและสถานิอนามัยมีเพียง ร้อยละ 6.1 และ 5.6 เท่านั้น
- อาหารเสริม ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน มีประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 33.3 ใช้อาหารเสริม ความชุกของการใช้ในผู้หญิง (ร้อยละ 34.1) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 32.5) แหล่งที่ได้รับส่วนใหญ่ มาจากร้านค้า (ร้อยละ 44.8) รองลงมาคือ ร้านยา (ร้อยละ 17.8) คนรู้จัก (ร้อยละ 15.2)

และการขายตรง (ร้อยละ 12.4) โดยชนิดของอาหารเสริมที่บริโภคมากที่สุดคือ ชุปไก่สกัด (ร้อยละ 16.0) รองลงมาคือ แคลเซียม (ร้อยละ 8.7) น้ำมันปลา (ร้อยละ 4.7) นมผง (ร้อยละ 2.9) เครื่องดื่มชอปปาไรต์ (ร้อยละ 2.3) น้ำลูกยอ (ร้อยละ 2.0)

- ขาดความอ้วน ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน มีประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 1.5 ใช้ยาลดความอ้วน โดยมีความชุกมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 5.3) โดยแหล่งที่มา ร้านค้า (ร้อยละ 31.3) รองลงมาคือ การขายตรง (ร้อยละ 30.3) คนรู้จัก (ร้อยละ 18.6) และร้านยา (ร้อยละ 11.3)
- การใช้ยาปฏิชีวนะ สาเหตุของการใช้ยาปฏิชีวนะในประชากรไทยมาจาก อาการหวัด (ร้อยละ 57.7) อาการท้องเสียเฉียบพลัน (ร้อยละ 44.1) และแผลฉีกขาด (ร้อยละ 50.2)

การใช้ยาและอาหารเสริมเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการควบคุมและให้ความรู้แก่ประชาชน เนื่องจากการใช้ที่ไม่เหมาะสมทั้งการใช้ผิดวิธีหรือการบริโภคที่มากเกินไปทำให้มีผลต่อสุขภาพได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาสมุนไพร อาหารเสริม ซึ่งแหล่งที่มาส่วนใหญ่เป็นร้านค้า การขายตรง หรือคนรู้จัก ซึ่งอาจทำให้ประชาชนได้รับผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้คุณภาพ หรือการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากเกินไปจนอาจเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศไทย นอกจากนี้การใช้ยาลดน้ำหนักโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ยังเป็นอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชนด้วย

4. สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย

สิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนว่าจะเจ็บป่วยหรือสุขสบายกันหรือไม่อย่างไร โดยในหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพเน้นชัดเจนว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี ไม่ว่าปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมนั้นจะเป็นปัจจัยด้าน การเมือง สังคม เศรษฐกิจ การมีสิ่งแวดล้อมที่สมดุล และการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน หรือ แม้แต่เรื่องความเป็นธรรมในสังคม¹ ปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทกำหนดว่าประชาชนจะมีชีวิตยืนยาวโดยที่เขาเหล่านั้นไม่ต้องรู้ตัวด้วยซ้ำไป เช่นการอาศัยอยู่ในแหล่งอุตสาหกรรมที่มีของเสียถูกปล่อยออกมาเกินกว่ากฎหมายกำหนด หรือการที่ต้องทำงานในแหล่งที่เป็นที่รวมของสารอันตรายต่างๆ เช่น กองขยะก็อาจจะก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้โดยผู้ที่อาศัยหรือทำงานอาจจะไม่รู้ตัวตั้งแต่เริ่มต้นทำให้ไม่สามารถป้องกันตัวเองได้

อย่างไรก็ตามพบว่าเมื่อพูดถึงสิ่งแวดล้อมแล้วหลายเรื่องเป็นเรื่องที่อยู่นอกเหนือการจัดการของภาคสาธารณสุข หรือ แม้แต่อยู่นอกเหนือการจัดการเองในระดับประเทศ เช่น เรื่องกระแสโลกาภิวัตน์ที่เป็นกระแสบริโภคนิยมซึ่งเน้นเรื่องการผลิตและการค้าเสรี ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนใน

ประเทศกำลังพัฒนาที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานออกภาคการเกษตร หรือ มีการส่งเสริมการใช้สารเคมีในการทำการเกษตรจำนวนมากโดยเน้นการปลูกพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยวซึ่งหลายกรณีนำไปสู่ปัจจัยการผลิตที่สูงและนำไปสู่ภาวะมีหนี้สินของเกษตรกร ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานไปสู่ภาคอุตสาหกรรมที่น่าจะนำรายได้มาให้แน่นอนกว่าจึงมีการอพยพย้ายถิ่นก่อให้เกิดความเป็นเมืองมากขึ้น พร้อมกับการใช้พลังงานจากฟอสซิลเพิ่มขึ้นนำมาซึ่งภาวะก๊าซเรือนกระจกทำให้โลกร้อนเกิดปัญหาตามมาเป็นลูกโซ่ทั้งการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศภัยธรรมชาติต่างๆ² การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในสังคมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้นก็ยังเป็นความท้าทายในการจัดระบบต่างๆ ที่มาพร้อมกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปการดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่น่าจะส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยของประชาชนโดยตรง ที่สำคัญ เช่น ปัญหาอาหารปลอดภัย ปัญหาการจัดการขยะ และปัญหามลพิษทางอากาศ เป็นต้น

ปัญหามลพิษจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม

ปัญหามลพิษมาจากทั้งการทำงาน และจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้ประชากรที่มีโอกาสเสี่ยงมีอยู่อย่างกว้างขวาง แผนบูรณาการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ภายใต้กรอบแนวคิดการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ปีงบประมาณ 2559ของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 กลุ่มคือ เรื่อง จากสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะมีพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone) ถึง 36 จังหวัดทั่วประเทศและปัญหาผลกระทบจากขยะ ซึ่งจะเน้นดำเนินการใน 8 จังหวัดเสี่ยง³ นั้นพบว่ายุทธศาสตร์ในการดำเนินการเน้นไปที่การเฝ้าระวัง ค้นหาจุดเสี่ยง ป้องกัน ให้การรักษา และประสานงานร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในระดับจังหวัดและเขตเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหา

ปัญหามลพิษจากสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)

ปัญหาสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมนั้นมิให้เห็นเป็นข่าวอยู่ไม่ขาดในปัจจุบันที่มีการพัฒนาเรื่องอุตสาหกรรมและความก้าวหน้าที่มากับการพัฒนาเมือง เช่น ปัญหามลพิษทางอากาศที่อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ปัญหาการรั่วไหลของตะกั่วในห้วยคลิตี้ จังหวัดกาญจนบุรี ปัญหาการปนเปื้อนแคดเมียมในนาข้าวใน จังหวัดตาก ปัญหาสารตะกั่วที่ อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ปัญหาหมอกควันจากไฟป่าในภาคเหนือ ปัญหาไฟไหม้บ่อขยะ จังหวัดสมุทรปราการ หรือ ปัญหาเหมืองทองคำใน จังหวัดพิจิตร เพชรบูรณ์ และพิษณุโลก เป็นต้น พบว่ามีการจัดเขตพื้นที่เสี่ยงอยู่ 36 จังหวัด ครอบคลุมประชากรประมาณกว่าแปดล้านคน³ โดยแบ่งดังนี้

จากแผนการดำเนินการในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone) เน้นไปที่การเฝ้าระวัง ค้นหาจุดเสี่ยง ป้องกัน ให้การรักษา และประสานงานร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในระดับจังหวัดและเขตเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหา โดยมีแบ่งดังนี้

พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสารเคมีและสารอันตราย ได้แก่ ดาก กาญจนบุรี นครศรีธรรมราช เลย พิชญ์โลก พิจิตร เพชรบูรณ์ อุตรธานี ชัยภูมิ กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ อุบลราชธานี

พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ได้แก่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน พะเยา เชียงใหม่ ลาปาง น่าน ลาปูน แพร่ ดาก สระบุรี ร้อยเอ็ด สุรินทร์ บุรีรัมย์ ประจวบคีรีขันธ์

พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ได้แก่ ลาปาง กระบี่ สงขลา ดาก มุกดาหาร สระแก้ว ตรวด พระนครศรีอยุธยา ปราจีนบุรี สมุทรปราการ สมุทรสาคร ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง

การดำเนินงานการคุ้มครองสุขภาพประชาชนในพื้นที่มลพิษสิ่งแวดล้อม

กระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนยุทธศาสตร์ในการให้ความคุ้มครองประชาชนในพื้นที่เสี่ยงโดยมีการแบ่งความรับผิดชอบไปในเขตสุขภาพ ให้มีการสนับสนุน ติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดขึ้นโดยให้จัดทำฐานข้อมูลสิ่งแวดล้อม ทำสถานการณ์การเฝ้าระวัง และมีการจัดตั้งคณะทำงานในระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบลตามบริบทในแต่ละพื้นที่ โดยมีการจัดหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมหมอครอบครัว โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานให้ ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้น และทุกจังหวัดต้องมีรายงานสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

ปัญหามลพิษทางอากาศปัญหาที่กระทบสุขภาพ

จากข้อมูลของแผนการบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 ปัญหา ไฟป่า และหมอกควันเป็นปัญหาสำคัญหนึ่งในอีกหลายปัญหาสาธารณสุข เช่น น้ำท่วม แล้ง พายุ แผ่นดินไหว/สึนามิ เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความซับซ้อนแนวนโยบายของคณะกรรมการป้องกันสาธารณภัยแห่งชาตินั้น ต้องการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัยด้วยการป้องกัน ลดผลกระทบ และการเตรียมความพร้อมให้มีประสิทธิภาพ ดึงความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการแก้ปัญหา ส่งเสริมมาตรฐานความร่วมมือระหว่างประเทศ และพัฒนาระบบการฟื้นฟูให้ตอบสนองต่อผู้ประสบภัย

ภาวะที่อากาศมีหมอกควันเป็นภาวะที่เกิดจากสาเหตุที่เกิดจากการเผาในที่โล่งหรือการเกิดจากไฟป่าที่มักเกิดขึ้นในช่วงฤดูแล้งหรือในช่วงเตรียมดินในการเพาะปลูกผลผลิตในช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายน

ซึ่งอากาศส่วนมากแล้ง และร้อน โดยร้อยละ 44 ของปัญหาหมอกควันเกินค่ามาตรฐานที่กำหนดเกิดขึ้นในภาคเหนือของประเทศ โดยมีพิษที่สำคัญคือ ฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน particular matter (PM10) และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ carbon monoxide (CO) ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) เป็นต้น เป็นมลพิษหลักที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน¹ ซึ่งจากการศึกษาของ Guo และคณะพบว่าภาวะหมอกควันเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการตายจากโรคที่ไม่เกี่ยวกับอุบัติเหตุมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ² จากข้อมูลการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเช่น CO₂ นั้นพบว่า กรุงเทพมหานครเป็นเมืองที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุดถึงร้อยละ 16 ของทั้งประเทศ ซึ่งน่าจะสอดคล้องต่อปริมาณการใช้ยานยนต์ และพลังงานจากน้ำมันที่มากตามความเป็นเมืองด้วย

ปัญหาหมอกควันในช่วงฤดูแล้งก็ได้กลายไปปัญหาระดับภูมิภาคไปแล้วเนื่องจากการกระจายตัวของหมอกควันที่มีสาเหตุจากประเทศหนึ่งในอาเซียนส่งผลกระทบต่อพื้นที่ที่กว้างครอบคลุมหลายประเทศ เช่นกรณีไฟป่าในสุมาตรา ซึ่งเกิดจากทางการอินโดนีเซียในสัมปทานน้ำมันปาล์มแก่กลุ่มธุรกิจจากสิงคโปร์ และมาเลเซีย โดยไม่มีมาตรการควบคุมที่ดีพอ หรือ ในกรณีภาคเหนือของไทยที่ปัญหาหมอกควันหลายกรณีเกี่ยวเนื่องกับการเผาป่าในประเทศเมียนมาร์ การควบคุมป้องกันหมอกควันจึงเป็นปัญหาที่ถูกยกไปเป็นปัญหาระดับภูมิภาคอาเซียนซึ่งต้องมีความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างทันท่วงที

ปัญหาขยะ ปัญหาระดับชาติที่ต้องแก้ด้วยประชาชนทุกครัวเรือน

ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีขยะรวมกันประมาณ 26.85 ล้านตัน แต่พบว่ามีขยะที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องไม่เกินหนึ่งในสาม โดยมีขยะที่ได้รับการจัดการไม่ถูกต้อง 13.59 ล้านตันต่อปี³ โดยพบว่ามีขยะตกค้างอยู่ในพื้นที่ 6.22 ล้านตันต่อปี ซึ่งเป็นปัญหาที่พบเห็นกันได้ทุกท้องถิ่นตั้งแต่ในเขตเทศบาลไปจนถึงระดับหมู่บ้าน ผลของการมีกองขยะขนาดใหญ่จนเกิดก๊าซภายในและเผาไหม้กองขยะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นให้เห็นได้ตามเทศบาลขนาดใหญ่ เช่น กองขยะแพรกกระสา และกองขยะบางปลา จังหวัดสมุทรปราการ กองขยะของเทศบาลจังหวัดขอนแก่น เป็นต้น จากข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษยังแสดงให้เห็นว่าร้อยละ 83 ของวิธีการกำจัดขยะทั่วประเทศทำด้วยวิธีไม่ถูกต้อง คือ การใช้วิธีเทกองกันไว้ (2,075 แห่ง) มีเพียง 448 แห่งเท่านั้นที่ใช้วิธีกำจัดที่ถูกต้อง เช่น การฝังกลบอย่างถูกสุขอนามัย เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ได้จัดทำโครงการเพื่อดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่จัดเก็บขยะใน 8 จังหวัดเป้าหมาย แบ่งเป็นจังหวัดที่มีปริมาณขยะมากคือ จังหวัดสมุทรปราการ อุดรธานี กาญจนบุรี นครศรีธรรมราช และขอนแก่น และจังหวัดที่มีการแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ คือ จังหวัดบุรีรัมย์ อุบลราชธานี และกาฬสินธุ์ เพื่อป้องกันอันตรายจาก โลหะหนัก เชื้อโรค กลิ่น ก๊าซพิษจากการเผาขยะ และสารก่อภูมิแพ้⁴ นอกจากนี้ปัญหายาขยะอิเล็กทรอนิกส์ถูกยกขึ้น

มาเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศเนื่องจากไม่มีมาตรการจัดเก็บและทำลายที่เหมาะสมทำให้เกิดการปนเปื้อนของโลหะหนักในประชากร โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบายแก่ทั้งผู้ผลิตและภาครัฐในการจัดเก็บและนำไปทำลายอย่างถูกวิธี

ทางรัฐบาลของ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาขยะและได้มีการจัดทำเรื่องปัญหาขยะนี้ให้เป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งมีแผนในการดำเนินการดังนี้ จัดทำ road map การจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย โดยความเห็นชอบของ คสช. ในปี 2557 จากนั้นในปี 2558 แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ ปี พ.ศ. 2559 – 2564 ก็ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

เนื้อหาในแผนแม่บทการจัดการขยะมูลฝอยของประเทศปี พ.ศ. 2559 – 2564 ตั้งบนกรอบคิดเรื่องความรับผิดชอบต่อและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ใช้หลัก 3Rs คือ Reduce Reuse & Recycle และมีระบบจัดการที่เหมาะสม ศูนย์รวม และแปรรูปพลังงาน โดยมีเป้าหมายของแผนแม่บทดังนี้คือ ขยะมูลฝอยในชุมชนได้รับการจัดการอย่างถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ภายในปี 2564 ขยะมูลฝอยตกค้างได้รับการจัดการอย่างถูกต้องร้อยละ 100 ภายในปี 2564 ของเสียอันตรายชุมชนได้รับการรวบรวมและจัดส่งไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายในปี 2564 อปท. มีการคัดแยกขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายชุมชนที่ต้นทางไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ภายในปี 2564 กากอุตสาหกรรมที่เป็นอันตรายเข้าสู่ระบบการจัดการ รวมถึงขยะติดเชื้อได้รับการจัดการอย่างถูกต้องร้อยละ 100 ภายในปี 2563⁸

ซึ่งมาตรการในการขับเคลื่อนแผนแม่บทให้บรรลุเป้าหมายนั้นมี 3 มาตรการหลักคือ

1. การลดปริมาณขยะที่แหล่งกำเนิด ซึ่งรวมถึงการที่จะต้องมีการแยกขยะด้วย
2. มาตรการเพิ่มศักยภาพในการจัดการ ซึ่งวางท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการหลัก
3. มาตรการส่งเสริมการบริหารจัดการขยะมูลฝอยและขยะอันตราย โดยการสร้างจิตสำนึกให้กับประชาชน และสร้างแรงจูงใจในการจัดการขยะ โดยกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ผ่านพระราชบัญญัติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2535 และมีกลไกในระดับจังหวัดที่จะขับเคลื่อนเรื่องขยะและอนามัยสิ่งแวดล้อมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) ซึ่งจะต้องบูรณาการการทำงานของภาคีที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ในระดับกระทรวงสาธารณสุขก็มีแผนในการจัดการกับปัญหาขยะและสิ่งแวดล้อมอยู่ในกรมต่างๆ ดังนี้
4. สำนักงานปลัดกระทรวงและกรมอนามัยร่วมมือกันดำเนินการเรื่อง เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการขยะติดเชื้อ เสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการจัดการขยะและอนามัยสิ่งแวดล้อม และสร้างความร่วมมือพหุภาคี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนตามแนวทางประชารัฐเพื่อจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

สำนักงานปลัดกระทรวง กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ และกรมอนามัยดำเนินการร่วมกันเรื่องเพิ่มประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวังและป้องกันภัยสุขภาพจากขยะและสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (2009). Ottawa Charter for Health Promotion in Milestone in Health Promotion: Statement from Global Conferences. Geneva: WHO Press
2. Guggenheim, D. (Director). (2006). An inconvenient truth: A global warning [DVD]. Hollywood: Paramount.
3. ปรีชา เปรมปรี แนวทางในการเฝ้าระวังสุขภาพในเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม ปีงบประมาณ 2559 ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในพื้นที่เสี่ยง ปีงบประมาณ 2559 วันที่ 10 – 11 กุมภาพันธ์ 2559 ณ โรงแรมทีเคพาเลส กรุงเทพฯ.
4. _____. สรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำแผนที่เสี่ยงภัยการปนเปื้อนสารเคมีในห่วงโซ่อาหารและการบริหารจัดการ: การจัดทำแผนที่ความเสี่ยงการปนเปื้อนมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยงเพื่อการเฝ้าระวังทางสุขภาพ โดย ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดระยอง สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ โรงแรมแกรนด์ไฮโน กรุงเทพมหานคร วันที่จัดประชุม: วันที่ 14-15 มกราคม 2559.
5. Sukitpaneevit M., & Oanh NTK. Satellite monitoring for carbon monoxide and particulate matter during forest fire episodes in Northern Thailand. Environ Monit Assess (2014) 186:2495–2504.#
6. Guo Y, Li S, Tawatsupa B, Punnasiri K, Jaakkola JJK, & Williams G. The association between air pollution and mortality in Thailand. Scientific reports 4:5509, DOI: 10.1038/srep05509
7. โสภณ เมฆธร นโยบายการดูแลสุขภาพประชาชนและคนทำงานคัดแยกขยะและรีไซเคิลขยะในพื้นที่เสี่ยงสูง การนำเสนอของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข 2558.
8. วิจารย์ สิมานาษา แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ.2559 - 2564) จากการฝึกอบรม ‘เทคโนโลยีการฝังกลบขยะมูลฝอยแบบกึ่งใช้อากาศ (Fukuoka Method)’ ระหว่างวันที่ 1-2 กันยายน 2559 ณ โรงแรมดุสิต ปริ้นเซส โคราช.

บทที่ 2

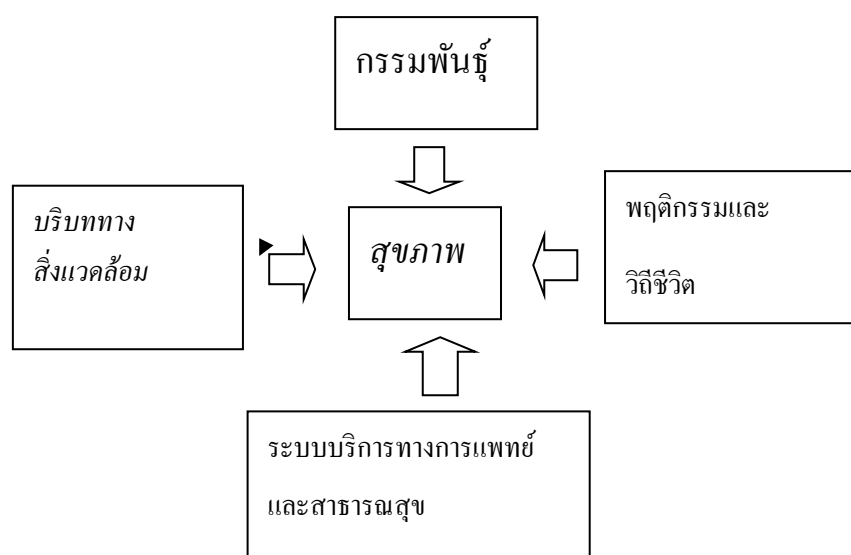
การตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับนานาชาติ

การพัฒนาการทำงานสาธารณสุข

ในขณะที่มีการตั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การทำงานสาธารณสุขก็มีการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากหลากหลายสาเหตุมากขึ้น นับจากการปรับรูปแบบการทำงานสาธารณสุขแบบดั้งเดิมที่พัฒนามาตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 จากกรอบการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมสู่การทำงานสาธารณสุขยุคศตวรรษที่ 19 ยุคพัฒนาอุตสาหกรรม ทำให้แนวคิดการทำงานเวชศาสตร์ป้องกัน เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งเน้นการทำงานของภาครัฐในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การพัฒนาสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล น้ำ อาหาร อากาศ วัคซีน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตาม ซึ่งมีการทำงานในยุคนี้อยู่บนความเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดและความรู้ที่ทีมงานให้กับประชาชนนั้นมีคุณภาพดีพอที่จะทำให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพดี และการป้องกันโรคก็สามารถทำได้ด้วยวิธีการคัดกรองค้นหาโรคในกลุ่มประชาชนทั่วไป

ต่อมาในศตวรรษที่ 20 รัฐบาลประเทศแคนาดาได้ตีพิมพ์รายงานลาลอนด์ ที่นำเสนอแนวคิดว่าคุณภาพ เกิดจากแนวคิดพื้นที่สุขภาพ (Health Field) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ ดังภาพที่ 16

ภาพที่ 16 องค์ประกอบสำคัญของแนวคิดพื้นที่สุขภาพ (Health Field)



แนวคิดพื้นที่สุขภาพ ทำให้การทำงานด้วยกรอบผู้เชี่ยวชาญ หรือ กรอบทางการแพทย์ได้ถูกลดความสำคัญ การให้ความสำคัญกับปัจจัยแวดล้อม โดยเฉพาะเรื่องการกำหนดนโยบาย มาเป็นจุดเน้นในการทำงานแทน และองค์การอนามัยโลกได้มีการประกาศนโยบายร่วมกับประเทศต่างๆ ในการทำงานป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพด้วยกลยุทธ์การประกาศนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าร่วมกัน กิจกรรมที่ตามมาคือ การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ และประกาศข้อเสนอในการสร้างสุขภาพร่วมกัน ที่เรียกว่า กฎบัตรออตตาวา

พัฒนาการของการสร้างสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาได้มีการพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากการมีนโยบายที่ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในแต่ละประเทศ หรือท้องถิ่น จนกลายเป็นรูปแบบการทำงานที่เน้นความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ อันได้แก่ บริบททางสังคม เศรษฐกิจ บทเรียนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพ คือ การพัฒนาแนวทางที่ประยุกต์การตลาดทางสังคม เพื่อให้เข้าใจความต้องการของลูกค้า บริบทของสังคม และการให้ความสำคัญกับการสื่อสารสุขภาพ และการใช้สื่อมวลชนเพื่อให้เกิดกระแสสนับสนุนในสังคม

ปัจจุบัน Rayner (2009) ได้สร้างข้อเสนอในการทำงานสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญสิ่งแวดล้อมในมิติความสัมพันธ์เชิงระบบในสังคม หรือ ที่เรียกว่า ระบบนิเวศวิทยาในการทำงานสาธารณสุข เพื่อให้เห็นความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมระดับต่างๆ หรือ พหุระดับ ซึ่งมีอิทธิพลกับพฤติกรรมและสุขภาพของประชาชน ทำให้กลยุทธ์การทำงานสร้างสุขภาพและป้องกันโรคมุ่งไปสู่การทำงานกับภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ให้มาร่วมสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม ลดความเหลื่อมล้ำ การทำงานที่มีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน และการพัฒนาคุณภาพบริการและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพในส่วน of เครือข่ายสาธารณสุข

การพัฒนากลไกการทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ อย่างน้อย 3 ระดับ ที่นอกเหนือจากภาคสาธารณสุข ด้วยยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกและปรับบทบาทนักสาธารณสุขจากผู้จัดบริการ ผู้ให้ความรู้ มาเป็นผู้สนับสนุนการทำงานของภาคประชาชน และภาคการเมือง และขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนางานสาธารณสุขทั้งระดับชุมชน และสังคมโดยภาคีเครือข่ายในแต่ละพื้นที่

เป้าหมายสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

ในขณะที่มีการตั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การทำงานสาธารณสุขก็มีการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากหลากหลายสาเหตุมากขึ้น นับจากการปรับรูปแบบการทำงานสาธารณสุขแบบดั้งเดิมที่พัฒนามาตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 จากกรอบการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมสู่การทำงานสาธารณสุขยุคศตวรรษที่ 19 ยุคพัฒนาอุตสาหกรรม ทำให้แนวคิดการทำงานเวชศาสตร์ป้องกัน เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งเน้นการทำงานของภาครัฐในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การพัฒนาสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล น้ำ

อาหาร อากาศ วัคซีน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตาม ซึ่งมีการทำงานในยุคนี้อยู่บนความเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดและ ความรู้ที่ทีมงานให้กับประชาชนนั้นมีคุณภาพดีพอที่จะทำให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพ ดี และการป้องกันโรคก็สามารถทำได้ด้วยวิธีการคัดกรองค้นหาโรคในกลุ่มประชาชนทั่วไป

การพัฒนาที่ยั่งยืนมีการดำเนินการตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2543 ตามข้อตกลง “เป้าหมายการพัฒนา แห่งสหประชาชาติ” ซึ่งมีเป้าหมายทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ (1) ขจัดความยากจนและความหิวโหย (2) ให้เด็กทุกคน ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา (3) ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและบทบาทสตรี (4) ลดอัตราการ ตายของเด็ก (5) พัฒนาสุขภาพของสตรีมีครรภ์ (6) ต่อสู้กับโรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ (7) รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน (8) ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก

ผลการพัฒนาของประเทศไทยพบว่า ปี 2547 ประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมาย MDGs ด้านความ ยากจน ความหิวโหย ความไม่เท่าเทียมทางเพศ โรคเอดส์และมาลาเรียแล้ว ต่อมา ปี 2552 หลังจากพบว่า ไทยได้บรรลุ MDGs หลายด้าน ประกอบด้วย การขจัดความยากจนและความหิวโหย การให้เด็กทุกคน สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา การส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศ การต่อสู้โรคเอดส์ การลด สัดส่วนประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาดและสุขาที่ถูกสุขลักษณะ การยกระดับคุณภาพชีวิต ประชากรในชุมชนแออัด รวมทั้งการเป็นหุ้นส่วนการพัฒนาในประชาคมโลก อย่างไรก็ตาม ไทยยังต้องเร่ง ดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน รวมทั้ง การบรรลุเป้าหมาย MDG-Plus ที่ไทยได้กำหนดขึ้นในเรื่องการลดอัตราการตายของเด็กและพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ในพื้นที่ ที่ห่างไกลและชายขอบ

แม้ว่าเป้าหมาย MDGs ซึ่งมีกำหนดเวลา 15 ปี จะไม่ประสบผลสำเร็จในหลายประเทศ แต่ก็เป็นการยกระดับการพัฒนาของมวลประเทศต่างๆ ในทุกภูมิภาค จึงมีความเคลื่อนไหวในช่วงปี พ.ศ. 2556- 2558 ที่จะกำหนดเป้าหมายการพัฒนามนุษย์อีกครั้ง โดยในคราวนี้ กำหนดขอบเขตไว้กว้างกว่าเป้าหมาย MDGs และเรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals หรือ SDGs ครอบคลุมช่วงเวลา 15 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึงปี 2573 โดยประเด็นสำคัญของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลัก ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals

1. การจัดความยากจน 2. การจัดความโหยหิว สร้างความมั่นคงทางอาหารและให้ทุกคนได้รับโภชนาการที่เพียงพอ รวมถึงการส่งเสริมการทำการเกษตรที่ยั่งยืน 3. การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ 4. การศึกษาอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ รวมถึงโอกาสการเรียนรู้แบบตลอดชีวิต 5. การเสริมสร้างศักยภาพของสตรีและความเท่าเทียมทางเพศ 6. มีน้ำดื่ม – น้ำใช้ที่ถูกสุขอนามัย 7. การเข้าถึงบริการทางพลังงาน เช่น การเพิ่ม การผลิตพลังงานหมุนเวียน 2 เท่า 8. การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน เช่น ยุติการใช้แรงงานเด็ก	9. การประกอบอุตสาหกรรมอย่างยั่งยืน 10. การลดความไม่เท่าเทียมกันภายในและระหว่างประเทศ 11. การพัฒนาชุมชนเมืองที่ยั่งยืน 12. การผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน 13. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ 14. การอนุรักษ์และการใช้ทรัพยากรทางทะเลอย่างยั่งยืน 15. การปกป้องและฟื้นฟูระบบนิเวศน์รวมถึงการยุติการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ 16. สันติภาพ 17. แนวทางการดำเนินการและหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน
--	---

สำหรับเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคือ เป้าหมายหลักที่ 3 การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายย่อยอีก 13 เป้าหมาย ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน

ลำดับประเด็น (Target)	เป้าหมายย่อยที่ต้องบรรลุ (Indicator)
1. Reduce maternal mortality	ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกต่ำกว่า 70 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีวิต
2. End newborn and child preventable deaths	ขจัดปัญหาการตายที่สามารถป้องกันได้ของทารกแรกเกิดให้น้อยกว่า 12 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิตและการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้น้อยกว่า 25 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต
3. End epidemics	หยุดยั้งการระบาดของเชื้อไวรัสเอชอีวี วัณโรค มาเลเรีย และโรคติดต่อในกลุ่มประเทศเขตร้อนที่ถูกกลบเกลื่อน โรคไวรัสตับอักเสบ โรคติดต่อที่เกิดจากการบริโภคน้ำ และอาหารที่ไม่สะอาด รวมทั้งโรคติดต่ออื่นๆ
4. Reduce NCD mortality and improve mental health	ลดการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases-NCDs) [CVD, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease between ages 30 and 70 (30% reduction)]
5. Prevention and treatment of substance abuse	เสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด
6. Halve deaths and injuries from road traffic accidents	Mortality numbers due to road traffic accidents (50% reduction) ลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร
7. Universal access to sexual and reproductive health care services	Family planning coverage rate (at least 75%) สร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว
8. Universal health coverage	Coverage index with tracer interventions for prevention and treatment and financial protection สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทุกประเทศ
9. Reduce mortality and illness from pollution and contamination	Population in urban areas exposed to outdoor air pollution above WHO guideline values ลดจำนวนผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตราย
10. Tobacco (FCTC)	Tobacco use การนำหลักการในกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) ไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ
11. Medicines and vaccines	Population with access to affordable medicines (%) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการผลิตวัคซีน ยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้ง เทคโนโลยีสุขภาพสำหรับโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผลต่อ สุขภาพของ

	ประชาชนในประเทศยากจน และประเทศกำลังพัฒนา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงวัคซีน ยาเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี สุขภาพเหล่านี้ได้อย่างถ้วนหน้าในราคาไม่แพงเกินไป
12. Increase health financing and enhance health workforce in developing countries	Health workers per 1,000 population เพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพอย่างมีนัยยะสำคัญ ทั้งในด้านการเงินการคลังสุขภาพจากภาครัฐ การผลิต การกระจายและจ้างบุคลากรสุขภาพ ที่มีคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ยากลำบาก หรือ ห่างไกลทุรกันดาร
13. Strengthen capacity health risks	Implementation IHR core capacities เสริมสร้างศักยภาพของทุกประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาใน การเตือนภัย เฝ้าระวังและลดความสูญเสียที่เกิดจากภัยพิบัติและภัยคุกคามต่างๆ รวมทั้งโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้ออุบัติใหม่ด้วย

วาระการพัฒนากายหลังปี ค.ศ. 2015 ครอบคลุม 4 ประเด็น ดังนี้

1) การสร้างความยั่งยืนที่แท้จริง

- วิกฤตเศรษฐกิจทำให้ประชาชนที่พ้นจากสภาวะยากจนแล้วต้องกลับไปเผชิญสถานะเดิมเนื่องจากไม่มีงานทำ ดังนั้น การเจริญเติบโตที่ยั่งยืน ผ่านการสร้างงาน โดยเฉพาะการสร้างงานที่มีคุณค่าจึงมีความสำคัญ รวมถึงการส่งเสริมการศึกษาที่เน้นคุณภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของตลาดแรงงาน

- ความยั่งยืนในเชิงสิ่งแวดล้อม โดยหัวใจหลักคือการพัฒนาด้านเศรษฐกิจที่จะต้องคำนึงถึงทรัพยากรที่จะเหลือไปถึงคนรุ่นหลัง นอกจากนั้น ยังมีประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาคือ ความมั่นคงทางด้านน้ำ อาหาร และพลังงาน

2) การสร้างศักยภาพความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ง่าย หรือ ไวต่อการเปลี่ยนแปลง

- เป้าหมายด้านสุขภาพ เป็น MDGs ที่ยังคงไม่บรรลุและสำคัญต่อศักยภาพของมนุษย์ในการตอบสนองต่อสิ่งท้าทายใหม่ๆ ดังนั้น Post-2015 Development Agenda ควรมีประเด็นเรื่อง Universal Health Coverage ที่ไทยมีบทบาทนำและสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีต่อประเทศอื่น

- ประเด็นด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงและบรรเทาภัยจากเหตุภัยพิบัติ เนื่องจากได้เกิดขึ้นถี่และรุนแรงขึ้น ทำให้การบรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนต้องชะงักหรือถดถอยลง ทั้งนี้ ไทยสามารถก้าวผ่านวิกฤตมหาอุทกภัยและสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริหารจัดการน้ำกับประเทศต่างๆ

3) ลดการไม่เท่าเทียม เสมอภาค และการให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชน

- การเข้าถึงคนจากทุกภาคส่วนในสังคมสำคัญต่อนโยบายที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการลดความไม่เท่าเทียมกัน ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ

- รัฐจะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษแก่ vulnerable groups โดยเฉพาะเด็ก สตรี ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ซึ่งยังคงถูกละเลยอยู่มากและเพื่อบรรลุการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกภาคส่วนและลดความไม่เสมอภาค

4) วิธิดำเนินการจากนโยบายสู่การปฏิบัติที่สำคัญ

- การเสริมสร้างหลักธรรมาภิบาล (good governance) และหลักนิติธรรม (rule of law) เป็นวิธีการนำไปสู่การพัฒนาที่ครอบคลุมและยั่งยืน นอกจากนี้ จะไม่สามารถบรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนได้หากประเทศไม่มีความสงบสุขและสันติภาพ

- การเสริมสร้างความเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนา ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้ง ภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และนักวิชาการ

โดยสรุป การทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้รับความสนใจและสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ทุกระดับ เพื่อให้ประชากรและสังคมโลกได้มีสุขภาพดี การแก้ปัญหา ต้องการความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน และต้องการความยั่งยืนในทุกระดับ

การประชุมวิชาการระดับโลกเพื่อพัฒนาการของการสร้างสุขภาพได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาครบ 30 ปี ในปี พุทธศักราช 2559 ซึ่งจัดขึ้นที่นครเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน และมีข้อสรุปที่เน้นความสัมพันธ์ของการสร้างสุขภาพ กับการพัฒนาอย่างยั่งยืน และมีบทสรุปในการทำงานสร้างสุขภาพที่จุดเน้น 3 ประการคือ

1. ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ (good governance)

2. การเป็นเมืองสุขภาพดี (healthy cities)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)

จุดเน้นที่สำคัญของการเชื่อมโยง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ การสร้างสุขภาพ คือ การให้ความสำคัญ ความรอบรู้สุขภาพ เป็น ปัจจัยกำหนดสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยโครงสร้างที่กำหนดสุขภาพ (Health literacy as a structural determinant of health) ที่สำคัญในการทำงานสร้างสุขภาพ

ดังนั้น การทำงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกเสนอว่า ควรให้ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้อง คือ

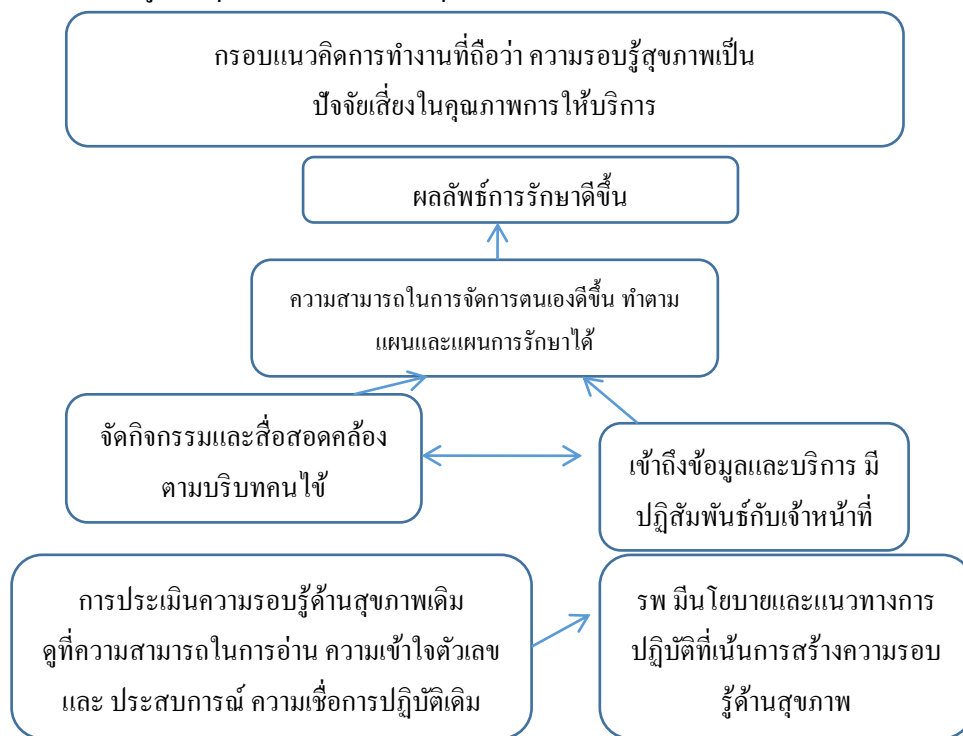
1. บริบทการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้นำ นักการเมือง

2. ระบบการศึกษาและพัฒนาความสามารถในการอ่านออกเขียนได้
3. การเข้าถึงข้อมูล บริการ และ ทรัพยากร
4. คุณภาพบริการสุขภาพ และบริการที่เกี่ยวข้อง
5. ระบบความเชื่อด้านสุขภาพ
6. การมีชีวิตชีวา และการจัดการสุขภาพในชุมชน
7. ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และ การพัฒนา
8. ทุนทางสังคม

นอกจากนี้ ยังเน้นการให้ความสำคัญ กับกิจกรรม 3 กิจกรรม คือ (1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้นำ (2) การพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ให้เป็นผู้รอบรู้และมีทักษะในการสร้างความรอบรู้ให้ผู้รับบริการ และกลุ่มเป้าหมายต่างๆ (3) การสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ

ศาสตราจารย์ ดอน นัทบีม ซึ่งเป็นผู้มีความสัมพันธ์ของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับการสร้างสุขภาพ ทั้งที่เป็นระดับปัจเจกบุคคล และ ระดับสังคม หรือ สาธารณสุข ในการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก ณ กรุงไนโรบี ประเทศ เคนยา ในปี 2009 ต่อมาในปีพุทธศักราช 2560 ศาสตราจารย์ ดอนนัทบีม แสดงข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการด้านความรอบรู้สุขภาพ จัดโดยกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ว่า “การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ ถ้านักสาธารณสุขมีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้คนในสังคมตระหนักต่อการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล สามารถซักถาม ได้ตอบ และนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิถีชีวิต ทำให้มีสุขภาพดี ชีวิตยืนยาวได้” (ภาพที่ 17)

ภาพที่ 17 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการสร้างสุขภาพ



จาก: Nutneam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008;67(12):2072-8.

แนวคิดสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพ

สุขภาพ เป็นการจัดการเรียนรู้เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับหัวข้อ หรือ ประเด็นปัญหาอันใดอันหนึ่ง หรือ อาจเป็นการนำเสนอข้อมูลสำหรับกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เห็นประโยชน์ หรือ โทษ และพัฒนาศักยภาพ สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมในบริบท หรือ จุดย่อยในสังคม จุดใดจุดหนึ่ง

กิจกรรมได้แก่ การบรรยาย การจัดหลักสูตร อบรม การสัมมนาทางเว็บไซต์ กลยุทธ์ สำคัญ คือ

1. การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย
2. การประเมินศักยภาพ ทรัพยากร ของชุมชน และคนในชุมชน
3. การดำเนินงานโครงการ หรือ หลักสูตร ในแต่ละบริบท ที่ง่ายต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ
4. การนำเสนอข้อมูลในช่องทางต่างๆ
5. การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ผ่านกิจกรรม เช่น การจัดอบรม เพื่อให้ดำเนินงานตามกลยุทธ์ได้ถูกต้อง
6. การจัดทำข้อมูลมานำเสนอในสื่อชนิดต่างๆ

ส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่เอื้อให้บุคคลสามารถควบคุม และพัฒนาสุขภาพตนเองได้
 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมิเป้าหมาย เพื่อให้คนมีสุขภาพดี การสร้างเสริมสุขภาพมักจะทำ
 ให้บุคคลและชุมชนมีส่วนร่วมในการทำพฤติกรรมที่ทำให้มีสุขภาพดี ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรค
 เรื้อรัง หรือ เกิดการเจ็บป่วยอื่นๆ การป้องกันโรค

กิจกรรมหลักของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คือ

1. การสื่อสาร
2. การเสริมพลังอำนาจเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจด้วยกิจกรรม
 เช่น การฝึกอบรม การจัดกลุ่มสนับสนุน
3. การกำหนด นโยบาย ข้อตกลง หรือ กฎ ระเบียบที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ
4. การจัดตั้งแวดล้อม โครงสร้างทางสังคม เพื่อให้เกิดการเข้าถึง หรือ ความเป็นไปได้ในการของ
 กลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก โดยพิจารณา ระยะทาง ภูมิสังคม วัฒนธรรม และความสัมพันธ์
 เครือข่ายในสังคม

ดังรายละเอียดในตาราง 2.3

ตารางที่ 2.3 กิจกรรมหลักของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กลยุทธ์	กิจกรรม	รูปธรรมของกลยุทธ์
1. การสื่อสาร	สื่อสารมวลชน สื่อสารในเครือข่าย สื่อสารสองทาง	
2. การเสริมพลัง อำนาจเพื่อการ เปลี่ยนพฤติกรรม	เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	การตั้งกลุ่ม การพัฒนา เผยแพร่ คนต้นแบบ องค์กรต้นแบบ กำหนดเป้าหมายการจัดกิจกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การรอบ รู้สุขภาพ และการจัดการตนเอง พัฒนาหลักสูตร ในระบบการศึกษา และการศึกษาต่อเนื่อง ให้บุคลากร มีสมรรถนะในการสร้างเสริมความ รอบรู้สุขภาพให้กลุ่มเป้าหมาย และ ภาคส่วนต่างๆ ในสังคม
3. การกำหนด นโยบาย	สร้างการมีส่วนร่วมในการผลักดัน หรือ สร้างนโยบาย	สำรวจความคิดเห็นกลุ่มเป้าหมาย ต่างๆ ระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้

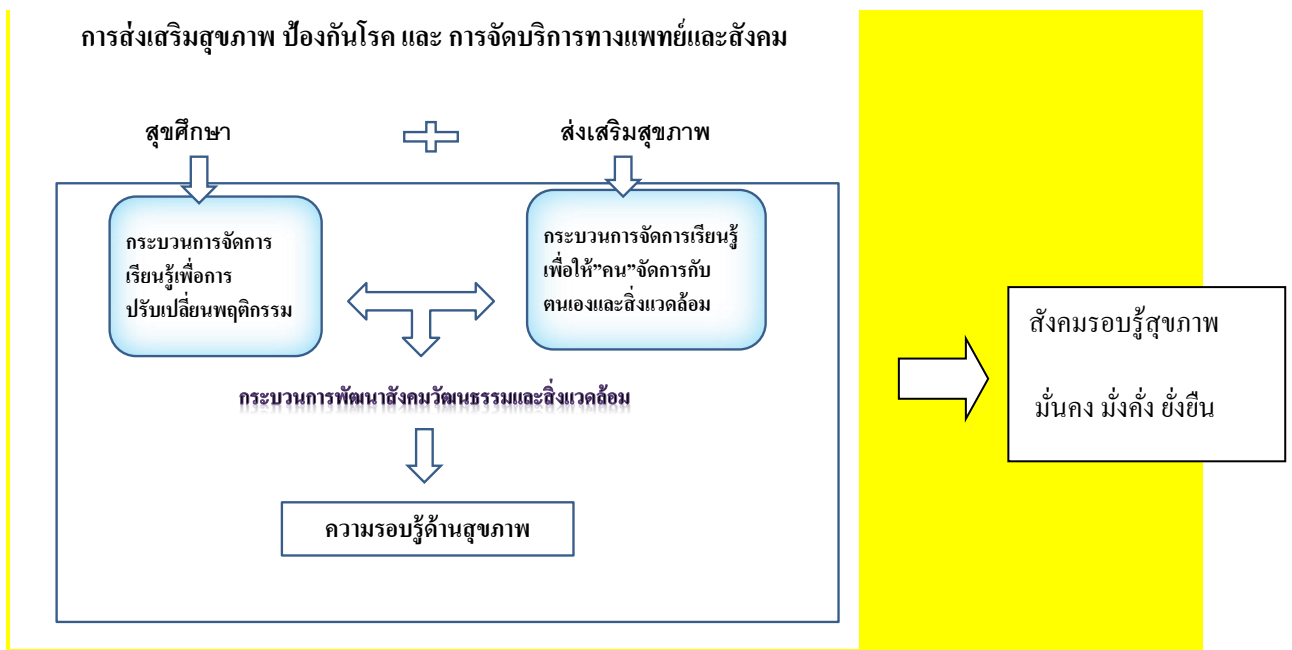
		ส่วนเสีย
	สร้างเงื่อนไขลดปัจจัยเสี่ยง	มาตรการทางการเงิน การเก็บภาษี
		พัฒนาความสามารถ การรวมกลุ่ม ผู้เสียหาย ผู้ได้รับผลกระทบ
		ลดจำนวน เป้าหมายการผลิต สินค้า อาหารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
	เพิ่มปัจจัยคุ้มครอง	การผลักดันกฎหมายจากผลการ ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การ วิจัย
		สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม สร้างเสริมสุขภาพ
		กำกับติดตามการแปลงนโยบายไปสู่ การปฏิบัติ โดยภาคส่วนต่างๆ ใน สังคม สื่อมวลชน
		การปรับปรุง และพัฒนาบุคลากร ให้มีศักยภาพ และรอบรู้ด้านการ ทำงานสร้างเสริมสุขภาพและการ เปลี่ยนแปลงในสังคม
		การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ
		การกำกับ กฎ ระเบียบ
		การทบทวนและประเมินผลลัพธ์ ผลกระทบจากการนำนโยบายไปใช้
4. การจัด	การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	การจัดระเบียบทางเท้า
สิ่งแวดล้อม		การเพิ่มพื้นที่สีเขียว
		การจัดเพิ่มสถานที่จำหน่ายอาหาร สุขภาพ เช่น เครื่องขายอาหาร อัตโนมัติ
	การเปลี่ยนโครงสร้างสังคม	การออกกฎหมาย ควบคุมมลพิษ
		การกำกับคุณสมบัติผู้ขับขี่ คนเดิน เท้าในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน

		อันตรายต่างๆ
		การพัฒนาอาสาสมัคร จิตอาสา เครือข่ายต่างๆ
		การตั้งศูนย์ ข้อมูล โต้ตอบข่าวสาร

การทำงานสุขศึกษา ส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ถูกปรับมุมมองจากการทำงานสุขศึกษาและ ส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาเป็น การทำงานสุขศึกษา และ ส่งเสริมสุขภาพ ที่คำนึงถึง การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาในสังคม การทำงานที่ใช้บริบท และปัจจัยทางสังคม มาเป็นเงื่อนไขการออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างการเรียนรู้ และกำหนดเงื่อนไขในการเปลี่ยนพฤติกรรม

ดังนั้น การทำงานเพื่อสร้างความรอบรู้สุขภาพ จึงไม่ใช่การทำงานสุขศึกษาของนักสุขศึกษาแต่เพียงอย่างเดียว แต่ เป็นการทำงานร่วมกันของนักวิชาการสาธารณสุข ทุกวิชาชีพ ที่จะทำงานให้ทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ หรือ ที่เรียกว่า ทุกระบบเพื่อสุขภาพ (Health in All Policies) โดยเน้นการมี และ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจ ได้ตอบในประเด็นสุขภาพ จนทำให้ปัจเจกบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน เกิดการตัดสินใจที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และปฏิบัติได้จริงจนเกิดผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มั่นคงสามารถประกอบอาชีพทำให้เกิดการมั่นคงทางเศรษฐกิจ และ เกิดการพัฒนาในสังคมอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน

ภาพที่ 18 แนวคิดสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพ



ตัวอย่างกิจกรรมตามกลยุทธ์การสร้างสุขภาพทางโภชนาการ

1. เพิ่มจุดขาย และเครื่องขายอาหารสุขภาพ
2. ลดราคาอาหารสุขภาพ
3. ปรับแผนการผลิต การปลูกพืชผลการเกษตร ไปสู่ ผลผลิตและผลิตภัณฑ์ที่มีผลดีต่อสุขภาพ
4. กระจายร้านค้า ผลิตภัณฑ์อาหารสุขภาพ ในพื้นที่ห่างไกล
5. เพิ่มแรงจูงใจ เช่น ลดภาษี ให้การจัดตั้งร้านค้าอาหารสุขภาพ ในพื้นที่ห่างไกล
6. พัฒนาระบบ การขนส่งพืชผัก อาหารสุขภาพ จากโรงงานสู่ตลาด ร้านค้า
7. กำกับการจัดหีบห่อ อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ขนาดเล็กลง เหมาะสม และมีข้อความกำกับ ที่เข้าใจง่าย
8. ห้ามการโฆษณา อาหาร เครื่องดื่มที่ไม่มีผล หรือ ส่งผลร้าย ต่อสุขภาพ
9. ขึ้นภาษี อาหาร ผลิตภัณฑ์ บริการที่ส่งผลร้ายต่อสุขภาพ
10. ส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีในการสื่อสารข้อมูล โภชนาการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึง และง่ายต่อการใช้ข้อมูล ผลิตภัณฑ์อาหารที่ส่งผลดี และเสีย ต่อสุขภาพ เช่น mHealth, eHealth

แนวคิดพื้นที่สุขภาพ ทำให้การทำงานด้วยกรอบผู้เชี่ยวชาญ หรือ กรอบทางการแพทย์ได้ถูกลดความสำคัญ การให้ความสำคัญกับปัจจัยแวดล้อม โดยเฉพาะเรื่องกำหนดนโยบาย มาเป็นจุดเน้นในการทำงานแทน และองค์การอนามัยโลกได้มีการประกาศนโยบายร่วมกับประเทศต่างๆ ในการทำงาน

ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพด้วยกลยุทธ์การประกาศนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าร่วมกัน กิจกรรมที่ตามมาคือ การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ และประกาศข้อเสนอในการสร้างสุขภาพร่วมกัน ที่เรียกว่า กฎบัตรรอดตาย

พัฒนาการของการสร้างสุขภาพตามกฎบัตรรอดตายได้มีการพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากการมีนโยบายที่ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในแต่ละประเทศ หรือ ท้องถิ่น จนกลายเป็นรูปแบบการทำงานที่เน้นความสำคัญกับ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ อันได้แก่ บริบททางสังคม เศรษฐกิจ บทเรียนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพ คือ การพัฒนาแนวทางที่ประยุกต์การตลาดทางสังคม เพื่อให้เข้าใจความต้องการของลูกค้า บริบทของสังคม และการให้ความสำคัญกับการสื่อสารสุขภาพ และการใช้สื่อมวลชนเพื่อให้เกิดกระแสสนับสนุนในสังคม

Rayner (2009) ได้สร้างข้อเสนอในการทำงานสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญสิ่งแวดล้อมในมิติความสัมพันธ์เชิงระบบในสังคม หรือ ที่เรียกว่า ระบบนิเวศวิทยาในการทำงานสาธารณสุข เพื่อให้เห็นความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมระดับต่างๆ หรือ พหุระดับ ซึ่งมีอิทธิพลกับพฤติกรรมและสุขภาพของประชาชน ทำให้กลยุทธ์การทำงานสร้างสุขภาพและป้องกันโรคมุ่งไปสู่การทำงานกับภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ให้มาร่วมสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม ลดความเหลื่อมล้ำ การทำงานที่มีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน และการพัฒนาคุณภาพบริการและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพในส่วนของเครือข่ายสาธารณสุข

การพัฒนากลไกการทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ อย่างน้อย 3 ระดับ ที่นอกเหนือจากภาคสาธารณสุข ด้วยยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกและปรับบทบาทนักสาธารณสุขจากผู้จัดการ ผู้ให้ความรู้ มาเป็นผู้สนับสนุนการทำงานของภาคประชาชน และภาคการเมือง และขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนางานสาธารณสุขทั้งระดับชุมชน และสังคมโดยภาคีเครือข่ายในแต่ละพื้นที่

ทุกวันนี้การทำงานส่งเสริมสุขภาพไม่ได้รับการสนใจและปฏิบัติเท่าที่ควร ทั้งในแผนปฏิบัติการระดับชาติ ระดับเขต หรือ ระดับพื้นที่ ดังนั้น ปัญหาการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง เป็นหลักฐานการล้มเหลวของงาน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเพิ่มความสามารถของการส่งเสริม ป้องกันโรค จำเป็นต้องพิจารณา ยุทธศาสตร์

1. การพัฒนาศักยภาพและแรงจูงใจของบุคคลกรในการทำงานด้านนี้
2. การปรับหลักสูตรแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เกี่ยวข้อง
3. การพัฒนาโครงสร้างกฎหมาย การใช้กฎหมาย และกรอบแนวคิดและการบริหารจัดการ โครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ความแตกต่างของการรักษา และงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

ในการรักษา แพทย์ พยาบาล รับหน้าที่ในการดูแลปัจเจกบุคคล แต่ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทีมสหสาขาวิชาชีพรับผิดชอบ ประชากรและสังคม

ในการรักษา แพทย์ พยาบาล แก้ปัญหาด้วยการให้ยา ทำหัตถการ ให้การรักษาปัจเจกบุคคล แต่ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทีมสหสาขาวิชาชีพ แก้ปัญหาด้วยการกระตุ้น สนับสนุนปัจเจก หรือกลุ่มคนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างหรือจัดการให้เกิดเงื่อนไขในสังคมเพื่อการปรับ หรือ เปลี่ยนพฤติกรรม

การทำงานรักษา และการทำงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกัน หากประเทศใดมียุทธศาสตร์ การทำงานสาธารณสุขที่เน้นการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรกระดับสูง การทำงานรักษาโรคจะมีน้อยลง แต่ในทางกลับกัน หากแผนยุทธศาสตร์กำหนดยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่ไปเพื่อพัฒนาระบบบริการด้านการรักษาโรค การทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะได้รับความสนใจน้อย การเกิดปัญหาโรคเรื้อรัง ก็จะมากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศก็จะเพิ่มมากขึ้นดังที่ปรากฏในประเทศไทย ดังนั้น ยุทธศาสตร์ชาติใน 20 ปีข้างหน้า จึงให้ความสำคัญกับ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญอันดับที่ 1

การพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจ ทำให้ปัญหาสาธารณสุขมีหลากหลายเพิ่มมากขึ้น และสาเหตุของปัญหาที่มีความซับซ้อน มากขึ้น จากเดิมที่สาเหตุส่วนใหญ่มาจากเชื้อโรค พาหะนำโรค มาเป็นพฤติกรรม วิถีชีวิต ละในปัจจุบัน ปัญหาจากการคมนาคม การย้ายถิ่นของประชากร ตลอดจน เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่สมดุล เช่นการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ และการขัดแย้งของสังคม ผู้นำประเทศ หรือ ผู้นำทางความคิด ทำให้เกิดการสู้รบ เกิดการตายก่อนวันอันควรเป็นต้น ดังนั้น ปัญหาสาธารณสุขที่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต้องให้ความสนใจ จึงมีหลากหลายเพิ่มขึ้นด้วยโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 ปัญหาสาธารณสุขที่ต้องให้ความสนใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ปัญหาเดิม	ปัญหาเพิ่มเติม
การให้ภูมิคุ้มกันโรค	บุหรี่
การวางแผนครอบครัว	เหล้า
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	โรคอ้วน
ภาวะโภชนาการ	การไม่ออกกำลังกาย
การมีน้ำสะอาดและระบบสุขาภิบาล	การบริโภคเกลือ
การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	การใช้สารเสพติด หรือ พฤติกรรมเสพติดอื่นๆ
การใช้มุ้ง หรือ อุปกรณ์ป้องกันโรค หรือ เพื่อความปลอดภัย	การบาดเจ็บ / อุบัติเหตุ
ความรุนแรงในสังคม หรือ ระหว่างเพศ	

กลยุทธ์ของกิจกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่ใช้กันมาก พอจะสรุปได้ดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 กลยุทธ์และกิจกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน

ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	กิจกรรม
ยุทธศาสตร์การจัดบริการ	การจัดบริการด้านการแพทย์ หรือ ด้านคลินิกการรักษา	การให้ภูมิคุ้มกันโรค การฉีดวัคซีน การบริการดูแลเด็กสุขภาพดี
ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิสัยทัศน์วัฒนธรรม	การใช้ผลจากห้องปฏิบัติการ หรือ วิธีตรวจด้วยเทคโนโลยี เพื่อทำนายโอกาสการเกิดโรค	การตรวจน้ำคร่ำ การตรวจทางพันธุกรรม
ยุทธศาสตร์การทำงานโดยใช้ข้อมูล	การทำระบบและกลไกการเก็บข้อมูลเพื่อการตัดสินใจวางแผน กำหนดนโยบาย และประเมินผล	การทำโมเดลทางคณิตศาสตร์ เพื่อทำนายผลการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครอง หรือ ผลลัพธ์การทำงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
ยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อสร้างกระแสหรือเงื่อนไขในสังคม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่ม ¹	การสื่อสารเพื่อโน้มน้าว หรือ สร้างกระแส	การใช้สื่อสารมวลชน การรณรงค์ การใช้สื่อโซเชียล
ยุทธศาสตร์การสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ²	การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อลดโอกาสการเกิดปัญหา	การสร้างส้วม การสร้างสิ่งกีดขวางเพื่อลดความเร็ว
ยุทธศาสตร์การปรับโครงสร้างสังคม เพื่อสร้างปัจจัยคุ้มครอง เป็นเงื่อนไขในการเปลี่ยนแปลงคนและสังคมด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน/สังคม ³	การผลักดันด้วยนโยบาย และมาตรการทางสังคม	การออกกฎหมาย การเก็บภาษี การกำหนดความเร็วในการขับรถ การสร้างมาตรฐานร้านอาหาร
	การทำงานในภาคส่วน หรือ องค์กรต่างๆ ในสังคม	การทำโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ที่ทำงาน หรือ เมืองน่าอยู่

ยุทธศาสตร์^{1,2,3} มาจาก Lawrence Green, 1987

ตัวอย่างหรือบทเรียนความสำเร็จของการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ตัวอย่างที่ 1 ประเทศฟินแลนด์

ความสำเร็จของโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเริ่มในปี ค.ศ. 1972 ผลการทำงานสรุปได้ว่า อัตราการตายของผู้ชายอายุ 35-64 ปี ใน North Karelia จากโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดลงร้อยละ 85 และจากโรคมะเร็งลดลงร้อยละ 67 โดยเฉพาะ มะเร็งปอด นอกจากนี้ ยังพบว่า อายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8-11 ปี ในช่วง 35 ปีของการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยปัจจุบัน ผู้ชายมีอายุขัยเฉลี่ยที่ 74.6 ปี และผู้หญิงอยู่ที่ 82.8 ปี และของพื้นที่ North Karelia ผู้ชายมีอายุขัยเฉลี่ยที่ 72 ปี และผู้หญิงอยู่ที่ 81 ปี ดังนั้น ยุทธศาสตร์การส่งเสริมป้องกันโรคของประเทศฟินแลนด์ จึงเป็นการขยายผลของยุทธศาสตร์การทำงานในพื้นที่ North Karelia

วิธีการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การทำงานของพื้นที่ North Karelia มีเป้าหมายเพื่อ การส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อรัง โดยใช้ยุทธศาสตร์ การมีส่วนร่วมของภาคีในชุมชน และการสร้างวิถีชีวิตสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการผลิตและบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การลดอาหารไขมัน ลดเค็ม เพิ่มผักผลไม้ ลดการสูบบุหรี่ และเหล้า เพิ่มการออกกำลังกาย ประเด็นสำคัญคือ โครงการนี้ดำเนินการโยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อันได้แก่ ผู้ว่าการรัฐ ผู้ว่าราชการจังหวัด นักการเมืองระดับชาติ ภาคประชาชน และผู้นำด้านสาธารณสุขของพื้นที่ และองค์การอนามัยโลก (ตารางที่ 2.6)

ตารางที่ 2.6 ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเทศฟินแลนด์

ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์
การมีส่วนร่วมของภาคีในชุมชน	สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในชุมชนในการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผลโครงการ
	เพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพาะปลูกผลไม้ “เบอร์รี่” ผ่านทางผู้นำทางความคิดของคนในชุมชน และการแข่งขันของคนในชุมชนในการทำพฤติกรรมเป้าหมายสองเรื่องนี้
	การจัดให้มีอาหารสุขภาพ ในโรงเรียน และที่ทำงาน
	การเพิ่มจำนวนอาหารสุขภาพในฤดูหนาว และในร้านค้า ร้านสะดวกซื้อในชุมชน
การสร้างวิถีชีวิตสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	การใช้สื่อมวลชนมาทำการสื่อสารผ่านรายการทีวี ในประเด็นการงดสูบบุหรี่
	การจัดบริการทางการแพทย์และบริการส่งเสริมสุขภาพให้ประชากรส่วนใหญ่
	การปรับระบบการผลิตและตลาดของอาหารส่งเสริมสุขภาพที่เน้นในโครงการโดย

	ภาคอุตสาหกรรมผู้ผลิตอาหารของประเทศ
	การเปลี่ยนระบบการผลิตของภาคการเกษตรจาก นมที่มีไขมัน มาเป็น นมไขมันต่ำ และไขมันจากพืช
	การกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ และการห้ามโฆษณาบุหรี่
	การทำโครงการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน เน้นเรื่องอาหารและออกกำลังกาย

ตัวอย่างที่ 2 รัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา

ความสำเร็จของโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในปี 2011ผู้ว่าการรัฐนิวยอร์ก มีประกาศเชิญชวนประชาชนในประเทศ สหรัฐอเมริกาว่า “ถ้าต้องการมีอายุยืน และสุขภาพดี กว่าคนอเมริกันโดยเฉลี่ย ให้ย้ายมาอยู่ที่รัฐนิวยอร์ก” ทั้งนี้เพราะมีผลการสำรวจอายุขัยเฉลี่ยจากและเมืองต่างๆ ในรัฐต่างๆ รวมทั้งหมด 3,147 แห่ง พบว่า เมืองแมนฮัตตันมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 10 ปี เปรียบเทียบจากช่วงเวลาประมาณ 20ปีที่ผ่านมา ซึ่งถือว่าเป็นการเพิ่มที่สูงที่สุดของประเทศ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของระดับประเทศอยู่ที่ 3.06 ปี (ตารางที่ 2.7)

ตารางที่ 2.7 ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา

ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์
ยุทธศาสตร์การจัดบริการ	การเยี่ยมบ้าน ทุก 1-2 สัปดาห์ ในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยง และเยี่ยมลูกหลังคลอดจนถึงอายุ 2 ปี
ยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อสร้างกระแสหรือเงื่อนไขในสังคม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่ม ¹	การรณรงค์การทำพฤติกรรมสุขภาพ การกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การขยายสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมการทำพฤติกรรมสุขภาพ
ยุทธศาสตร์การสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ²	การแจกถุงยางอนามัยเพื่อควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งศูนย์ป้องกันการใช้ยาเกินขนาด การสร้างพื้นที่เพื่อการออกกำลังกายที่ปลอดภัย เช่น ช่องทางจักรยาน
ยุทธศาสตร์การปรับโครงสร้างสังคมเพื่อสร้างปัจจัยคุ้มครอง เป็นเงื่อนไขในการเปลี่ยนแปลงคนและสังคมด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน/สังคม ³	การลดและเลิกการใช้ไขมันทรานส์ในการประกอบอาหารของร้านอาหาร กวดขัน การสร้างมาตรฐานร้านอาหาร

ประเด็นสำคัญของความสำเร็จเกิดจากผู้นำทางการเมืองที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง แผนการทำงานในอนาคต คือ การจัดทำข้อมูล เพื่อการสื่อสาร และประเมินผลกระทบของการทำงานที่มีต่อสุขภาพของประชากรและเพื่อกำหนดนโยบาย (ตารางที่ 2.8)

ตารางที่ 2.8 ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา

ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	การจัดบริการ
	การจัดบริการด้านการแพทย์ หรือ ด้านคลินิกการรักษา	การให้ภูมิคุ้มกันโรค การฉีดวัคซีน การบริการดูแลเด็กสุขภาพดี
ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิชาญนวัตกรรม	การใช้ผลจากห้องปฏิบัติการ หรือ วิเคราะห์ด้วยเทคโนโลยี เพื่อทำนายโอกาสการเกิดโรค	การตรวจน้ำคร่ำ การตรวจทางพันธุกรรม
ยุทธศาสตร์การทำงานโดยใช้ข้อมูล	การทาระบบและกลไกการเก็บข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ วางแผน กำหนดนโยบาย และประเมินผล	การทำโมเดลทางคณิตศาสตร์ เพื่อทำนายผลการทำงานลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครอง หรือ ผลลัพธ์การทำงาน ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
ยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อสร้างกระแส หรือเงื่อนไขในสังคม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่ม ¹	การสื่อสารเพื่อโน้มน้าว หรือ สร้างกระแส	การใช้สื่อสารมวลชน การณรงค์ การใช้สื่อโซเชียล
ยุทธศาสตร์การสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ²	การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อลดโอกาสการเกิดปัญหา	การสร้างส้วม การสร้างสิ่งกีดขวางเพื่อลดความเร็ว
ยุทธศาสตร์การปรับโครงสร้างสังคมเพื่อสร้างปัจจัยคุ้มครอง เป็นเงื่อนไขในการเปลี่ยนแปลงคนและสังคมด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน/สังคม ³	การผลักดันด้วยนโยบาย และมาตรการทางสังคม	การออกกฎหมาย การเก็บภาษี การกำหนดความเร็วในการขับรถ การสร้างมาตรฐานร้านอาหาร

ตัวอย่างที่ 3 ประเทศมาเลเซีย

ความสำเร็จของโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รายงานโดยคนกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้สูบบุหรี่ สรุปได้ว่า

1. จำนวนสถานที่ห้ามสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเป็น สองเท่า ภายใน 5 ปี
2. จำนวนบ้านปลอดบุหรี่ เพิ่ม จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 40 ใน 5 ปี
3. 3 ใน 4 ของคนที่สูบบุหรี่ให้การสนับสนุนกิจกรรมของภาครัฐในการควบคุมการสูบบุหรี่ แม้จะทำให้เขามีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการสูบบุหรี่
4. ร้อยละ 43 ของคนที่สูบบุหรี่ และคนที่เลิกบุหรี่ให้ความเห็นว่า การณรงค์การเลิกบุหรี่ทำให้เขารู้สึกอยากเลิกบุหรี่

กลุ่มผู้ประกอบการภาคเอกชน สรุปว่า

การลงทุนเพื่อสร้างสุขภาพของพนักงาน เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา และผลลัพธ์ที่เกิดในกลุ่มพนักงานมีทั้งในด้านความสุข ความรู้สึกต่อตนเอง สุขภาพที่ดีขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต้องจ่ายเอง ทำให้เกิดความมั่นคงในชีวิตและหน้าที่การงาน หลีกเลี่ยงความพิการ ส่วนประโยชน์ในมุมมองของผู้ประกอบการคือ ลดค่าใช้จ่ายจากการขาดงานของพนักงาน เป็นอัตรา 2.73 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อการลงทุนเพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงาน หัวหน้างาน 1 ดอลลาร์สหรัฐ เพิ่มผลิตภาพของการทำงาน ลดการสูญเสียจากการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ เสริมสร้างภาพลักษณ์องค์กร พัฒนาการรับและคงไว้ของทรัพยากรบุคคล ลดค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของพนักงานประมาณ 3.27 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อการลงทุนเพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้พนักงานของหน่วยงาน 1 ดอลลาร์สหรัฐ

คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพประเทศมาเลเซียเป็นผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการทำงาน ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากรัฐสภาเมื่อปี 2006 โดยกรรมการชุดนี้ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วนของสังคม และมีบทบาทในการระบุประเด็นส่งเสริมสุขภาพในทุกภาคส่วนของสังคม โดยการทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและการให้ทุน ในประเด็น การป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบ การส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพ การออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร สุขภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพจิต การป้องกันควบคุม โรคมะเร็ง เหา หวาน หลอดเลือดและหัวใจ และโรคอ้วนสุขภาพทางเพศ และโรคเอดส์ งานวิจัย การส่งเสริมสุขภาพผ่านการเล่น กีฬา และกิจกรรมทางศิลปะและวัฒนธรรม

ตัวอย่างที่ 4 ประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย การสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการโดยมี สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นแกนนำ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 มีเป้าหมายในการขับเคลื่อนภาคส่วนต่างๆ ด้วยการใช้นวัตกรรมทางการเงิน การคลัง เพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพ ผ่านกิจกรรมการผลักดันนโยบาย การสื่อสารเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานกับเครือข่ายภาคประชาชน และผู้นำในสังคมในการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

ผลสำเร็จของประเทศไทย คือ

1. การลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงได้ถึง 12.26 ล้านคนในช่วง 20 ปี
2. ลดจำนวนการขายเหล้าลงไปได้ถึง 178 ล้านลิตร
3. ลดการตายจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนน ในช่วง 8 ปี จากร้อยละ 22.9 เป็นร้อยละ 16.82
4. เพิ่มจำนวนการออกกำลังกายในโรงเรียนจาก 1 ชม เป็น 2 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ และเพิ่มงบประมาณร้อยละ 15 เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มผู้พิการสามารถเข้าถึงการออกกำลังกาย ได้
5. ประกาศห้ามการขายเครื่องดื่ม น้ำอัดลมในโรงเรียนได้ในปี 2551 และห้ามเติมน้ำตาลในนมผง หรือ อาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็ก

ข้อท้าทายในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย คือ

1. การสร้างและขยายกิจกรรมสร้างสุขภาพตามกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพ
2. การทำการประเมินผลที่เน้นผลการเรียนรู้ไปสู่การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพ
3. การมีธรรมาภิบาลในการอนุมัติโครงการ
4. การทำงานสร้างสุขภาพในกลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเปราะบาง

การทำงานสร้างสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับประชากรโลก

1. การทำงานลดการสูบบุหรี่ในระดับสุขภาพประชากรโลก

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (Framework Convention on Tobacco Control) เริ่มขึ้นเมื่อปี 2548 ผลการดำเนินการตามข้อตกลงเกิดขึ้นใน 41 ประเทศ ทำให้เชื่อได้ว่าสามารถลดจำนวนคนสูบบุหรี่ลงได้ 14.84 ล้านคน หรือ ลดอัตราการตายจากการสูบบุหรี่ได้ถึง 7.4 ล้านคน ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่มีชีพในปี 2550 นอกจากนี้ยังมีรายงานการลดอัตราการเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในประเทศ ตุรกี ซึ่งสามารถลดได้ถึงร้อยละ 20 ใน 8 ปี

กิจกรรมหลักของข้อตกลงคือ

1. การขึ้นภาษีบุหรี่
2. การควบคุมการโฆษณาบุหรี่และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่
3. การประกาศพื้นที่สาธารณะเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่
4. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและอันตรายของการสูบบุหรี่ที่ซองบุหรี่
5. การบริการให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่

2. การส่งเสริมการออกกำลังกายในระดับสุขภาพประชากรโลก

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องสำคัญของการสร้างสุขภาพ ประโยชน์ของการออกกำลังกายกำลังก้นคือ การควบคุมน้ำหนัก การสร้างความแข็งแรงของกระดูก และกล้ามเนื้อ การมีอายุยืนยาว การลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การเป็นโรคเบาหวาน และมะเร็งบางชนิด

รัฐบาลในหลายประเทศ ได้ทำโครงการ Ciclovía Bicycle หรือคือการใช้ถนนที่ไม่ใช่แล้วมาทำเป็นทางจักรยาน บางประเทศมีการสร้างเลนจักรยาน (Bicycle lane) โครงการจักรยาน มีการรายงานผลแสดงประโยชน์ในเชิง Cost – benefit ratio ใน เมืองโบโกตา ประเทศ โคลัมเบีย, เมือง กัวดาลาฮารา ประเทศเม็กซิโกและเมืองซานฟรานซิสโก ประเทศ สหรัฐอเมริกา นอกจากนี้ยังมีการรายงานว่า การขี่จักรยานได้รับการตอบรับ สนับสนุน เป็นที่นิยมจากภาคประชาชน

3. การควบคุมโรคอ้วนในระดับสุขภาพประชากรโลก

การทำงานในกลุ่มประเทศในทวีปอเมริกาใต้ เช่น โคลัมเบีย บราซิลเปรู คอสตาริกา ใช้วิธีการออกกฎหมาย เน้นการพัฒนาอาหาร โภชนาการสำหรับเด็กเล็ก เด็กนักเรียน บางประเทศ ควบคุมการโฆษณาอาหารในโรงเรียน การแก้ไข ฉลากโภชนาการ และการโฆษณาทางโทรทัศน์ สื่อมวลชน บราซิล ใช้วิธีการกำหนดมาตรฐานอาหารในโรงเรียน เน้น การใช้อาหารที่ปลูก หรือผลิตในท้องถิ่นร้อยละ 70 ลดอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิตทางอุตสาหกรรม เปรู เน้นการให้สุขศึกษาเรื่องอาหาร โภชนาการในโรงเรียน การรณรงค์ โดยกระทรวงสาธารณสุข การจัดและขายอาหารสุขภาพในโรงเรียน การควบคุมการโฆษณาเรื่องอาหารในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี ประเทศเม็กซิโก ซึ่งมีคนเป็นโรคอ้วนมากที่สุดในโลก ได้ทำการออกกฎหมายเพิ่มภาษีน้ำอัดลม และอาหารที่มีแคลอรีสูง ตลอดจน ของหวานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8 และเพิ่มการออกกำลังกายของเด็กนักเรียนเป็น 30 นาที ต่อวัน

4. การส่งเสริมการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ชุมชนสุขภาพดี ในระดับสุขภาพประชากรโลก

“เมืองสุขภาพดี หรือเมืองน่าอยู่” เป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างกลไกการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ทำให้เกิดโครงสร้างทางกายภาพสังคมที่เป็นสิ่งแวดล้อม เอื้อให้เกิดการสนับสนุน การดำรงชีวิตสร้างสุขภาพได้อย่างเต็มศักยภาพของปัจเจกบุคคลอย่างเป็นองค์รวม กลยุทธ์การทำงานที่สำคัญ คือ การสร้างความเป็นหุ้นส่วน การปรับโครงสร้างคนในสังคม การสนับสนุนการรวมกลุ่ม และการกำหนดนโยบาย ข้อตกลง เช่น การทำทางจักรยาน ทางเท้า การขนส่งมวลชนที่ดี สะดวก ปลอดภัย การลดมลพิษในท้องถนน การสร้าง หรือ มีบ้านพักที่ปลอดภัย ผลการประเมินกิจกรรมเหล่านี้ในยุโรป พบว่า ส่งผลดีเอื้อให้เกิดสุขภาพดีของประชากรในภาพรวมของสังคม ส่วนกิจกรรม การให้สุศึกษาในกลุ่มประชากรเฉพาะ กลุ่ม เช่นกลุ่มเสี่ยง คนไข้ หรือ กลุ่มเปราะบาง ได้ผลเช่นกัน แต่มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการที่สูงกว่า

บทเรียนสำคัญของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้สำเร็จในระดับสุขภาพประชากรโลก

ประเทศในทวีปต่างๆ ได้พยายามเดินหน้าการทำงานด้วยกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ยกเว้นทวีปแอฟริกา ซึ่งมีการเริ่มต้นในปี 2544 จากการทบทวนผลลัพธ์การทำงานรอบ 10 ปี ของทวีปแอฟริกา สะท้อนความสำคัญ และจำเป็นในการทำงานสร้างสุขภาพ ป้องกันโรคที่ได้ผล คือ

1. การมีภาวะผู้นำระดับรัฐมนตรีของกระทรวงต่างๆ ในรัฐบาล เพื่อทำหน้าที่ประสานนโยบาย
2. การมีภาคส่วนต่างๆ ในสังคมที่เข้มแข็งและมีข้อตกลง กฎ กติกา ร่วมกันที่โปร่งใส และสนับสนุนการสร้างความรู้สุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพดีของประชาชน
3. การมีข้อมูลผลลัพธ์การทำงานสร้างสุขภาพ แสดงประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ของการทำงาน
4. การมีระบบการเงินการคลัง การลงทุนด้านสุขภาพที่มั่นคง โปร่งใส ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม
5. การมีบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข ที่มีสมรรถนะ ในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพและการขับเคลื่อนสังคมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

โดยสรุป การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สำเร็จได้ ต้องอาศัยกลยุทธ์ การสื่อสารสุขภาพ ทั้งการโน้มน้าว และการสร้างเงื่อนไข เพื่อให้คนในสังคมยอมรับ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้คนในสังคมทำกลุ่มพฤติกรรม (collective behavior) เพื่อให้เกิดสังคมรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Society) ซึ่งเป็นสังคมที่คนทุกคนในสังคมสามารถเข้าถึง แสวงหาข้อมูล เข้าใจข้อมูล ได้ตอบ ชักถาม จนตัดสินใจได้ว่าจะนำข้อมูลไปใช้เปลี่ยนพฤติกรรมอะไรบ้าง อย่างไร ทั้งส่วนการสร้างสุขภาพ การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

การทำงานสร้างสุขภาพเพื่อให้บรรลุสังคมรอบรู้สุขภาพจะเกิดขึ้นได้ ถ้าบุคคลสำคัญ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้บริหารประเทศ ทุกกระทรวง ทุกภาคส่วน มีการกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ สร้างปัจจัยคุ้มครองต่อสุขภาพประชาชนและมีการตรวจสอบนโยบายที่อาจส่งผลกระทบต่อทางลบที่มีต่อสุขภาพ
2. ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ นักวิจัย ด้านสร้างเสริมสุขภาพ ทำงานวิจัยต่อเนื่อง ทั้งการสร้างองค์ความรู้ใหม่ การวิจัยดำเนินการสู่การปฏิบัติของพื้นที่ (implementation sciences research) การวิจัยร่วมกับชุมชนสังคมเพื่อสร้างการขับเคลื่อนนโยบายและกิจกรรมการสร้างสุขภาพของชุมชน (community based participatory research) และการจัดการความรู้ เพื่อขยายผล นำนวัตกรรมการสร้างสุขภาพทุกรูปแบบ ทั้งที่เป็น กิจกรรม ผลิตภัณฑ์ กระบวนการ การดำเนินการ ไปใช้ในประเทศไทยและภูมิภาค ให้กว้างขวางมากขึ้น
3. บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรด้านการแพทย์ สหวิชาชีพ จำเป็นต้องรอบรู้แนวคิด เทคนิค วิธีการทำงานและการประเมินผล การทำงานป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ สอดคล้องกับนโยบาย และการพัฒนาประเทศในอนาคต

ความเชี่ยวชาญพิเศษที่ต้องเกิด และนำไปใช้ได้ในทุกภาคส่วน คือ

1. การผลักดันนโยบายและกฎหมาย
2. การสื่อสาร สร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพของประชาชน และสังคม
3. การทำงานชุมชน ด้วยเทคนิคการขับเคลื่อน การเสริมพลังอำนาจ ชุมชน
4. การสื่อสาร สร้างกระแสในสังคมเพื่อการสร้างสุขภาพ โดยใช้ช่องทาง เทคนิควิธีที่เหมาะสมกับคนในสังคมและเทคโนโลยีในอนาคต
5. การทำงานกับภาคส่วนต่างๆ ของสังคม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยคุ้มครอง เช่น กระทรวงศึกษา เพื่อเพิ่มการอ่านออกเขียนได้ การรอบรู้ในการสร้างสุขภาพวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ การใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย กระทรวงคมนาคม เพื่อสนับสนุน พัฒนาโครงสร้างและบริการการเดินทางที่ปลอดภัย กระทรวงการคลังเพื่อสร้างปัจจัยคุ้มครองในการบริโภค การลงทุน ในสังคมที่สมดุล ปลอดภัย กระทรวงเทคโนโลยีสื่อสาร ท้องเที่ยว เพื่อสร้างกระแส ระบบการสื่อสาร พัฒนาวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่ปลอดภัย สุขภาพดี กระทรวงแรงงาน เพื่อการคุ้มครอง ความปลอดภัย วิถีชีวิตการทำงาน วิถีความเป็นอยู่ที่ปลอดภัย มีสุขภาพดี อันเกิดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของปัจเจกบุคคล เป็นต้น

การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในระดับสุขภาพประชากรโลก

กลยุทธ์ในการทำงานระดับประชากรโลก จำเป็นต้องคำนึงถึง

1. การพัฒนารูปแบบการทำงานที่ทำให้ให้เกิดข้อตกลง เครื่องมือ วิธีการที่สามารถนำสู่การปฏิบัติที่รัฐบาลประเทศต่างๆ สามารถนำไปปฏิบัติได้
2. การกำหนดผลลัพธ์ ระยะต่างๆ เพื่อให้ทุกภาคส่วน ทุกรัฐบาล หาหนทางในการดำเนินงาน การกำกับติดตาม เพื่อไปสู่ความสำเร็จร่วมกันได้
3. การสะท้อนภาพการทำงานร่วมกัน เพื่อไปสู่ความสำเร็จของการเป็นหุ้นส่วนการทำงาน และการรับประโยชน์จากการทำงาน ซึ่งก็คือการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในระดับประชากรโลกนั่นเอง
4. การทำงานที่สามารถเชื่อมต่อให้เห็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นในระดับโลก การมีข้อมูล และกลไกการจัดกระทำข้อมูลที่มีแม้จะมีความแตกต่างในบริบท สังคม วัฒนธรรมและการพัฒนา แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสามารถเทียบเคียงและบ่งชี้ความสำเร็จได้
5. การวิจัยที่สะท้อนภาพการทำงานและผลลัพธ์การทำงาน ด้วยการวิจัยในประเด็นหลัก
 - (1) บริบทการทำงานเรื่องความโปร่งใส จริยธรรม ทั้งในหลักการทำงาน และเครื่องมือ หรือ กลยุทธ์ที่นำมาใช้
 - (2) องค์ประกอบสำคัญ ในการดำเนินงาน เช่น บุคลากร ทรัพยากร และปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงาน สร้างสุขภาพ ป้องกันโรค ระดับสุขภาพประชากรโลก
 - (3) การพัฒนาความเป็นหุ้นส่วน ประเด็นที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม ในการขับเคลื่อนหุ้นส่วนเพื่อสร้างสุขภาพ
 - (4) ระดับความสำเร็จและโอกาสในการพัฒนา กลยุทธ์ กลวิธี ในการแก้ปัญหาสุขภาพระดับประชากรโลก

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ

สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย

พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืนคือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” (health literacy) ซึ่งหมายถึงกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาพะ

มีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ในกลุ่มอายุ 7-18 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557 โดยการสุ่มจาก 24 จังหวัด 96 โรงเรียน รวม 4,800 คนพบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 86.48 และมีเพียงร้อยละ 5.25 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ซึ่งเป็นระดับที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องอย่างยั่งยืน ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปใน พ.ศ.2557 มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเรื่อง 3อ.2ส.(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา)ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 77 จังหวัด รวม 31,200 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 59.4 รองลงมาคือระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 39.0 และระดับดีมากเพียงร้อยละ 1.6

สถานการณ์การสื่อสารด้านสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ (health communication) หมายถึง การใช้สื่อสารมวลชนและสื่อประสมประเภทต่างๆ รวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ ในการเผยแพร่ข้อมูลและเนื้อหาสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และเป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน ข้อมูลและรูปแบบที่มีการสื่อสาร จะต้องส่งผลให้เกิดความตระหนัก สนใจ และกระตุ้นให้เกิดเรียนรู้จนเข้าใจ นำไปปฏิบัติได้ ในระดับปัจเจกบุคคลและสังคมโดยรวม หรือเป็นแรงเสริมสนับสนุนให้คนในสังคมที่มีข้อจำกัดในการค้นหาและเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเอง สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพที่ดีให้กับตนเองได้

ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกมีการสนับสนุนให้แต่ละประเทศพิจารณาเลือกใช้ รูปแบบและช่องทางการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล และการเรียนรู้และนำข้อมูลไปใช้ ทั้งที่เหมาะสมกับประเทศกำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว เริ่มจากการใช้สื่อบุคคลและเครือข่าย สื่ออุปกรณ์ ตัวอย่าง ของจำลอง สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อ อิเล็กทรอนิกส์ รูปภาพ กราฟฟิค อินโฟกราฟฟิค และโซเซียลมีเดีย ทั้งที่เป็นเว็บไซต์ เฟสบุค อินสตาแกรม และที่เป็นแบบ ไลน์มีเดีย สื่อเทคโนโลยีทางโทรศัพท์ เช่น ไลน์แอปพลิเคชัน เป็นต้น วัตถุประสงค์การสื่อสารยังคงเดิม คือการกระจายข่าวสารเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ของคนในสังคม และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจ ปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

อย่างไรก็ตาม ช่องทางที่เพิ่มมากขึ้น การติดต่อสื่อสารของคนก็เกิดมากขึ้นและมีความเป็นอิสระเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น โอกาสที่มีการแปลงสารที่ได้รับจากภาครัฐ ตามความเข้าใจของตนเองที่เคยเป็นผู้รับสาร ได้กลายมาเป็นผู้ผลิตสารเพื่อการส่งต่อมากขึ้นประกอบกับเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นใหม่ๆ และมีราคาที่คนส่วนใหญ่เข้าถึงได้ จึงกลายมาเป็นการสร้างเนื้อหาเองที่มีโอกาสผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริงทางการแพทย์ และส่งข่าวสารที่ผิดไปจากความจริงไปยังผู้ใกล้ชิดในเครือข่าย และกระจายสู่สังคมในวงกว้างอย่างรวดเร็วและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัว และส่งผลร้ายต่อการสร้างและการจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ดังนั้นปัญหาการสื่อสารด้านสุขภาพในอดีตที่เกิดจากการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ที่อาจผิดพลาดจากการใช้วิธีการ หรือช่องทางที่ไม่เหมาะสมในการสร้างความเข้าใจในผู้รับสาร หรือเทคโนโลยีที่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ปัจจุบัน ได้เกิดปัญหาเพิ่มเติมมากขึ้นจากจำนวนผู้ที่มีช่องทางการสื่อสารที่เป็นอิสระมากขึ้น ประชาชนคิดเรื่องความสุขภาพสื่อสารกันภายในกลุ่มและขยายวงกว้างขึ้น ทำให้เนื้อความที่ใช้ในการสื่อสารมีความถูกต้องน้อยลง และมีช่องทางการเผยแพร่ได้มากขึ้นกลายมาเป็นปัญหาสำคัญ

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีนโยบายการสื่อสารสุขภาพและมีระบบการควบคุมกำกับกับการสื่อสารสุขภาพ ดังนี้

1. กฎหมาย นโยบายและแผนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1.1 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 หมวด 10 ข้อ 88 กำหนดหลักการการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารด้านสุขภาพ ต้องมีความเป็นกลาง เป็นธรรมและรอบด้าน ผ่านช่องทางที่เหมาะสม โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงการใช้ข้อมูลได้โดยง่าย โดยเป้าหมายข้อ 89 ระบุให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองเพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอ และมาตรการข้อ 92 ระบุให้รัฐจัดให้มีกลไกตรวจสอบกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

1.2 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2541 ได้บัญญัติสิทธิของผู้บริโภคที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย 5 ประการ ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าและบริการ สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา และสิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย (ภาคผนวก ข)

1.3 นโยบายของรัฐบาล พล.อ. ประยุทธ์ จันทร์โอชา ที่แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ในวันที่ 12 กันยายน 2557 กล่าวถึงการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน ข้อ 2 กำหนดให้พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา

1.4 ร่างรัฐธรรมนูญที่กำหนดหน้าที่ของรัฐให้เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2. มีระบบการคุ้มครองด้านการสื่อสารโดยมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักอย่างชัดเจน เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ทำหน้าที่ควบคุมการโฆษณา และคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ(กสทช.) กำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม เป็นต้น

3. สถานการณ์การสื่อสารในสังคมไทย จากการศึกษาการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพทางสื่อสารมวลชน ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ใน พ.ศ. 2557 พบประเด็นที่น่าสนใจมากที่สุดคือ ผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพรองลงมาคือผลิตภัณฑ์ลดความอ้วนส่วนเนื้อหาประเภทวิธีการ มีการนำเสนอเรื่องการดูแลสุขภาพมากที่สุด ตามมาด้วยวิธีการรักษาโรคโดยสื่อที่มีการนำเสนอเรื่องสุขภาพมากที่สุดคือ นิตยสารและทีวีดาวเทียม ตามลำดับทั้งนี้เนื้อหาที่น่าสนใจเป็นเนื้อหาที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยการนำเสนอจะเป็นลักษณะการโน้มน้าวใจมากกว่าเรื่องความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหา ทั้งนี้รูปแบบของการนำเสนอส่วนใหญ่เป็นการจัดรายการแบบแบ่งและโฆษณาชวนเชื่อโดยสื่อด้วยภาพหรือบุคคลที่น่าสนใจ เพื่อให้ผู้รับสารหลงเข้าใจผิด หรือมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่น่าสนใจ มีการแบ่งแ่งแนะนำสินค้าของตนเอง มักพบในการขายสินค้าที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มประสิทธิภาพทางเพศ เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์บำรุงผิว และอาหารเสริม

ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้เห็นผลอย่างยั่งยืน จะต้องเร่งแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา นั่นคือ “พฤติกรรมสุขภาพของคนไทย” โดยจะต้องดำเนินการจัดการปัจจัยต่างๆ ส่งเสริมให้ประชาชน เกิดการเรียนรู้และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 จนถึงปัจจุบัน หน่วยงานภาครัฐให้ความสำคัญและมีความพยายามพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนมากขึ้น ในหลายหน่วยงาน ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานทางการศึกษา หน่วยงานทางสังคม ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยหลายกรม/กอง กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น

แนวโน้มของปัญหาดังกล่าว นอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ในระหว่างปี พ.ศ.2537-2553 พบว่า รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และเริ่มสูงกว่าสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา และแหล่งการคลังในปี พ.ศ.2537-2549 ส่วนใหญ่มาจากครัวเรือนสูงสุด แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 เป็นต้นมา พบว่า รายจ่ายสูงสุดมาจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประเภทกิจกรรมของรายจ่ายสุขภาพรวมส่วนใหญ่คือ ประเภทบริการผู้ป่วยนอก รองลงมาคือ บริการผู้ป่วยใน ส่วนประเภทส่งเสริมป้องกัน มีไม่ถึงร้อยละ 10 คนไทยมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนเพิ่มขึ้น แต่ประเภทค่าใช้จ่ายของครัวเรือนส่วนใหญ่จะใช้จ่ายในเรื่องอาหาร/เครื่องดื่ม/ยาสูบรองลงมาคือค่าที่อยู่อาศัย/เครื่องใช้ และยานพาหนะ/การเดินทาง ส่วนประเภทรักษาพยาบาลมีเพียงร้อยละ 1.5-2.1 เท่านั้น

จากข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2553 พบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพรวม 392,368 ล้านบาท โดยจำแนกประเภทค่าใช้จ่ายได้แก่ ประเภทผู้ป่วยในเป็นเงิน 119,098 ล้านบาท (ร้อยละ 31.9) ประเภทผู้ป่วยนอก เป็นเงิน 165,108 ล้านบาท (ร้อยละ 42.2) การส่งเสริมสุขภาพ เป็นเงิน 40,288 ล้านบาท (ร้อยละ 10.8) และงบบริหาร เป็นเงิน 28,234 ล้านบาท (ร้อยละ 7.6)

จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา (Healthy People 2001) ระบุว่า การไม่มีความรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น และพฤติกรรมป้องกันโรคที่น้อยลง รวมทั้งการเข้ารับการรักษาบ่อยครั้งขึ้น ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำ ทั้งหมดนี้ ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย

สำหรับประเทศไทย ประเด็นปัญหาสถานการณ์ที่จำเป็นต้องการแก้ไขเพื่อส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคคือ

1. ประชาชนที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีจำนวนน้อย แต่มีช่องทางการสื่อสารกันเองเป็นวงกว้างมากขึ้นทำให้มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก จากหลากหลายช่องทาง ขาดระบบการคัดกรอง และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ทำให้ ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงประมาณ 3.9 เปอร์เซ็นต์ ของ ผลิตภัณฑ์มวลรวม (392,368 ล้านบาท) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
2. หน่วยงานที่ทำหน้าที่การสื่อสารมีมากตามความชำนาญของประเด็น แต่ขาดกลไกบริหารจัดการให้มีการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปเพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีร่วมกัน
3. รัฐบาลหน่วยงานหลักในการจัดการข้อมูลข่าวสาร ช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สืบเนื่องจากผลการศึกษาปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาค่าใช้จ่ายสุขภาพ และปัญหาการทำงานของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ทำให้สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปแห่งชาติเห็นชอบให้ทำการปฏิรูปใน 2 ประเด็น ตามแผนต่อไปนี้

- 1) ปฏิรูปยุทธศาสตร์และกลไกในการขับเคลื่อนด้านความรู้และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ
- 2) ปฏิรูประบบการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย

แผนการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพ

เรื่อง	แผนและวิธีการปฏิรูป	กำหนดเวลาการปฏิรูป	แหล่งที่มาของงบประมาณ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
การปฏิรูปความรู้และสื่อสารด้านสุขภาพ	1) ยกระดับการปฏิรูปความรู้ด้านต่างๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda) รวมทั้งการปฏิรูปความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน 2) จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรู้ และสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ 3) กำหนดให้การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี , อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาด้านสาธารณสุข 4) จัดการให้สถาบันการศึกษาทุกระดับ และสถานบริการสุขภาพ สถานที่ทำงานและโรงงานต่างๆ เป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization) 5) พัฒนาชุมชน/ท้องถิ่นเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities) 6) สนับสนุนและขยายความครอบคลุมให้ประชาชนสามารถรู้หนังสือให้มากที่สุด (Literacy) 7) สนับสนุนการศึกษาวิจัย และจัดให้มี Center of Excellence ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ 8) จัดให้มีรายการโทรทัศน์ด้านสุขภาพเป็นประจำ และมีการบริหาร	5 ปี เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2565	- งบประมาณปกติ - งบประมาณการวิจัย - งบประมาณพัฒนาท้องถิ่น - งบจากองค์กรมหาชน เช่น สสส.	- สำนักนายกรัฐมนตรี - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงแรงงาน - กระทรวง - ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม - คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ - คณะกรรมการเขตสุขภาพ - คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด ,อำเภอ - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

เรื่อง	แผนและวิธีการปฏิบัติ	กำหนดเวลาการปฏิบัติ	แหล่งที่มาของงบประมาณ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	จัดการเพื่อตอบโต้ข้อมูลที่ผิดพลาดและเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ทันที พัฒนาช่องทางเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพสู่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ 9) จัดให้มีการสำรวจในกลุ่มประชาชนกลุ่มต่างๆ หรือทั้งประเทศในเรื่องต่อไปนี้ทุก 3 หรือ 5 ปี - ความรอบรู้ด้านสุขภาพ - พฤติกรรมสุขภาพ, พฤติกรรมเสี่ยง - National Health Examination Survey			- สสส., สช., สปสช.

เอกสารอ้างอิง

- European Centre for Disease Prevention and Control Transferability of health promotion and health education approaches between non-communicable and communicable diseases. Stockholm: ECDC; 2014
- Green LW1, Richard L, Potvin L. Ecological foundations of health promotion. Am J Health Promot. 1996 Mar-Apr;10(4):270-81.
- Gloria Coe and Joy de Beyer. The imperative for health promotion in universal health coverage Global Sciences and Practice 2014Volume 2 number 1 p 10 -22
- Kelly Lee. Global health promotion: how can we strengthen governance and build effective strategies? Health Promotion International, Vol 21 no S1 p 42-50
- Rayner G. Conventional and ecological public health. Public Health. 2009 Sep;123(9):587-91.
- Sanjiv Kumar and GS Preetha. Health promotion: an effective tool for global health Indian J Community Med. 2012 Jan-mar; 37(1): 5-12
- Sarity Dodson, Suvajee Good, and Richard Osborne Optimizing Health literacy: Improving Health and reducing Health Inequalities access through [http://www.searo.who.int/entity/health promotion/documents/hl_advocacy-doc/en/](http://www.searo.who.int/entity/health_promotion/documents/hl_advocacy-doc/en/)

บทที่ 3

การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย

การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

งานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทยมีมาตั้งแต่ก่อนที่จะมีกระทรวงสาธารณสุข ตัวอย่างของงานเท่าที่มีการบันทึกไว้ได้แก่การควบคุมอหิวาตกโรค การปลูกฝีเพื่อป้องกันโรคฝีดาษ และการสุขาภิบาล และเมื่อมีการจัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้น ในปี พ.ศ. 2461 ก็มีการแบ่งส่วนราชการให้มีกองสุขภาพ และกองสุขาภิบาลเพื่อทำหน้าที่ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จนเมื่อมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2485 งานด้านการส่งเสริมสุขภาพก็อยู่ในความรับผิดชอบของกรมสาธารณสุข ซึ่งต่อมาในปี 2495 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นกรมอนามัย ส่วนงานป้องกันโรคก็อยู่ในความดูแลของกรมการแพทย์ กรมการแพทย์และอนามัย จนกระทั่งมีการตั้งกรมควบคุมโรคติดต่อกันในปี พ.ศ. 2517 และเปลี่ยนเป็นกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2545

ในอดีต งานส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยครอบคลุมงานอนามัยแม่และเด็ก งานสุขาภิบาล งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานอนามัยเจริญพันธุ์ งานโภชนาการ และงานทันตสุขภาพ มีการปรับปรุงด้านสุขาภิบาลและน้ำสะอาด การปรับปรุงอนามัยชนบท ระยะต่อมาจึงเริ่มขยายแนวไปสู่การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ทั้งนี้ การกิจหลักในปัจจุบันไม่ได้ให้บริการโดยตรงสู่ประชาชน แต่เป็นการศึกษาวิจัย พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการบริการส่งเสริมสุขภาพ การกำหนดและพัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน และกฎเกณฑ์ รวมทั้งการรับรองมาตรฐาน การพัฒนาระบบและกลไกเครือข่ายในการเฝ้าระวังสถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อม รวมทั้งถ่ายทอดและพัฒนาศักยภาพ จัดความสามารถและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ กรมอนามัยยังมีหน้าที่ในการประสานความร่วมมือ สนับสนุน และติดตามนิเทศงานหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาเครือข่าย รวมทั้งการประสานงานระหว่างประเทศ และการสร้างกระแสสังคม และรณรงค์เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในสังคม

ในส่วนองงานควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินงานโดยกรมควบคุมโรคนั้น ในอดีตมุ่งไปที่ปัญหาโรคติดต่อ โดยงานในยุคแรกๆ เป็นเรื่องของการป้องกันโรคระบาด ซึ่งมีโครงการกวาดล้างโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น ไข้ทรพิษ กาฬโรค และคุดทะราด ต่อมามีการแบ่งปัญหาโรคติดต่อออกเป็นกลุ่มต่างๆ ได้แก่ โรคติดต่อที่นำโดยแมลง เช่น มาลาเรีย โรคติดต่อจากสัตว์ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรมและบาดทะยัก และโรคติดต่อกลุ่มอื่นๆ ซึ่งรวมถึงโรคจากสัตว์สู่คนและโรคติดเชื้อทางเดินอาหาร เป็นต้น โดยมีการพัฒนาแนวทางดำเนินงานควบคุมตาม

บริบทของโรค ซึ่งสามารถควบคุมและกำจัดโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญๆ อย่างได้ผล เมื่อปัญหาโรคติดต่อลดน้อยลง ก็มีการปรับภารกิจของกรมฯ ให้รับผิดชอบโรคไม่ติดต่อร่วมด้วย ทำให้เกิดหน่วยงานภายในขึ้นอีกหลายหน่วย เช่น สำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ทั้งนี้ กรมควบคุมโรคก็ไม่ใช่หน่วยงานที่ให้บริการควบคุมโรคโดยตรง แต่ทำหน้าที่ในการพัฒนาวิชาการเพื่อการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา รวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ

หน่วยงานที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขคือเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งกระจายอยู่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยปฏิบัติตามกรอบแนวทางและมาตรฐานที่กำหนดโดยส่วนกลาง คือกรมอนามัยและกรมควบคุมโรค ทั้งนี้ งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดำเนินการโดยโครงสร้างพื้นฐานซึ่งได้แก่สถานีอนามัยที่กระจายอยู่ในระดับอำเภอและตำบล และในช่วงปี พ.ศ. 2520 – 2530 เริ่มมีความเคลื่อนไหวงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและงานสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีการแต่งตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ครอบคลุมหมู่บ้านทั่วประเทศ มีการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์และกองทุนชุมชนในรูปแบบต่างๆ ที่ก่อให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชนและการพัฒนาทักษะในการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน โครงสร้างในส่วนภูมิภาคและชนบทมีการพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จนปัจจุบัน งานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้รับการผสมผสานและดำเนินการโดยองค์กรสุขภาพทุกระดับของระบบสาธารณสุขในจังหวัด ได้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่าย อสม. ซึ่งกระจายครอบคลุมทุกหมู่บ้าน

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังมีโครงการพิเศษอีกเป็นจำนวนมากที่ดำเนินการและประสานงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่น่าสนใจได้แก่ โครงการสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ซึ่งเน้นการดำเนินการต่อปัญหาโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งโครงการสุขภาพดีวิถีธรรมวิถีไทย ซึ่งมองในด้านการใช้สมาธิและจิตใจมาป้องกันภัยสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

ความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การกำเนิดของกฎบัตรออกดาวาในปี พ.ศ. 2529 ก่อให้เกิดกระแสการสร้างเสริมสุขภาพในแทบทุกประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งมีการเพิ่มบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน กฎบัตรดังกล่าวกำหนดแนวทางซึ่งเป็นพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการคือ (1) สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การเพิ่มความสามารถของชุมชน (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) การปรับระบบบริการสาธารณสุขไม่ให้มุ่งเฉพาะด้านการรักษาโรค

เท่านั้น แต่ให้มีบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนด้วย นอกจากนี้ ยังมีความเคลื่อนไหวของการสร้างกระแสการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติอีกหลายประการที่กลายมาเป็นแบบอย่างของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย โดยความเคลื่อนไหวประการหนึ่งเกิดขึ้นในประเทศไทยเมื่อเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นการจัดประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 6 (ต่อเนื่องจากการจัดที่ฮอตตาว่า ซึ่งเป็นครั้งที่ 1 และในหลายประเทศที่จัดครั้งที่ 2 – 5) ในครั้งนั้น ที่ประชุมได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การสื่อสารและการบริโภคของประชาชน กระแสการเป็นชุมชนเมือง (urbanization) การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมโลก และการค้า โดยที่ประชุมได้มีการออกกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) หรือเรียกอีกนัยหนึ่งว่า เป็นคำประกาศพิราบ (PIRAB) ซึ่งก็คืออักษรตัวแรกของ 5 กิจกรรมตามคำประกาศในกฎบัตร และเป็นแนวทางพื้นฐานของงานส่งเสริมสุขภาพที่ต่อยอดจากกฎบัตรฮอตตาว่า โดยกิจกรรมสำคัญดังกล่าว ได้แก่ (1) Partnership หรือการสร้างเครือข่าย (2) Invest in suitable policies หรือการลงทุนในการสร้างนโยบาย (3) Regulate and legislate หรือการออกกฎระเบียบในการปกป้องคุ้มครองประชาชนจากอันตราย และส่งเสริมความเท่าเทียมด้านสุขภาพ (4) Advocate health based on human right and solidarity หรือการสร้างกระแสสิทธิและความเป็นหนึ่งเดียวของสุขภาพ และ (5) Build capacity หรือการสร้างศักยภาพด้านการพัฒนานโยบาย การสร้างทักษะด้านส่งเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)

ในการประชุมวิชาการของสถาบันวิจัยระบบในปี 2541 ได้เกิดข้อสรุปสำคัญ ซึ่งระบุว่า “สังคมไทยจะต้องจินตนาการใหม่เกี่ยวกับสุขภาพและจะต้องเปลี่ยนยุทธศาสตร์จากการตั้งรับเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กับความเป็นประชาสังคมให้มากที่สุด โดยเคลื่อนไหวสังคมทั้งหมดเข้าร่วมสร้างสุขภาพดี ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล องค์กร และนโยบาย” กล่าวกันว่า ข้อสรุปนี้ได้กลายเป็นแนวคิดและการเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพบนเส้นทางใหม่แห่งการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในเวลาต่อมา ความเคลื่อนไหวที่สำคัญคือ การเกิดองค์กรอิสระภาครัฐเกิดขึ้นหลายองค์กร โดยองค์กรที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปัจจุบัน ได้แก่

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

การดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเกิดขึ้นในปี 2544 เป็นองค์กรหลักที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ เท่าที่ผ่านมาได้ดำเนินการและสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพในทุกด้านตามแนวทางของกฎบัตรออตตาวา โดยมีพันธกิจหลักคือการจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลัง บุคคล และองค์กร ทุกภาคส่วนให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ” การดำเนินงานของ สสส. จะมุ่งเน้นในการสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีตามหลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา คือภาคินโยบาย ภาควิชาการ และภาคีประชาสังคม โดยมุ่งหวังที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้สามารถมีสุขภาวะในการดำรงชีวิต โดยเป้าหมายปัจจุบัน (2555-2564) มุ่งไปที่ 10 เป้าหมายคือ

1. ลดอัตราการสูบบุหรี่
2. ลดอัตราการดื่มสุรา
3. ลดอุบัติเหตุการติดเชืเอชไอวี
4. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ
5. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำ
6. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก
7. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน
8. เพิ่มสัดส่วนของคนไทยที่มีความสุขในการดำรงชีวิต
9. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น
10. ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง

แม้ว่าจะมีความพยายามอย่างหนักในการดำเนินงานขับเคลื่อนภาคีต่างๆ ในทุกระดับ แต่ความครอบคลุมของเครือข่ายและกิจกรรมยังไม่มากพอที่จะก่อให้เกิดผลกระทบในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในสังคมได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม งานขับเคลื่อนการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นับว่าได้สร้างความตื่นตัวในสังคมอย่างมาก จนกล่าวได้ว่า งานของ สสส. เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางในสังคมไทยและในระดับนานาชาติ

การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

งานสำคัญที่สุดของ สปสช. คือการเป็นหลักประกันสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยให้สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลอย่างถ้วนหน้า ดังนั้น งบประมาณส่วนใหญ่ของ สปสช. จึงมุ่งไปที่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย แต่ สปสช. ยังมีงานสำคัญและมีบทบาทในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งานดังกล่าวนี้ เรียกว่า งาน P&P หรือ Promotion and Prevention โดยกำหนดให้เป็นสิทธิประโยชน์ของคนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสาธารณสุขเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน

มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ซึ่งหากบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ผลดี ก็จะลดโอกาสของประชาชนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ สปสช. ครอบคลุมบริบทสำคัญ 3 ประการคือ

1. การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 2. การสร้างเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษา แนะนำ และการให้ความรู้ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย
 3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การฉายา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- กิจกรรมบริการจำแนกออกตามกลุ่มวัย ปัจจุบันแบ่งเป็น 5 กลุ่มคือ

1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ มีบริการรวม 13 รายการ
2. กลุ่มเด็กเล็ก (อายุ 0 – 5 ปี) มีบริการรวม 20 รายการ
3. กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่น (อายุ 6 – 24 ปี) มีบริการรวม 20 รายการ
4. กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุ 25-59 ปี) มีบริการรวม 14 รายการ
5. กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีบริการรวม 16 รายการ

ทั้งนี้ สำคัญของกิจกรรมบริการประกอบด้วย

- 1) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด
- 2) การตรวจและการบริบาลสุขภาพ พัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน
- 3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ รวมทั้งวัคซีน

ไขหวัดใหญ่

4) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อ การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง

5) การวางแผนครอบครัว

6) การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ กรณีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

7) การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

8) การให้คำปรึกษาแนะนำ การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ตลอดจน สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ

9) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

ปัจจุบัน งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ สปสช. ประสบปัญหาการความครอบคลุมประชากรซึ่งยังไม่สูงพอที่จะเกิดผลกระทบในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในสังคมได้อย่างชัดเจน ขณะเดียวกัน ความพยายามที่จะเพิ่มความครอบคลุมและกิจกรรมบริการด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้นก็ประสบกับปัญหาการขาดแคลนงบประมาณซึ่งไม่สามารถเพิ่มให้พอกับความต้องการในการขยายบริการดังกล่าว

การดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

งานสำคัญของ คสช. คือการผลักดันกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกลไกหรือกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม กลไกนี้ ดำเนินการมาแล้วเป็นเวลา 9 ปี ได้มีการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างกว้างขวาง กว่า 70 รายการ ครอบคลุมประเด็นต่างๆ มากมาย โดยประเด็นนโยบายส่วนใหญ่เป็นด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพ และทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม
- สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
- และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบ
- ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
- การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
- การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
- มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ
- การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

อย่างไรก็ตาม การกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม แม้จะเป็นประโยชน์ในการให้โอกาสภาคส่วนต่างๆ ในการกำหนดนโยบายสุขภาพ แต่ก็มีปัญหาด้านการขับเคลื่อนงาน เพราะเท่าที่ผ่านมา นโยบายส่วนใหญ่ยังไม่มีการขับเคลื่อนให้เกิดผลกระทบที่เป็นรูปธรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชน

นอกเหนือจากหน่วยงานต่างๆ ที่กล่าวมา ยังมีองค์กรอื่นๆ ที่มีบทบาทสำคัญในงานส่งเสริมสุขภาพของประเทศ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่สำคัญได้แก่

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชน ทั้งนี้ โรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการที่ประชาชนแก้ปัญหาด้วยการเสพยาเสพติด นับเป็นเรื่องที่พบได้บ่อยในสังคมปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพจิตและสร้างความแข็งแกร่งด้านจิตใจนับเป็นงานสำคัญเกี่ยวข้องโดยตรงกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. สำนักงานอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการควบคุมคุณภาพ และออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผลิตภัณฑ์อาหารและยา จึงเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยจากภัยที่มาจากผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องสำอาง และเวชภัณฑ์ต่างๆ
3. กระทรวงศึกษาธิการ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรณรงค์ลดโรคเรียน ซึ่งเป็นงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใจเด๋กวัยเรียน

4. องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงภาคีเครือข่ายของ สสส. ที่ร่วมกันรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและชุมชน
5. องค์กรอื่นๆ อีกจำนวนมากที่ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบริบทต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ สถานประกอบการต่างๆ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ งานที่น่าสนใจประการหนึ่งก็คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยใช้กิจกรรมทางศาสนาและการตั้งสมาธิ เป็นแนว “วิถีธรรม วิถีไทย” ซึ่งมีการใช้อยู่ในหลายท้องที่ และสามารถหนุนเสริมได้เป็นอย่างดีกับแนวทางของ “ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย” ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติที่พัฒนาโดยสำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยมหิดล

งานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมักถูกมองว่า เป็นหน้าที่ของภาคสาธารณสุข ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้ว องค์กรอื่นๆ ด้านสังคมมีบทบาทสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภาคสาธารณสุข โดยเฉพาะองค์กรด้านการศึกษา ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการสร้างความฉลาดรู้แก่ประชาชน รวมถึงความฉลาดรู้เรื่องสุขภาพ แต่ในสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน ยังมีการดำเนินงานน้อยมากในด้านที่เกี่ยวกับการจัดบริการสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น ภาคการศึกษา ภาคสวัสดิการสังคม เป็นต้น

โดยสรุป งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปัจจุบันดำเนินการโดยองค์กรหลักดังกล่าวมาแล้ว โดยมีลักษณะงานหรือบทบาทที่แตกต่างกัน กล่าวคือ

1. การกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งดูแลรับผิดชอบตามภาระหน้าที่ที่กำหนดในกฎหมาย และมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการกำหนดนโยบายแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
2. การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นบทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับงบประมาณโดยตรงเพื่อการนี้ โดยมีสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับดำเนินการ และเครือข่ายบริการที่ใหญ่ที่สุดคือสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. การสร้างกระแสขับเคลื่อนและส่งเสริมสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินการโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีองค์กรที่หลากหลาย ทั้งภาคบริการ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม รับการสนับสนุนงบประมาณไปดำเนินการ
4. การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์กลุ่มต่างๆ
5. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เป็นบทบาทของภาคการศึกษา ซึ่งในปัจจุบัน ยังให้ความสนใจต่องานส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างน้อย

บทที่ 4

การวิเคราะห์จุดอ่อน-จุดแข็งและส่วนขาดของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จากสภาพปัญหาและสถานการณ์ในปัจจุบัน รวมถึงข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย จากข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประเทศไทย ณ วันที่ 1 เมษายน 2556 พบจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคามได้ดังตารางต่อไปนี้

	จุดแข็ง	จุดอ่อน
บุคลากร	● ผู้บริหารให้ความสำคัญกับงาน ● ผู้ปฏิบัติตั้งใจในการทำงาน ● บุคลากรมีความสามารถและหลากหลายกระจายไปทั่ว ● บุคลากรทุกระดับได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง ● มีสถาบัน/หน่วยงานที่มีศักยภาพพัฒนาบุคลากรระดับสูง	● Fixed mindset ฐานคิดของผู้ปฏิบัติงานยึดกรอบของวิชาชีพมาทำงาน ไม่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ● บุคลากรไม่ใช่หลักการ PP ในการทำงาน ● บุคลากรขาดความเข้าใจในการประยุกต์ใช้หลักการในการทำงานให้เหมาะสมกับบริบททางสังคม (social determinant of health) ● ทิศทางการพัฒนาบุคลากรไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง และเน้นการอบรมมากเกินไป โดยเฉพาะช่วงใกล้หมดปีงบประมาณ ● การพัฒนาบุคลากรเน้น specialty มากกว่ามุมมององค์รวม (comprehensive holistic) ● การพัฒนาบุคลากรด้านควบคุมโรค ไม่เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายกำลังคนภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข
งบประมาณ/ การเงิน/ เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ รวมถึง เทคโนโลยี	● มีอำนาจในการออกกฎหมายระเบียบสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค ● มีงบประมาณสนับสนุนทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ	● กฎหมายที่ใช้การป้องกันควบคุมโรค ยังไม่ครอบคลุมกับสภาพปัญหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ ● ระบบงบประมาณมีความคล่องตัวน้อย และ ● การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ทั้งในส่วน of งบประมาณและสินทรัพย์ ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ รวมทั้งขาดการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น ● ขาดการพัฒนาวัฒนธรรมเชิงรุกในระบบเฝ้าระวัง

		และควบคุมโรคที่สำคัญ ● การจัดการความรู้ งานวิชาการ วิจัยและพัฒนา ส่วนใหญ่ไม่ได้ตอบสนองและแก้ปัญหาโรค/ภัยสุขภาพอย่างแท้จริง และไม่บูรณาการเป็นเอกภาพ ● ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญในด้านการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ● ให้ความสำคัญจัดสรรทรัพยากรด้านการบริการรักษามากกว่าการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ● เน้นการพัฒนาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์มากกว่า software และ peopleware ● ขาดความเข้าใจในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการด้านเทคโนโลยี ขาดการวางรากฐานการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และการเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลต่างๆ ● ขาดพัฒนาข้อมูลกระบวนการความรู้และความคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
การบริหารจัดการ	● โครงสร้างองค์กรระบบบริการสาธารณสุขและเครือข่ายกระจายไปจนถึงหมู่บ้านและครอบครัว ● กระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วม ● มีแนวทางระบบป้องกันควบคุมโรคและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ● ระบบเฝ้าระวังโรคมีความเข้มแข็ง ● มีกลไกในระดับจังหวัดในรูปคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเพื่อจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อม ● มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์เป็นประจำ เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์	● มีขั้นตอนตามระบบราชการมาก มีความยืดหยุ่นน้อย ไม่คล่องตัว ● ขาดการบูรณาการในการทำงาน รวมถึงขาดการประสานและมีส่วนร่วมของหน่วยงานอื่นๆ นอกภาคสาธารณสุข และภาคเอกชน ● การถ่ายโอนงานลงสู่ท้องถิ่น ยังขาดการประสานและกำหนดบทบาทในแต่ละภาคส่วน ทำให้แต่ละส่วนยังทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ ● การมีส่วนร่วมของประชาชนน้อย ● ขาดระบบจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และยั่งยืน ● การจัดการสภาพปัญหาโรค/ภัยสุขภาพ ส่วนหนึ่งไม่อยู่บนพื้นฐานของการแก้ไขปัญหาโดยใช้วิชาการ

		เน้นการดำเนินงานในเชิงปฏิบัติการมากกว่าการพัฒนา นโยบายและวิชาการ ● โครงสร้างและการบริหารจัดการในปัจจุบันยังไม่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ ● กลไกการบริหาร ประสาน พัฒนา กำกับ ไม่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน รวมถึงขาดกลไกระดับประเทศในการประสาน พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ภาพรวม ● แผนงาน/โครงการ ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค ● แผนเรื่องขยะและสิ่งแวดล้อมเป็นแผนตั้งรับเชิงเฝ้าระวังและค้นหาสารพิษในร่างกายไม่ได้แก้ปัญหาเชิงป้องกัน
การกำกับติดตามประเมินผล	ติดตามประเมินผลด้วยตัวชี้วัดชัดเจน	● มีข้อจำกัดในการติดตามและประเมินผลโดยมุ่งเน้นตัวชี้วัดมากเกินไป ● เจ้าหน้าที่มุ่งการทำงานตามตัวชี้วัดมากกว่าการแก้ปัญหาสาธารณสุข ●

	โอกาส	ความท้าทาย
Politics	- รัฐธรรมนูญ, สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีแผนการปฏิรูประบบสุขภาพที่ชัดเจน, มีเป้าหมายพัฒนาประเทศ 20 ปี มีรัฐมนตรีและทีมบริหารที่ดีมีความสามารถ - การถ่ายโอนอำนาจภารกิจให้กับท้องถิ่นดำเนินการ จะทำให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองในอนาคต	- วิกฤตทางการเมือง การขาดความสามัคคีปรองดองของคนในชาติ ขาดพลังอำนาจของประชาชน - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วนยังไม่มีความพร้อมในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจ
Economics	- พัฒนาไปสู่ Thailand 4.0 - การเปิดประชาคมอาเซียน และการเปิดเสรีทางการค้าเป็นโอกาสของผู้ประกอบการในการขยายตลาด เพิ่มโอกาสทางธุรกิจ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้ประเทศ - มีการขยายตัวของภาคบริการ สุขภาพเอกชน และการร่วมลงทุนระหว่างรัฐและเอกชน	การลงทุนและพัฒนาเศรษฐกิจโดยขาดการพิจารณาผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
Social/cultures	มีระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและลดความเหลื่อมล้ำ	- มายาคติทางสุขภาพอย่างไม่เป็นเหตุเป็นผล, การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้ประชากรเกิดน้อย อายุยืนยาว ด้อยคุณภาพ, การเข้าถึงผลิตภัณฑ์อาหารที่ทำลายสุขภาพมากขึ้น, ค่านิยมและพฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนไปตามเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป และสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้สภาพปัญหาสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนมากขึ้น

Technology	● พัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ● เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทำให้ผู้บริโภคผู้ประกอบการ และหน่วยงานภาครัฐสามารถเข้าถึง และเชื่อมโยงข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น (e-Government และ e-Business)	● Misuse of communication of technology, การควบคุมกำกับกับการสื่อสารสาธารณะ (Mass communication) ยังไม่ทันเหตุการณ์ ขาด Control and monitoring ขาดเกณฑ์และการดำเนินการ, การวิจัยและพัฒนาที่ชัดเจนมากำหนดนโยบายมีไม่เพียงพอ, การกำหนดประเด็นวิจัยไม่เพียงพอและขาดทิศทางเพื่อตอบสนองปัญหาที่สำคัญของประเทศ ● เทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้การแก้ปัญหาเป็นไปในเชิงรับมากกว่าเชิงรุก
Legislation	● กฎหมายแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวปฐมภูมิ ● ปรับบทบาทภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขเป็น โอกาสที่แกนหลักของประเทศ ในด้านกำหนดนโยบาย และเป็นหน่วยงานวิชาการ	● นโยบาย/กฎหมายที่ไม่สอดคล้องหรือขาดกลไกที่เหมาะสมกับบริบทระบบสุขภาพในปัจจุบัน ● กฎหมายระหว่างหน่วยงานมีความซับซ้อน ขาดการบูรณาการร่วมกัน
Environment	● มีเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็งกับหน่วยงานนานาชาติ อาทิเช่น กรอบความร่วมมือ ASEAN, Sustainable Development Goals (SDG), 9 global targets	● Globalization, Climate Change ● การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนมีความเสี่ยงด้านปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นตามมา อาทิเช่น แรงงานอพยพ การเดินทาง เป็นต้น

ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่ระบุไว้ รวมถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และความท้าทายเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ สามารถวิเคราะห์ได้เป็นยุทธศาสตร์/กลยุทธ์เชิงรุกในการปฏิรูประบบการบริหารจัดการ เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ การผลักดันกฎหมาย เครื่องมือ และเทคโนโลยีที่จะเข้ามาช่วยเสริมความแข็งแกร่งของระบบที่มีอยู่ รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา โดยพิจารณาถึงสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งจะต้องมุ่งไปในทิศทางที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล ควบคู่ไปกับกระแสการพัฒนาระดับโลก และมาตรการที่จะเสริมความเป็นธรรมทางสังคมที่จะเอื้อต่อการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการส่งเสริมสุขภาพและ

ป้องกันโรค ประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาในการจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติที่มุ่งไปสู่ความเป็นเลิศคือการยึดหลักว่า ส่งเสริมสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน และเป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ใช่เพียงองค์กรภาคสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น ประเด็นที่ควรพิจารณาออกเหนือไปจากการปรับลดจุดอ่อนและปรับปรุงแก้ไขข้อท้าทายต่างๆ แล้ว ควรที่จะพิจารณาถึงประเด็นต่อไปนี้

1. ควรยึดกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน) เป็นกรอบหลักของการจัดทำยุทธศาสตร์ และให้บูรณาการไปกับยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านอื่นๆ ด้วย ซึ่งได้แก่ บริการเป็นเลิศ บุคลากรเป็นเลิศ และบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล
2. ควรมุ่งสู่การพัฒนาให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Thailand 4.0 ของรัฐบาล ที่มุ่งสู่การขับเคลื่อนงานด้วยนวัตกรรม ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการสาธารณสุข
3. ควรมุ่งบูรณาการงานตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 (SDG3) ซึ่งเป็นเป้าหมายการมีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ แต่ควรพิจารณาถึงเป้าหมายอื่นๆ ของ SDG ด้วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดความยากจน และความหิวโหย การให้การศึกษาอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ การเสริมสร้างศักยภาพของสตรีและความเท่าเทียมทางเพศ การมีน้ำดื่ม – น้ำใช้ที่ถูกลงนามัย และอื่นๆ
4. ยึดหลักการและแนวทางที่กำหนดใน “กฎบัตรออตตาวา” ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter) ที่มุ่งเน้นในการ (1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การเพิ่มศักยภาพของชุมชน (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) การปรับระบบบริการสาธารณสุขไม่ให้มุ่งเฉพาะด้านการรักษาโรคเท่านั้น นอกจากนี้ ควรพิจารณาถึงกฎบัตรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ตามแนวทาง PIRAB (Partnership-Invest-Regulate-Advocate-Build capacity)
5. เน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของคนในชาติ (health literacy) เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถตัดสินใจและควบคุมปัจจัยต่างๆ เพื่อกำหนดสุขภาพของตนเอง
6. ส่งเสริมการนำสุขภาพเข้าเป็นองค์ประกอบในทุกนโยบาย (health in all policies) ซึ่งย่อหมายถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายทางสังคม โดยทุกนโยบายที่กำหนดในกระทรวงต่างๆ ควรพิจารณาด้านผลกระทบต่อสุขภาพเสมอ ทั้งด้านบวก (ปัจจัยคุ้มครอง) และด้านลบ (เพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพ)
7. ควรมุ่งเน้นความเป็นธรรมในสังคม (equity) ในการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย และทุกภูมิภาค
8. การส่งเสริมสิทธิมนุษยชน (human rights) ในการรับรู้ข้อมูลและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยให้ยอมรับว่า การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน

9. เสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และชุมชน (empowerment and participation) และส่งเสริมบทบาทขององค์กรหลักภาคการศึกษา สังคม สวัสดิการ และเศรษฐกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
10. สร้างความตระหนักในพันธะรับผิดชอบต่องานขององค์กรต่างๆ (social accountability) ที่จะป้องกันผลกระทบทางสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และแสดงบทบาทปกป้องชุมชนต่อภัยสุขภาพ
11. พัฒนาคุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง (quality)
12. สร้างความครอบคลุมทั้งด้านบริการและครอบคลุมประชาชนทุกระดับ รวมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่จำเป็น (availability & accessibility) โดยใช้แนวคิดของ Life Course Approach to Health เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดทุกช่วงวัย
13. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ในการขับเคลื่อนงาน เน้นการศึกษาวิจัยด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และนำผลที่ได้มาประยุกต์เพื่อการพัฒนาบริการด้านต่างๆ
14. มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยี และสร้างนวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสาธารณะประเภทต่างๆ ในการสร้างความรอบรู้แก่ประชาชน (technology and innovations)
15. นำการตลาดเชิงสังคม (social marketing) มาประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
16. บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เข้ากับแผนการแพทย์ทุกด้าน ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ซึ่งรวมถึงการแพทย์พื้นบ้านไทย (integration)
17. พัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เกิดมีสุขภาพองค์รวม (สุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม) อย่างสมดุล (holistic health)

สำหรับแผนงานที่สำคัญ 4 แผนงาน ได้แก่ (1) แผนงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (2) แผนงานการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (3) แผนงานการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพสุขภาพ ด้วยมาตรการทางกฎหมาย หรือมิติทางสังคม และ (4) แผนงานการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ดังมีรายละเอียดในบทที่ 5

บทที่ 5

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion and Prevention Excellence หรือ PP Excellence)

วิสัยทัศน์ (Vision)

“ประชาชนมีสุขภาพดี มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 85 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 75 ปี อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและมีความสุข ภายในปี 2579 ”

พันธกิจ (Mission)

พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อให้เกิดสุขภาวะ

เป้าประสงค์ (Goals)

1. ทุกครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อการมีสุขภาวะผ่านการสร้างเสริมสุขภาพ
2. ประชาชนปราศจากโรคและภัยสุขภาพด้วยการจัดบริการในทุกระดับซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม
3. ประชาชนได้รับการปกป้องสุขภาพด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยคุ้มครอง ด้วยมาตรการเชิงนโยบาย กฎหมาย สังคมและสวัสดิการ อย่างมีประสิทธิภาพ
4. สภาพแวดล้อมทุกแห่งได้รับการพัฒนาให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนทุกคน

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. จัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยโดยเน้นความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้มีความรอบรู้เรื่องสุขภาพ
2. เพิ่มความเข้มแข็งของการจัดบริการป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม
3. มีการขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการ ทางกฎหมาย ทางสังคมและสวัสดิการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
4. มีการปรับปรุงพัฒนาสภาพแวดล้อมทุกแห่งเพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนทุกคน

หลักการสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศ (Strategic Directions)

การก่อกำเนิดของกฎบัตรรอดตายเมื่อปี พ.ศ. 2529 ก่อให้เกิดความตื่นตัวของผู้เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในทุกระดับ แต่ละระยะ 30 ปีที่ผ่านมา ดูเหมือนว่า กฎบัตรดังกล่าวไม่สามารถช่วยให้ประชาคมโลกมีสุขภาพที่ดีเท่าที่ควร จากการประเมินพฤติกรรมของประชาชนในประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก ก็พบว่า ระดับของพฤติกรรมเสี่ยงไม่ลดลง และรายงานความเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดมา แสดงให้เห็นว่า งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศต่างๆ ยังไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ต้องมีการกำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ดังจะเห็นได้จากเป้าหมาย SDG ข้อที่ 3 คือ “การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ” ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายย่อย 13 เป้าหมายนั้น เกือบทุกเป้าหมายย่อยมุ่งเน้นงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้น ทุกประเทศมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการในเรื่องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ได้ผล

บทเรียนจากความไม่สำเร็จในการดำเนินการตามกฎบัตรรอดตายในรอบ 30 ปี ทำให้มองเห็นว่า ต้องมีการปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ และดำเนินการในรูปแบบที่ต่างไปจากเดิม ซึ่งจากการวิเคราะห์แนวทางและประสบการณ์ของประเทศต่างๆ รวมทั้งการวิเคราะห์จุดอ่อน-จุดแข็งและส่วนขาดของงานที่เกี่ยวข้อง เห็นความจำเป็นที่จะต้องกำหนดหลักการดำเนินงานที่จะให้ความมั่นใจว่า ความเป็นเลิศ (PP Excellence) สามารถนำประเทศชาติไปสู่ความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปกป้องภัยสุขภาพของประชาชน

งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศควรจะมีกรอบยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 5 ประการดังต่อไปนี้

ประการดังต่อไปนี้

1. มุ่งเน้นเรื่องความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม และปกป้องสิทธิมนุษยชนของประชาชน
2. มุ่งสู่ไทยแลนด์ 4.0 เพื่อนำไปสู่ครอบครัวมั่นคง ประชาชนมีพลัง และสังคมยั่งยืน สอดคล้องกับเนื้อหาในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 และกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ผ่านการขับเคลื่อนระบบประชารัฐ
3. มุ่งเน้นกระบวนการนำยุทธศาสตร์ไปแปลงเป็นโครงการอย่างสอดคล้องกับบริบทที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) มุ่งเป้าทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยยึดหลักการตามกฎบัตรรอดตาย และเป็นไปตามแนว PIRAB (Partnership-Invest-Regulate-Advocate-Build capacity) ของกฎบัตรกรุงเทพฯ
4. มีกระบวนการที่สร้างข้อตกลงให้ทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของคนในสังคม (Health in All Policy) เพื่อให้เกิดสังคมแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy society) รวมทั้ง

พัฒนาและส่งเสริมพลังอำนาจของประชาชนในทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดข้อตกลงในการพัฒนาสังคม และสิ่งแวดล้อมเพื่อการมีสุขภาพดี

5. มุ่งสร้างนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพบริการ รวมถึงส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล เพื่อให้เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการสร้างเสริมการมีสุขภาพและป้องกันโรค

ยุทธศาสตร์/กลยุทธ์/แผนงานสู่ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แผนงานที่ 1: พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย

แผนงานที่ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยนั้นเป็นแผนงานหลักที่สำคัญที่เน้นป้องกันปัญหาสุขภาพและมุ่งสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนตามกลุ่มอายุและสถานภาพทางสังคม (ครอบครัว) ตามสภาพปัญหาที่มีปัจจัยกำหนดสุขภาพใกล้เคียงกัน สามารถหามาตรการมาดำเนินการตามกลุ่มที่ชัดเจน โดยมีกรอบยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ การลดความเหลื่อมล้ำของประชากรในแต่ละกลุ่มอายุ รวมถึงการเสริมพลังและความสามารถในการเรียนรู้เพื่อให้ประชาชน รวมถึงผู้บริหารหน่วยงาน และองค์กร เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่องค์กรและสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะสามารถกำหนดหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีให้กับประชาชนที่มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ ตั้งคำถามกับสิ่งที่รับรู้ ทบทวนและโต้แย้งเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ชัดเจนและเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชนและสังคม

จากสภาพปัญหาปัจจุบัน แม้อัตราตายมารดาลดลงเหลือ 23.3 ต่อเกิดมีชีวิตคน ในปี พ.ศ. 2557 แต่ก็ยังนับเป็นปัญหา และสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่ยังมีปัญหาแทรกซ้อนจากการแท้งและการคลอด

อัตราตายเด็กอายุ 0-5 ปี ในปี 25557 มีอัตราตาย 8.8 ต่อการเกิดมีชีวิต 1000 คน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงด้านภาวะโภชนาการและการพัฒนาการพบว่า น้ำหนักของทารกแรกเกิด ยังมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.6 ซึ่งนับว่ายังเป็นปัญหาและยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7 และ จากผลการสำรวจการพัฒนาด้านสติปัญญา ในปี 2559 ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล การสำรวจระดับ ค วามฉลาดทางอารมณ์ (EQ) สะท้อนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กไทย ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมป้องกันตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์

กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) ส่วนใหญ่ปัญหาสำคัญของเด็กวัยเรียนเกิดจากภาวะโภชนาการ มีแนวโน้มภาวะทั้งขาดและโภชนาการเกิน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต รวมทั้งค่อนข้างเฉื่อย แคระแกน มีระดับสติปัญญาดำกว่ามาตรฐานสากล ซึ่งเป็นความท้าทายที่ต้องการสร้างเยาวชนคนรุ่นใหม่ที่จะดีมีสุขในอนาคต ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญคือ การจมน้ำ ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขให้ได้ผล

กลุ่มเด็กวัยรุ่นไทย (15-20 ปี) ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพคือดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นยังเป็นปัญหาและมีความรุนแรงมากขึ้นในสังคมไทย รวมถึงปัญหาอุบัติเหตุในวัยรุ่นซึ่งนำมาความสูญเสียของสังคมโดยรวม

กลุ่มวัยทำงาน (21-59 ปี) มีปัญหาเรื่องสุขภาพที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และการเกิดอุบัติเหตุ สำหรับสาเหตุการตายที่สำคัญคืออุบัติเหตุทางถนน รองลงมาคือการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งตับ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวนมาก

กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) มีปัญหาหลักคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและโรคสมองเสื่อม รวมถึงปัญหาผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรืออยู่ตัวคนเดียวที่เพิ่มมากขึ้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการจัดระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่จะสามารถที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุด และมีรายได้พอที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี

การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนไทยทุกกลุ่มวัย มุ่งเน้นในการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต โดยให้ความสำคัญเชื่อมโยงกับกระทรวงหลักที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยโครงการย่อย 5 โครงการดังนี้

1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กทุกคนที่อยู่ในประเทศไทยไม่ว่าจะมีสถานะต่างกันอย่างไรได้รับโอกาสในการพัฒนาไปถึงขีดสูงสุดของศักยภาพที่มีอยู่

ก. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนคลอด

- 1) พัฒนาศูนย์บริการการเตรียมความพร้อมของบุคคลวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ที่เป็นมิตรและครอบคลุม
- 2) พัฒนาศูนย์ฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด ที่ปลอดภัย เป็นมิตร และครอบคลุม การป้องกันภาวะช็อคและการเสริมเกลือไอโอดีนแก่มารดา

ข. ทารกแรกคลอดและเด็กปฐมวัยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

- 3) การส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมภาวะโภชนาการตามวัย และพัฒนาสถานเลี้ยงดูเด็กที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และปลอดภัย
- 4) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพ

ค. เด็กไทยมีพัฒนาการด้านสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ให้สมวัยของเด็กและในประชาชนทุกกลุ่ม

- 5) พัฒนาระบบสวัสดิการสังคมเพื่อสร้างสวัสดิภาพสำหรับเด็กปฐมวัย
- 6) ส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการด้านสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ให้สมวัยของเด็กและในประชาชนทุกกลุ่ม
- 7) เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการคัดกรอง กระตุ้นพัฒนาการ และดูแลอย่างต่อเนื่อง

- 8) เด็กที่มีข้อบกพร่องทางกาย จิต และ สังคม (ยากจน หรือ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม) ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม
- 9) พัฒนาระบบสวัสดิการสังคมเพื่อเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษ และจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อเด็กปฐมวัย

2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

- 1) ส่งเสริมและพัฒนาโรงเรียนรอบรู้สุขภาพเพื่อสร้างทักษะชีวิตและทักษะสุขภาพของกลุ่มวัยเรียน
- 2) ส่งเสริมบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น
- 3) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมของกลุ่มวัยรุ่นเปราะบาง
- 4) สร้างพื้นที่สาธารณะที่ปลอดภัยในชุมชนและสังคมสำหรับเด็กทุกกลุ่มเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการแสดงออกได้อย่างเหมาะสม
- 5) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น
- 6) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาทางสุขภาพสำหรับวัยรุ่น
- 7) ส่งเสริมการค้นหาศักยภาพของเด็กวัยเรียนและการอ่านออกเขียนทำให้เด็กรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อพัฒนาสุขภาพทางสังคมและจิตใจแก่เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน

- 1) สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานประกอบการ การเป็นสถานประกอบการรอบรู้สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานสากล
- 2) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด
- 3) ส่งเสริมการเข้าถึงระบบการออมระยะยาวเพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ
- 4) ส่งเสริมบริการอาชีวอนามัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพของคนในวัยทำงาน
- 5) พัฒนาระบบควบคุมป้องกันอุบัติเหตุในการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชน

4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

- 1) ส่งเสริมให้เกิดการสร้างเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ (active ageing) และการนำศักยภาพของผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาชุมชนและสังคม (engagement)
- 2) ส่งเสริมให้เกิดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
- 3) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด
- 4) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมความตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง
- 5) ส่งเสริมการดูแลระยะยาว (long term care) ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

5. โครงการพัฒนาสุขภาพครอบครัว

- 1) ส่งเสริมการรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลในครอบครัว
- 2) ส่งเสริมการเข้าถึงสวัสดิการสังคมสำหรับบุคคลในครอบครัวที่เป็นกลุ่มเปราะบาง
- 3) ส่งเสริมให้มีระบบป้องกันและควบคุมความรุนแรงในครอบครัว รวมถึงการสร้างเสริมให้เกิดความอบอุ่นในครอบครัว
- 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 5) ส่งเสริมบริการสุขภาพครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพ (หมอครอบครัว)
- 6) ส่งเสริมการสร้างสุขภาพตามแนวคิดสุขภาพวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่น
- 7) ส่งเสริมอนามัยและสุขภาพช่องปากของสมาชิกทุกวัยในครอบครัว
- 8) ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมให้เป็นมิตรต่อคนทุกช่วงวัยโดยทุกภาคส่วน

แผนงานที่ 2: การป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

จากสถานการณ์ในภาพรวมปัญหาโรคและภัยสุขภาพยังคงมีปัญหอย่างต่อเนื่อง เกิดจากกระบวนการที่ผ่านทำงานแยกส่วนเป็นตามหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน ขาดการบูรณาการกลไกที่ชัดเจนต่อเนื่องในการติดตาม กำหนดทิศทาง ขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับนโยบายของประเทศ รวมถึงกลไกที่มีอยู่ดำเนินการเป็นประเด็นในด้านบริการสุขภาพและการตั้งรับมากกว่าเชิงรุกด้านปัจจัยเสี่ยง และการสร้างความตื่นตัวของประชาชน กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการรณรงค์ที่ไม่ต่อเนื่อง การคิดในเชิงยุทธศาสตร์ไม่ชัดเจน ขาดการประเมินผลที่เหมาะสม ทำให้ข้อมูลไม่เพียงพอนำมาพัฒนามาตรการดำเนินงาน มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดการด้านงบประมาณ การบริหารงาน การกำหนดเป้าหมายการตั้งการ การจัดการสั่งการจากหน่วยงานส่วนกลาง รวมทั้ง การจัดการระบบสนับสนุนที่ทำให้มีการปรับเปลี่ยนตามเป้าหมายหลักได้จริง ยังไม่มีระบบที่ชัดเจนในการบูรณาการในมาตรการหลักที่ทำงานกับเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบการ รวมทั้งการประสานงานกับองค์กรต่างๆ อาทิ สสส. สปสช. เครือข่ายวิชาชีพ ยังไม่มีแผนร่วมกันที่ชัดเจน ดังนั้นแนวทางการดำเนินงานควรปรับให้มีกลยุทธ์ที่เหมาะสม ปฏิรูประบบการจัดการให้บูรณาการ เสริมความเข้มแข็งในระบบเฝ้าระวังและการป้องกันควบคุมโรคที่มีอยู่ สร้างภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในทุกระดับ เพื่อให้แผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพต่างๆ รวมถึงการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้บรรลุตามเป้าประสงค์ต่อไป ดังนี้

1. โครงการพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

เป็นระบบที่สำคัญที่ต้องมีเพื่อความมั่นคงของประเทศ ลดผลกระทบและความเสียหายจากการเจ็บป่วยรวมถึงความสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมหาศาล ที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าจุดแข็งของประเทศไทย คือ การมีโครงสร้างระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งของภาครัฐนั้น ช่วยให้ระบบสั่งการตอบโต้ได้อย่างเป็นระบบ แต่ในขณะเดียวกันการที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่ต้องเผชิญกับภัยที่ทำลายใหม่ๆ จากการเปิดเสรีและการพัฒนาการท่องเที่ยว จึงจำเป็นต้องมีระบบที่ตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว บูรณาการเบ็ดเสร็จในระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอ เพื่อการตอบโต้และควบคุมภัยอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องทันกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น หรืออาจบูรณาการหลายแผนงานภายใต้กลยุทธ์เดียวกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน มาตรการที่ควรดำเนินงานมีดังนี้

- 1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและทุกภาคส่วนในสังคมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สร้างความร่วมมือและสนับสนุนทั้งบุคลากร เครื่องมือ ข้อมูลหรือองค์ความรู้ต่างๆ จากภาคีเครือข่ายภายในประเทศ รวมถึงเครือข่ายนานาชาติ
- 2) จัดสรรงบประมาณที่เพียงพอจากระดับนโยบายในทุกภาคส่วนในการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในทุกระดับ
- 3) ประสานให้เกิดการเข้าถึงระบบเฝ้าระวัง และการฟื้นฟูครอบครัวและชุมชน ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
- 4) ส่งเสริมและพัฒนาบทบาทการนำด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ
- 5) ปรับปรุงกฎระเบียบให้เจ้าหน้าที่มีอำนาจหน้าที่ที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ระบบการตอบโต้ภัยสุขภาพฉุกเฉินได้ประสิทธิภาพสู่ระดับสากล
- 6) พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมให้กับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน
- 7) พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กรที่รับผิดชอบต่อการตอบโต้ภัยสุขภาพ
- 8) พัฒนาและปรับปรุงแผนรับภัยพิบัติ และเตรียมความพร้อมและการจัดการ รวมถึงการวิเคราะห์ติดตามประเมินผลในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล
- 9) พัฒนานวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน และวิชาการ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ

2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ

โรคติดต่อยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขลำดับต้นๆ ของประเทศ อันเป็นผลมาจากการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ หากพิจารณาในระดับประเทศควรเน้นปัญหาโรคที่สำคัญ แนวโน้มรุนแรงขึ้นและมีผลกระทบภาระโรครวมของประเทศ อาทิเช่น เอชไอวีและวัณโรค พิจารณาโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนซึ่งต้องอาศัยความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนทั่วประเทศ หรือโรคติดต่อที่เกิดขึ้นใหม่ๆ สำหรับในพื้นที่ซึ่งมีความหลากหลายและบริบทที่แตกต่างกัน ควรมีการพิจารณาลำดับความสำคัญของโรคที่สำคัญให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีในแต่ละพื้นที่ในการวิเคราะห์ให้มีประสิทธิภาพและชัดเจนยิ่งขึ้น มาตรการที่จะดำเนินงาน ได้แก่

- 1) แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอเพื่อประสานงานความร่วมมือต่างๆ ในระดับอำเภอ/ระดับจังหวัดอย่างเป็นทางการ
- 2) สร้างความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนในทุกระดับทั้งภายในประเทศและนานาชาติในการควบคุมป้องกันโรค
- 3) เสริมสร้างพลัง (Empower) ในทุกภาคส่วน รวมถึงส่งเสริมกระบวนการ (Appreciation) เป็นกลไกสร้างคุณค่า ติดตามประเมินผลกระทบการพัฒนา และ นวัตกรรมของภาคีสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม
- 4) พัฒนาบริการรวมถึงเทคโนโลยีในการวินิจฉัยและชันสูตรโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหา
- 5) สนับสนุนงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ บุคลากรที่จำเป็นในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน และในสถานพยาบาล รวมถึงการกำจัดขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน
- 6) พัฒนาการวิจัย การผลิต และการกระจายวัคซีน เพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญของประเทศ
- 7) พัฒนาระบบการนำคำแนะนำนโยบาย และยุทธศาสตร์บูรณาการการจัดการป้องกันควบคุมโรค รวมถึงการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย อาทิเช่น กำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะเชื้อดื้อยา มาตรฐานในการป้องกันควบคุมโรคภายในสถานพยาบาล และการกำจัดขยะติดเชื้อที่เหมาะสม เป็นต้น
- 8) ควบคุมสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อควบคุมป้องกันโรคติดต่อ รวมถึงสัตว์นำโรค
- 9) พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ให้คนในสังคม และผู้เกี่ยวข้องได้เข้าใจ ไม่ตื่นตระหนก สามารถนำไปปฏิบัติ หรือผลักดันในเกิดนโยบายและความร่วมมือที่ดี
- 10) เสริมสร้างความเข้มแข็ง ของบุคลากรและทีมในทุกระดับในการเฝ้าระวัง สอบสวน รายงาน สื่อสารสาธารณะในการควบคุมโรคติดต่อ

- 11) พัฒนานวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน และวิชาการ ระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูลเพื่อ
การควบคุมโรคติดต่อให้มีประสิทธิภาพ
- 12) เตรียมความพร้อมและการจัดการ รวมถึงการวิเคราะห์ติดตามประเมินผลในการป้องกัน
ควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล
- 13) ส่งเสริมทักษะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based
practice)

3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

แนวโน้มของโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพที่เพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากปัจจัยที่ซับซ้อนที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของมนุษย์นั้น จำเป็นต้องมีการวางแผนมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างรอบด้าน บูรณาการกับหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สำหรับมาตรการที่ควรดำเนินการในการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพควรเน้นการสร้างภาคีความร่วมมือ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มาตรการด้านกฎหมายและการเสริมสร้างองค์ความรู้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

- 1) แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอเพื่อการประสานงาน ความร่วมมือต่างๆ ในระดับอำเภอ/
ระดับจังหวัดอย่างเป็นทางการ
- 2) สร้างความร่วมมือร่วมของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และประชาชนในทุกระดับใน
การป้องกันโรคไม่ติดต่อตามแนวสุขภาพวิถีชีวิตไทยหรือวิถีสุขภาพ
- 3) เสริมสร้างพลัง (Empower) ในทุกภาคส่วน รวมถึงส่งเสริมกระบวนการ (Appreciation) เป็น
กลไกสร้างคุณค่า ติดตามประเมินผลกระบวนการพัฒนา และ นวัตกรรมของภาคีสุขภาพที่
สอดคล้องกับบริบททางสังคม
- 4) พัฒนาและสนับสนุนระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง
- 5) พัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อบูรณาการการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายทั้งในระดับ
- 6) พัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมายที่สนับสนุนการควบคุม ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ
รวมถึงการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ
- 7) ส่งเสริมให้การออกนโยบายและผลิตภัณฑ์ของทุกภาคส่วนคำนึงถึงสุขภาพของประชาชน
- 8) สร้างนโยบายเพื่ออุดหนุนสินค้าและผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ
- 9) พัฒนาระบบและกลไกส่งเสริมการรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อ
- 10) ส่งเสริมแรงขับเคลื่อนทางสังคม สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องให้คนใน
สังคม และผู้เกี่ยวข้องได้เข้าใจ ไม่ตื่นตระหนก สามารถนำไปปฏิบัติ หรือผลักดันให้เกิด
นโยบายและความร่วมมือที่ดี

- 11) เสริมสร้างความเข้มแข็ง ของบุคลากรและทีมในทุกระดับในการเฝ้าระวัง สอบสวน รายงาน สื่อสารสาธารณะในการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ
- 12) สร้างและพัฒนาศูนย์ข้อมูลสุขภาพและส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องร่วมกับ หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่น รวมถึงภาคีเครือข่าย
- 13) ส่งเสริมทักษะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice)
- 14) เตรียมความพร้อมและการจัดการ รวมถึงการวิเคราะห์ติดตามประเมินผลในการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล
- 15) ส่งเสริมให้มีข้อมูล นวัตกรรม เพื่อการควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น

แผนงานที่ 3: การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพ ด้วยมาตรการทางกฎหมาย หรือมิตินทางสังคม

การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันโรค ทั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยงด้านโรคติดต่อคือการมีผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ซึ่งสามารถแพร่เชื้อโรคไปสู่บุคคลอื่น จึงควรดำเนินการเฝ้าระวัง และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่ประชาชน ในขณะเดียวกัน มีการขับเคลื่อนงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ซึ่งได้แก่พฤติกรรม การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการไม่ออกกำลังกาย (หรือการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง) การลดปัจจัยเสี่ยงยังรวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคโดยการควบคุมอาหารหรือผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ รวมไปถึงการส่งเสริมหรือเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ (ผัก ผลไม้) เป็นต้น มาตรการที่ดีที่สุด (Best Buys) ในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพดังกล่าวได้แก่ การลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ด้วยการเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ ห้ามโฆษณาบุหรี่ ให้ข้อมูลคำเตือนพิษของบุหรี่ มาตรการทางภาษีและราคา ส่วนมาตรการลดการบริโภคสุรา เน้นการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ห้ามโฆษณาสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการทางภาษีและราคา บังคับใช้กฎหมาย สำหรับพฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม ลดการบริโภคเกลือ ลดการบริโภคไขมันทรานส์ ดำเนินการโดยการให้ความรู้และรณรงค์สร้างกระแสตื่นตัวการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมกายที่ไม่เพียงพอ ให้มีการรณรงค์ทางสื่อมวลชน เป็นต้น สำหรับแผนการลดปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย

1. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและสร้างปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพ

- 1) พัฒนาระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงสุขภาพที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง
 - เน้นการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่ทำให้เกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญให้มี
 - ดำเนินการทั้งเชิงรุกและเชิงรับด้วยการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยจัดระบบข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง เชื่อมโยงข้อมูลที่จัดเก็บในระบบงานอื่นเชื่อมโยงข้อมูลในมิติเชิงสังคม (social determinant) เพื่อนำข้อมูลไปพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ
 - ผลักดันให้ผู้มีอำนาจในการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น กำหนดบทบัญญัติ ข้อกำหนดของท้องถิ่น ในการควบคุมสถานที่ปลอดบุหรี่ ปลอดเหล้า และอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพ ยกกระดานบังคับใช้กฎหมายให้จริงจัง
 - ส่งเสริมกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อเพิ่มปัจจัยการคุ้มครองด้านสุขภาพ
 - ผลักดันให้มีมาตรการทางกฎหมายแบบการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน (smart regulation)
- 2) ส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่สำคัญ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 - สร้าง Model ต้นแบบเพื่อลดการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกาย ด้อยอดและขยายเครือข่ายจาก best practice ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนแต่ละพื้นที่อย่างจริงจังต่อเนื่อง ยั่งยืน
 - สนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น เครือข่ายองค์กรงดเหล้าที่ดำเนินการอย่างเข้มแข็ง เครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่ เครือข่ายเยาวชนไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ฯลฯ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาคประชาสังคม และสถาบันทางสังคม เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพให้กับชุมชน
 - สนับสนุนให้ชุมชนร่วมรณรงค์ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างการเรียนรู้ในการขับเคลื่อนประเด็นโรคหรือปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่หรือโรควิถีชีวิตให้สอดคล้องกับตำบลจัดการสุขภาพดี
- 3) พัฒนาระบบการรอบรู้เรื่องสุขภาพที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุ้มครองสุขภาพ โดยให้ครอบคลุมตัวชี้วัดปัจจัยเสี่ยงระดับนานาชาติ ซึ่งรวมถึงบุหรี่ เหล้า อาหารไร้สุขภาพ และการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง

- สร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ให้มีความรับผิดชอบตนเอง ครอบครัว และสังคมส่วนรวม เช่น มีชุมชนปลอดเหล้า ชุมชนปลอดบุหรี่ ชุมชนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพดี ชมรมจักรยาน
 - พัฒนาสถานบริการให้เป็นองค์กรการเรียนรู้ (learning organization) ปรับแนวความคิดการทำงาน (mind setting) ให้มีการคิดเชิงระบบและการทำงานเป็นทีม
 - จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ มีสถานที่ออกกำลังกายและมีเครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
 - มีช่องทางการสื่อสารให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยของกลุ่มเป้าหมาย (smart knowledge smart technology)
 - กำหนดมาตรการทางกฎหมาย ทางภาษี มติของชุมชน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน เช่น การบังคับใช้ พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560
 - นำตัวชี้วัดความสำเร็จในการลดปัจจัยเสี่ยงและภัยสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (9 global targets on NCDs) เพื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์กับประเทศสมาชิก
 - สร้างนวัตกรรมทำให้ความรู้การลดปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพแก่ อสม. แก่นนำสุขภาพโดยใช้ Smart Kit และ Application ที่ใช้ได้ง่าย
- 4) พัฒนาความเป็นเจ้าภาพร่วมในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ โดยเน้นบทบาทของกระทรวงหลักอื่นๆ ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย
- จัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ความร่วมมือดำเนินงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียว (Health in All Policy) เพื่อความร่วมมือด้านสุขภาพของประเทศ ระหว่างกระทรวงต่าง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ
 - ร่วมกันจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพ ด้วยมาตรการทางกฎหมาย
 - ส่งเสริมกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพด้วยความร่วมมือจากทุกกระทรวง
 - จัดให้มีการอบรมข้อชี้แนะทางนโยบาย (policy advocacy) ใหม่ ๆ แก่เจ้าหน้าที่ระดับบริหารของทุกกระทรวง เพื่อเป็นผู้นำในองค์กรในเสนอแนะนโยบายการสร้างสุขภาพภายใต้ความร่วมมือของทุกฝ่าย

2. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหาร

เพื่อให้แผนงานครอบคลุมในทุกมิติของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในด้านนี้ได้จัดทำขึ้น จึงมีการแบ่งกลุ่มแผนงานออกเป็นประเด็นต่างๆ ได้แก่

1) การพัฒนาระบบและกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1.1 พัฒนาระบบการควบคุมและกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาด (pre – marketing control) ให้มีประสิทธิภาพ สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีและนวัตกรรม และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

- จัดระบบการให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทาง ในการขออนุญาตผลิตอาหาร ให้มีมาตรฐานและถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของกฎหมาย
- การตรวจประเมินสถานที่ผลิต/นำเข้าอาหาร ก่อนพิจารณาอนุญาตให้มีการผลิต/นำเข้า
- การควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร/ฉลากผลิตภัณฑ์อาหารให้ถูกต้อง เป็นไปตามพรบ. อาหาร

1.2 พัฒนาระบบการควบคุม และกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาด (post – marketing control) อย่างเข้มงวดโดยใช้มาตรการทางกฎหมาย

- รับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชนที่ได้รับความเสียหายในด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ควบคุม กำกับ และตรวจสอบเฝ้าระวัง สถานประกอบการผลิต/นำเข้าผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ปฏิบัติตามข้อกำหนดตามกฎหมาย
- เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และการโฆษณา ดำเนินการเกี่ยวกับการดำเนินคดีแก่ผู้ประกอบการที่ทำผิดตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1.3 พัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารที่ประชาชนเข้าใจได้ง่ายและมีขนาดตัวอักษรที่เหมาะสม ทั้งฉลากอาหารและฉลากโภชนาการเพื่อความปลอดภัย ความเชื่อมั่น และความคุ้มค่าในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1.4 พัฒนาระบบการกำกับ ดูแล ตรวจสอบ เฝ้าระวัง ติดตาม เตือนภัย (Post Marketing Alert System) ที่รวดเร็ว และเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ทั้งในกลุ่มประเทศอาเซียนด้วยกัน (ASEAN Post-marking Alert System) และประเทศอื่นๆ

1.5 พัฒนาและปรับปรุงกฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ทันต่อสถานการณ์และสอดคล้องสากล โดยใช้แนวทาง Good Regulatory Practice (GRP) ปรับปรุงกฎหมายที่สำคัญให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของประเทศ 4.0 และความก้าวหน้าของเทคโนโลยียุคดิจิทัล ได้แก่ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้บริโภค พ.ร.บ. อาหาร และ พ.ร.บ. ยา

- 1.6 ยกระดับกระบวนการควบคุมผลิตภัณฑ์สุขภาพให้สอดคล้องตามมาตรฐานสากล โดยเทียบเคียงกับหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับ ในระดับสากล (benchmarking/best practice)
- สร้างระบบการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานหรือระบบคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล (benchmarking) และมีการพัฒนาระบบกำกับดูแล มีระบบผู้ประเมินภายในที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อประเมินผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีหน่วยตรวจและประเมินผลิตภัณฑ์สุขภาพแห่งชาติ
 - นำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการปฏิบัติงาน การควบคุม กำกับดูแล ตรวจสอบ เฝ้าระวัง และส่งเสริม ให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและการประกอบการ ทั้งก่อนและหลังผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาด เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด และสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานสากล
 - มีการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีประสิทธิผล เพื่อการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
- 1.7 ส่งเสริมให้ผู้ประกอบการรับผิดชอบต่อการประกอบการของตนเองให้มีมาตรฐานและความปลอดภัย (self-declaration & regulation) สนับสนุนให้ผู้ประกอบการมีการประกาศโดยสมัครใจเพื่อรับรองมาตรฐานและความปลอดภัยในการผลิต เพื่อสร้างความมั่นใจ ความไว้วางใจ ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือบริการ
- 1.8 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและขยายเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและต่อเนื่อง โดยบูรณาการทั้งในระดับมหภาค และในระดับพื้นที่ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- พัฒนาศักยภาพผู้บริโภค เพิ่มความรอบรู้ให้แก่ผู้บริโภค ให้มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง
 - ผลักดันให้มีเครือข่ายผู้บริโภค ทุกชุมชน มีการทำงานร่วมกันกับหน่วยที่เกี่ยวข้องในลักษณะของพหุภาคี เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ
 - พัฒนาศักยภาพด้านอาหารและยาในทุกโรงเรียน สร้างเครือข่ายครูและผู้ปกครอง ในการควบคุมดูแลอาหารที่ไม่เหมาะสมในโรงเรียนและหน้าโรงเรียน
 - สนับสนุนมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ให้ทำหน้าที่ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2) การพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้แก่ผู้บริโภค
- 2.1 พัฒนาสื่อ องค์ความรู้ ฐานข้อมูล และช่องทางการสื่อสาร ให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยข้อมูลต้องมีความถูกต้อง ทันสมัยและเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงการถ่ายทอดองค์ความรู้การใช้หน้าตาเตือนภัยสุขภาพ

- สร้างช่องทางการสื่อสารมวลชน Application Line, YouTube, Facebook , Instragram เพื่อให้ผู้บริโภค มีความฉลาดในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - เลือกใช้สถานบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล
 - เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การใช้ application หน้าต่างเตือนภัยสุขภาพเตือนให้รู้ถึงสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งยา เครื่องสำอาง และอาหาร ใช้เป็นช่องทางในการให้ความรู้แก่ประชาชน
 - เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แอปพลิเคชันของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อให้ข้อมูลความรู้พิษภัยของสารต้องห้าม สามารถใช้รับแจ้งเรื่องร้องเรียนจากพื้นที่โดยตรง เป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นช่องทางคุ้มครองสุขภาพประชาชน
- 2.2 สร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคของผู้บริโภคให้ถูกต้อง
- สร้างความตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และให้รู้เท่าทันการโฆษณาทางสื่อออนไลน์
 - เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงกลุ่มวัยต่างๆ ชมรมผู้สูงอายุ วัยทำงานในสถานประกอบการต่างๆ
- 2.3 สร้างความตระหนักและเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ
- 2.4 ส่งเสริมผู้บริโภคให้มีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ รู้สิทธิหน้าที่ สามารถร้องเรียนเมื่อได้รับความเสียหายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- พัฒนาให้เกิดกระบวนการบังคับใช้หรือออกข้อกำหนด/มาตรการการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน สร้างความร่วมมือกับภาคีต่างๆ
 - เผยแพร่ความรู้เพื่อสร้างจิตสำนึกให้ผู้บริโภคให้รู้จักปกป้องและรักษาสิทธิ หน้าที่ของตนเอง
 - จัดระบบช่องทางการร้องเรียนเมื่อได้รับความเสียหายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือใช้บริการจากสถานพยาบาล
 - ส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วม ในการคุ้มครองตนเอง มีความรอบรู้ในการรับซื้อแสวงหาข่าวสาร พิสูจน์ ตรวจสอบ พுகุญเพื่อค้นหาคำยืนยัน และประเมินคุณค่า
 - ผลักดันให้เกิดระบบ Health claim (บริษัทจ่ายให้กับผู้บริโภคที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์)
- 2.5 พัฒนาและขยายเครือข่ายภาคประชาชน ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้มีความเข้มแข็ง (เช่น อย. น้อย, อสม.) และมีศักยภาพในการดำเนินงาน
- ขยายเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อส่งเสริมสิทธิมนุษยชนในการรับรู้ข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ
 - เสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และชุมชน

- ส่งเสริมสถานศึกษาให้มีการดำเนินกิจกรรม ออ. น้อยให้เข้มแข็ง และมีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
 - สนับสนุนมูลนิธิเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเฝ้าระวังและตรวจสอบและคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหาร
- 2.6 ส่งเสริมบทบาทและพัฒนาความร่วมมือกับสื่อมวลชนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ
- สร้างพลังสังคมในลักษณะเครือข่ายขึ้นในทุกภาคส่วน โดยร่วมมือกับสื่อมวลชนในการปกป้องคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่ได้รับผลกระทบ
 - ร่วมมือกับเครือข่ายสื่อมวลชนในการนำเสนอข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่ถูกต้อง
- 3) การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ เพื่อสร้างโอกาสด้านการแข่งขัน
- 3.1 พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการด้านมาตรฐานการผลิต นำเข้า และกระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก
- 3.2 พัฒนามาตรฐานร้านอาหารให้มีความสะอาด และปลอดภัยต่อประชาชน ให้มีระบบการรับรองสุขาภิบาลร้านอาหารอย่างต่อเนื่อง (Clean Food - Good Test)
- 3.3 พัฒนาระบบเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่ (ร้านอาหาร แผงลอย ตลาดสด ตลาดนัด รถเร่ และหาบเร่)
- 3.4 พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการและผู้วิจัยและพัฒนา เพื่อให้เกิดนวัตกรรมของผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารที่สอดคล้องกับกฎหมาย
- 3.5 จัดทำระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลที่จำเป็น และเข้าถึงได้ง่าย สำหรับการประกอบธุรกิจด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- 3.6 ส่งเสริม และสนับสนุนการประกอบธุรกิจด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตเศรษฐกิจพิเศษให้เป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- 3.7 จัดทำคู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพและนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานของสถานบริการสุขภาพให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- 4) การพัฒนาและยกระดับองค์การให้มีสมรรถนะสูง
- 4.1 พัฒนาร่วมมือระหว่างประเทศในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- 4.2 พัฒนาร่วมมือในการเป็นผู้นำด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเวทีระดับอาเซียน
- 4.3 พัฒนาระบบสารสนเทศ ฐานข้อมูลและคลังความรู้ให้เอื้อต่อการบริการและการปฏิบัติงาน และพัฒนากระบวนการทำงานขององค์การให้เป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์

- 4.4 พัฒนาระบบบริหารบุคลากรให้เกิดความเชื่อมั่นต่อองค์กร และพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล
- 4.5 ส่งเสริมจริยธรรมของบุคลากรให้มีจิตสำนึกที่ดี มีสติ ให้เอื้อต่อการทำงานเพื่อส่วนรวม สามารถตอบสนองความเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม
- 4.6 สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) เพื่อให้เป็นองค์กรที่มีความคิดใหม่ๆ และมีการขยายความคิดความสามารถของตนอย่างต่อเนื่องให้เป็นที่ยอมรับ สร้างการเรียนรู้เป็นทีม มีการจัดให้บุคคลในองค์กรมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ให้สามารถถ่ายทอดถึงประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้เป็นชุมชน สังคมแห่งความรอบรู้ต่อไป เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- 4.7 พัฒนาการจัดการองค์ความรู้ และงานวิจัย โดยการนำผลการวิจัยพัฒนาต่อยอดให้เป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ นวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถขององค์กร และเพิ่มมูลค่าของผลิตภัณฑ์สุขภาพ นำไปสู่การแข่งขันในระดับอาเซียนและระดับโลก
- 5) ส่งเสริมบทบาทของหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคในการเฝ้าระวังและดำเนินการเพื่อเสริมงานของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมความปลอดภัยของอาหารและผลิตภัณฑ์ที่มีผลต่อสุขภาพ
 - 5.1 จัดให้มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับสารปนเปื้อนหรือสารพิษในสินค้าที่จำหน่ายในประเทศ
 - 5.2 สร้างฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยของประเทศให้เป็นระบบเดียว
 - 5.3 สร้างและพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา เพื่อลดความซ้ำซ้อน

แผนงานที่ 4: การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชน โดยในหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ชัดเจนว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี ประชาชนจะมีปัญหาสุขภาพโดยที่เขาเหล่านั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ เพียงเพราะอาศัยอยู่ในแหล่งอุตสาหกรรมที่มีของเสียถูกปล่อยออกมา มากเกินกว่ากฎหมายกำหนด หรือการที่ต้องทำงานในแหล่งที่เป็นที่รวมของสารอันตรายต่างๆ เช่น กองขยะ ก็อาจจะก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บตามมาได้โดยผู้ที่อาศัยหรือทำงานอาจจะไม่รู้ตัวตั้งแต่เริ่มต้นทำให้ไม่สามารถป้องกันตัวเองได้ ซึ่งมาตรการต่างๆ ควรจะครอบคลุม 7 ประเด็นสำคัญคือ อากาศ อาหาร น้ำ การปนเปื้อนสารเคมี ในสิ่งแวดล้อม ขยะ HOT ZONE และ สิ่งปฏิกูล

ประสบการณ์จากประเทศต่างๆ รวมถึงบทบาทขององค์การอนามัยโลกในการส่งเสริมแนวคิดของ Healthy City หรือ “เมืองสุขภาพดี” หรือ “เมืองน่าอยู่” ช่วยให้เห็นถึงโอกาสในการส่งเสริมความร่วมมือดำเนินการตามกฎหมายกรุงเทพมหานครฯ ด้วยแนวคิด PIRAB เพื่อการสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างองค์กรท้องถิ่น กระทรวงหลัก และชุมชน ปรับปรุงเมืองให้เป็นเมืองสุขภาพในทุกระดับ (จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน) โดยปรับปรุงโครงสร้างเมืองให้มีทางจักรยาน ทางเท้า การขนส่งมวลชนที่ดี สะดวก ปลอดภัย การลดมลพิษในท้องถนน การสร้างหรือมีบ้านพักที่ปลอดภัย รวมถึงการนำแนวคิดไปส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ บริษัท ห้าง ร้านต่างๆ

1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

- 1) ส่งเสริมประชาชนและภาคีเครือข่ายให้เกิดความตระหนักและเกิดความรู้เรื่องผลกระทบและการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- 2) ปรับปรุงกฎหมาย (พรบ.การสาธารณสุข) เพื่อบูรณาการกับภาคีเครือข่าย เพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) ส่งเสริมการใช้กลไกการขับเคลื่อนเพื่อควบคุมและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมทุกระดับ
- 4) ส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นในการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่
- 5) ส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม
- 6) ผลักดันการออกกฎหมายและส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายในชุมชนและท้องถิ่น
- 7) ส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นในการบริหารจัดการขยะรวมถึงการสร้างระบบการจัดการขยะให้เหมาะสม
- 8) สนับสนุนการบริการและดำเนินงานด้านน้ำสะอาดและสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ
- 9) พัฒนาระบบอารยะสถาปัตย์ในอาคารสถานที่ต่างๆ และระบบสาธารณสุขปโภคทั่วประเทศ เพื่อการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางและกลุ่มด้อยโอกาส
- 10) ส่งเสริมให้มีการควบคุมกำกับจัดการสารพิษจากทุกแหล่งเพื่อสุขภาพของประชาชน
- 11) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตสมัยใหม่
- 12) สร้างความตระหนักของคนในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
- 13) ส่งเสริมการลดการใช้พลังงานและเลือกใช้พลังงานทางเลือกในสถานพยาบาลภาครัฐ และทุกหน่วยงานทั่วประเทศ
- 14) สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

- 15) สร้างการรอบรู้ ด้านสิทธิตามกฎหมายที่เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ

2. โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตเมือง

- 1) สร้างสังคมเมืองให้เป็นสังคมสุขภาวะ (Healthy City)
- 2) ส่งเสริมและสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการทุกประเภท (Healthy Workplace)
- 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- 4) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสิ่งแวดล้อม
- 5) สนับสนุนการค้นคว้าวิจัย องค์ความรู้และผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมสมัยใหม่

บทที่ 6

กลไกดำเนินงาน การควบคุมกำกับ และประเมินผล

1. กลไกดำเนินงาน

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์มีความสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการต่างๆ ทั้งนี้เพราะด้วยยุทธศาสตร์เป็นเพียงแนวทางการดำเนินงาน แม้ว่าจะมีแนวทางที่ดี หากไม่สามารถขับเคลื่อนไปได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ความสำเร็จก็คงเกิดขึ้นได้ยาก

อุปสรรคของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศคือการดำเนินการให้ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระทรวงหลักทั้ง 4 (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย) ให้ร่วมกันดำเนินการและประสานตามบทบาทขององค์กรและตามยุทธศาสตร์ที่วางไว้ ในขณะเดียวกัน ก็ให้การสนับสนุนองค์กรอื่นที่เป็นภาคยุทธศาสตร์ ให้ร่วมสนับสนุนงานในระดับชุมชนหรือท้องถิ่น ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดคือ งานสุขภาพของวัยรุ่น ซึ่งปัจจุบันมีปรากฏการณ์ที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ขณะยังเป็นนักเรียน-นักศึกษา ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การแพร่เชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บทบาทของกระทรวงด้านสุขภาพ (คือกระทรวงสาธารณสุข) ก็มีให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ ให้วัยรุ่นได้คลอดอย่างปลอดภัย เด็กทารกที่คลอดมามีสุขภาพดี และให้ยาบำบัดรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ แต่กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทน้อยมากที่จะให้นักศึกษาตระหนักในปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งบทบาทดังกล่าวเป็นของผู้ปกครองและสถานศึกษา (คือบทบาทของกระทรวงศึกษาธิการ) รวมทั้งการให้บริการสวัสดิการสังคม (คือบทบาทของกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ) กรณีดังกล่าว หากมีการบูรณาการงานอย่างเหมาะสม มีการส่งต่อข้อมูลสถานการณ์ให้ซึ่งกันและกันระหว่างองค์กรหลักต่างๆ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ก็สามารถป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศอย่างได้ผลจำเป็นต้องประกอบด้วยกลไกต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดให้มีคณะกรรมการระดับชาติและระดับอื่นๆ ที่เหมาะสมเพื่อควบคุมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

กลไกติดตามควบคุมกำกับงานเป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดแนวนโยบายที่เหมาะสมปรับปรุงยุทธศาสตร์ให้มีความทันสมัย สนับสนุนบุคลากรและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนงาน รวมถึงการประสานงานระหว่างองค์กรต่างๆ และการติดตามความก้าวหน้าของงาน กลไกดังกล่าวนี้ ควรกำหนดให้มีในทุกระดับ คือระดับชาติ ระดับกระทรวง (ระหว่างกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง) ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น

หน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งของกลไกที่จัดตั้งขึ้นนี้ คือการจัดทำแผนประจำปี และแผนระยะกลาง ซึ่งผนวกกิจกรรมต่างๆ ไว้ และกำหนดบทบาทขององค์กรต่างๆ ที่จะขับเคลื่อนแผน รวมทั้งกำหนดแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติตามแผนงาน

- 2) ส่งเสริมบทบาทขององค์กรนอกภาคสาธารณสุขในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health-in-all policy)

งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเรื่องที่ประชาชนทุกคนต้องรับผิดชอบ การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญของงาน ซึ่งย่อหมายความว่าประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และเลือกปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีและไม่มีความเสี่ยงต่อโรค การกำหนดให้ทุกนโยบายใส่ใจสุขภาพ (health in all policy) เป็นการกำหนดว่า ทุกหน่วยงานที่กำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบายจะใส่ใจว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพมาก-น้อยเพียงใด ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในประชากรที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้นๆ มาก-น้อยเพียงใด และหลีกเลี่ยงที่จะกำหนดนโยบายที่เป็นภัยต่อสุขภาพของประชาชน หรือส่งเสริมส่วนที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพะในชุมชน เป็นต้น

- 3) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้มีความครอบคลุมและมีการนำไปใช้ในการพัฒนานโยบาย

ระบบข้อมูลข่าวสารที่ดีย่อช่วยให้เห็นถึงความก้าวหน้าและผลกระทบของยุทธศาสตร์ ในขณะเดียวกัน การจัดให้มีข้อมูลสุขภาพสำหรับประชาชนก็จะเป็นการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งก็จะเอื้อประโยชน์ต่องานมากขึ้น

- 4) จัดระบบพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการดำเนินการและประสานงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการประเมินศักยภาพบุคลากร

งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายมาก การพัฒนาบุคลากรจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น และสอดคล้องกับข้อกำหนดทั้งในกฎบัตรอตตาวาและกฎบัตรกรุงเทพฯ บทบาทในการพัฒนาบุคลากรเป็นขององค์กรทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรที่เป็นกระทรวงหลักของงานส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 กระทรวง ขณะเดียวกัน ควรมีกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างองค์กรและชุมชนต่างๆ เพื่อจะสามารถประยุกต์แนวทางที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับต่างๆ

- 5) ส่งเสริมการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรจากท้องถิ่นและภาคเอกชน

ทรัพยากรมีความสำคัญในการขับเคลื่อนงาน โดยทั่วไปงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาโรค และเมื่อดำเนินการได้ผล ความจำเป็นในการใช้จ่ายเงินในการรักษาโรคก็จะน้อยลง จึงเป็นหลักการสำคัญในการจัดหางบประมาณมาใช้ในการขับเคลื่อนงาน

อนึ่ง หากดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อย่างได้ผล สามารถสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพในประชาชนแล้วก็จะเกิดความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ค่าใช้จ่ายในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ก็จะยิ่งน้อยลง และถ้ายึดหลักการดำเนินงานที่ส่งเสริมพันธะรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรต่างๆ (social accountability) ที่จะป้องกันผลกระทบทางสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และแสดงบทบาทปกป้องชุมชนต่อภัยสุขภาพ ก็เป็นไปได้ว่าบริษัทห้างร้านต่างๆ จะลงทุนให้การปกป้องภัยสุขภาพแก่คนในองค์กรและลูกค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรที่ดำเนินธุรกิจภายใต้หลักจริยธรรมและการจัดการที่ดีโดยรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม อาจจัดทำโครงการที่เป็น corporate social responsibility (CSR) ในด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของสังคม ซึ่งจะเป็นการลดภาระด้านงบประมาณจากภาครัฐ

- 6) สนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย พัฒนามาตรการและควบคุมกำกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ด้วยหลักการพัฒนางานที่มุ่งดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Thailand 4.0 ทำให้เห็นความจำเป็นในการมุ่งส่งเสริมงานวิจัยเพื่อให้มีการค้นคว้านวัตกรรมที่ได้ผลดีในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้น แผนปฏิบัติการจึงควรกำหนดให้งานการศึกษาวิจัยเป็นส่วนประกอบหนึ่งของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเพิ่มความร่วมมือร่วมของมหาวิทยาลัยต่างๆ ในการศึกษาวิจัยเพื่อผลักดันให้งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความเป็นเลิศตามพันธกิจที่กำหนดไว้

2. การควบคุมกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การนิเทศติดตามความก้าวหน้าของงานเป็นเรื่องจำเป็นในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เพื่อให้หน่วยงานที่รับการนิเทศได้เห็นงานตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดเป็นงานสำคัญ และจำเป็นต้องดำเนินการให้ได้ผล ทั้งนี้ หากสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนตามกิจกรรมที่ระบุในยุทธศาสตร์ ย่อมจะเกิดผลในการลดความเจ็บป่วยของประชาชน ลดภาระโรคของครอบครัวและภาครัฐ และทำให้ประชาชนมีความสุข มีอายุขัยเฉลี่ยยาวนานตามวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ในทางตรงข้าม หากมีปัญหากเกี่ยวกับประสิทธิผลของยุทธศาสตร์ ซึ่งหาก

ปฏิบัติตามกิจกรรมแล้ว ไม่เกิดผลกระทบที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น การนิเทศและประเมินผลงานก็จะช่วยช่วยให้ได้ข้อมูลไปปรับปรุงยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

สิ่งจำเป็นในการควบคุมกำกับงานคือการมีระบบรายงานที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ใช้ระบบรายงานเป็นการติดตามความก้าวหน้าของงาน และนำเสนอผลงานสู่การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับท้องที่ ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับชาติ

ในด้านของตัวชี้วัดนั้น ควรพิจารณาถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

- ก. กำหนดให้มีตัวชี้วัดที่จำกัด ให้สามารถวัดความก้าวหน้าของงานที่สำคัญ ไม่ให้มีมากเกินไป
 - ข. ควรพิจารณาตัวชี้วัดที่ดำเนินการอยู่แล้วในระบบสุขภาพ และดำเนินการปรับปรุงคัดเลือกโดยผ่านกระบวนการพิจารณาว่าสมควรเปลี่ยนแปลงอย่างไร ตัวชี้วัดใดที่เหมาะสมกับการบ่งชี้ว่าประเทศชาติสามารถบรรลุเป้าหมาย Thailand 4.0 ได้เพียงใด
 - ค. ควรพิจารณาเพิ่มตัวชี้วัดใหม่ๆ ที่เป็นข้อตกลงในระดับนานาชาติ ซึ่งได้แก่ ตัวชี้วัดของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (9 global NCD targets) ขององค์การอนามัยโลก และตัวชี้วัดด้านสุขภาพของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals) เป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ ซึ่งมี 13 เป้าหมายย่อย และอาจพิจารณาเพิ่มตัวชี้วัดของ SDG อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ เช่น การมีน้ำสะอาด การสุขาภิบาล (SDG 6) และตัวชี้วัดทางโภชนาการ (SDG 2) เป็นต้น
- ในขั้นต้นนี้ ควรพิจารณาตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นในเบื้องต้นเพื่อเป็นพื้นฐานในการพิจารณา โดยตัวชี้วัดในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มีอยู่ 15 ตัว คือ

1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีวิตคน
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
3. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
4. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)
5. ร้อยละของการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี
6. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (long term care) ผ่านเกณฑ์
7. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
8. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
9. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk)

10. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี
11. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน
12. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
13. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด
14. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
15. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์

ทั้งนี้ ควรมีการกำหนดภารกิจให้การพัฒนาตัวชี้วัดต่างๆ เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการโดยเร่งด่วนในระยะต้นของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อให้ได้ชุดตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับการติดตามผลการดำเนินส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับต่างๆ