

กรมอนามัย ส่งเสริมคนไทยสุขภาพดี
รายงานประจำปี 2553

สำนักส่งเสริมสุขภาพ
กรมอนามัย
พฤษภาคม 2554



การทำความดีนั้น แม้จะไม่มีใครรู้เห็น แต่ก็จำเป็นต้องทำ เพื่อให้ผลดีที่เกิดขึ้นยิ่งเพิ่มพูนและแผ่ขยายกว้างออกไป เป็นประโยชน์เป็นความเจริญมั่นคงที่แท้ แก่ตน แก่ส่วนรวม ตลอดถึงชาติบ้านเมืองพร้อมทุกส่วน. ข้าราชการทุกคนจึงต้อง ตั้งใจให้หนักแน่นเที่ยงตรง ที่จะกระทำความดีทั้งในการประพฤติตนและการปฏิบัติงาน ด้วยความอุตสาหะเสียสละ โดยไม่หวั่นไหวย่อท้อต่ออุปสรรคปัญหา หรือความลำบากเหนื่อยยาก.

พระดำนักจิตรลดารโหลวน

วันที่ ๓๑ มีนาคม พุทธศักราช ๒๕๕๓

คำนำ

สำนักส่งเสริมสุขภาพได้รวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นผลลัพธ์และผลกระทบการดำเนินงาน การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ โดยแสดงข้อมูลย้อนหลังตามที่รวบรวมได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ และได้แสดงผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2553 ตามตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการและโครงการสำคัญตามประเด็นยุทธศาสตร์

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2553 ประกอบด้วยโครงการเฉลิมพระเกียรติ ได้แก่ โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัย เด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โครงการสำคัญตามนโยบายรัฐบาลต่างๆ เช่น โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายด้วยความร่วมมือจาก นักวิชาการ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาคม ขอขอบพระคุณในความ ร่วมมือมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มวิชาการสำนักส่งเสริมสุขภาพทุกท่าน และนักวิชาการ ที่สนับสนุนข้อมูลผลการดำเนินงาน ขออำนวยการให้ทุกท่านประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน สุขภาพแข็งแรงเพื่อทำงานให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี

นายแพทย์สมพงษ์ สกฤตอิสริยาภรณ์

ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	การบริหารงบประมาณประจำปีงบประมาณ 2553 จำแนกตามแหล่งงบประมาณ
ตารางที่ 2.1	ข้อมูลสถิติอัตราส่วนการตายมารดาจากข้อมูลแหล่งต่างๆ ในประเทศไทย
ตารางที่ 2.2	อัตราส่วนการตายมารดา 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และพื้นที่สูงภาคเหนือ พ.ศ. 2546 - 2552
ตารางที่ 2.3	ร้อยละผลการดำเนินงานลดการถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก
ตารางที่ 2.4	ร้อยละการขาดโปรตีนและพลังงาน (น้ำหนักค่อนข้างน้อย/น้อยกว่าเกณฑ์) ในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี
ตารางที่ 2.5	อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พ.ศ. 2548 – 2552
ตารางที่ 2.6	ร้อยละภาวะสุขภาพนักเรียนอายุ 13-15 ปี ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 4 ทั่วประเทศ
ตารางที่ 2.7	ร้อยละภาวะสุขภาพนักเรียนอายุ 15 - 25 ปี
ตารางที่ 2.8	ร้อยละผู้สูงอายุ จำแนกตาม จำนวนฟัน การใส่ฟันปลอม
ตารางที่ 2.9	ร้อยละผู้สูงอายุ จำแนกตามประสิทธิภาพในการมอง การได้ยิน
ตารางที่ 3.1	จำนวนโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการและผ่านการประเมินโรงพยาบาล สายใยรักระดับทอง จำแนกตามปีงบประมาณ
ตารางที่ 3.2	แสดงผลลัพธ์โครงการ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

สารบัญภาพ

หน้า

รูปที่ 2.1	อัตราการเกิด อัตราการตาย อัตราการเพิ่มประชากร ประเทศไทย ปี 2540 - 2553
รูปที่ 2.2	อัตราส่วนการตายมารดา พ.ศ. 2533 - 2552
รูปที่ 2.3	อัตราส่วนการตายมารดา 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้และพื้นที่สูงภาคเหนือ พ. ศ. 2546 – 2552 (มีนาคม)
รูปที่ 2.4	ร้อยละสตรีที่มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี พ.ศ. 2542 – 2553
รูปที่ 2.5	ร้อยละหญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ พ.ศ. 2542 - 2552
รูปที่ 2.6	ร้อยละหญิงมีครรภ์ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ พ.ศ. 2546 - 2553
รูปที่ 2.7	ร้อยละหญิงมีครรภ์ฝากครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
รูปที่ 2.8	ร้อยละหญิงมีครรภ์ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ฝากครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
รูปที่ 2.9	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
รูปที่ 2.10	ร้อยละมารดาและทารกได้รับการดูแลหลังคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข
รูปที่ 2.11	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
รูปที่ 2.12	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีน
รูปที่ 2.13	อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ พ.ศ. 2533 – 2553
รูปที่ 2.14	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2542 - 2553
รูปที่ 2.15	อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน พ.ศ. 2542 – 2553
รูปที่ 2.16	อัตราตายปริกำเนิด พ.ศ. 2542 – 2551
รูปที่ 2.17	อัตราทารกตาย พ.ศ. 2529 – 2549
รูปที่ 2.18	อัตราทารกตาย พ.ศ. 2537 – 2552 (จากรายงานสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
รูปที่ 2.19	อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2545 – 2552
รูปที่ 2.20	แนวโน้มโรคพิษสุราในเด็กอายุ 1.5, 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2546 - 2548
รูปที่ 2.21	แนวโน้มเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากพิษสุรา พ.ศ. 2548 – 2552
รูปที่ 2.22	แนวโน้มเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากพิษสุร่าจนเป็นรายภาค พ.ศ. 2548 – 2552
รูปที่ 2.23	อัตราเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ติดเชื้อเอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก
รูปที่ 2.24	พัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปีโดยเครื่องมือ Denver II พ.ศ. 2542, 2547, 2550-2552

- รูปที่ 2.25 ร้อยละพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี จำแนกตามพฤติกรรม 4 ด้าน
- รูปที่ 2.26 ความชุกของภาวะโลหิตจางโดยใช้ระดับฮีโมโกลบินเป็นเกณฑ์ ในเด็ก 0 - 14 ปี
- รูปที่ 2.27 ระดับเซาว์ปัญญาเด็กอายุ 6 – 12 ปี พ.ศ. 2540 และ 2545
- รูปที่ 2.28 ร้อยละของผู้ปราศจากโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 3 ปี และ 5 ปี
- รูปที่ 2.29 ร้อยละของผู้ปราศจากโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 12 ปี และ 15 ปี
- รูปที่ 2.30 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน เด็กอายุ 3 ปี 5 ปี 12 ปี และ 15 ปี พ.ศ. 2549 – 2550
- รูปที่ 2.31 ร้อยละการคุมกำเนิด ปี พ.ศ. 2521 - 2552
- รูปที่ 2.32 จำนวนการป่วยและการตายด้วยเอดส์ ตามปีที่ป่วยและเสียชีวิต พ.ศ. 2550 - 2553
- รูปที่ 2.33 ร้อยละผู้ป่วยเอดส์ และผู้เสียชีวิต ตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2527 – 31 พฤษภาคม 2553
- รูปที่ 2.34 ร้อยละผู้ป่วยเอดส์ ตามปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2527 – 31 มกราคม 2550
- รูปที่ 2.35 การป่วยและการตายด้วยมะเร็งเต้านม พ.ศ. 2544 – 2551
- รูปที่ 2.36 การป่วยและการตายด้วยมะเร็งปากมดลูก พ.ศ. 2547 – 2551
- รูปที่ 2.37 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อหาก้อนผิดปกติในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาและ
มะเร็งปากมดลูกในรอบ 2 ปี ที่ผ่านมาโดยบุคลากรทางการแพทย์
- รูปที่ 2.38 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรองใช้มาตรฐาน HPH Plus
- รูปที่ 2.39 ร้อยละของโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำแนกตามเพศ
- รูปที่ 3.1 ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2553
(Sar Card)
- รูปที่ 3.2 จำนวนโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

สารบัญ

หน้า

พระบรมราโชวาท

คำนำ

สารบัญตาราง

สารบัญภาพ

บทที่ 1 ข้อมูลหน่วยงาน

บทที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ

บทที่ 3 ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประจำปี 2553

ผลการดำเนินงานตามคำรับรองปฏิบัติราชการ

ผลการดำเนินงานตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก

- โครงการพัฒนาระบบบริการคุณภาพอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐาน
โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ปีงบประมาณ 2553
- โครงการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในชุมชนด้านสุขภาพอนามัยและการพัฒนาการฯ
- โครงการการจัดทำร่างเอกสารและข้อเสนอเชิงนโยบาย ประเด็น หลักเกณฑ์ส
ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง
ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553
- โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญนมแม่ (มีสนมแม่) ปีที่ 4
- การดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการดูแล
หญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน

- โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
- โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร

กลุ่มอนามัยวัยทำงาน

- โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- โครงการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานในสถานประกอบการ

- โครงการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งเต้านม
- โครงการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง

กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ

- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)
- โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- โครงการถักทอสายใยพันธมิตรภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- โครงการประชุมสัมมนา วันผู้สูงอายุสากล ปี 2553
“คุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้า...สูงวัย..สูงคุณค่า...ร่วมพัฒนาสังคม ”
- โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการ
โดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (JICA) ปีงบประมาณ 2553

ภาคผนวก

- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปีสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

บทที่ 1

ข้อมูลหน่วยงาน

วิสัยทัศน์

องค์กรหลักในการส่งเสริมสุขภาพของประเทศ เพื่อส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

เป้าประสงค์

ประชาชนมีพฤติกรรมเหมาะสมตามกลุ่มวัย

พันธกิจ

1. พัฒนา ผลักดัน และสนับสนุนนโยบาย และกฎหมายที่จำเป็น(Policy and regulation advocacy) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพของประเทศ
2. ผลิต พัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรม (Innovation and technical development) เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพมีคุณภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย
3. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพให้เครือข่าย รวมถึงผลักดัน และสนับสนุน (Facilitation) ให้เครือข่ายดำเนินงานตามมาตรฐานและกฎหมาย เพื่อให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ดีมีคุณภาพ
4. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งระบบที่เกี่ยวข้องให้เข้มแข็ง (System capacity building) โดยการกำกับ ติดตาม และประเมินผล เพื่อการพัฒนา นโยบาย กฎหมาย และระบบอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

ผู้บริหารสำนักส่งเสริมสุขภาพ



นายแพทย์สมพงษ์ สกุลอิสริยาภรณ์
ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ



แพทย์หญิงนิพรกพร วรมงคล
หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก



นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา
หัวหน้ากลุ่มอนามัยเด็กวัยรุ่นและเยาวชน



นายแพทย์ชิน เดชามาหาชัย
หัวหน้ากลุ่มอนามัยวัยทำงาน



นายแพทย์มนู วาทีสุนทร
หัวหน้ากลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ



นางอัจฉริย์ แสงโสภา
หัวหน้ากลุ่มสร้างเสริมศักยภาพ
เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ



นายสุจินต์ คุณรักษา
หัวหน้าหน่วยประสานศูนย์อนามัย
และกิจการพิเศษ



นางสาวทัศนารถน์ ขำปัญญา
หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์



นางกัญยรัตน์ กาสลัก
หัวหน้ากลุ่มอำนวยการ

โครงสร้างองค์กรและความรับผิดชอบ

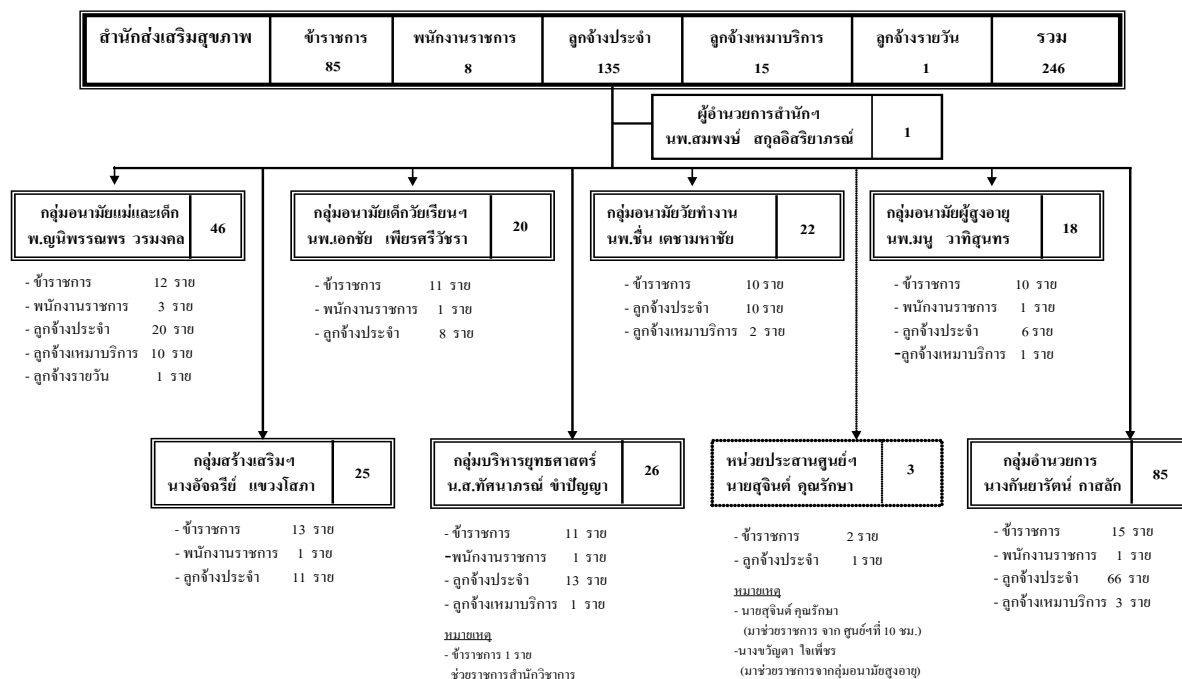


บทบาท หน้าที่ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ



อัตรากำลังตามกลุ่มของสำนักส่งเสริมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2553

จำนวนข้าราชการ,พนักงานราชการ / ลูกจ้างประจำ / ลูกจ้างเหมาบริการ / ลูกจ้างรายวัน สำนักส่งเสริมสุขภาพ



รายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ปี 2553

ตารางที่ 1 การบริหารงบประมาณประจำปีงบประมาณ 2553 จำแนกตามแหล่งงบประมาณ

แหล่งงบประมาณ	ประเภท	รายรับ	รายจ่าย	คงเหลือ
งบประมาณ	งบ			
	ดำเนินงาน	38,710,305.00	38,674,604.80	35,700.20
	งบอุดหนุน	31,630,721.20	31,630,721.20	-
	งบรายจ่าย			
	อื่น	1,771,695.00	1,573,632.63	198,062.37
	งบกลาง	40,363,600.00	40,169,788.50	193,811.50
		112,476,321.2	112,048,747.1	
รวมเงินงบประมาณ		0	3	427,574.07
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		543,821,319.2	512,909,411.9	30,911,907.2
		0	9	1
เงินช่วยเหลือต่างประเทศ		7,051,096.22	5,981,723.31	1,069,372.91
		663,348,736.6	630,939,882.4	32,408,854.1
รวมทั้งสิ้น		2	3	9

บทที่ 2

การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเริ่มบรรจุในแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515 - 2519) มุ่งเน้นการอนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว โภชนาการ ลดอัตราเพิ่มประชากร อัตราตายมารดาและทารก และมีแผนพัฒนาการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันอย่างต่อเนื่องในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 - 9 (พ.ศ. 2520 - 2549) โดยในแผนฉบับที่ 9 เน้นการพัฒนาแบบองค์รวม ชีดคนเป็นศูนย์กลางพัฒนาภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ปรับระบบบริหารจัดการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข นโยบายสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพนำหน้าการรักษาพยาบาล จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ประชาชนตื่นตัวและตระหนักถึงความจำเป็นในการสร้างสุขภาพ แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 สนับสนุนและสร้างระบบพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกับการสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพโดยการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข สำหรับแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 11 ได้ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน มีการระดมความคิดเห็นระดับหมู่บ้านที่เป็นองค์กรที่เล็กที่สุดของประเทศผ่านระบบสมาชิกสุขภาพ

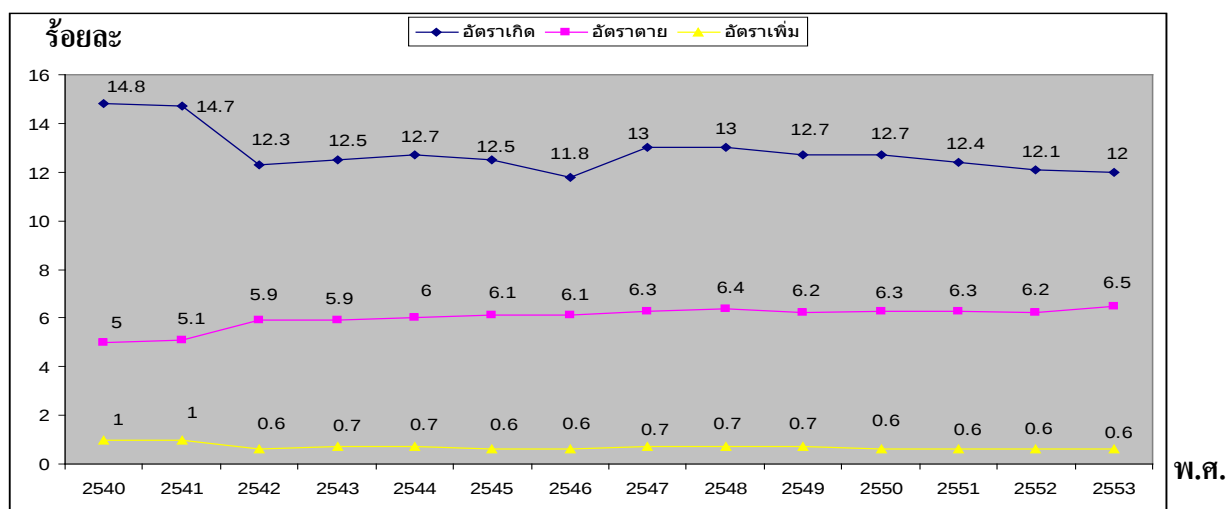
การรวบรวมข้อมูลส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดเก็บตามกลุ่มอายุ (Age groups) คือ หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอดบุตร ทารกแรกเกิด เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กวัยเรียนและเยาวชน 6 - 19 ปี กลุ่มวัยทำงาน อายุ 15 - 59 ปี ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มวัยเจริญพันธุ์อายุ 15 - 44 ปี กลุ่มหลังวัยเจริญพันธุ์ อายุ 45 - 59 ปี กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Issues) และสถานกิจการ (Settings)

ข้อมูลประชากร

ประชากรประเทศไทยจากสำนักงานบริหารการทะเบียนเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 มีจำนวนประชากร 63,878,267 คน เป็น ชาย 31,451,801 คน หญิง 32,426,466 คน แบ่งเป็นรายภาค คือ ภาคกลาง 15,922,094 คน ภาคเหนือ 11,788,411 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 21,573,318 คน ภาคใต้ 8,893,050 คน แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 0 - 5 ปี จำนวน 4,654,287 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 อายุ 6 - 14 ปี 7,717,685 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 อายุ 15 - 59 ปี 42,715,453 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 และ อายุ 60 ปี ขึ้นไป 7,604,227 คน คิดเป็นร้อยละ 12.1

พ.ศ. 2553 อัตราการเกิด 12 ต่อพันประชากร และอัตราตายเป็น 6.5 ต่อพันประชากร ทำให้อัตราเพิ่มธรรมชาติ เป็นร้อยละ 0.55

รูปที่ 2.1 อัตราการเกิด อัตราการตาย อัตราการเพิ่มประชากรประเทศไทย ปี 2540 - 2553



ที่มา : ปี 2553 ข้อมูลจากสำนักงานบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

ปี 2540 – 2552 ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

กระทรวงสาธารณสุข

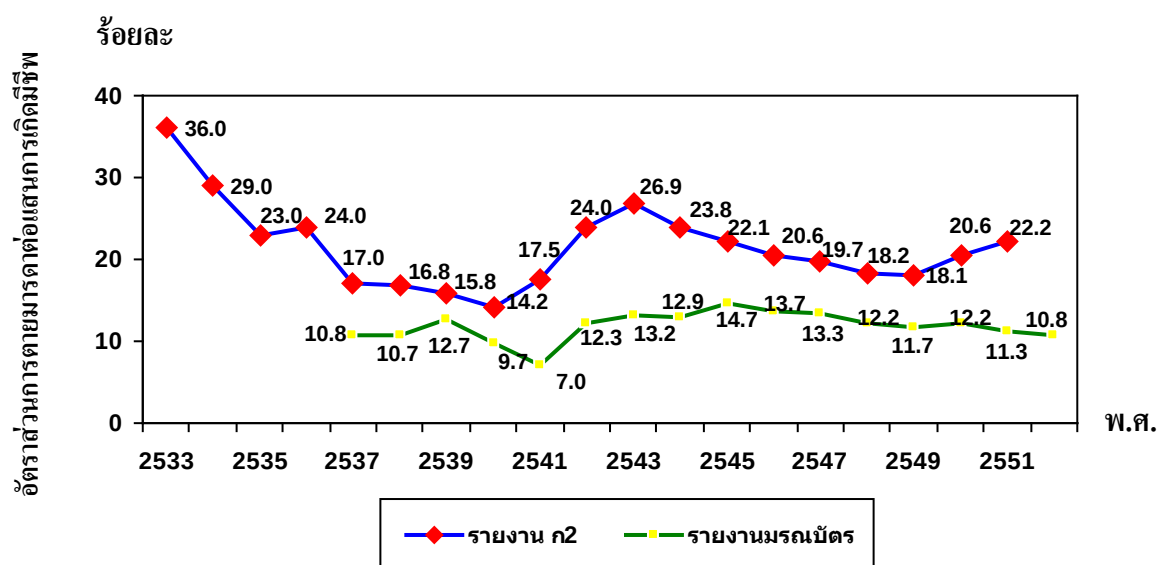
สถานการณ์ส่งเสริมสุขภาพมารดา

1. อัตราส่วนการตายมารดา

อัตราส่วนการตายมารดาลดลงจาก 660 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในพ.ศ. 2494 เป็น 170 และ 50 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในพ.ศ. 2516 และพ.ศ. 2527 ตามลำดับ ในช่วงพ.ศ. 2534 – 2536 จะอยู่ในช่วง 36 – 24 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และพ.ศ. 2538 จนกระทั่งปัจจุบัน อัตราการตายมารดาจะอยู่ในระหว่าง 17 – 27 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เป็นผลจากการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทั้งด้านโครงสร้างและกำลังคนอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์ส่วนมากจะคลอดในโรงพยาบาล นอกจากพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พื้นที่ห่างไกล ชุมชนชายขอบ ผู้ด้อยโอกาส และแรงงานต่างชาติ

ทั้งนี้ข้อมูลที่รวบรวมได้จะมาจากมรณบัตรจากระบบทะเบียนราษฎรดำเนินการโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และรายงาน ก2 ดำเนินการโดยกรมอนามัย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการระบุสาเหตุการตายที่ยังไม่ถูกต้องครบถ้วน(รูปที่ 2.1) แต่ปัจจุบันมีการพัฒนาความถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น โดยใช้หลักการประมาณการของ ดร. วรพรรณ ชาญชัยวิทย์ มุลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย(TDR)ที่ใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งประกอบกัน ที่ทำการศึกษาเมื่อปี 2550

รูปที่ 2.2 อัตราส่วนการตายมารดา พ. ศ. 2533 - 2552



ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ (รายงาน ก1และก2)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รายงานทะเบียนราษฎร (มรณบัตร)

นอกจากนี้ สำนักส่งเสริมสุขภาพได้ศึกษาการตายมารดาโดยการสำรวจข้อมูลด้วยวิธี RAMOS (reproductive age mortality studies) ตรวจสอบการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกคนอายุ 15 - 49 ปี โดยใช้ข้อมูลจากมรณบัตรจากทะเบียนราษฎรและ การแจ้งตายของหน่วยบริการสาธารณสุข รวมทั้งการสัมภาษณ์ครัวเรือนและผู้ให้บริการ ผลปรากฏว่า อัตราส่วนการตายมารดาเป็น 44.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี 2538 และ 36.5 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนในปี 2540

ในปี 2550 มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) โดยดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ ได้ศึกษาการคำนวณอัตราส่วนการตายมารดาในประเทศไทยด้วยข้อมูลจากแหล่งต่างๆ พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาในปี 2547, 2548, 2549 เป็น 44.5 , 37.4 และ 41.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ ทำให้สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้ทำการศึกษาอัตราส่วนการตายมารดาโดยวิธีเดียวกัน พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาในปี 2550,2551 เป็น 49.1 และ 44 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ

ตารางที่ 2.1 ข้อมูลสถิติอัตราส่วนการตายมารดาจากข้อมูลแหล่งต่างๆ ในประเทศไทย

	2538	2540	2547	2548	2549	2550	2551
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	44.3	36.5				49.1	44.0
TDRI			44.5	37.4	41.6		

การตายมารดาใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้และพื้นที่สูงภาคเหนือ

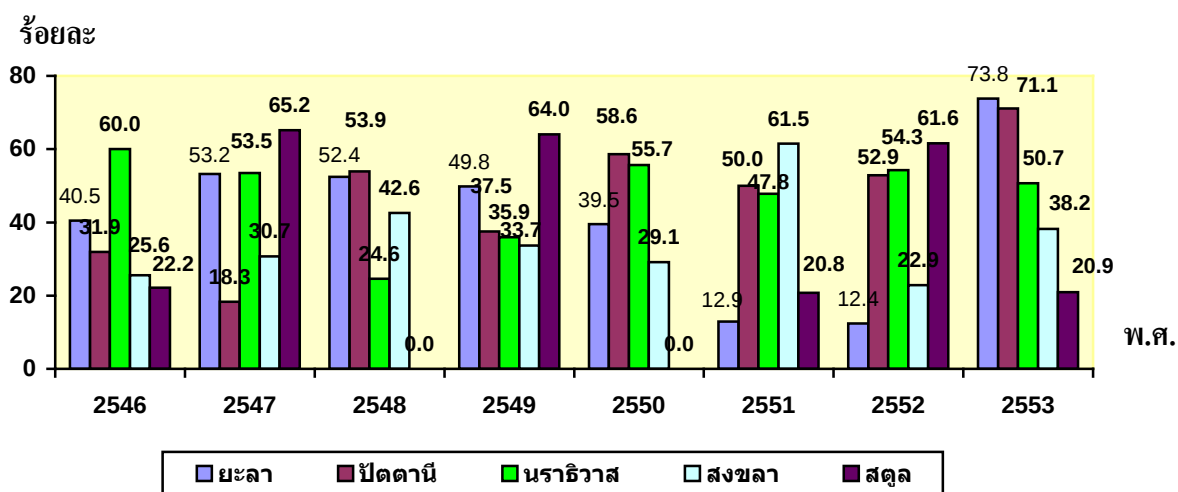
สุขภาพของสตรีมีครรภ์ที่จะต้องมีความปลอดภัยไม่ตายจากการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นตัวชี้วัดที่ใช้เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ดังจะเห็นได้ว่าองค์การสหประชาชาติกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDG) ที่ต้องบรรลุในปี 2558 โดยใช้การตายมารดาเป็นตัวชี้วัดสำคัญสำหรับประเทศไทยได้พัฒนาเป็น MDG plus เน้นการติดตามพื้นที่เฉพาะในจังหวัดชายแดนภาคใต้ และพื้นที่สูงบางจังหวัดภาคเหนือ ซึ่งในพื้นที่เฉพาะดังกล่าวมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบเพิ่มความครอบคลุม และพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพสตรีโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตนเอง ครอบครัว และชุมชน เน้นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญคือผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมหรือได้ะปิเด เป็นผู้ประสานงาน สร้างสัมพันธ์ที่ดี อัตราส่วนการตายของการมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้ลดลงแต่คงสูงกว่าเป้าหมายประเทศจึงจำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงานที่บูรณาการทุกภาคส่วนในสังคม ให้ตระหนักรู้และร่วมคิดร่วมทำอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2.2 อัตราส่วนการตายมารดา 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้และพื้นที่สูงภาคเหนือ พ.ศ. 2546 - 2552

ปี พ.ศ.	ยะลา	ปัตตานี	นราธิวาส	สงขลา	สตูล	รวม 5 จ.ว. ภาคใต้	พื้นที่สูง
พ.ศ. 2546	40.5	31.9	60.0	25.6	22.2	36.9	32.8
พ.ศ. 2547	53.2	18.3	53.5	30.7	65.2	39.6	29.6
พ.ศ. 2548	52.4	53.9	24.6	42.6	0.0	38.8	-
พ.ศ. 2549	49.8	37.5	35.9	33.7	64.0	39.8	24.4
พ.ศ. 2550	39.5	58.6	55.7	29.1	0.0	39.5	15.3
พ.ศ. 2551	12.9	50.0	47.8	61.5	20.8	46.2	20.2
พ.ศ. 2552	26.1	19.6	73.7	11.6	42.2	36.7	-

รูปที่ 2.3 อัตราส่วนการตายมารดา 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ. ศ. 2546 – 2553

อัตรา : 100,000 การเกิดมีชีพ



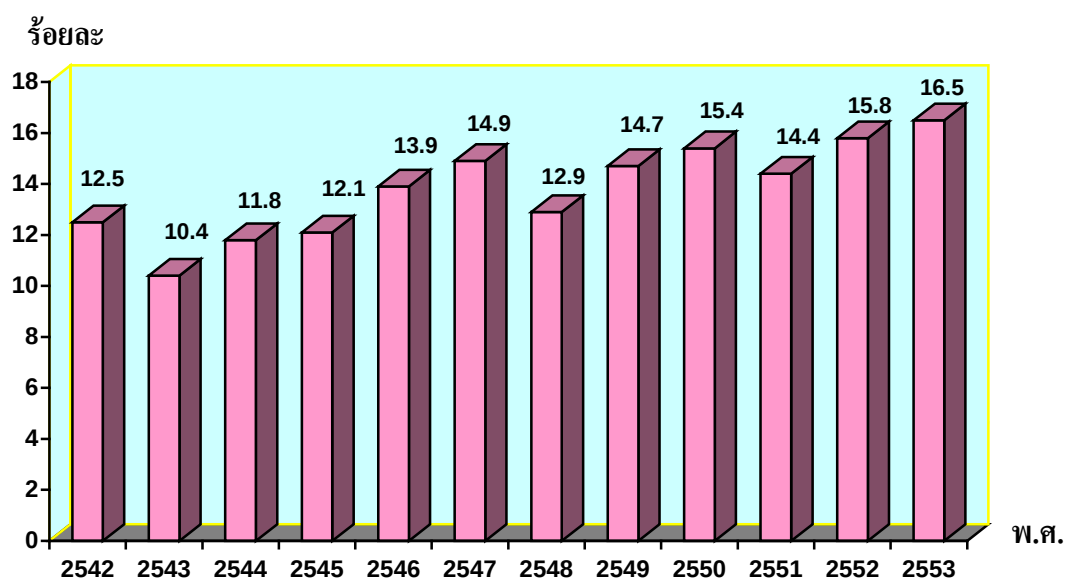
ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

2. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผู้หญิงอายุระหว่าง 20 – 35 ปี ที่สมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีผลต่อการตั้งครรภ์ การคลอด และความปลอดภัยทั้งแม่และลูก ดังนั้นผู้หญิงและครอบครัว ควร ได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี และหลังอายุ 35 ปี อัตราการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอัตราร้อยละ 12.5 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 14.9 พ.ศ. 2548 ลดลงเป็นร้อยละ 12.9 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2549 ร้อยละ 14.7 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 10 และคาดว่าประเทศไทยจะมีแนวโน้มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงต่อไป ทั้งนี้กรมอนามัยมีความพยายาม ลดปัจจัยเสี่ยงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการดำเนินงานด้านการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องทักษะชีวิต เช่น การจัดมุมเพื่อนใจวัยรุ่น การให้คำปรึกษาด้านการอนามัยการเจริญพันธุ์ การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การเจริญพันธุ์โดยเฉพาะสตรีซึ่งมีแนวคิดคือ ทุกคนควรมีเพศสัมพันธ์ที่เต็มใจ ปลอดภัยและมีบุตรได้ตามต้องการ มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และบริการเพื่อการตั้งครรภ์ การคลอดที่ปลอดภัย มีโอกาสเลือกใช้ชีวิตตามกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามความต้องการโดยไม่ผิดกฎหมาย

รูปที่ 2.4 ร้อยละสตรีที่มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี พ.ศ. 2542 – 2553

พ.ศ.



ที่มา : พ.ศ. 2542 – 2551 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (รายงาน ก1และ ก2)

พ.ศ. 2552 การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

พ.ศ. 2553 ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12

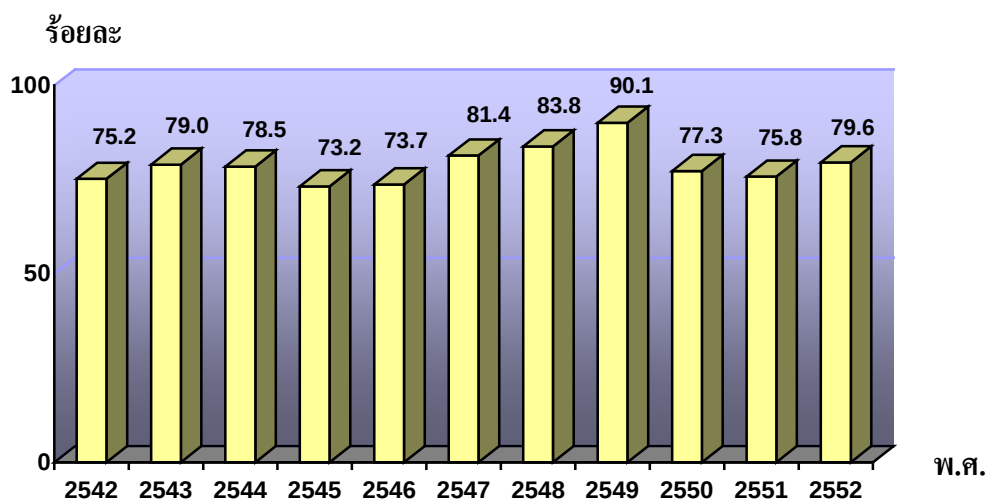
3. ความครอบคลุมการฝากครรภ์ การคลอด และหลังคลอด

ความปลอดภัยของมารดาและบุตร เป็นภารกิจที่หน่วยบริการทุกระดับให้ความสำคัญโดยเน้นคุณภาพการให้บริการและให้ความรู้ในการดูแลครรภ์แก่สตรีโดยการฝากครรภ์ ทันทีเมื่อรู้ตัวว่าตั้งครรภ์ หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์และให้ฝากครรภ์ก่อนหรือเมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ จะทำให้แม่และทารกในครรภ์ได้รับ การดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง แม่และ

ครอบครัวได้รับคำแนะนำ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเป็นพ่อแม่ หญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่ ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นรวมทั้งอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกันแต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 50

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คลอดที่สถานบริการ โดยบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข พร้อมทั้งได้รับการดูแลหลังคลอดทั้งมารดาและทารกซึ่งมีอัตราการดูแลหลังคลอดต่ำกว่าการดูแลก่อนคลอด

รูปที่ 2.5 ร้อยละหญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ พ.ศ. 2542 – 2552

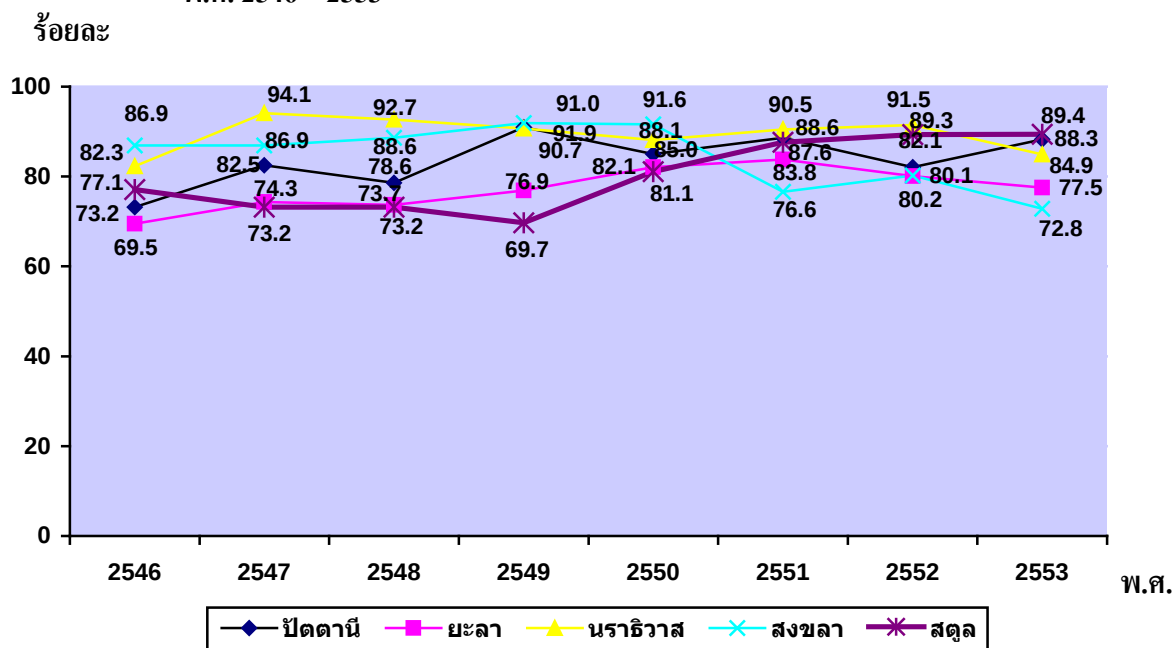


ที่มา : พ.ศ. 2542 - 2551 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (รายงาน ก2)

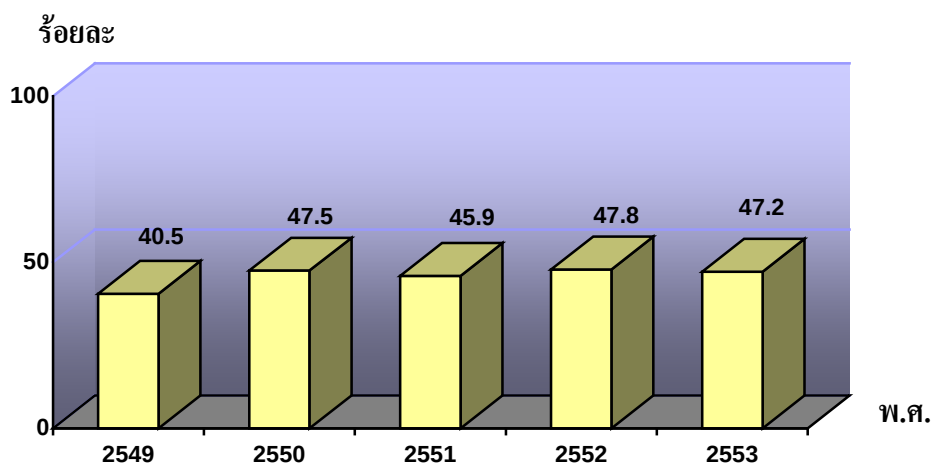
พ.ศ. 2552 การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ 2.6 ร้อยละหญิงมีครรภ์ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์

พ.ศ. 2546 – 2553

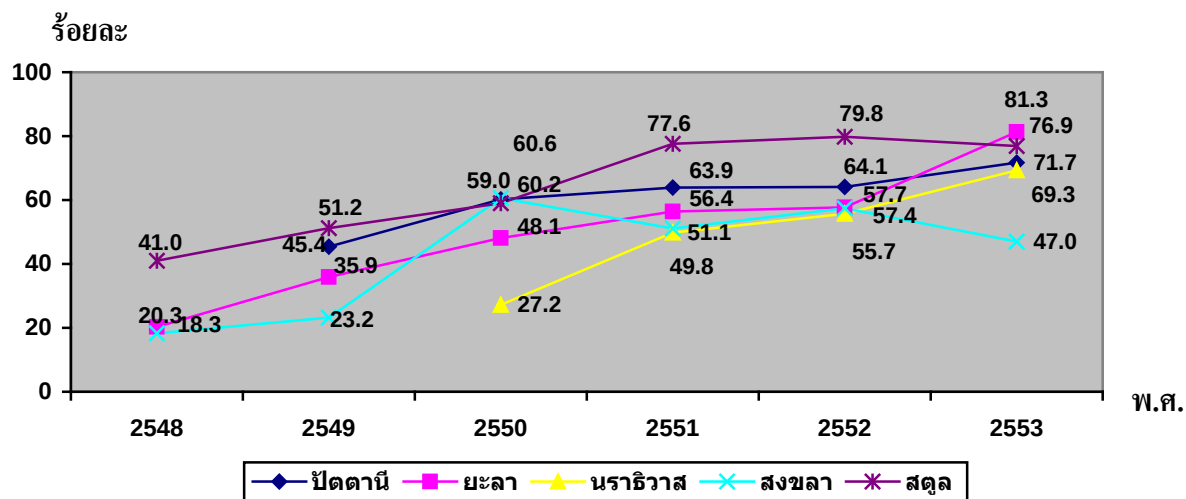


รูปที่ 2.7 ร้อยละหญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

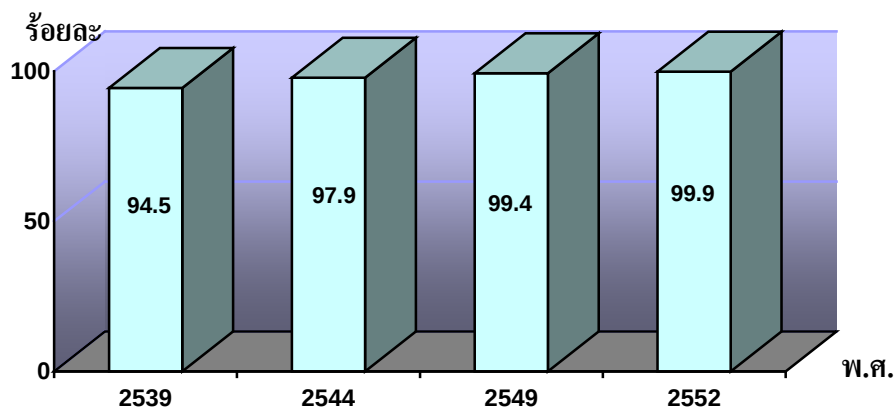


ที่มา : ศูนย์อนามัย 1-12 กรมอนามัย

รูปที่ 2.8 ร้อยละหญิงมีครรภ์ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

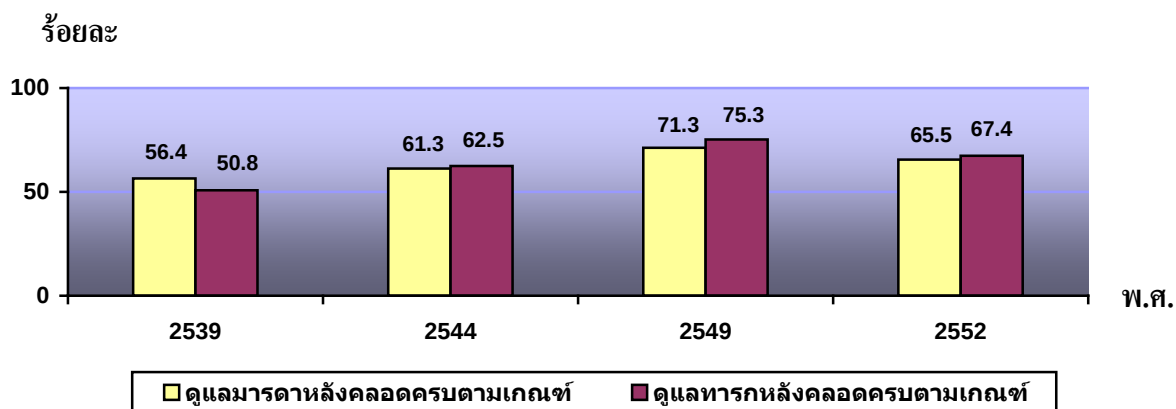


รูปที่ 2.9 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข



ที่มา : พ.ศ. 2539, 2544, 2549 สำนักส่งเสริมสุขภาพ การประเมินผลงานตามแผนพัฒนาฯ ที่ 7, 8, 9
พ.ศ. 2552 การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ 2.10 ร้อยละมารดาและทารกที่ได้รับการดูแลหลังคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข



ที่มา : พ.ศ. 2539, 2544, 2549 สำนักส่งเสริมสุขภาพ การประเมินผลงานตามแผนพัฒนาที่ 7,8,9

พ.ศ. 2552 การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

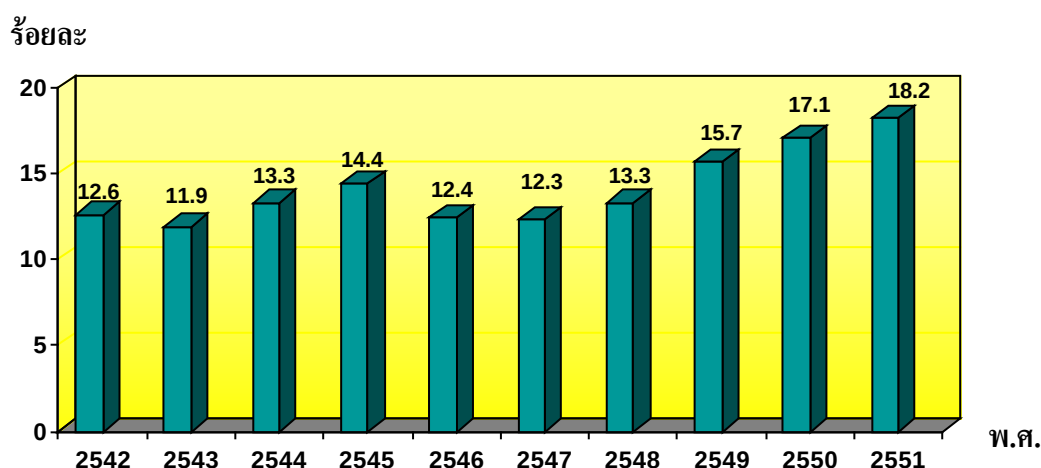
4. ภาวะโภชนาการมารดา

ทารกในครรภ์มารดาเป็นภาวะวิกฤต ถ้ามารดาขาดสารอาหาร จะมีผลกระทบร้ายแรง ต่อทารกแรกเกิดและวัยเด็ก ทำให้ 1) ทารกตายมากขึ้น 2) ทารกติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น 3) พัฒนาการเด็กล่าช้า ทั้งด้านความจำ จิตใจและการเคลื่อนไหว 4) น้ำหนักแรกคลอดน้อย

เมื่อเติบโตใหญ่ขึ้นในวัยทำงาน จะเสี่ยงจากโรคของเมตาบอลิซึม เช่นเบาหวาน หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง และมะเร็งบางประเภท

หญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2542-2551 มีภาวะโลหิตจางสูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ) 10.0 เป็นร้อยละ 11.9–18.2 และจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 กองโภชนาการ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีค่าฮีโมโกลบินเฉลี่ยเพียง 11.7 ± 1.3 ความชุกของภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 26.1 และหญิงให้นมบุตรมีค่าฮีโมโกลบินเพียง 12.9 ± 1.2 ความชุกของภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 20.9

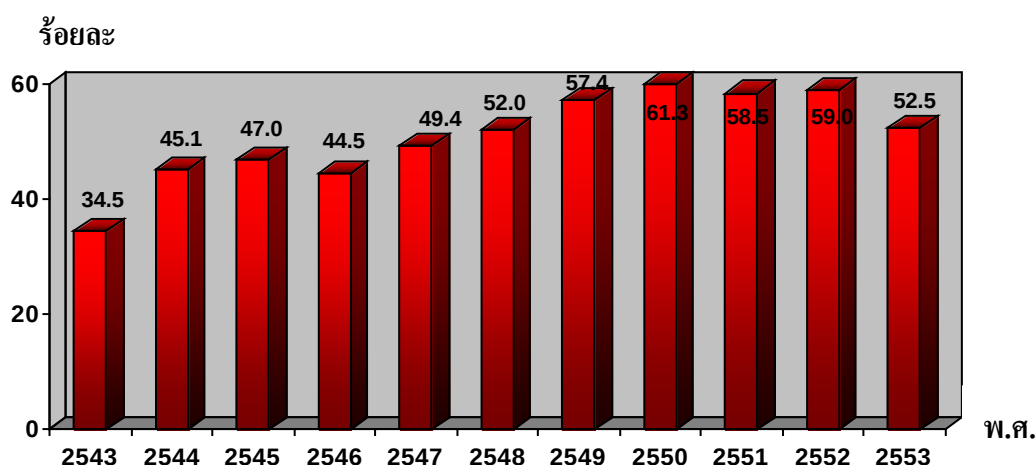
รูปที่ 2.11 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก



ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

การตรวจวัดระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดบุตรในโรงพยาบาล ซึ่งมีการติดตามและเฝ้าระวังตั้งแต่ปี 2543-2548 ซึ่งเป็นการศึกษารอบที่ 1 และพ.ศ 2549 - 2553 เป็นรอบที่ 2 โดยการหมุนเวียนจังหวัดที่ทำการศึกษาทุกปี ะละ 15 จังหวัด เมื่อครบ 5 ปี ทุกจังหวัดจะได้รับการประเมิน 1 ครั้ง ไม่รวมกรุงเทพมหานคร โดยจะประเมินโดยใช้ค่า ไอโอดีน ในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ที่น้อยกว่า 100 ไมโครกรัมต่อลิตร ปี 2550 เปลี่ยนค่าไอโอดีนในปัสสาวะเป็น น้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร โดยที่เกินร้อยละ 50 จะเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีนและเมื่อมีการสำรวจ 75 จังหวัด จะพบหญิงตั้งครรภ์ขาดสารไอโอดีน ร้อยละ 52.5 ในปี 2553

รูปที่ 2.12 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีน



ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

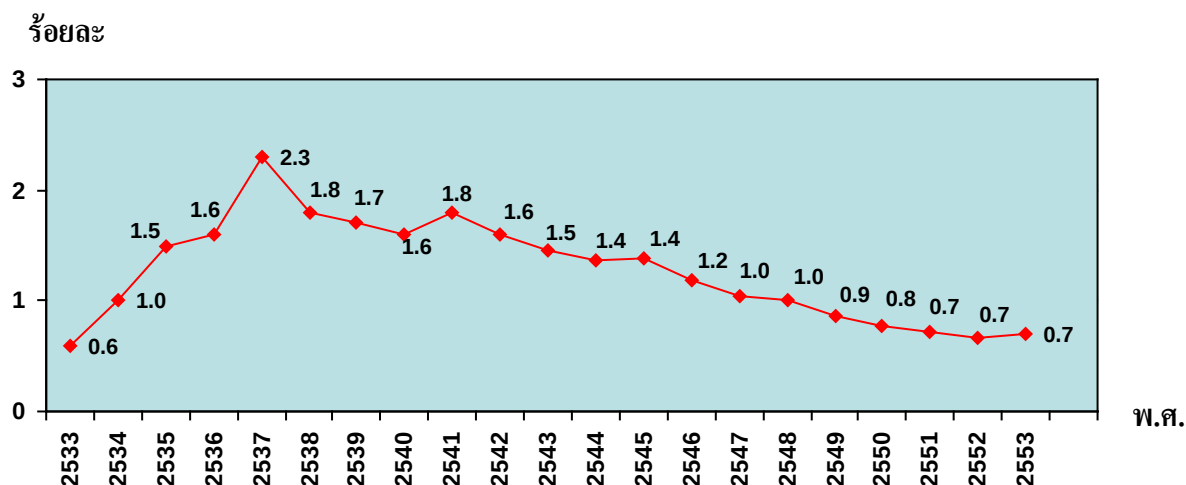
5. การแพร่เชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้สถานบริการของรัฐดำเนินการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการของโรงพยาบาล ในส่วนของการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย การให้บริการปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจเลือดเอชไอวี ด้วยความสมัครใจ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกคน การให้ยาต้านไวรัสสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงคลอด สำหรับทารกที่เกิดจากหญิงที่ติดเชื้อ ให้ยาต้านไวรัสหลังคลอด และให้นมผสมเพื่อทดแทนนมแม่หลังคลอด หญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อ และครอบครัวจะได้รับบริการปรึกษา และให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับระยะเวลา 2550 - 2554 โดยตั้งเป้าหมายเมื่อสิ้นปี 2554 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกลดลงเหลือร้อยละ 3.6 ซึ่งจะทำให้มีจำนวนเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีผลเลือดเอชไอวีบวกไม่เกิน 200 ราย การที่จะบรรลุเป้าหมายได้ ต้องมีอัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ต่ำกว่าร้อยละ 0.65 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องได้รับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์และกินยาสม่ำเสมอร้อยละ 99 เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอด พร้อมทั้งงดกินนมแม่ และได้รับนมผสมทดแทนนมแม่ ร้อยละ 99

จากรายงาน Sentinel surveillance ของสำนักงานวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมา เริ่มจากอัตราร้อยละ 0.6 ในปี 2534 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงร้อยละ 2.29 ในปี 2539 หลังจากมีการดำเนินงานเพื่อการป้องกันในหลายๆ ด้าน เช่น การรณรงค์ให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย การสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัย ทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์มีอัตราลดลงในปี 2553 อัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์มีอัตราเท่ากับร้อยละ 0.70

รูปที่ 2.13 อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ พ.ศ. 2533 – 2553



ที่มา : สำนักงานวิทยา กรมควบคุมโรค

ตารางที่ 2.3 ร้อยละผลการดำเนินงานลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

การดำเนินงาน	2550	2551	2552	2553
หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัส	90	93	95	94.7
เด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส	99.3	99.5	99.5	99.5
อัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก(ตรวจและวินิจฉัย+ตายก่อนได้รับการตรวจHIV)	5.4	5.6	4.5	-
อัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก(ตรวจและวินิจฉัย)	3.2	3.2	3.4	3.2
จำนวนเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อได้รับนมผสม	93.5	99	99.6	-

สถานการณ์ส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (แรกเกิดถึง 5 ปี)

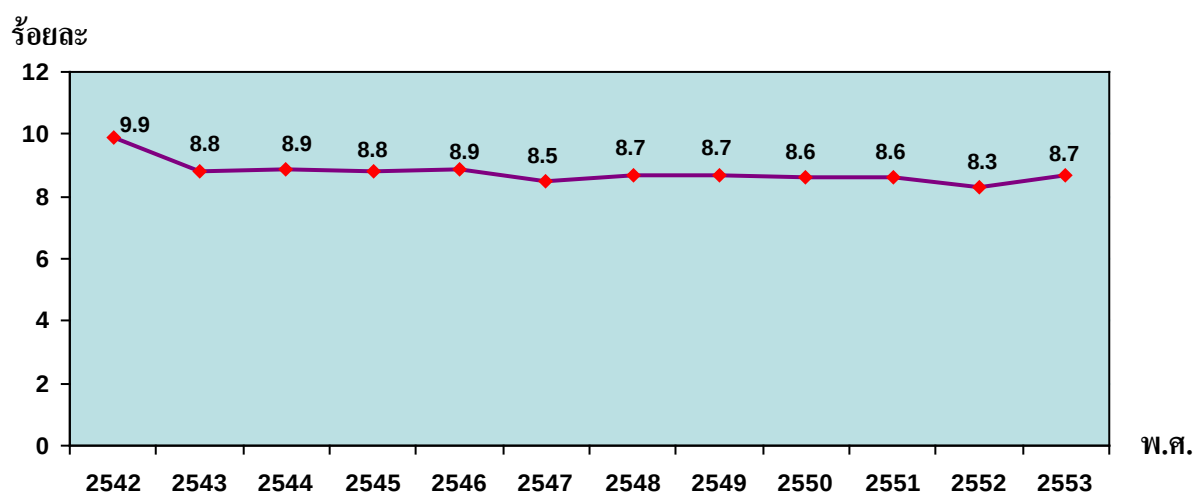
1. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจากการคลอดก่อนกำหนด 2) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจากปัจจัยของการตั้งครรภ์ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ส่วนใหญ่เกิดจากอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อแรกคลอด การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ภาวะ

โภชนาการมารดา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น แม่ติดสารเสพติด แม่ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แม่ชักขณะตั้งครรภ์ เลือดออกทางช่องคลอดในระยะแรกของการตั้งครรภ์ แม่ดื่มชา กาแฟ สูบบุหรี่ น้ำหนักแม่เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 10 กิโลกรัม และแม่ที่แท้งบ่อย

การดำเนินงานโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ให้ผลลัพธ์การดำเนินงานโดยมี ตัวชี้วัดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกกินนมแม่อย่างเดียว และเด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย นั้นผลที่ได้พบว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ใน พ.ศ. 2543 – 2552 ค่อนข้างคงที่ในช่วงร้อยละ 8.5 – 8.9 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายบริการกรมอนามัย กำหนดไว้ว่าไม่เกินร้อยละ 7.0 หรือลดลงจากเดิมร้อยละ 0.5

รูปที่ 2.14 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2542 - 2553



แหล่งข้อมูล : ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12

2. ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

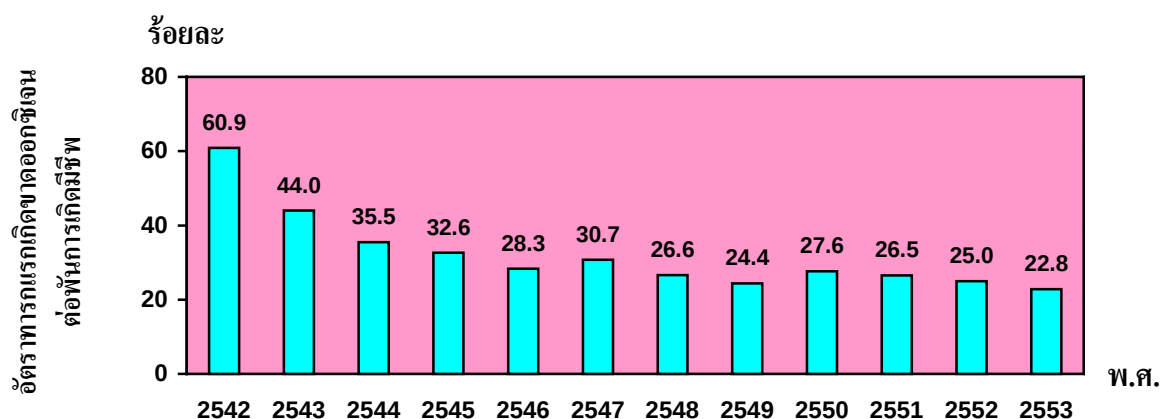
ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หมายถึงภาวะที่ทารกแรกเกิดมีชีพ ค่าประเมิน

คะแนน Apgar ที่ 1 นาทีและ 5 นาที ต่ำกว่า 7 คะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ 1. ระดับรุนแรงมาก ค่าคะแนน Apgar เป็น 0–3 คะแนนและ 2. ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ค่าคะแนน Apgar เป็น 4–7 คะแนน

การประเมินภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป้าหมายกรมอนามัยไม่เกิน 30 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ มีการศึกษา ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ปัจจัยการคลอด เช่น การคลอดที่ยากลำบาก ติดไหล่ทารก การคลอดที่ต้องใช้เครื่องมือ เช่น คีม เครื่องดูดสุญญากาศ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การคลอดทำกันทางช่องคลอด ปัจจัยของทารก ทารกน้ำหนักตัวน้อย น้ำหนักตัวมากเกินไป ครรภ์แฝด ภาวะ fetal distress ปัจจัยของมารดา มารดามีโรคประจำตัว มีน้ำเดิน ก่อนคลอด มารดาไม่มาฝากครรภ์ มารดาอายุมาก เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ สามารถป้องกันได้โดย การพัฒนาคุณภาพห้องคลอดตามโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ลดอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด จากร้อยละ 60.9 เหลือเพียงร้อยละ 25.0 ใน พ.ศ. 2552 และ 22.8 ในปี พ.ศ. 2553

รูปที่ 2.15 อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน พ.ศ. 2542 - 2553



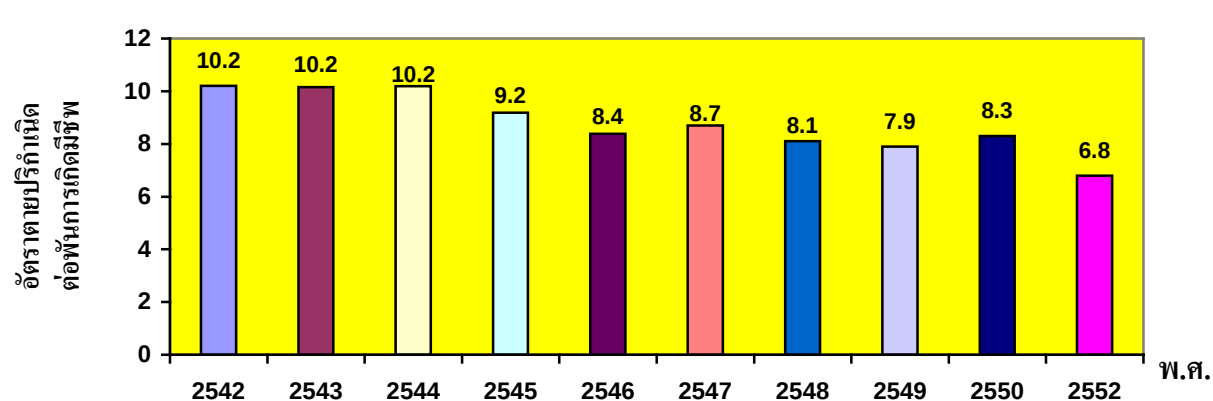
3. อัตราตายปริกำเนิด

การตายปริกำเนิด คือการที่ทารกตายนับตั้งแต่อยู่ในครรภ์ครบ 22 สัปดาห์เต็มถึงน้อยกว่า 7 วันหลังคลอด การตายปริกำเนิดเป็นตัวชี้วัด การให้บริการอนามัยแม่และเด็กสุขภาพแม่และเด็ก คุณภาพการฝากครรภ์ และการดูแลระหว่างคลอด

อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) คือ จำนวนการตายของทารกที่มีน้ำหนักอย่างน้อยระหว่าง 500 - 1,000 กรัม หรืออายุครรภ์อย่างน้อย 22 สัปดาห์ หรือวัดความยาวจากศีรษะถึงสันเท้า 25 ซม. หรือมากกว่า (Fetal deaths) รวมกับจำนวนทารกแรกเกิดถึงน้อยกว่า 7 วันตาย (Early neonatal deaths) ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด

จากรายงาน ก2 ที่รวบรวมจากศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 พบว่า อัตราตายปริกำเนิดในปี 2542 ลดลงจาก 10.2 ต่อพันการเกิดมีชีพ เหลือเพียง 6.8 ต่อพันการเกิดมีชีพในปี 2552 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9 ที่กำหนดเป็น 9.0 ต่อพันการเกิดมีชีพ

รูปที่ 2.16 อัตราตายปริกำเนิด พ.ศ. 2542 - 2551



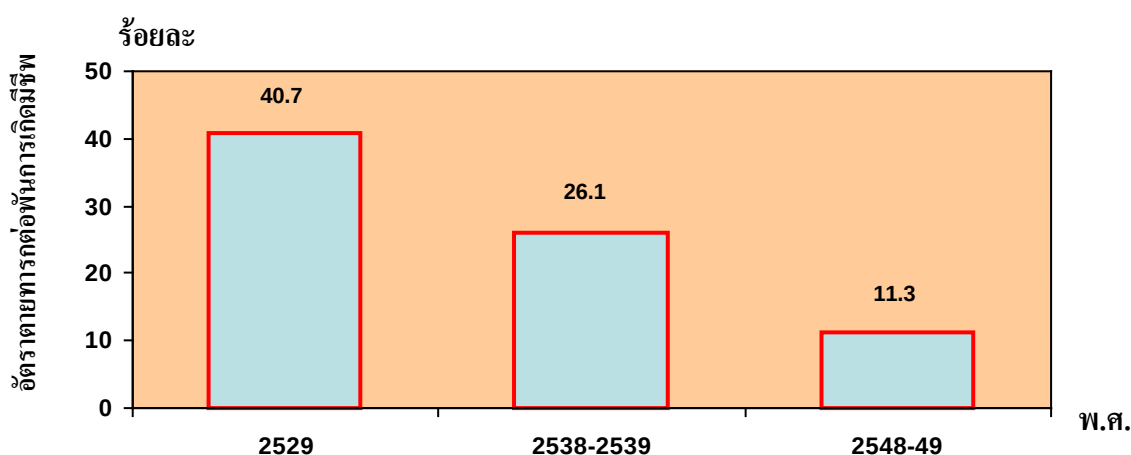
ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

4. อัตราการตาย

การตายของทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี ของประเทศไทย โครงการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้มีการสำรวจการตายทารกทุก 10 ปี โดยช่วง พ.ศ. 2438 - 2539 พบว่าอัตราการตายทารก เป็น 26.1 ต่อพันการเกิดมีชีวิต และมีการคาดประมาณอัตราการตายทารกโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นรายปีเพื่อดูแนวโน้มการตายทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี พ.ศ. 2548 - 2549 โครงการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจอัตราการตายทารก เป็น 11.3 ต่อพันการเกิดมีชีวิต

นอกจากนี้ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถรวบรวมได้จากมรณบัตร รายงานการแจ้งตายของกระทรวงมหาดไทยโดยรายงานเป็นแนวโน้มการตายทารกในรายงานสถิติสาธารณสุข

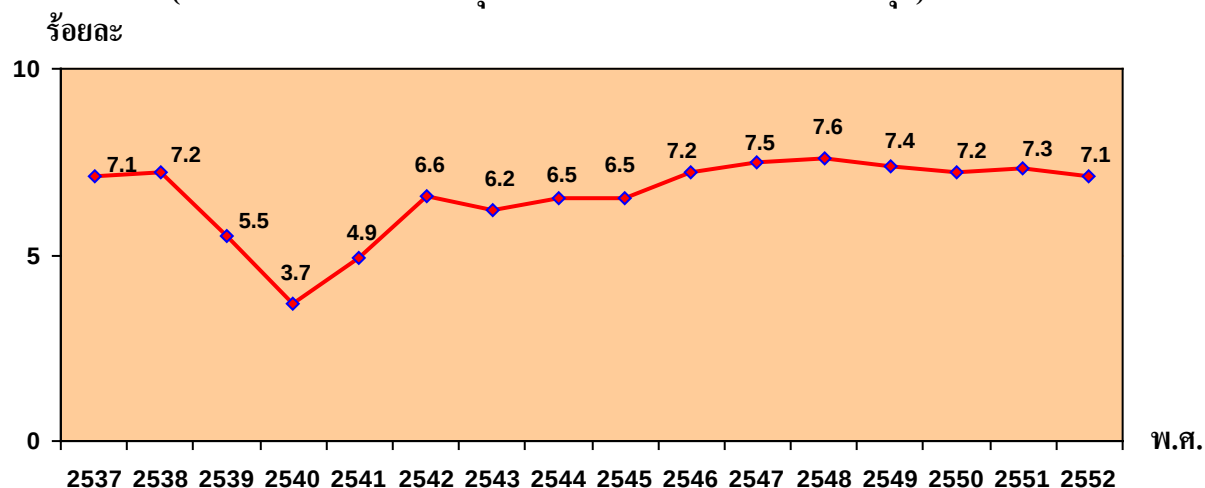
รูปที่ 2.17 อัตราการตาย พ.ศ. 2529 – 2549



ที่มา : พ.ศ. 2529, 2538-2539 และ 2548-49 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (การสำรวจการเปลี่ยนแปลง ประชากร)

รูปที่ 2.18 อัตราการตาย พ.ศ. 2537 – 2552

(จากรายงานสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

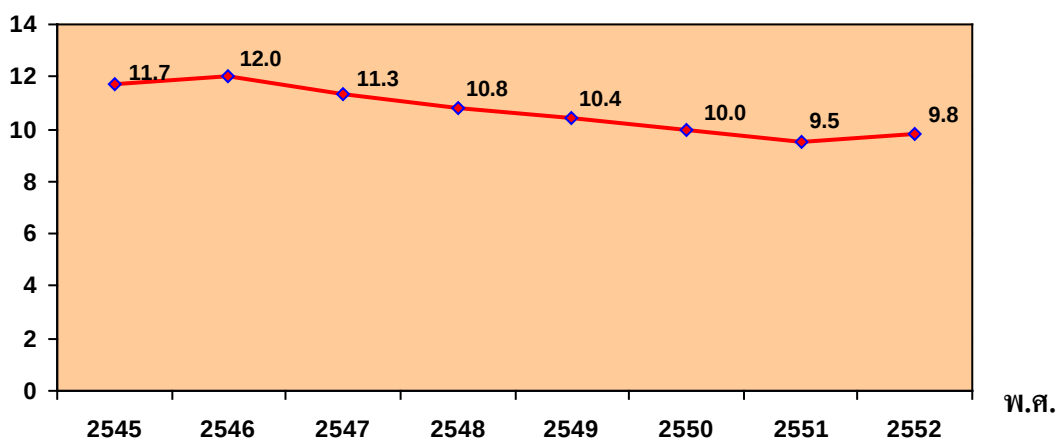


5. อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

การตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ทารกแรกเกิดถึงอายุ 4 ปี 11 เดือน 29 วัน) จากสถิติ
สาธารณสุข มีแนวโน้มลดลง

รูปที่ 2.19 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2545 - 2552

ร้อยละ



ที่มา : รายงานสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

6. การขาดสารอาหารโปรตีนและพลังงานในเด็กแรกเกิดถึง 72 เดือน

การขาดสารอาหารโปรตีนและพลังงานในเด็กแรกเกิดถึง 72 เดือนซึ่งเป้าหมายในแผนฯ 9 (พ.ศ. 2545-2549) โรคขาดสารโปรตีนและพลังงานในเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่เกินร้อยละ 7 และจากรายงาน ภ 101/104 รายงานภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี (72 เดือน) โดยการชั่งน้ำหนักและเทียบกับอายุตามเกณฑ์อ้างอิงของกรมอนามัย โดยซึ่งแบ่งเป็น น้ำหนักตามเกณฑ์ น้ำหนักค่อนข้างน้อย น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ น้ำหนักค่อนข้างมาก น้ำหนักมากเกินไปเกณฑ์

ตารางที่ 2.4 ร้อยละการขาดโปรตีนและพลังงาน ในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี

(น้ำหนักค่อนข้างน้อย/น้อยกว่าเกณฑ์)

พ.ศ.	ร้อยละการขาดโปรตีนและพลังงาน						
	จำนวน จังหวัด	ประเทศ	กลาง	ตะวันออก เฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	กทม.
2541	75	8.5	3.5	10.9	10.3	7.0	4.4
2542	63	8.1	4.0	10.8	9.9	7.0	4.4
2543	52	9.1	4.4	11.5	9.7	7.9	5.0
2544	35	9.4	5.3	11.4	9.5	6.6	4.9
2545	59	8.6	4.1	10.8	9.2	7.6	-
2546	63	8.7	3.8	10.8	9.2	8.0	-

พ.ศ.	ร้อยละการขาดโปรตีนและพลังงาน						
	จำนวน จังหวัด	ประเทศ	กลาง	ตะวันออก เฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	กทม.
2547	54	8.8	4.0	11	10.2	8	-
2548	63	8.1	4.9	9.8	9.4	7.7	-
2549	56	8.1	6.3	9.4	7.5	7.6	-
2550	65	7.7	5.7	9.0	8.7	7.4	-
2551	58	7.4	3.9	8.4	7.6	8.0	-
2552	61	7.8	4.9	8.6	9.3	8.7	-

ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

7. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการสำรวจการประเมินผลงานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 6 เดือน ดำเนินการโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ เมื่อ พ.ศ. 2548 พบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 4 เดือน (Exclusive breast feeding) ร้อยละ 20.7 และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน ร้อยละ 14.5 ถ้าเปรียบเทียบกับรายภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งส่วนมากเป็นชนบท อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะสูงกว่าภาคอื่น

พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ดำเนินการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีข้อถามเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ พบว่าสตรีอายุ 15 - 49 ปีที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 4 เดือนและ 6 เดือน มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 4 เดือนเป็นร้อยละ 30.2 ใน พ.ศ. 2549 และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 6 เดือน เป็นร้อยละ 15.1 ใน พ.ศ. 2552

ตารางที่ 2.5 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พ.ศ. 2548 – 2552

ประเทศ / ภาค	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวยุ 4 เดือน		การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวยุ 6 เดือน		การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นหลัก 4 เดือน	
	2548	2549	2548	2552	2548	2549
1. ประเทศ	20.7	30.2	14.5	15.1	26.5	51.5
2. กรุงเทพมหานคร	-	25.0	-	1.7	-	70.5
3. ภาคกลาง	12.8	21.3	8.6	6.1	29.5	46.1
4. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	28.1	33.0	20.3	26.9	25.6	49.9
5. ภาคเหนือ	14.4	29.3	8.3	9.4	28.8	52.0
6. ภาคใต้	19.5	36.1	14.7	10.4	22.0	54.5

ที่มา : พ.ศ. 2548 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

: พ.ศ. 2549/2552 การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- ไม่มีข้อมูล

8. สุขภาพช่องปากเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี

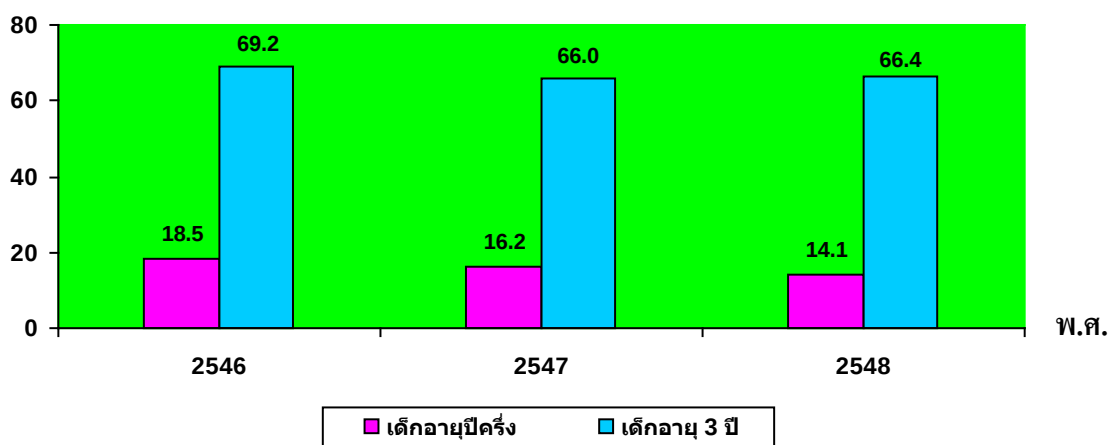
การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 ในกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี และ 5 – 6 ปี พบค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เป็นร้อยละ 3.6 และร้อยละ 6.0 ซึ่งเด็กฟันผุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา

พ.ศ. 2546 – 2548 อัตราฟันผุของเด็กอายุปีครึ่ง ลดลงจากร้อยละ 18.5 เหลือร้อยละ 14.1 แต่อัตราฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ก่อนข้างคงที่เป็นร้อยละ 69.2 และร้อยละ 66.0

สาเหตุหลักของฟันน้ำนมผุ จากการดื่มนมที่ไม่เหมาะสม การกินอาหารแป้งและน้ำตาลบ่อย การไม่ทำความสะอาดช่องปาก และเข้าไม่ถึงบริการทันตกรรมป้องกัน ซึ่งเป็นผลจากความเชื่อวัฒนธรรมและสังคม

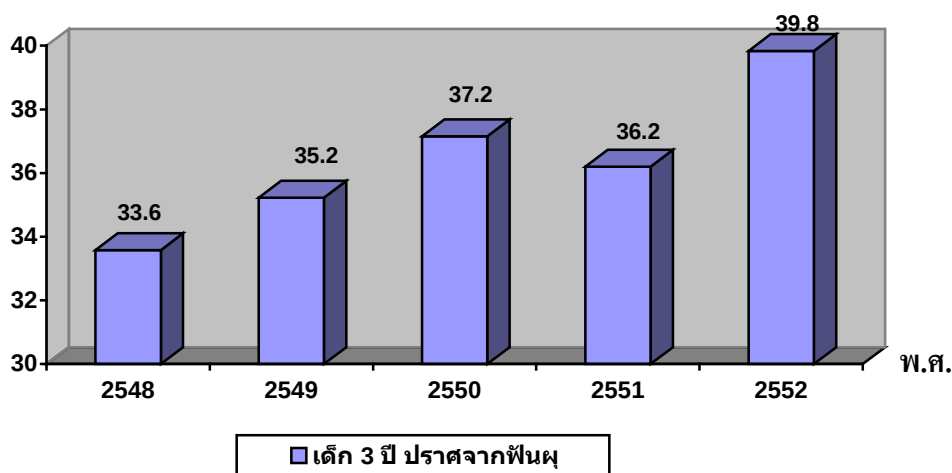
รูปที่ 2.20 แนวโน้มโรคฟันผุในเด็กอายุ 1.5, 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2546 - 2548

ร้อยละ

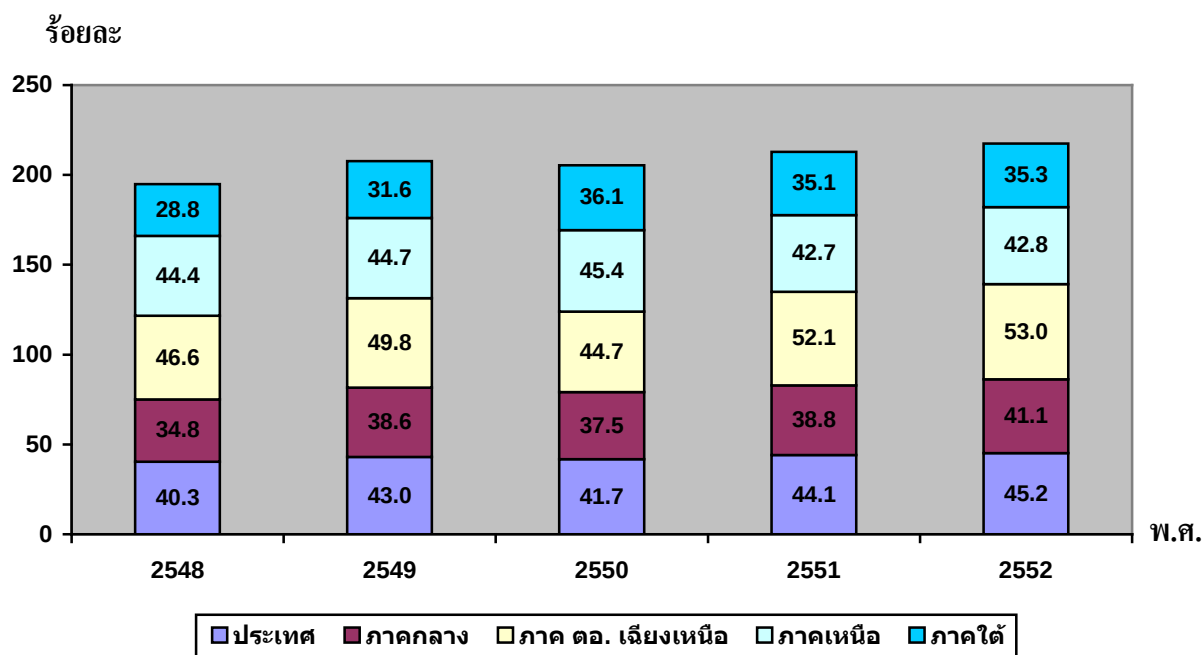


รูปที่ 2.21 แนวโน้มเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ พ.ศ. 2548 - 2552

ร้อยละ



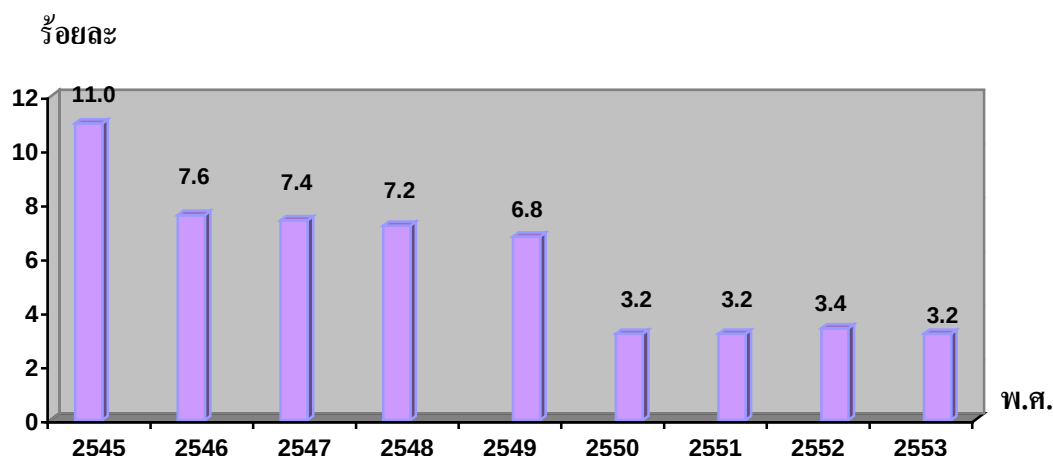
รูปที่ 2.22 แนวโน้มเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุจำแนกเป็นรายภาค พ.ศ. 2548 - 2552



9. การติดเชื้อเอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี

อัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ลดลงตามลำดับจากร้อยละ 11.0 ใน พ.ศ. 2545 เหลือเพียงร้อยละ 3.4 ในปี 2552 เป็นผลจากการดำเนินงานป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก และการรักษาแม่ที่ติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสและห้ามเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนนมผสมแก่เด็กที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี และมีการให้คำปรึกษากู้สมรสที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

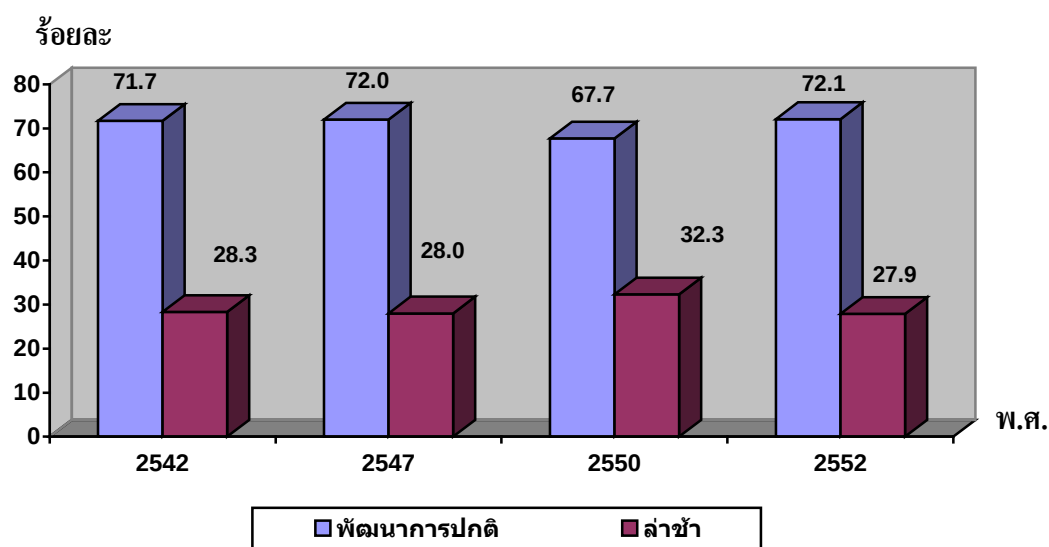
รูปที่ 2.23 อัตราเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ติดเชื้อเอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก



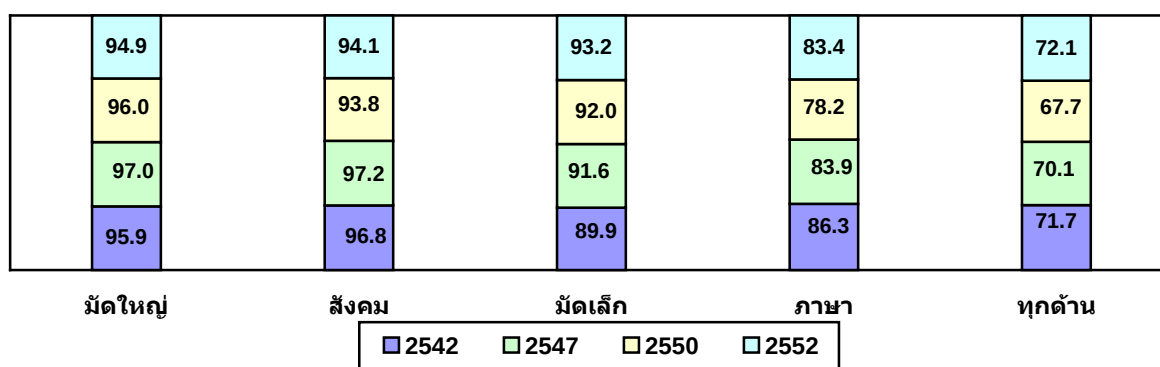
10. พัฒนาการเด็กสมวัยอายุ 0 - 5 ปี

เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี เป็นทรัพยากรที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ เด็กที่มีคุณภาพจะต้องเป็นเด็กที่มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการสมบูรณ์ทุกด้านตามวัย การอบรมเลี้ยงดูและประสบการณ์ต่างๆที่เด็กได้รับในช่วงวัยนี้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาการเด็กเป็นอย่างยิ่ง สำนักส่งเสริมสุขภาพได้มีการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้เครื่องมือ Denver II และขณะเดียวกันได้มีการพัฒนาเครื่องมือ อนามัย 49 และการตรวจพัฒนาการเด็กในสมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็กเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแม่รวมทั้งผู้ดูแลเด็กได้ติดตามและสังเกตุดูการพัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี การเสนอข้อมูลนี้จะนำเสนอ พัฒนาการเด็กไทย จากการประเมินพัฒนาการด้วย Denver II มีแนวโน้มต่ำลง คือ พัฒนาการรวมปกติร้อยละ 72 ในปี 2542 และลดลงอย่างน่าเป็นห่วงร้อยละ 67.5 ในปี 2550 เมื่อประเมินตามพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง พัฒนาการใช้กล้ามเนื้อและการปรับตัว พัฒนาการด้านภาษา พัฒนาการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ พบว่าเด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการด้านภาษาและสังคมลดลง

รูปที่ 2.24 พัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปีวัดโดยเครื่องมือDenver II พ.ศ. 2542, 2547, 2550 และ 2552



รูปที่ 2.25 ร้อยละพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี จำแนกตามพฤติกรรม 4 ด้าน

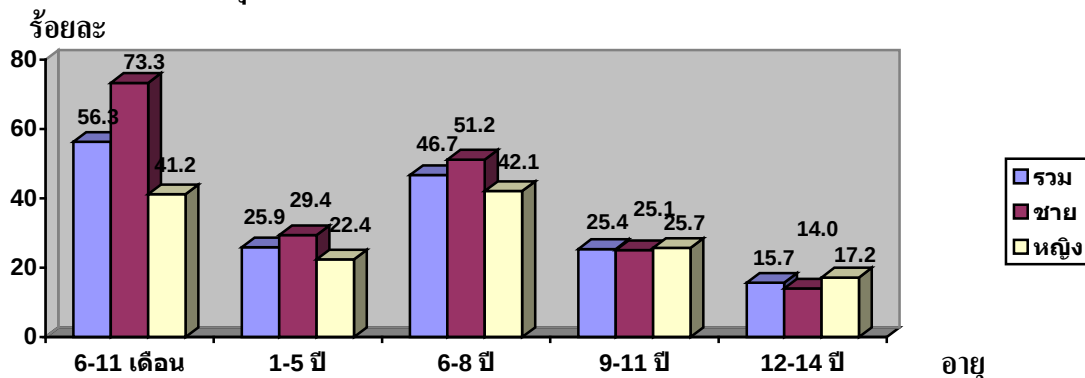


ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

11.ภาวะโลหิตจางในเด็ก

จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย ได้ศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจางโดยใช้ระดับฮีโมโกลบินเป็นเกณฑ์ ในเด็ก 0 - 14 ปี พบว่า เด็กอายุ 6 - 11 เดือนมีภาวะโลหิตจางร้อยละ 56.3 อายุ 1-5 ปี ร้อยละ 25.9 อายุ 6 - 8 ปี ร้อยละ 46.7 อายุ 9 - 11 ปี ร้อยละ 25.4 และอายุ 12 - 14 ปี ร้อยละ 15.7 เมื่อแยกตามเพศ พบว่าช่วงก่อนอายุ 10 ปี เพศชายจะมีภาวะโลหิตจางสูงกว่าเพศหญิง

รูปที่ 2.26 ความชุกของภาวะโลหิตจางโดยใช้ระดับฮีโมโกลบินเป็นเกณฑ์ ในเด็ก 0 - 14 ปี



12. เชาวน์ปัญญาเด็กไทย

เชาวน์ปัญญา (intelligence) เป็นความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving ability) ด้วยหลักเกณฑ์ที่มีเหตุและผล มีความคิดที่แสดงความสามารถในเชิงภาษา การติดต่อสื่อสาร ด้วยคำพูดและวาทะ มีความสามารถทางสังคม มีความสนใจผู้อื่น และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กัน อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วน IQ นั้นย่อมาจากภาษาอังกฤษคำว่า Intelligence Quotient เป็นคำที่บอกระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาของบุคคลในช่วงระยะเวลาที่บุคคลนั้นได้รับการทดสอบว่าอยู่ในระดับสูงต่ำเพียงใด จะเกี่ยวข้องกับคะแนนที่ได้รับจากการวัดหรือการทดสอบซึ่งแบบทดสอบแต่ละชนิดจะมีความหมายแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับลักษณะของแบบทดสอบ ตัวอย่าง เช่น

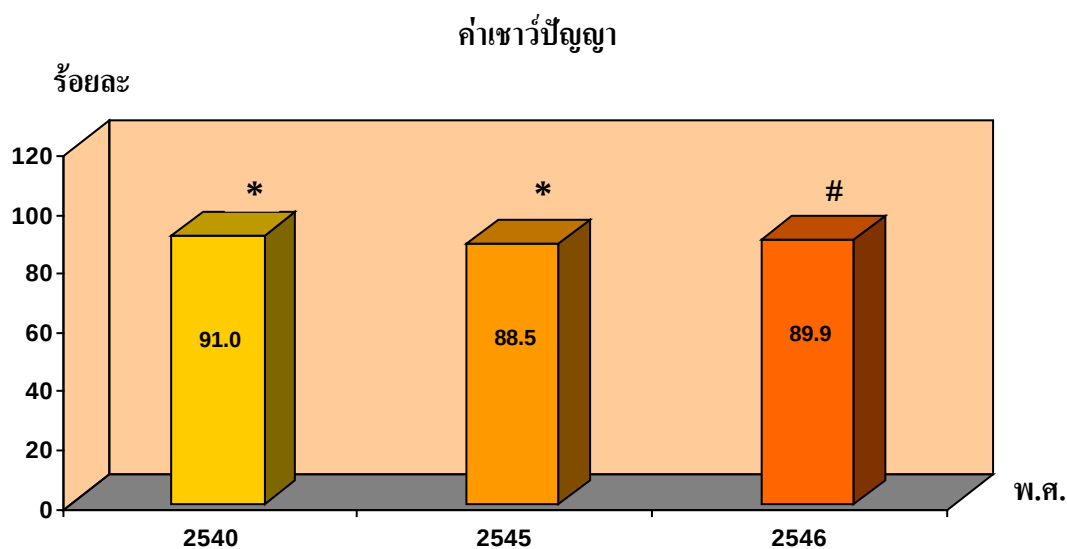
การจัดจำแนกระดับเชาวน์ปัญญาจากแบบทดสอบของเวคสเลอร์		การจัดจำแนกระดับเชาวน์ปัญญาของแบบทดสอบของสแตนฟอร์ด บิเนท์	
ไอคิว	ระดับเชาวน์ปัญญา	ไอคิว	ระดับเชาวน์ปัญญา
130ขึ้นไป	อัจฉริยะ	140 - 169	อัจฉริยะ
120-129	ฉลาดมาก	120-139	ฉลาดมาก
110-119	ค่อนข้างฉลาด	110-119	ค่อนข้างฉลาด
90-109	ฉลาดปานกลาง	90-109	ฉลาดปานกลาง
80-89	ปัญญาทึบ	80-89	ปัญญาทึบ
70-79	คาบเส้นปัญญาอ่อน	70-79	คาบเส้นปัญญาทึบ
ต่ำกว่า 69	ปัญญาอ่อน	30-69	ปัญญาอ่อน

ที่มา : www.wearehappy สรรพ นาวาผล เรียบเรียงจากหนังสือที่ระลึกเนื่องในงานเกษียณอายุ

อาจารย์สมทรง สุวรรณเลิศ

ข้อมูลจากการทำวิจัยเชิงสำรวจของกรมสุขภาพจิตปี 2550 พบว่าเชาวน์ปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กวัยเรียนที่อายุระหว่าง 6 - 11 ปี อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่กลับพบค่าคะแนนในส่วนของความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) มีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2545 กับปี 2550 โดยปี 2545 ค่าคะแนนจะอยู่ระหว่าง 148 - 225 แต่ในปี 2550 กลับลดลงอยู่ระหว่าง 129 - 218 ซึ่งข้อมูลระบุว่า EQ มีความสัมพันธ์กับระดับ IQ โดยเฉพาะในด้านความกระตือรือร้น ความสนใจใฝ่รู้ กล้าพูด กล้าแสดงออกและความพึงพอใจในตนเอง ส่วนทางด้านดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย

รูปที่ 2.27 ระดับเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 6 – 12 ปี พ.ศ. 2540 และ 2545



* อายุ 6 – 12 ปี

อายุ 13 – 18 ปี

ผลการดำเนินงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็กรายจังหวัด ปี 2553

จังหวัด	ร้อยละ มารดามีบุตร คนแรกอายุ ต่ำกว่า 20 ปี	ร้อยละหญิง ตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนอายุครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์	ร้อยละทารก แรกเกิดขาด ออกซิเจน	ร้อยละทารก แรกเกิด มีน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม	อัตราการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อย 6 เดือน	ร้อยละเด็ก 0 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการ สมวัย
นนทบุรี	17.48	37.39	21.30	8.84	-	99.74
ปทุมธานี	23.59	52.06	23.20	9.39	44.97	99.79
พระนครศรีอยุธยา	17.24	50.39	24.58	3.68	25.35	97.28
อ่างทอง	21.47	41.09	16.53	9.78	-	99.86
เขต 1	19.07	44.56	22.28	7.28	39.99	98.83
สระบุรี	20.50	41.27	23.48	7.84	73.06	99.29
ลพบุรี	20.30	49.83	19.80	4.41	33.89	98.31
สิงห์บุรี	16.70	49.38	23.89	7.96	31.41	98.92
ชัยนาท	30.09	47.17	6.18	9.99	66.11	96.69
เขต 2	22.58	46.63	18.09	7.40	54.44	97.79
ฉะเชิงเทรา	15.33	40.89	18.81	8.37	56.13	98.91
ปราจีนบุรี	17.25	43.67	19.27	9.00	53.49	99.71
สระแก้ว	20.13	42.36	20.07	8.73	60.31	99.65
สมุทรปราการ	13.79	24.35	23.77	8.92	34.13	91.25
นครนายก	23.04	45.09	10.02	8.46	41.40	98.00
ชลบุรี	11.11	42.25	29.74	9.47	66.58	98.02
ระยอง	19.58	49.12	25.72	10.00	45.82	97.86
จันทบุรี	18.18	47.12	37.50	11.05	50.61	96.47
ตราด	17.16	54.14	12.66	7.80	87.90	99.87
เขต 3	15.60	40.15	24.98	9.30	55.53	97.54
ราชบุรี	18.19	43.69	15.10	8.51	55.73	99.07
กาญจนบุรี	22.23	45.73	23.05	8.62	50.47	97.30
สุพรรณบุรี	19.74	49.11	16.05	8.55	53.28	99.37
นครปฐม	19.66	38.62	24.20	10.08	46.99	98.62

จังหวัด	ร้อยละมารดาที่มีบุตรคนแรกอายุต่ำกว่า 20 ปี	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	ร้อยละทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน	ร้อยละทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน	ร้อยละเด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
สมุทรสาคร	16.74	31.90	23.33	9.74	44.60	99.36
สมุทรสงคราม	19.57	36.34	10.03	9.10	57.60	99.88
เพชรบุรี	21.83	38.69	18.81	8.58	57.82	99.03
ประจวบคีรีขันธ์	21.75	39.33	16.96	6.92	47.83	97.99
เขต 4	19.73	42.07	19.40	8.81	51.68	98.91
นครราชสีมา	18.87	66.79	13.10	5.93	55.08	94.18
ชัยภูมิ	18.81	49.60	24.11	6.99	68.10	98.51
บุรีรัมย์	20.31	37.23	16.79	9.45	78.32	96.08
สุรินทร์	17.95	45.55	22.06	8.79	68.06	95.39
เขต 5	19.01	51.75	17.97	7.61	66.43	94.97
เลย	17.19	22.28	13.25	7.82	29.92	99.71
หนองคาย	19.82	31.38	15.14	8.12	20.48	69.88
หนองบัวลำภู	19.25	46.91	11.56	8.41	57.92	99.60
อุดรธานี	19.14	20.07	18.00	9.82	30.42	99.88
ขอนแก่น	18.59	21.32	35.21	9.43	56.18	99.83
มหาสารคาม	19.24	48.36	23.43	7.23	33.93	91.38
ร้อยเอ็ด	16.38	31.15	18.26	7.61	11.61	98.95
กาฬสินธุ์	16.21	71.30	14.15	6.81	17.72	98.34
เขต 6	18.12	28.60	21.91	8.61	37.01	93.91
อุบลราชธานี	17.85	54.57	20.44	7.40	-	-
อำนาจเจริญ	15.95	42.87	13.49	10.33	50.15	99.63
ยโสธร	11.74	52.14	16.28	9.54	-	-
ศรีสะเกษ	17.07	53.90	23.75	9.77	-	-
มุกดาหาร	14.95	49.45	31.01	8.40	-	-
นครพนม	17.46	41.76	22.20	6.88	-	99.34
สกลนคร	16.32	52.59	19.88	9.21	64.05	99.72
เขต 7	16.72	51.38	21.64	8.65	62.96	99.66

จังหวัด	ร้อยละ มารดาที่มีบุตร คนแรกอายุ ต่ำกว่า 20 ปี	ร้อยละหญิง ตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์	ร้อยละทารก แรกเกิดขาด ออกซิเจน	ร้อยละทารก แรกเกิด มีน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม	อัตราการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อย 6 เดือน	ร้อยละเด็ก 0 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการ สมวัย
กำแพงเพชร	25.06	41.64	24.00	9.52	12.66	93.94
นครสวรรค์	22.17	44.90	28.82	9.67	17.13	96.50
พิจิตร	19.93	46.32	16.28	9.72	19.74	99.11
อุทัยธานี	22.09	54.00	24.47	8.72	13.89	99.24
เขต 8	22.40	45.57	24.72	9.52	15.56	96.60
ตาก	-	40.34	-	8.94	-	-
พิษณุโลก	-	50.74	-	10.26	53.31	99.35
เพชรบูรณ์	-	59.34	-	9.00	34.97	99.54
สุโขทัย	-	53.71	-	8.89	68.19	98.88
อุตรดิตถ์	-	55.92	-	10.03	46.77	99.12
เขต 9	-	53.48	-	9.44	51.20	99.35
เชียงใหม่	14.34	44.18	43.08	10.37	52.23	95.44
แม่ฮ่องสอน	23.28	71.93	43.82	11.42	32.08	90.66
ลำพูน	11.95	57.73	12.32	11.44	31.10	98.14
ลำปาง	7.70	51.86	27.63	11.11	28.58	93.16
พะเยา	13.18	49.18	21.88	8.23	46.41	98.30
เชียงราย	14.73	52.01	29.15	8.35	46.75	95.01
แพร่	11.12	54.07	23.56	9.36	45.23	98.17
น่าน	15.93	56.94	26.62	8.83	67.91	99.15
เขต 10	13.93	50.73	32.72	9.79	45.35	96.16
นครศรีธรรมราช	16.44	47.71	30.46	8.82	39.88	99.63
สุราษฎร์ธานี	15.93	57.06	23.74	4.47	58.33	94.87
ชุมพร	15.69	34.98	11.33	7.79	21.35	99.83
ภูเก็ต	11.58	77.37	25.60	6.75	36.64	99.65
พังงา	13.96	46.14	4.15	4.97	56.84	98.56
ระนอง	16.36	42.66	18.40	7.73	52.70	99.58
กระบี่	10.84	50.04	25.47	9.01	51.89	99.52
เขต 11	14.09	48.02	21.65	7.57	47.18	98.87

จังหวัด	ร้อยละ มารดาที่มีบุตร คนแรกอายุ ต่ำกว่า 20 ปี	ร้อยละหญิง ตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนอายุครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์	ร้อยละทารก แรกเกิดขาด ออกซิเจน	ร้อยละทารก แรกเกิด มีน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม	อัตราการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อย 6 เดือน	ร้อยละเด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการ สมวัย
พัทลุง	8.53	69.84	27.20	6.47	32.94	81.93
ตรัง	12.07	50.15	20.36	9.86	37.54	98.29
สงขลา	11.17	47.04	33.67	9.86	56.87	98.78
สตูล	11.89	76.88	25.08	7.02	66.62	-
ปัตตานี	6.63	71.74	11.55	7.26	-	97.62
ยะลา	10.53	81.32	19.67	8.10	-	99.56
นราธิวาส	9.31	69.26	10.66	8.32	67.47	99.34
เขต 12	10.05	63.03	22.08	8.52	42.94	93.50
ประเทศ	16.51	47.18	22.77	8.66	49.30	95.61

สถานการณ์ส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน

สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาสุขภาพ

เด็กในวัยเรียน และเยาวชน อายุ 6 -19 ปี เป็นวัยที่ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ด้านร่างกาย ซึ่งจะมีการเจริญเติบโตอย่างสม่ำเสมอ มีการพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ จริยธรรม พัฒนาการทางเพศ ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลส่งเสริมให้เหมาะสม ประกอบกับ เด็กในวัยนี้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียน ดังนั้นโรงเรียนจึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ เด็กวัยเรียน เพื่อส่งเสริมให้เด็กในวัยเรียนมีสุขภาพดี มีการเจริญเติบโตอย่างสมวัย ปราศจากโรค เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน และเยาวชน เป็นกระบวนการ ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียน และเยาวชนมีความสามารถในการควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเพื่อให้มีสุขภาพดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชนค่อนข้างมีจำกัด เนื่องจากข้อมูล ส่วนใหญ่เก็บไว้ที่โรงเรียนซึ่งเน้นการเรียนการสอนมากกว่าเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูลที่รวบรวม ได้จึงเป็นข้อมูลการสำรวจ

1. พฤติกรรมสุขภาพนักเรียน

ใน พ.ศ. 2551 สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้ดำเนินการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนอายุ 13 - 15 ปี ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 -4 ทั่วประเทศ โดยใช้เครื่องมือของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ สหรัฐอเมริกา(CDC , Atlanta, USA) ผลการศึกษาจำแนกตามหัวข้อต่างๆตามประเภทนักเรียนชาย/หญิง เรื่อง แอลกอฮอล์และสารเสพติด /การสูบบุหรี่ พฤติกรรมทางเพศ การบาดเจ็บและความรุนแรง สุขอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภค กิจกรรมการออกกำลังกาย สุขภาพจิต

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 76.5 และ 80.3 ของนักเรียนเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก และลองใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปีและน้อยกว่าตามลำดับ นักเรียนถูกข่มขืนหรือถูกข่มขืน 1 ครั้งหรือมากกว่า ร้อยละ 33.3 นักเรียนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 10 และร้อยละ 4.4 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 97.4 ทำความสะอาดฟันหรือแปรงฟันน้อยกว่า 1 ครั้งต่อวันในระหว่าง 30 วัน ที่ผ่านมา ร้อยละ 91.3 และ ร้อยละ 96 ล้างมือ ก่อนรับประทานอาหารและหลังการใช้ส้วม นักเรียนมีความคิดจริงจังในการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 8 ร้อยละ 80.2 ของนักเรียนออกกำลังกายโดยเฉลี่ย 5 วัน หรือน้อยกว่า

ตารางที่ 2.6 ร้อยละภาวะสุขภาพนักเรียนอายุ 13-15 ปี ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 4
ทั่วประเทศ

พฤติกรรม	รวม %(CI)	ชาย%(CI)	หญิง%(CI)
ร้อยละของนักเรียนเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก นอกจากการจิบเพียงเล็กน้อยก่อนอายุ 14 ปี หรือน้อยกว่า	76.5 (70.0 – 82.9)	80.2 (75.4 – 85.1)	70.5 (60.4 – 80.5)
ร้อยละของนักเรียนที่ใช้สารพิษ เช่น เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ยาไอ หรือกัญชา จำนวน 1 ครั้ง หรือมากกว่านั้น ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา	6.1 (4.9 – 7.2)	11.1 (9.6 – 12.6)	1.3 (0.6 – 2.0)
ร้อยละของนักเรียนเริ่มลองใช้สารเสพติดเช่นกัญชา ฝิ่น กระบอัม เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ยาไอ เฮโรอีน และทินเนอร์ครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี และน้อยกว่า	80.3 (70.6 – 90.0)	77.7 (66.1 – 89.2)	จำนวนของกลุ่ม ตัวอย่างไม่ สามารถนำมา เป็นตัวแทนได้ (<100 คน)
ร้อยละของนักเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะการมีน้ำหนักเกิน	10.0 (8.0 – 12.0)	12.7 (9.7 – 15.6)	7.6 (5.9 – 9.3)
ร้อยละของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	4.4 (3.2 – 5.7)	5.0 (2.9 – 6.4)	3.9 (2.5 – 5.4)
ร้อยละของนักเรียนไม่ได้ทำความสะอาดฟันหรือ แปรงฟันน้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน ในระหว่าง 30 วันที่ผ่านมา	2.6 (1.8 – 3.3)	4.1 (2.9 – 5.4)	1.1 (0.6 – 1.6)
ร้อยละของนักเรียนไม่เคยล้างมือหรือล้างล้างนานๆครั้ง ก่อนรับประทานอาหารในระหว่าง 30 วันที่ผ่านมา	8.7 (6.6 – 0.9)	8.2 (6.1 – 10.3)	9.2 (6.6 – 11.8)
ร้อยละของนักเรียนไม่เคยล้างมือหรือล้างล้างนานๆครั้ง หลังการใช้ส้วมในระหว่าง 30 วันที่ผ่านมา	4.0 (3.0 – 4.9)	5.0 (4.0 – 6.1)	2.9 (1.9 – 3.9)
ร้อยละของนักเรียนไม่เคยใช้สบู่ล้างมือหรือใช้ล้าง นานๆครั้ง ในระหว่าง 30 วันที่ผ่านมา	7.3 (5.8 – 8.8)	7.7 (5.6 – 9.8)	6.8 (5.3 – 8.4)
ร้อยละของนักเรียนดื่มน้ำจากแหล่งน้ำดื่มที่โรงเรียน บ่อยครั้งและเป็นประจำ	36.7 (33.1 – 40.4)	45.5 (41.0 – 50.1)	28.7 (25.1 – 32.2)
ร้อยละของนักเรียนมีความคิดจริงจังในการพยายาม ฆ่าตัวตายในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	8.8 (7.7 – 10.0)	9.9 (8.4 – 11.5)	7.7 (5.7 – 9.8)
ร้อยละของนักเรียนทำกิจกรรมออกกำลังกายโดยเฉลี่ย 5 วัน หรือน้อยกว่า	80.2 (77.7 – 82.8)	72.5 (68.5 – 76.6)	87.4 (85.2 – 89.6)

พฤติกรรม	รวม %(CI)	ชาย%(CI)	หญิง%(CI)
ร้อยละของนักเรียนที่ใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อวันหรือมากกว่านั้นในการนั่งดูโทรทัศน์ นั่งเล่นเกมสื่อบนคอมพิวเตอร์กับเพื่อน นั่งอ่านหนังสือ หรือนั่งดูโทรศัพท์	37.6 (32.8 – 42.3)	37.7 (33.1 – 42.3)	37.4 (31.1 – 43.7)
ร้อยละของนักเรียนถูกทำร้ายร่างกาย จำนวน 1 ครั้งหรือมากกว่านั้น ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	33.3 (29.0 – 37.6)	44.1 (39.5 – 48.8)	23.0 (19.4 – 26.7)
ร้อยละของนักเรียนได้รับบาดเจ็บรุนแรง จำนวน 1 ครั้งหรือมากกว่า ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	46.7 (42.7 – 50.6)	56.1 (52.2 – 60.1)	38.1 (33.4 – 42.8)

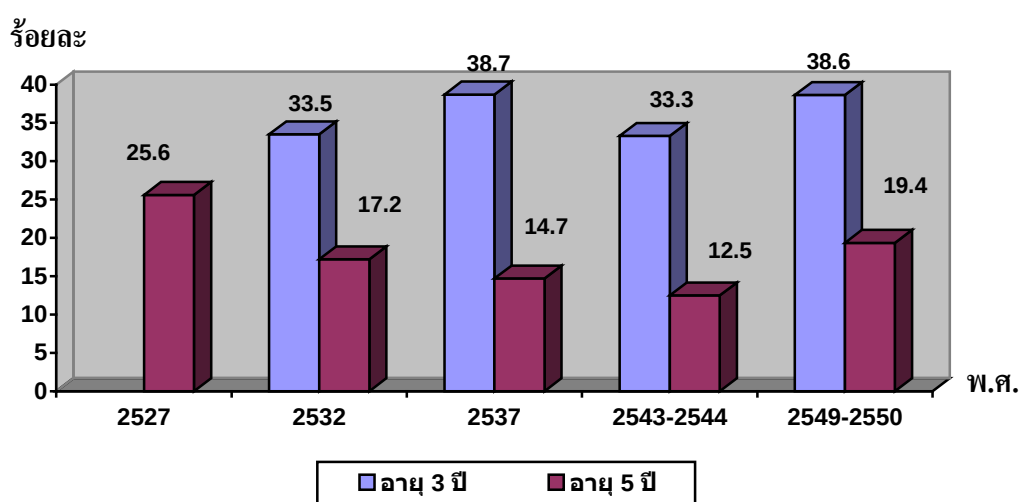
ที่มา : รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2551

2. ทันตสุขภาพ

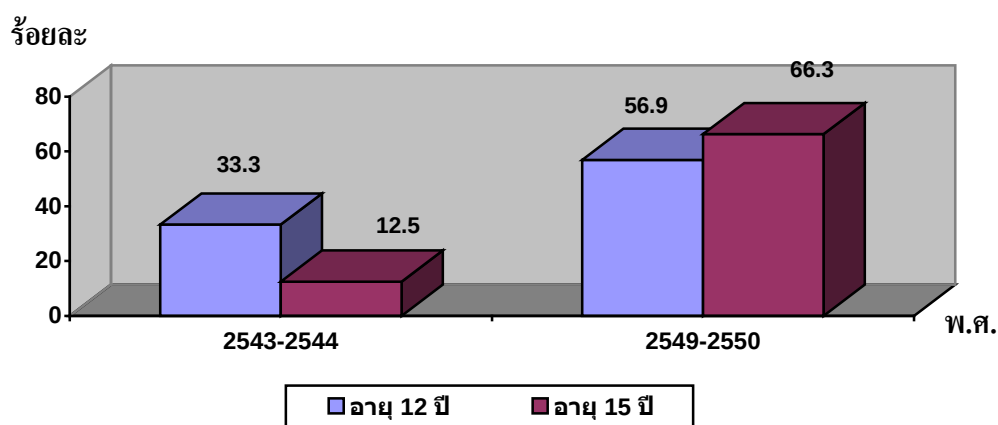
การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549 - 2550 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีแนวโน้มการปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้น กล่าวคือ เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 38.6 และเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 19.4

เด็กวัยเรียนและเยาวชนอายุ 12 ปี มีสภาวะการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 56.9 ของเด็กมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุ โดยค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.55 ซึ่งต่อคน ได้รับการเคลือบ หลุม ร่องฟันในช่องปาก เป็นร้อยละ 12.7 เด็กอายุ 15 ปี เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 66.3 ค่าเฉลี่ย 2.2 ซึ่งต่อคน เด็กอายุ 12 ปี มีสภาวะเหงือกปกติ ร้อยละ 18.0 สูงขึ้นจากการสำรวจปี พ.ศ. 2543-2544 ซึ่งมีสภาวะเหงือกปกติ ร้อยละ 9.5

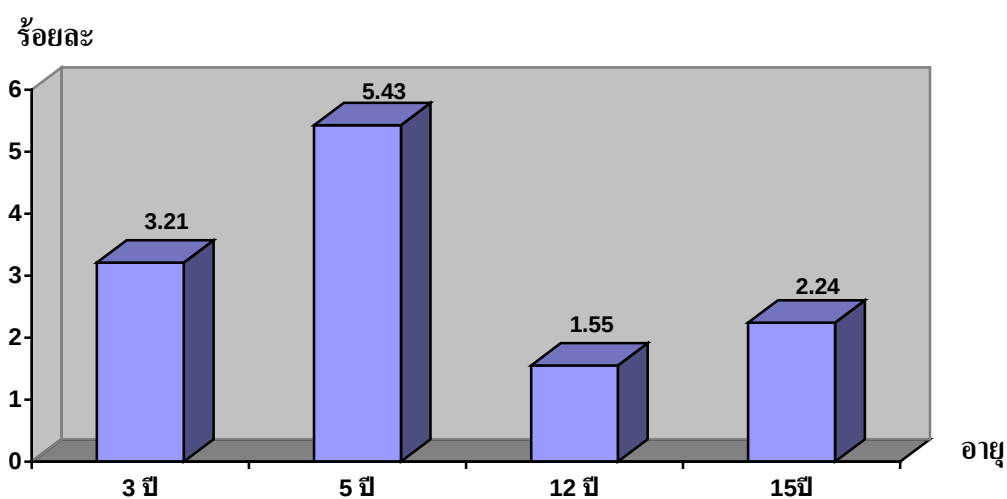
รูปที่ 2.28 ร้อยละของผู้ปราศจากโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 3 ปี และ 5 ปี



รูปที่ 2.29 ร้อยละของผู้ปราศจากโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 12 ปี และ 15 ปี



รูปที่ 2.30 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน เด็กอายุ 3 ปี 5 ปี 12 ปี และ 15 ปี พ.ศ. 2549 – 2550



ที่มา : การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549 - 2550

3. พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น

สถานการณ์พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น สำรวจประชาชนที่มีอายุ 15 - 25 ปี

ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลโดยสำนักวิจัยเอแบคโพล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ พ.ศ 2547

พบว่า ร้อยละ 29.4 เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 23.8 วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ นิยมมีคู่นอนประจำตั้งแต่ 2 คน
 ขึ้นไปร้อยละ 16.1 เคยประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรก คือ
 แฟนหรือคนรัก ร้อยละ 79.7 เพื่อนวัยเดียวกัน ร้อยละ 10.1

ปัจจัยที่มีส่วนกระตุ้นให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม คือ วิชิตี/ตีวิตี/หนัง
 ลามก ร้อยละ 70.8 หนังสือพิมพ์/นิตยสารที่ลงรูปนุ่งน้อยห่มน้อย ร้อยละ 62.3 เว็ปไซด์ลามก ร้อยละ 59

การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ 2551 เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ พบว่า นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ร้อยละ 6.1 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 13 ปี มีคู่นอนจำนวนมากกว่า 2 คน เป็นต้น

ตารางที่ 2.7 ร้อยละภาวะสุขภาพนักเรียนอายุ 15 -25 ปี

พฤติกรรม	รวม %(CI)	ชาย%(CI)	หญิง%(CI)
ร้อยละของนักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว	6.1 (4.0 – 8.1)	7.5 (4.5 – 10.5)	4.9 (3.0 – 6.7)
ร้อยละของนักเรียนเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 13 ปี หรือน้อยกว่า	4.5 (3.2 – 5.7)	8.0 (6.2 - 9.8)	1.3 (0.4 – 2.3)
ร้อยละของนักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนจำนวน 2 คน หรือมากกว่า	5.5 (4.6 – 6.3)	9.8 (8.2 – 11.4)	1.6 (1.1 – 2.1)
ร้อยละของนักเรียนมีเพศสัมพันธ์ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	11.0 (9.1 – 12.9)	14.6 (11.8 – 17.5)	7.6 (5.7 – 9.4)
ร้อยละของนักเรียนหรือคู่นอนใช้ถุงยางอนามัยในครั้งล่าสุดจากการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา	60.4 (50.4 – 70.5)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างไม่สามารถนำมาเป็นตัวแทนได้ (<100 คน)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างไม่สามารถนำมาเป็นตัวแทนได้ (<100 คน)
ร้อยละของนักเรียนหรือคู่นอนใช้วิธีคุมกำเนิดในครั้งล่าสุดของการมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีใดอย่างหนึ่ง คือ ใช้ถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน นับระยะปลอดภัย และการหลั่งภายนอก	79.4 (71.2 – 87.2)	75.9 (66.3 – 85.7)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างไม่สามารถนำมาเป็นตัวแทนได้ (<100 คน)

สถานการณ์ส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน

ใน 4 ทศวรรษ ที่ผ่านมา ประเทศไทยเปลี่ยนแปลง ทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม และ แนวโน้มประชากร ปัญหาการเพิ่มประชากร ในอดีต เปลี่ยนเป็นความท้าทายของภาวะเจริญพันธุ์ ในปัจจุบัน ก่อผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิต และการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชากรใน แต่ละกลุ่มวัย

ประชากรวัยทำงาน หรือวัยแรงงาน ในทางประชากรศาสตร์ อยู่ในช่วงอายุ 15 – 59 ปี ครอบคลุมประชากรวัยรุ่น วัยทำงาน และวัยกลางคน ก่อนที่จะไปสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งสตรีในช่วงวัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 - 44 ปี วัยระยะใกล้และหมดประจำเดือน เมื่ออายุ 45 - 59 ปี สู่วัยสูงอายุ อายุเมื่อ 60 ปี ประชากรประเทศไทย ณ มกราคม 2549 จำนวน 62.5 ล้านคน ประชากร อายุ 15 - 59 ปี จำนวน 41.8 ล้านคน หรือ 2 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ

ประชากรวัยทำงาน ถือกำลังสำคัญการผลิตเชิงเศรษฐกิจ และมีภาระเกื้อหนุนเด็ก และ ผู้สูงอายุ ปริมาณและคุณภาพของ ประชากรวัยทำงานมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของ ประเทศ การดูแล และเน้นความสำคัญด้านสุขภาพและการศึกษา จึงมีผลโดยตรงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของวัยทำงาน รวมถึงการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ

ประชากรวัยทำงานที่สุขภาพดี สามารถปฏิบัติหน้าที่หลักของตนได้อย่างเต็มตาม ศักยภาพ ไม่ขาดงานเพราะการเจ็บป่วย ไม่สูญเสียเวลาสร้างผลผลิต และไม่เสียค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล เป็นที่พึงพิงของประชากรวัยอื่นๆ ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และ สิ่งแวดล้อม กระทบโดยตรงกับระบบสุขภาพ สาเหตุการเจ็บป่วย และการตายจากโรคไม่คิดเชื้อที่ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ โรคหัวใจ มะเร็ง เอชไอวี โรคระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ และอุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะ และการประกอบอาชีพอุตสาหกรรม และการบริการ

นอกจากนี้ ประชากรวัยทำงาน ได้รับผลกระทบ จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็วทางสังคมจากกระแสโลกาภิวัตน์ ทั้งระดับครอบครัวและระดับบุคคล ปัญหา โรคเครียด โรคจากการบริโภคสิ่งเสพติด (ยา บุหรี่ สุรา) โรคจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค (โรคอ้วน โรคเบาหวาน) โรคจากพฤติกรรมทางเพศ เช่น โรคเอดส์ ก่อให้เกิดภาระโรค(burden of disease) เกิดการสูญเสีย จากการตายก่อนวัยอันควร และจากการมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วย

กลยุทธ์การเสริมสร้างสุขภาพประชากรวัยทำงาน ควรดำเนินการทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ อย่างต่อเนื่องในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับและในชุมชน ด้วยการเตรียมความพร้อมให้รู้เท่าทัน ด้านสุขภาพ ตั้งแต่ วัยเด็ก วัยรุ่น จนเข้าสู่วัยทำงาน ให้มีความรู้และทักษะดูแลสุขภาพ และป้องกัน ตนเองด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ของวัยทำงานจะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

1. การออกกำลังกาย
2. การไม่บริโภคสิ่งเสพติด

3. การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และความปลอดภัยของอาหาร

4. ความรู้ และทักษะด้านอนามัยเจริญพันธุ์ 10 ประการ

5. การดูแลด้านทันตสาธารณสุข

การส่งเสริมสุขภาพ ที่รวมถึงการดูแลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ควรบูรณาการทั้งด้านกาย จิต สังคม และปัญญา การดูแลอนามัยเจริญพันธุ์ตามช่วงอายุได้แก่

อายุ 15 – 19 ปี ได้แก่ การดูแลด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์ รวมทั้งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการแท้งที่ไม่ปลอดภัย

อายุ 20–44 ปี คือ การดูแลด้านการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การแท้งที่ไม่ปลอดภัย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ การสำส่อนทางเพศ สุขภาพทางเพศและชีวิตครอบครัว การเลี้ยงดูบุตร ภาระของอวัยวะสืบพันธุ์และบทบาทชาย

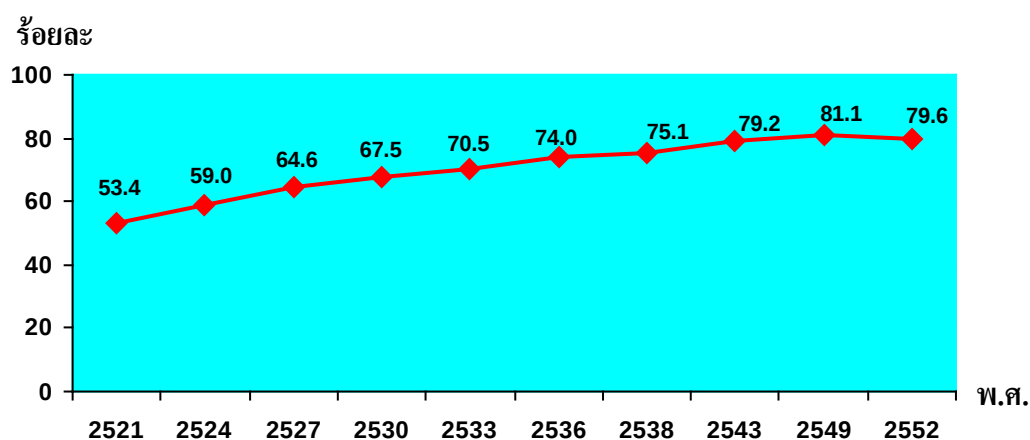
อายุ 45–59 ปี ได้แก่ การดูแล การมีบุตรเมื่ออายุมากไป สุขภาพเมื่อหมดระดู ความผิดปกติทางเพศ โรคทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ และภาระของอวัยวะสืบพันธุ์

1. การวางแผนครอบครัว

กลุ่มเป้าหมายสำคัญของการวางแผนครอบครัว ได้แก่สตรีในวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-44 ปี และบุรุษ อายุ 15 – 59 ปี ประเทศไทยควบคุมการเพิ่มประชากร จากร้อยละ 3.3 ใน พ.ศ. 2513 จนลดลงเหลือ ร้อยละ 1.1 ใน พ.ศ. 2539 และ ร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2552

อัตราการคุมกำเนิด จากร้อยละ 53.4 ใน พ.ศ. 2521 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นร้อยละ 59.0 ใน พ.ศ. 2524 ร้อยละ 64.6 ใน พ.ศ. 2527 ร้อยละ 67.5 ใน พ.ศ. 2530 ร้อยละ 70.5 ใน พ.ศ. 2533 ร้อยละ 74.0 ใน พ.ศ. 2536 ร้อยละ 75.1 ใน พ.ศ. 2538 ร้อยละ 79.2 ใน พ.ศ. 2543 และร้อยละ 81.1 ใน พ.ศ. 2549 และ 79.6 ใน พ.ศ. 2552

รูปที่ 2.31 ร้อยละการคุมกำเนิด ปี พ.ศ. 2521 - 2552



ที่มา : พ.ศ. 2521– 2543 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย, 2546. พ.ศ. 2549- 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์

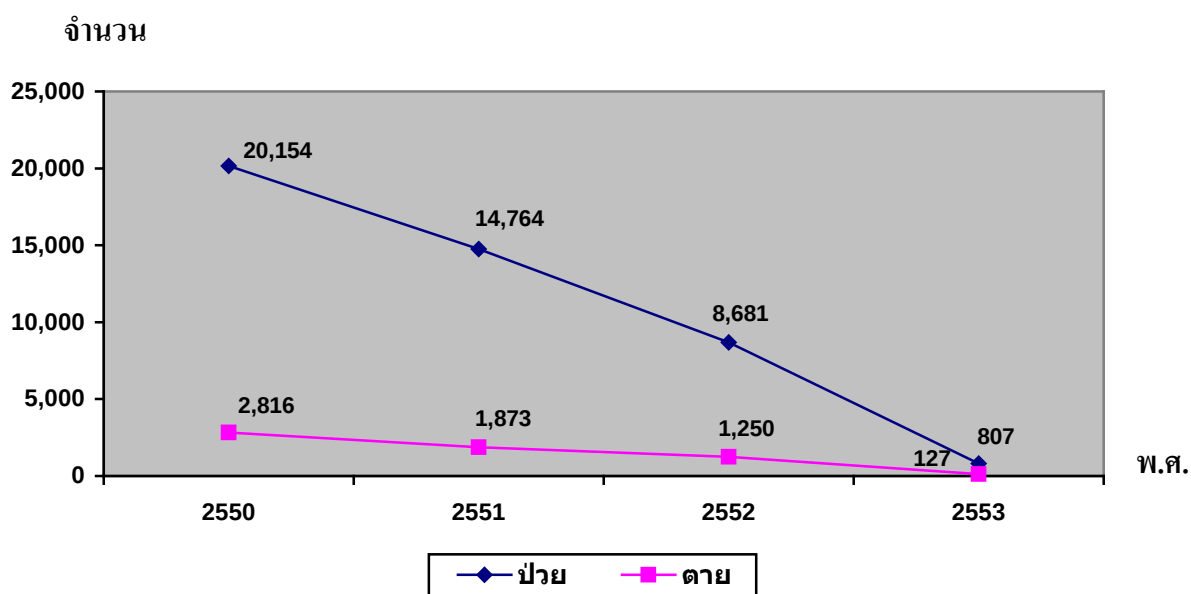
ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นการวางแผนครอบครัวที่นิยมสูงสุด เนื่องจากง่าย สะดวก ราคาไม่แพง ซื้อได้ง่าย และได้รับจากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ รองลงมาคือ การทำหมันหญิง ยาฉีด คุมกำเนิด การทำหมันชายค่อนข้างน้อย ถุงยางอนามัยนิยมใช้ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ เอดส์มากกว่าเพื่อคุมกำเนิด

การวางแผนครอบครัว เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ หลังจากประสบความสำเร็จของการควบคุมประชากร จึงขยายงานสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต โครงสร้างประชากรที่สมดุล ขนาดครอบครัวที่เหมาะสม และการทดแทนประชากรอย่าง สมดุล

3. โรคเอดส์

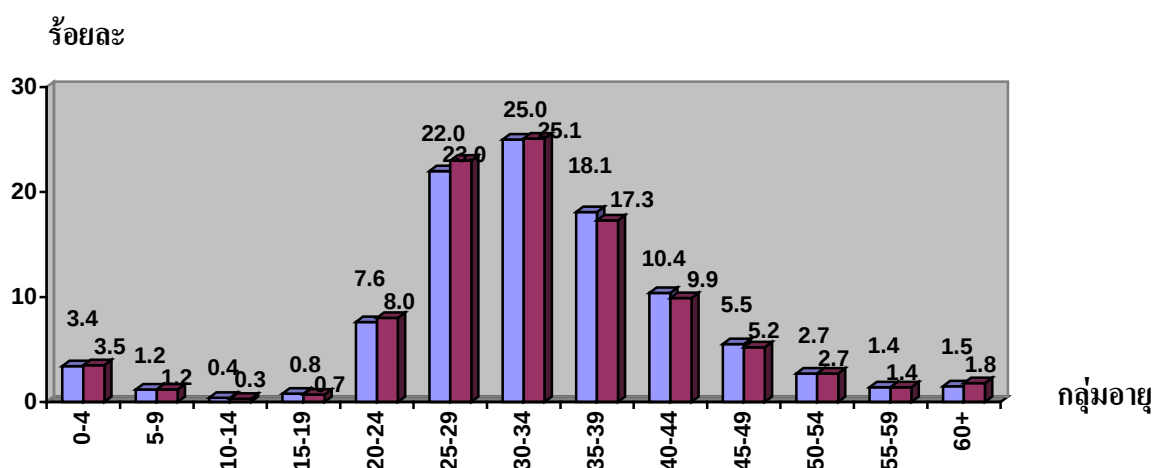
จากรายงานสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึง 31 พฤษภาคม 2553 มีผู้ป่วยเอดส์ 376,847 ราย เสียชีวิต 99,257 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด วัยทำงาน อายุ 30 - 34 ปี พบผู้ป่วย สูงสุด ร้อยละ 25.0 รองลงมา อายุ 25 - 29 ปี และ 35 - 39 ปี ร้อยละ 22.0 และ 18.1 ตามลำดับปัจจัยเสี่ยง ของการป่วย

รูปที่ 2.32 จำนวน การป่วยและการตายด้วยเอดส์ ตามปีที่ป่วยและเสียชีวิต พ.ศ. 2550 - 2553



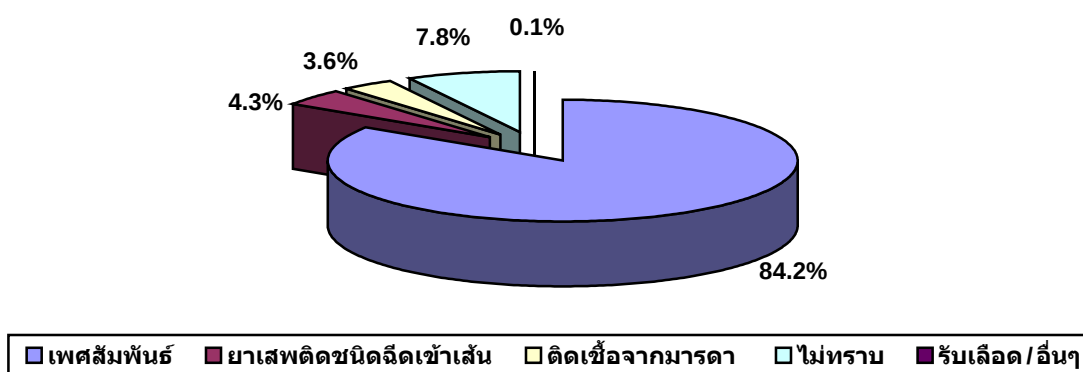
ที่มา: สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

รูปที่ 2.33 ร้อยละผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิต ตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2527-31 พฤษภาคม 2553



ที่มา : สำนักโรคบาวิทยา กรมควบคุมโรค

รูปที่ 2.34 ร้อยละผู้ป่วยเอดส์ ตามปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2527 - 31 มกราคม 2550



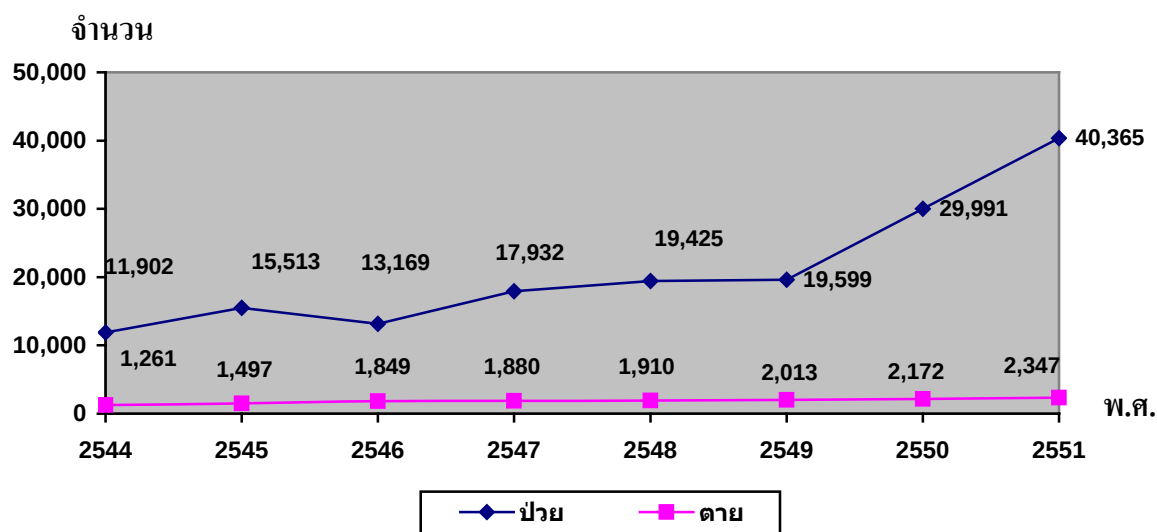
ที่มา : สำนักโรคบาวิทยา กรมควบคุมโรค

4. มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์

มะเร็งเต้านม

ปัจจุบัน ผู้หญิงไทยมีความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งเต้านมสูงขึ้นและมีแนวโน้มสูงกว่ามะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาของกลุ่มสัลยแพทย์ในประเทศไทยพบว่า อายุเฉลี่ยโดยประมาณที่เริ่มเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ที่ 40 ปี และจะพบในกลุ่มอายุที่น้อยลงกว่า 40 ปี ปัจจัยเสี่ยงในการทำให้เกิดมะเร็งเต้านม คือ กรรมพันธุ์ 5 - 10% การกินอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับฮอร์โมนภายนอกเป็นเวลานาน เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ฮอร์โมนทดแทนในวัยทอง

รูปที่ 2.35 การป่วยและการตายด้วยมะเร็งเต้านม พ.ศ. 2544 – 2551

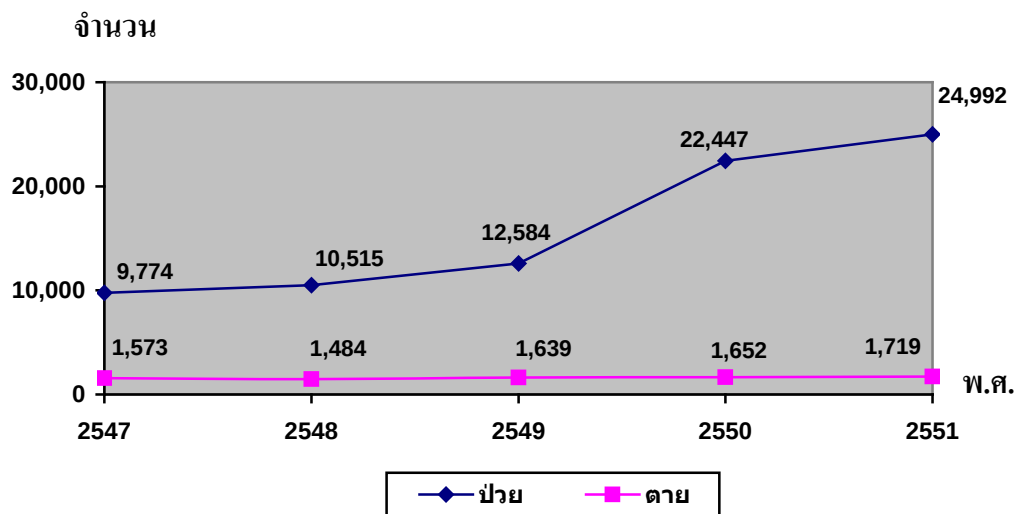


ที่มา : สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

มะเร็งปากมดลูก

รูปที่ 2.36 การป่วยและการตายด้วยมะเร็งปากมดลูก พ.ศ. 2547 – 2551

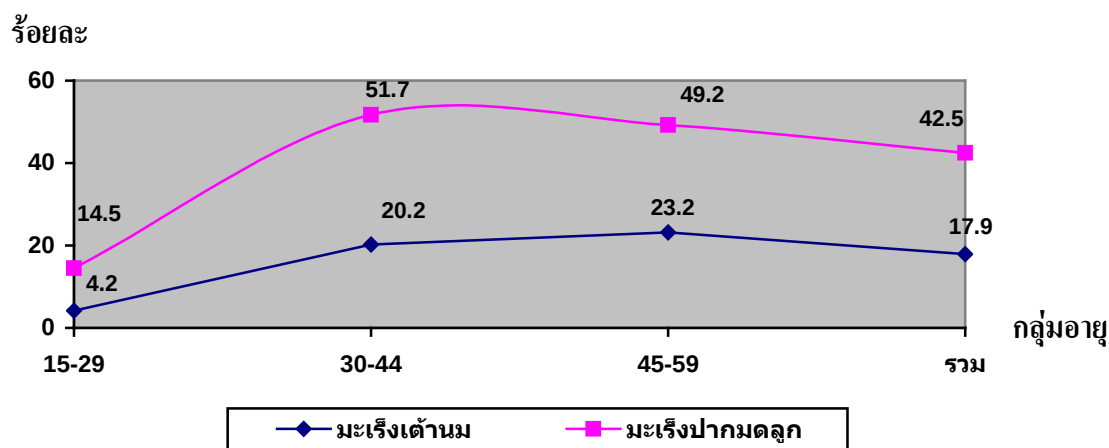


หมายเหตุ แหล่งข้อมูล สถิติสาธารณสุข ปี 2547- 2551

ปี 2547 - 2548 ข้อมูลผู้ป่วยในด้วยโรคเนื้องอกร้ายที่มดลูก

การสำรวจหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15 - 59 ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อหา
ก้อนผิดปกติในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาและมะเร็งปากมดลูกในรอบ 2 ปี ที่ผ่านมาโดยบุคลากรทางการแพทย์

รูปที่ 2.37 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อหาก้อนผิดปกติในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาและมะเร็งปากมดลูกในรอบ 2 ปี ที่ผ่านมาโดยบุคลากรทางการแพทย์



5. สถานการณ์อื่นที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ด้านโภชนาการ

วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง และความเป็นสังคมเมืองที่เลียนแบบวัฒนธรรมตะวันตก ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนไป กระบวนการผลิตอาหาร เพื่อการค้า ด้วยวิธีอุตสาหกรรม ประกอบกับกลยุทธ์การตลาด และระบบการค้าเสรี ทำให้คนไทยบริโภคอาหารปรุงสำเร็จ อาหารจานด่วน ขนมกรุบกรอบ และน้ำอัดลมเพิ่มขึ้น ทำให้บริโภคอาหารจำพวกแป้ง ไขมัน และน้ำตาล มากเกิน อีกทั้งการทำงานที่เร่งรีบ ไม่มีเวลากินอาหาร หรือกินอาหารไม่ครบมื้อ ทำให้ขาดอาหาร หรือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่งผลกระทบต่อสมาธิ และคุณภาพการทำงาน รวมทั้งความปลอดภัยเมื่อทำงานกับเครื่องจักร

ภาวะโภชนาการเกินและอ้วนในวัยทำงาน พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะในสตรีวัยใกล้หรือหมดประจำเดือน จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 ของกองโภชนาการ กรมอนามัย โดยใช้ดัชนีมวลกายพบว่า ประชากรวัยทำงานพบภาวะอ้วน (อ้วนมาก และอ้วนปานกลาง) ร้อยละ 31.5 จากรายงานองค์การอนามัยโลก เมื่อพ.ศ. 2542 พบว่าค่าดัชนีมวลกายเกิน 25 ประมาณ 1,000 ล้านคน และประมาณ 300 ล้านคนเป็นโรคอ้วน มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 และยังประเมินว่าพ.ศ. 2529 – 2538 ประชากรอายุ 20 – 29 ปี มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 เป็นร้อยละ 20 โรคอ้วนเป็นต้นเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด เบาหวาน มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งไต และโรคข้อต่างๆ

นอกจากนี้ การกิน ผัก และผลไม้ น้อย เป็นสาเหตุของโรคกระเพาะ โรคไตได้ประมาณ ร้อยละ 19 เป็นสาเหตุโรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 31 และอุบัติเหตุเส้นเลือด ในสมองร้อยละ 11

คอเลสเตอรอล ในเลือดสูง โดยไม่สัมพันธ์กับความอ้วน หรือพอม แต่สัมพันธ์กับอายุ และพฤติกรรม โดยเฉพาะเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุเส้นเลือดในสมอง ร้อยละ 18 และเป็น สาเหตุของ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 56

ผู้หญิงในช่วงวัยทอง อายุ 40 ปีขึ้นไป 5 ปีแรกของการหมด ประจำเดือนจะขาดฮอร์โมน เอสโตรเจน ทำให้การดูดซึมแคลเซียมลดลง และการขับแคลเซียมทางปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น ทำให้สูญเสีย มวลกระดูก เกิดภาวะกระดูกพรุนร้อยละ 13.9 และมวลกระดูกน้อยกว่าปกติร้อยละ 25.7

คนไทยยังนิยมกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ถึงร้อยละ 52.6 และ ต้องเสี่ยงบริโภคอาหารที่ไม่ ปลอดภัย พ.ศ. 2544 กองสุขภาพิบาลอาหาร กรมอนามัย พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มในอาหาร ร้อยละ 17.8 ในภาชนะบรรจุอาหาร ร้อยละ 19.2 และที่มีผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 18.4 นอกจากนี้ อาหารที่ ปนเปื้อนสารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลง ฟอร์มาลิน บอแรกซ์ สารกันรา สารเร่งเนื้อแดง และสารปนเปื้อนต่าง ๆ

การส่งเสริมสุขภาพด้วยกระบวนการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

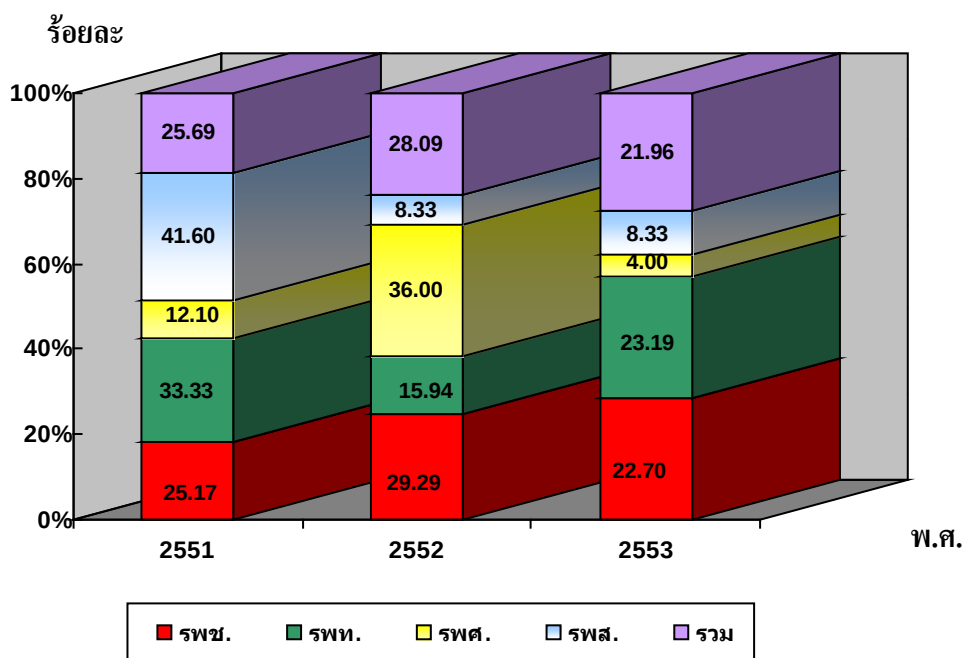
การพัฒนาโรงพยาบาล ด้วยกระบวนการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์ การส่งเสริมสุขภาพในลักษณะขององค์กรส่งเสริมสุขภาพ หรือ Setting Approach ที่องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดองค์ประกอบ 11 ประการดังนี้ การนำองค์กร การจัดทำแผนงานและงบประมาณ การจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและญาติ การส่งเสริมสุขภาพบุคลากร การจัดการ ด้าน สิ่งแวดล้อม การสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะ ส่งเสริมสุขภาพ การเชื่อมต่อภาคีความร่วมมือในระบบบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ การพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการสร้างกิจกรรมในเชิงนวัตกรรม

จากองค์ประกอบดังกล่าว ได้จัดทำเป็นมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ที่เทียบเคียงมาตรฐานคุณภาพ 7 องค์ประกอบ คือการนำองค์กร การจัดทำแผนงานและกิจกรรม การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมสุขภาพบุคลากร การส่งเสริม สุขภาพผู้รับบริการและญาติ การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และผลลัพธ์การดำเนินงาน

โรงพยาบาลเป็นสถานที่คนทุกกลุ่มเป้าหมายทั้งกลุ่มแม่และเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน และ ผู้สูงอายุ มาประกอบกิจกรรมและมีวิถีชีวิตร่วมกัน กลุ่มเป้าหมาย นี้แยกย่อยเป็น กลุ่มที่มีสุขภาพปกติ กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย ผู้ให้บริการเป็นประชากรวัยทำงานในทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ โภชนากร และเภสัชกร เป็นต้น ที่บริการดูแลรักษาพยาบาล ผสมผสานการ ส่งเสริมสุขภาพในทุกบริบทการปฏิบัติงาน เชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม ฝ่ายและต่อเนื่องสู่ชุมชน เพื่อให้ ชุมชนเข้มแข็ง และสร้างศักยภาพส่งเสริมสุขภาพตนเอง

โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้เริ่มต้น โดยสำนักนโยบายและแผน สาธารณสุข และกรมวิชาการต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และกรมอนามัยประสานการดำเนินงาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ด้วยการพัฒนาศักยภาพตนเอง ควบคู่กับการสร้างเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพึ่งพากัน และการประเมินรับรอง โรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการรับรองตามกระบวนการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 95 ในขณะเดียวกันได้มีการบูรณาการในเชิงคุณภาพกับมาตรฐานคุณภาพการบริการ (HA) รวมทั้งได้มีการบูรณาการงานควบคุมโรค ได้แก่ โรคที่เกิดจากการทำงาน การควบคุมลูกน้ำยุงลาย และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ ในปี 2551-2552 ใช้มาตรฐาน ชื่อ HPH Plus ในการประเมินและรับรองโรงพยาบาล นอกจากนี้ได้มีการศึกษาวิจัยมาตรฐาน HPH ที่เทียบเคียงมาตรฐานบริการคุณภาพ MBNQA ที่สร้างความชัดเจนมากขึ้นในการเป็นโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพภายใต้ชื่อ HPHNQA (Health Promoting Hospital National Quality Award) เพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมุ่งสู่ผลลัพธ์มากขึ้น โดยเฉพาะการป้องกันโรคกับกลุ่มผู้รับบริการและครอบครัว บุคลากรโรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งจะเชื่อมโยงการสร้างเครือข่ายการ ประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับชุมชนเพื่อสุขภาพรวมทั้งโรงพยาบาลตำบลที่กำลังเริ่มต้นและขยายเครือข่ายทั่วประเทศตามนโยบายรัฐบาล คณะกรรมการพิจารณาตัดสิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

รูปที่ 2.38 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HPH Plus



สถานการณ์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

โครงสร้างประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากการเกิดที่ลดลง ตามนโยบายประชากรแห่งชาติ และการตายที่ลดลงจากความปลอดภัยและคุณภาพบริการทางการแพทย์ โดยประชากรสูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 (1.21 ล้านคน) ใน พ.ศ.2503 เป็นร้อยละ 9 (4.5 – 5.7 ล้านคน) ใน พ.ศ.2543 และจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 11 (6.8 – 7.6 ล้านคน) และ ร้อยละ 15 (11 ล้านคน) ในพ.ศ. 2553 และ พ.ศ.2563 เข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (Population ageing)

ประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นในประเทศไทยด้วยอัตราเร็วกว่าประเทศที่พัฒนา ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากร ทั้งด้านสังคมและสุขภาพ ดังนั้นการเตรียมการกำหนดนโยบายและแผนงานอย่างสอดคล้องกับความต้องการและการสนับสนุนจึงเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง

2. สถานะทางสังคมทั่วไปของผู้สูงอายุ

จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ร้อยละ 55.4 ของประชากรสูงอายุไทยเป็นผู้หญิง ร้อยละ 71.4 อยู่ในเขตชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 33.6 ในเขตกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนผู้สูงอายุหญิงมากที่สุด ร้อยละ 57.8

ผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในห้า ร้อยละ 16.4 ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 68.9 เรียนจบสูงสุดชั้นประถมศึกษา มีผลทำให้ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 23.9 อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้ โดยผู้สูงอายุหญิงอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้สูงกว่าชาย คือผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 31.0 และชาย ร้อยละ 15.1 อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้

ร้อยละ 25.7 ของผู้สูงอายุ ยังทำงาน แหล่งรายได้ที่สำคัญได้จากบุตร ร้อยละ 52.3 ได้จากการทำงานร้อยละ 28.9 ร้อยละ 58.1 มีรายได้พอเพียง ตนเองมีหนี้สิน ร้อยละ 10.4

3. ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเองในระหว่าง 7 วัน ก่อนการสัมภาษณ์ ร้อยละ 43.0 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 28.9 ระดับปานกลาง และร้อยละ 24 ระบุว่าตนเองสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 20 สายตามองเห็นไม่ชัดเจน 0.4 มองไม่เห็นเลย ร้อยละ 14.1 ไตได้ยินไม่ชัดเจน ร้อยละ 0.3 ไม่ได้ยินเลย ร้อยละ 48.6 มีฟันใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 36.0 ใส่ฟันปลอม ร้อยละ 48.1 ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 12 เดือน ร้อยละ 60 ไม่ออกกำลังกาย รู้สึกเหงา ร้อยละ 1.1 ไม่มีคนดูแลและต้องการมีคนดูแล สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 18.3 สูบบุหรี่ ร้อยละ 15.6 ดื่มสุรา จำแนกเป็นชายและหญิง พบว่า ผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 36.7 สูบบุหรี่ ร้อยละ 29.4 ดื่มสุรา ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 3.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 4.6 ดื่มสุรา

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ 2551 - 2552 ได้สัมภาษณ์ความรู้สึกผู้สูงอายุว่าจำเป็นต้องมีคนดูแลในกิจวัตรประจำวันเช่น อาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ/ห้องส้วม แต่งตัว กินอาหาร เดินไปมาในบ้าน หรือไม่ พบว่า ผู้สูงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 90 สามารถดูแลตนเองได้แต่สัดส่วนจะลดลงเมื่ออายุสูงขึ้น และร้อยละ 0.6- 11.9 ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ร้อยละ 4 - 36.5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมการทำงาน เดินทาง การใช้เครื่องมือ เช่น การใช้เงิน นับเงิน ทอนเงิน จัดยากินเอง ทำงานบ้าน ตัดเล็บ เดินออกนอกบ้าน ขับรถ ขึ้นรถโดยสาร การใช้โทรศัพท์

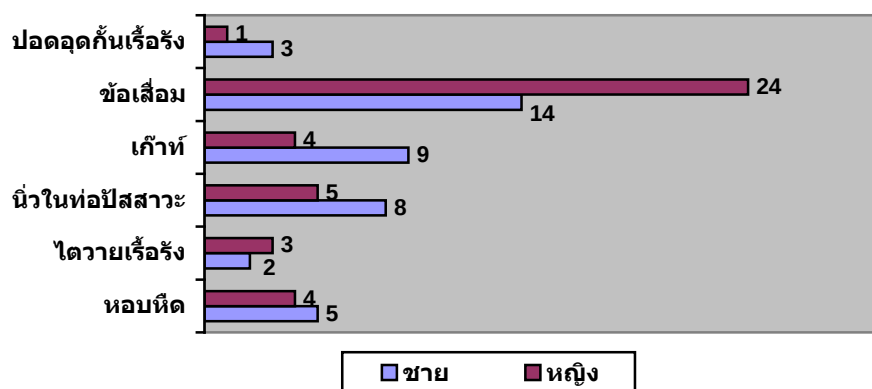
4. ข้อเสนอเชิงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลระยะยาว

อัตราการเกิดโรคและความชุกในผู้สูงวัยสะสมตั้งแต่วัยกลางคน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นตัวชี้วัดได้ว่าการลดอุบัติเหตุ และความชุกของโรคเรื้อรังต่างๆ ต้องเริ่มตั้งแต่วัยกลางคน โดยเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง และกลุ่มโรคที่เป็นสภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพระยะยาวและการเสียชีวิต เช่น หัวใจขาดเลือด และ เส้นเลือดในสมองแตก เป็นผลจากมีกิจกรรมทางกายและบริโภคผักผลไม้ไม่พอเพียง สูบบุหรี่ และดื่มเหล้าในระดับเสี่ยง เกิดสภาวะ เสี่ยงทางชีวภาพต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน นอกจากนี้โรคทางจิตและอารมณ์ได้แก่ โรคซึมเศร้าและสมองเสื่อม ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยความชุกเพิ่มตามอายุ ต้องดูแลรักษาประคับประคองเป็นเวลายาวนานและเป็นโรคราคาแพงข้อค้นพบที่สำคัญคือการได้รับการรักษาที่ควบคุมโรคได้ยังมีสัดส่วนต่ำมาก อาจเป็นเพราะยังขาดความเข้าใจเรื่องโรคที่ตนเป็น หรือเข้าไม่ถึงระบบบริการ

ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับผู้สูงอายุ จึงควรเป็นมาตรการเพื่อลดสัดส่วนผู้ที่ไม่เคย รู้ว่าป่วย โดยการตรวจคัดกรองประจำปี เพิ่มคุณภาพความครอบคลุม และประสิทธิภาพการดูแลระยะยาว ในสถานบริการทุกระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและควบคุมได้

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ 2551 - 2552 ได้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ พบว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคข้อเสื่อม โรคเกาต์ น้่วงเดินปัสสาวะ โรคไตเรื้อรัง และหอบหืด

รูปที่ 2.39 ร้อยละของโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำแนกตามเพศ



5. สถานการณ์สุขภาพช่องปาก

ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียฟันจนเกี่ยวข้องกับประโยชน์ต่อสุขภาพไม่ได้ สภาวะปริทันต์อักเสบ ฟันผุที่รากฟัน มะเร็งในช่องปาก เนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการดูแลสุขภาพช่องปาก การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ทำให้เกิดโรคในช่องปากเรื้อรัง สูญเสียฟันจนสูญเสียฟันทั้งปาก มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งในเชิงกายภาพ เชิงสังคม (Social Function)

การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549 - 2550 โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี ที่เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 96.2 และไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 54.5 เป็นผู้มีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 94.0 และได้รับการอุดฟัน ร้อยละ 10.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดของผู้สูงอายุ 60- 74 ปี เป็น 2.1 13.4 และ 0.4 (ซี่ต่อคน) รวมเฉลี่ยฟัน ถอน อุด เฉลี่ย 15.8 ซี่ต่อคน โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60-74 ปี ฟันในช่องปากไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 54.8 แบ่งเป็นเขตเมือง ร้อยละ 48.5 ชนบท ร้อยละ 58.6 กทม ร้อยละ 45.0 และเป็นผู้สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 10.5

การเกิดโรคปริทันต์ซึ่งวัดโดยการเกิดร่องลึกปริทันต์ พบว่า ผู้สูงอายุ มีสภาวะปริทันต์ที่มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 68.8 เพิ่มขึ้นจากปี 2543 - 2544 ซึ่งมีสภาวะปริทันต์ที่มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 25.7

ข้อมูลด้านช่องปาก

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ไม่ได้ใส่ฟันปลอม อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 22.31 ส่วนอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 39.90 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.84

ตารางที่ 2.8 ร้อยละผู้สูงอายุ จำแนกตาม จำนวนฟัน การใส่ฟันปลอม

ประสิทธิภาพ	อายุ/ร้อยละ		
	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80ปีขึ้นไป
1. จำนวนฟัน ตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป	63.45	38.13	21.76
2. น้อยกว่า 20 ซี่			
- ใส่ฟันปลอม	14.24	21.97	22.40
- ไม่ใส่ฟันปลอม	22.31	39.90	55.84

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีประสิทธิภาพในการมองเห็น ชัดเจนไม่ต้องใส่แว่นหรือเลนส์ตา อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 60.52 ส่วนอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 46.68 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.60 ประสิทธิภาพการได้ยินชัดเจนไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 91.48 ส่วนอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 78.91 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.94

ตารางที่ 2.9 ร้อยละผู้สูงอายุ จำแนกตามประสิทธิภาพในการมองเห็น และการได้ยิน

ประสิทธิภาพ	อายุ/ร้อยละ		
	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80ปีขึ้นไป
การมองเห็น			
ชัดเจนไม่ต้องใส่แว่นหรือเลนส์ตา	60.52	46.68	33.60
ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่นหรือเลนส์ตา	26.25	25.07	20.69
ไม่ชัดเจน	12.87	27.49	44.21
ไม่เห็นเลย	0.14	0.55	1.45
ไม่ทราบ	0.22	0.21	0.05
การได้ยิน			
ชัดเจนไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง	91.48	78.91	56.94
ชัดเจนแต่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง	1.07	1.33	1.46
ไม่ชัดเจน	7.15	19.22	39.61
ไม่ได้ยินเลย	0.11	0.36	1.77
ไม่ทราบ	0.19	0.19	0.21

ที่มา : ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับงานทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข 2551

บทที่ 3

ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประจำปี 2553

การดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2553

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกส่วนราชการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ และติดตามประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ซึ่งเป็นนโยบายต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551

กรมอนามัย จึงมอบหมายให้หน่วยงานในสังกัดกรมอนามัยจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการตามบทบาทและภารกิจของหน่วยงาน โดยมีแนวทางในการดำเนินงานปีงบประมาณ 2553 ดังนี้

1. คำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย ประจำปี 2553 ประกอบด้วย ประเด็นการประเมินผลใน 4 มิติ ซึ่งมีน้ำหนักรวมร้อยละ 100 ดังนี้
 - มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล กำหนดให้ตัวชี้วัดมีน้ำหนักรวม ร้อยละ 55
 - มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพการให้บริการ กำหนดให้ตัวชี้วัดมีน้ำหนักรวม ร้อยละ 15
 - มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ กำหนดให้ตัวชี้วัด มีน้ำหนักรวม ร้อยละ 10
 - มิติที่ 4 มิติด้านการพัฒนาองค์กร กำหนดให้ตัวชี้วัดมีน้ำหนักรวม ร้อยละ 20
2. เน้นการขับเคลื่อน PMQA ทั้ง 6 หมวดไปพร้อมๆ กันเพื่อให้ครอบคลุมเกณฑ์ Fundamental Level ตามที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด
3. นำ PMQA เป็นเครื่องมือในการพัฒนางานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามพันธกิจและยุทธศาสตร์ โดยบูรณาการ PMQA เข้ากับงานประจำขององค์กร
4. มีคณะกรรมการอำนวยการ PMQA ที่มีผู้บริหารระดับกลางร่วมในการตัดสินใจ และกำหนดทิศทาง และมีการบูรณาการระหว่างงานยุทธศาสตร์กับการพัฒนาระบบงาน
5. ทุกหน่วยงานต้องจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกับบทบาท ภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งกรมอนามัยได้ทำการลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2553 ณ ห้องประชุมกำธร สุวรรณกิจ ชั้น 1 กรมอนามัย

สำนักส่งเสริมสุขภาพดำเนินการเจรจา และจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกับ
กรมอนามัย โดยมีตัวชี้วัดที่รับผิดชอบตามบทบาท และภารกิจของหน่วยงานทั้ง 4 มิติ จำนวน 17 ตัว
ดังนี้

มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล	มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพการให้บริการ
ตัวชี้วัดที่ 2.1 ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีกระบวนการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ 2.2 ระดับความสำเร็จในการจัดการผลงานวิชาการในการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการอนามัยสิ่งแวดล้อม (ดำเนินการในภาพรวมของกรมอนามัย) ตัวชี้วัดที่ 3.1 ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักตามเป้าหมายผลผลิตของส่วนราชการ ตามเอกสารงบประมาณรายจ่าย ตัวชี้วัดที่ 3.2 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์ระดับทอง ตัวชี้วัดที่ 3.3 ระดับความสำเร็จของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ตัวชี้วัดที่ 3.9 ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักตามเป้าหมายการให้บริการหน่วยงาน (เพิ่มเติม) ตามเอกสารงบประมาณรายจ่าย	ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารตาม พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ตัวชี้วัดที่ 7 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการป้องกันและปราบปรามการทุจริต

มติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ	มติที่ 4 มิติด้านการพัฒนาองค์กร
ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละความสำเร็จของการประหยัดพลังงาน ตัวชี้วัดที่ 11 ระดับความสำเร็จของการควบคุมภายใน	ตัวชี้วัดที่ 16.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานจัดทำข้อมูลตามประเด็นยุทธศาสตร์ให้มีความครอบคลุม ถูกต้อง และทัน ตัวชี้วัดที่ 16.2 ระดับความสำเร็จของการรายงานข้อมูลแผน/ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญของกรมอนามัย ตัวชี้วัดที่ 16.3 ระดับความสำเร็จจากผลสัมฤทธิ์ของการจัดการความรู้ของหน่วยงาน ตัวชี้วัดที่ 16.4 ร้อยละความสำเร็จของการให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามแผนการปรับปรุงระบบการเรียนรู้ความต้องการและสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (C/SH) ของกรม ตัวชี้วัดที่ 16.5 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาขีดสมรรถนะตามแผนพัฒนาขีดสมรรถนะของบุคลากรหรือแผนพัฒนาบุคลากร ตัวชี้วัดที่ 16.6 ร้อยละความสำเร็จของการให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามแผนพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการที่สร้างคุณค่า/กระบวนการสนับสนุนของกรมอนามัย - กระบวนการที่สร้างคุณค่า - กระบวนการสนับสนุน

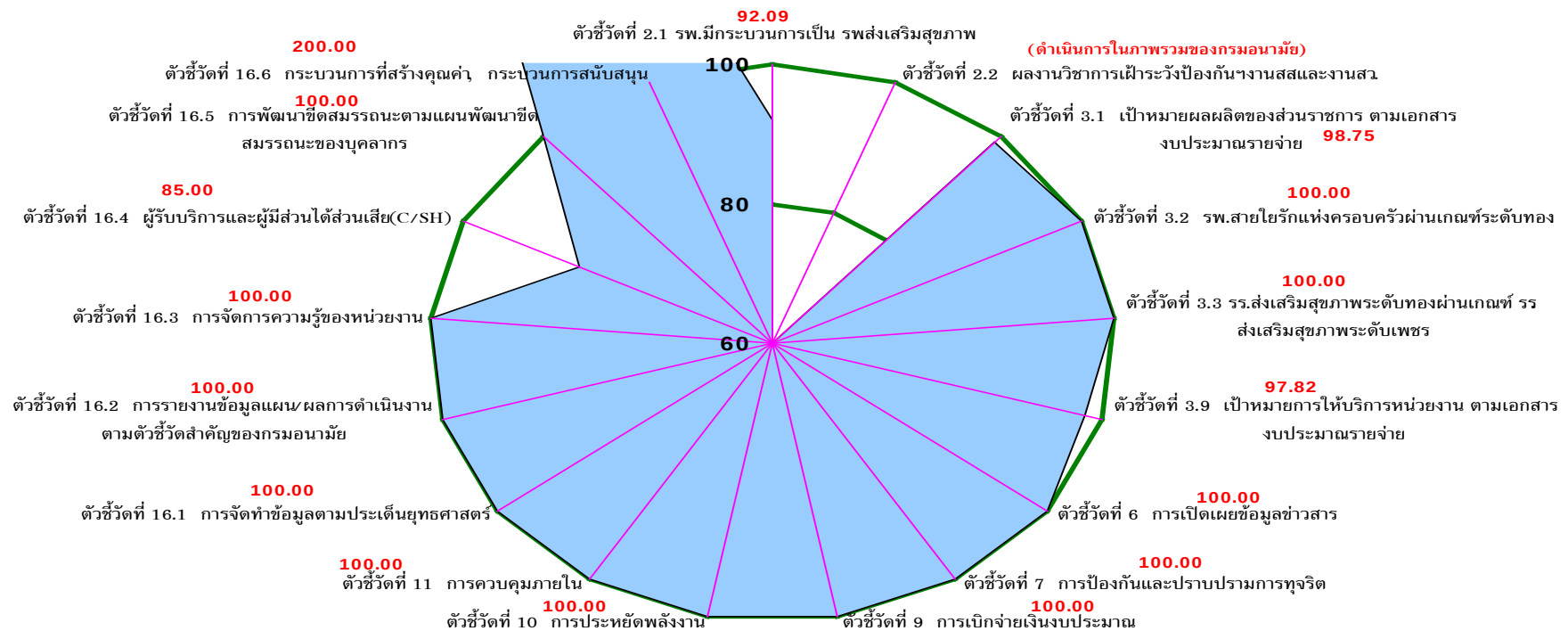
บทเรียนที่ได้จากการจัดทำคำรับรองในการปฏิบัติราชการ

1. หน่วยงานที่รับผิดชอบมีความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ และต้องการให้งานที่รับผิดชอบเป็นตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติราชการ
2. ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับรับทราบว่าเป็นนโยบาย ทำให้ได้รับความร่วมมือดี
3. ผู้บริหารสนับสนุน และติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้งานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด
4. การกำหนดตัวชี้วัด ควรเป็นตัวชี้วัดที่เหมาะสม สามารถวัดผลการดำเนินงานของหน่วยงานจริงๆ

รูปที่ 3.1

ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 (Sar Card)

การประเมินตนเองตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2553 สำนักส่งเสริมสุขภาพ



โดย เครือข่าย กพร.
สำนักส่งเสริมสุขภาพ

**ผลการดำเนินงาน
กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก**

โครงการพัฒนาระบบบริการคุณภาพอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวปีงบประมาณ 2553

ความเป็นมา

การก่อเกิดโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ได้สร้างการมีส่วนร่วม และการบูรณาการการทำงานจากภาครัฐและเอกชนในการสนับสนุนส่งเสริมและป้องกันการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับโครงการในภาคสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง ซึ่งสนองต่อพระราชดำริและเป็นการสานต่อพระปณิธานในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว คือ โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ซึ่งเปิดตัวโครงการโดยกรมอนามัย เมื่อวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2549 โดยให้ความหมายว่า โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว หมายถึง “โรงพยาบาลที่มีการจัดระบบบริการที่ได้มาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอดหลังคลอด การเลี้ยงดูบุตรแรกเกิดถึง 5 ปี โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งมุ่งหวังให้ แม่ ลูกปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการคลอด ลูกได้รับการเลี้ยงดูให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย” โดยมีเด็กเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาภายใต้แนวคิดระบบบริการคุณภาพโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวที่ถือว่าการอนามัยแม่และเด็กเป็นบริการสุขภาพพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพประชากร มีการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการ มีการจัดตั้งคลินิกนมแม่ในโรงพยาบาล ฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคลากรสาธารณสุข (มิสนมแม่) ส่งเสริมให้มีสถานเลี้ยงเด็กกลางวันเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลและจากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้บทเรียนจากการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ภายใต้โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวฯ ในพื้นที่นำร่องที่มีสมาชิกโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวเป็นชมรมต้นแบบ พบว่าชุมชนเห็นปัจจัยสำคัญของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นในโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวจึงให้ความสำคัญของระบบบริการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงจากสถาบันบริการฯ ผู้ชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สนับสนุนให้มีการรวมตัวกันเป็นชมรมหรือกลุ่มสนับสนุนนมแม่ฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภาคประชาชน (อาสาสมัครนมแม่/อาสาสมัครสาธารณสุขนมแม่) การสนับสนุนให้มีชุมชนต้นแบบด้านแม่และเด็กที่มีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่) สนับสนุนให้มีศูนย์ เด็กเล็กน่ายุ่กลุ่มแม่ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง “มุนนมแม่” ขึ้นในสถานประกอบกิจการเพื่อให้การดำเนินงานต่อเนื่อง และวางรากฐานชีวิตเด็กที่จะเจริญเติบโตต่อไปในวันหน้าอย่างมีคุณภาพ กิจกรรมการดำเนินงานปี 2554 กรมอนามัย จึงเน้นการพัฒนาสุขภาพแม่และเด็กอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนให้ชุมชนรับรู้ปัญหา ร่วมคิด

ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผลและรับผลประโยชน์ ซึ่งคาดหวังว่าการดำเนินงานจะเกิดความยั่งยืนและเป็นการแก้ปัญหาที่ตรงต่อความต้องการของประชาชนพร้อมทั้งสร้างความเชื่อมโยงสู่ครัวเรือนโดยปราชญ์แม่และเยี่ยมบ้านเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังสุขภาพในระดับชุมชน และเกิดการแก้ไขปัญหาสุขภาพแม่และเด็กโดยชุมชนเพื่อชุมชน เป็นมิติใหม่ที่งานอนามัยแม่และเด็กได้ก้าวล่วงสู่การดำเนินงานที่ประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดการสุขภาพของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและการจัดการวางระบบสุขภาพแม่และเด็กของชุมชน ทั้งนี้การขับเคลื่อนงานทางสังคมมีความจำเป็น ที่จะต้องบูรณาการงานร่วมกันและได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน รวมถึงภาคเอกชน ชุมชน และประชาชน

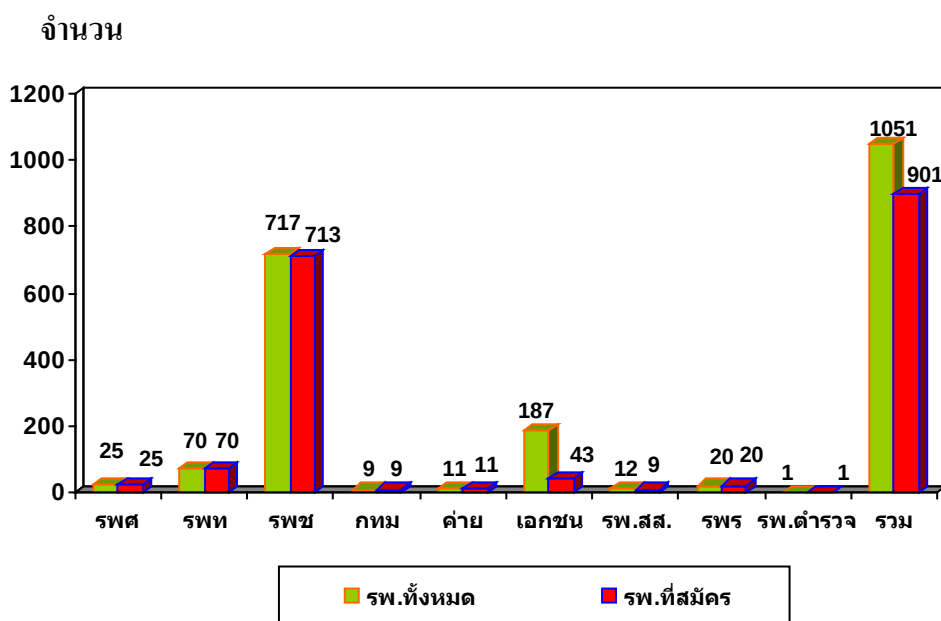
วัตถุประสงค์

1. บูรณาการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในหน่วยบริการครอบครัว
2. พัฒนาองค์ความรู้และระบบบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

ผลผลิต

โครงการ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวเริ่มดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2550 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้โรงพยาบาลรัฐและเอกชนสมัครเข้าร่วมโครงการ ด้วยความสมัครใจ มีโรงพยาบาลรัฐ และเอกชนสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 901 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 86 ของโรงพยาบาลทั้งหมด

รูปที่ 3.2 จำนวนโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว



ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2551 - ปัจจุบัน (มิถุนายน 2554) โรงพยาบาลของรัฐ และเอกชนผ่านการประเมินระดับทองจำนวน 656 แห่ง สาละสำคัญของพัฒนาคุณภาพบริการ มิใช่เพียงแต่จะให้ความสำคัญแต่การพัฒนาในระดับโรงพยาบาลเท่านั้น ยังรวมไปถึงการพัฒนา ศักยภาพและองค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยได้มีการพัฒนาองค์ความรู้แก่ บุคลากรในเรื่องการดูแลสตรีมีครรภ์แนวใหม่ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลก การพัฒนาคลินิกเด็กดี สร้างลูกฉลาด การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้คลินิก 3 วัยเด็กไทยฉลาด โดยมุ่งหวังให้แต่ละโรงพยาบาลมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความรู้ ความสามารถในการ จัดบริการที่ได้มาตรฐาน และจัดบริการเชื่อมโยงสู่ครัวเรือนโดยการอบรม อสม. นมแม่เพื่อสายใยรัก แห่งครอบครัวเพื่อการค้นหาสตรีมีครรภ์ ให้คำแนะนำและส่งต่อฝากครรภ์ ณ สถานบริการสาธารณสุข เพื่อสุขภาพลูกน้อยในครรภ์และป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด และการเยี่ยมบ้านแม่หลังคลอดเพื่อ ช่วยเหลือเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น แกนนำชุมชน จึงได้จัดสัมมนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการขับเคลื่อนสุขภาพแม่และเด็ก โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

ตารางที่ 3.1 จำนวนโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการและผ่านการประเมินโรงพยาบาลสายใยรัก ระดับทอง จำแนกตามปีงบประมาณ

โรงพยาบาล	รพ.ที่รับ พระฉายาลักษณ์	รพ.ที่สมัครเข้า ร่วมโครงการ	โรงพยาบาลที่ผ่านระดับทอง				
			ปี 51	ปี 52	ปี 53	ปี 54	รวม
รพศ.	25	25	14	8	3	-	25
รพท.	70	70	48	12	3	3	66
รพช.	717	713	69	163	152	139	523
รพร. (ยุพราช)	20	20	17	3	-	-	20
สำนักการแพทย์	9	9	-	3	2	-	5
รพ.สต.	12	9	9	-	-	-	9
เอกชน	186	43	2	-	1	-	3
รพ. ค่าย	11	11	-	-	-	4	4
รพ.ตำรวจ	1	1	-	-	1	-	1
(สำนักนายกรัฐมนตรี)							
รวม	1,051	901	159	189	162	146	656

ผลงานปีงบประมาณ 2551 ผ่านระดับทอง 159 แห่ง ปีงบประมาณ 2552 ผ่านระดับทอง 189 แห่ง ปีงบประมาณ 2553 ผ่านระดับทอง 162 แห่ง และปีงบประมาณ 2554 ผ่านระดับทอง 146 แห่ง รวมทั้งสิ้น 656 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62 ของโรงพยาบาลทั้งหมดและคิดเป็นร้อยละ 73 ของโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ

นอกจากการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องแล้ว การใช้มาตรการทางด้านกฎหมายก็เป็นอีกหนึ่งในกิจกรรมของโครงการเช่นกัน โดยได้มีการเร่งรัดดำเนินการหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการตลาดอาหารและผลิตภัณฑ์แม่และเด็กมีการปรับปรุงเพิ่มเติม ออกประกาศขององค์การอาหารและยา ขยายพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2552 จัดทีมเฝ้าระวังการล่อลวงละเมิดในระดับจังหวัด มีการอบรมเภสัชกรและประชุมผู้ประกอบการด้วย

ทั้งนี้ การสร้างความตระหนักรู้โดยการสื่อสารสังคม ให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพแม่และเด็ก การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการรณรงค์ในวาระสำคัญๆ จึงเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญยิ่ง โดยได้มีการจัดกิจกรรมประกอบด้วย โครงการรวมพลคนกินนมแม่ เพื่อสร้างความตระหนักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนอายุ 6 เดือน และให้นมแม่ควบคู่ไปกับอาหารที่เหมาะสม จนถึงอายุ 2 ปี ซึ่งจัดมาทั้งหมด 2 ครั้ง โดยกิจกรรมภายในงานมีการประกวดและมอบรางวัลเกียรติคุณแก่ “คุณแม่ต้นแบบนมแม่” และอบรมเรื่องนมแม่ในสถานประกอบการ รวมถึงการจัดนิทรรศการรณรงค์การให้เด็กกินนมแม่ การจัดรายการวิทยุ จัดโรดโชว์ การจัดตั้ง Call Center ตอบปัญหา และการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ทั้งสิ่งพิมพ์ และเว็บไซต์ การจัดรวมพล อสม. นมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว เป็นต้น

ผลลัพธ์ของการดำเนินงานพบว่า

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายลดลงเหลือร้อยละ 8.1 แต่ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข เนื่องจากเด็กที่คลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จะมีปัญหาด้านสุขภาพมากมาย ทั้งด้านการเจริญเติบโตและการพัฒนาการจากการศึกษาพบว่าเด็กที่คลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เมื่อโตเข้าสู่ผู้ใหญ่จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม อีกทั้งปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จะสอดคล้องกับการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 10.4 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 16.50 ในปี 2551 (สำนักงานสถิติ, 2551) ในจำนวนแม่ที่คลอดลูกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม นี้จะพบแม่ที่คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 45 – 50 ดังนั้นจึงเป็นปัญหาที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไขโดยเร็ว

อัตราทารกขาดออกซิเจน เมื่อแรกคลอดที่ 1 นาที พบว่ามีแนวโน้มลดลง ในปี 2552 จากอัตรา 26.6 ต่อพันการเกิดมีชีพ ลดลงเหลือ 25.0 ต่อพันการเกิดมีชีพ ในปี 2553 ภาวะการขาดออกซิเจนเมื่อแรกคลอด จะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อพัฒนาการเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังและจัดระบบบริการในระยะตั้งครรภ์ และขณะคลอดให้มีคุณภาพก็จะช่วยให้อัตราทารกขาดออกซิเจนลดลงได้

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพิ่มขึ้นตามลำดับจากร้อยละ 14.5 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 29.6 ในปี 2553

อัตราพัฒนาการเด็กแรกเกิด – 5 ปี ในปี 2542, 2547, 2550 และ 2553 ประเมินโดยเครื่องมือ Denver II มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 71.7 ในปี 2542 ลดลงเหลือ 67.7 ในปี 2550 และในปีงบประมาณ 2553 พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.3

ตารางที่ 3.2 แสดงผลลัพธ์โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลงาน		
		ปี 51	ปี 52	ปี 53
ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ที่ 1 นาที	ร้อยละ 30 : 1,000 การเกิดมีชีพ	25.9	26.6	25.0
ทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ 7 หรือลดลงจก ฐานข้อมูลเดิมร้อยละ 0.5 ต่อปี	8.8	8.6	8.1
อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือน	ร้อยละ 25 หรือเพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลเดิม ร้อยละ 2.5 ต่อปี	14.5	24.5	29.6
อัตราทารกแรกเกิดถึง 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 90	67.7	-	70.3

จากการศึกษา พบว่าเด็กที่กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่ 2 - 11 จุด ดังนั้นการส่งเสริมให้ลูกได้กินนมแม่ตั้งแต่แรกคลอดในห้องคลอด และต่อเนื่องถึง 6 เดือนเต็ม จึงมีความสำคัญ แต่ทั้งนี้พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ก็มีความสำคัญควบคู่กันไปด้วย จากการศึกษาของแพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ เมื่อปี 2554 พบว่า นอกจากสารอาหารขณะแม่ตั้งครรภ์ที่ธาตุเหล็กและไอโอดีนแล้วปัจจัยที่สำคัญอันดับ 1 ที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กแบบองค์รวม คือ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่เป็นสิ่งเร้า กระตุ้นให้เด็ก เกิดการเรียนรู้ เช่น การเล่าหรืออ่านนิทานให้ลูกฟัง การร้องเพลงกล่อม การเป็นแบบอย่างให้เด็กได้เลียนแบบ และการฝึกทักษะให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเองตามวัย จะส่งผลให้เด็กมีระดับสติปัญญาเพิ่มขึ้น และมีพัฒนาการสมวัย

นอกจากนี้ยังได้ส่งเสริมการศึกษาวิจัยองค์ความรู้และเทคโนโลยีอนามัยแม่และเด็ก เช่น การศึกษาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก การพัฒนาคลินิกเด็กดี ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีการสำรวจความครอบคลุมและปัญหาอุปสรรคด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มหญิงมีครรภ์และเด็ก รวมถึงการสำรวจการเสียชีวิตของมารดาและทารก

โครงการโรงพยาบาลสายใยรักในครอบครัวนับเป็นโครงการที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตเด็กไทย เพราะเด็กจะเติบโตไปเป็นทรัพยากรบุคคลของชาติที่มีคุณภาพได้ ก็ต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และการเลี้ยงดูเด็กจึงควรให้ได้รับการเลี้ยงดูให้เจริญเติบโต และมีพัฒนาการสมวัย มีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ดังปณิธานของพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ที่ต้องการส่งเสริมความอบอุ่นในสถาบันครอบครัว อันเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาอนาคตของชาติสืบไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ประกาศนโยบายโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
2. ทีมงานมีความมุ่งมั่น สร้างสรรค์ นำนโยบายที่ได้รับจากผู้บริหารสู่การปฏิบัติอย่างเข้มแข็ง
3. เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ เช่น มีการปรับเปลี่ยนบริการแบบบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One Stop Service)
4. มีบุคคลต้นแบบในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ตั้งครรภ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน
5. มีนวัตกรรมช่วยสนับสนุนการดำเนินงานและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในแต่ละแผนก
6. ชุมชนเข้มแข็งให้ความร่วมมือ ตระหนัก และเข้าใจบทบาทของตนเอง มีแผนดำเนินงานชัดเจน
7. ภาควิชาช่วยบริการสุขภาพ เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และเอกชน มีความเข้มแข็ง ให้ความสำคัญ และสนับสนุนงบประมาณกิจกรรมชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว การประกวดหนูน้อยสุขภาพดี

โครงการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในชุมชนด้านสุขภาพอนามัยและการพัฒนาการของเด็ก

วัตถุประสงค์

1. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการ การเจริญเติบโต เต็มตามศักยภาพของเด็ก
2. พัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้ ทักษะการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างรอบด้าน
3. พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่างๆ

เพื่อการพัฒนาเด็ก

4. พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นศูนย์การเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย
5. พัฒนาเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ด้วยหนังสือเล่มแรกโดยพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู

กลวิธี

แผนงาน 1 พัฒนาศักยภาพเด็กแรกเกิด-1 ปี ด้วยการใช้ หนังสือเล่มแรก

1. การอบรม “การใช้หนังสือเล่มแรกและพัฒนาสุขภาพอนามัยศูนย์เด็ก” ประกอบด้วย พยาบาลจากโรงพยาบาล สถานีอนามัย เพื่อพัฒนาให้มีทักษะสอนพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู ใช้หนังสือเล่มแรก
2. จัดหาหนังสือ สำหรับเด็ก 3 กลุ่มอายุ คือ
 - เล่มที่ 1 หนังสือ “ตั้งไข่ล้ม” สำหรับเด็กแรกเกิด มอบให้แม่หลังคลอด เนื้อหาเป็นบทคำร้องเล่น คำคล้องจอง เพื่อพ่อแม่อ่านคำร้องเล่นกล่อมลูกตั้งแต่แรกเกิด ส่งเสริมพัฒนาการและสร้างความผูกพันกับลูก
 - เล่มที่ 2 หนังสือ “ดึกด่ำ” มอบเด็กอายุ 6 เดือน ที่มารับวัคซีน สำหรับพ่อแม่สอนลูก เรียนรู้เรื่องเวลา และกิจกรรมประจำวัน
 - เล่มที่ 3 หนังสือ “นิทานอีสป” มอบเด็กอายุ 12 เดือน ที่มารับวัคซีน สำหรับพ่อแม่ ปลุกฝังคุณธรรม จริยธรรมให้กับลูก
3. สนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้วิธีการใช้หนังสือกับเด็ก เพื่อสามารถให้คำแนะนำพ่อแม่ ขณะเยี่ยมชมติดตามครอบครัวที่มีเด็กแรกเกิด-5 ปี

แผนงาน 2 พัฒนาคุณภาพศูนย์เด็กเล็กด้านสุขภาพอนามัยและการพัฒนาการ

1. อบรมครูพี่เลี้ยง เรื่อง จัดบริการเด็กในศูนย์เด็กเล็ก เน้น การส่งเสริมสุขภาพอนามัย พัฒนาการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต เด็กปฐมวัย
2. จัดทำสื่อสนับสนุนศูนย์เด็กเล็ก คู่มือส่งเสริมพัฒนาการสำหรับศูนย์เด็กเล็ก
3. สนับสนุนศูนย์เด็กเล็กให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน้อย
4. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล ประเมินและรับรองคุณภาพศูนย์เด็กเล็ก

**แผนงาน 3 พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีส่วนร่วมการส่งเสริม
พัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิด-5ปี**

1. อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีทักษะให้คำแนะนำ ติดตามพ่อแม่
เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้วยการใช้หนังสือเล่มแรก การเยี่ยมบ้าน และสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาเด็กใน
ศูนย์เด็กเล็ก
2. ผลิตคู่มือ อสม. ส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี

แผนงาน 4 การบริหารจัดการ ประสานภาคีเครือข่ายพัฒนาเด็ก และสร้างกระแสสังคม

1. แต่งตั้งคณะกรรมการของจังหวัด ที่ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน
ดำเนินงาน
2. ประเมินและรับรองศูนย์เด็กเล็กให้เป็นศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่
3. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์

**โครงการการจัดทำร่างเอกสารและข้อเสนอเชิงนโยบาย ประเด็น หลักเกณฑ์สากล
ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง
ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553**

วัตถุประสงค์

1. เพื่อ พัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพในประเด็น หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเสนอ เข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553
2. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาชนและ เอกชนในกระบวนการพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การ เป็นเครือข่ายรองรับการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 ต่อไป
3. ผลักดันให้มีระเบียบ ข้อปฏิบัติ และข้อบังคับในพระราชบัญญัติอาหารทารกและ เด็กเล็กให้ครอบคลุมมากขึ้น

กิจกรรม/การดำเนินงาน

1. ประสานภาคีเครือข่ายเพื่อเสนอรายชื่อ เพื่อแต่งตั้งเป็นคณะทำงานวิชาการเฉพาะ ประเด็น...หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ต่อคณะอนุกรรมการวิชาการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553
2. กำหนดปฏิทินการดำเนินงานและจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุน งบประมาณ พร้อมทั้งมอบหมายงาน
3. รวบรวมข้อมูลเชิงสถานการณ์ สังเคราะห์ร่างเอกสารหลัก ข้อเสนอเชิงนโยบาย และเอกสารผนวกข้อเสนอ
4. จัดกระบวนการรับฟังความเห็น/เวทีสาธารณะเพื่อรับฟังความเห็น ต่อร่างเอกสาร หลัก ข้อเสนอเชิงนโยบายและเอกสารผนวกข้อเสนอ
5. ร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาร่างเอกสารหลัก ข้อเสนอเชิงนโยบายและ เอกสารผนวกข้อเสนอ ซึ่งเป็นการประชุมร่วมระหว่างอนุกรรมการวิชาการ และคณะทำงานวิชาการเฉพาะ ประเด็น (ประธานและฝ่ายเลขานุการคณะทำงานฯ)
6. ปรับปรุงร่างเอกสารหลัก ข้อเสนอเชิงนโยบายและเอกสารผนวกข้อเสนอ
 - ตามข้อเสนอจากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ เป็นเอกสารร่างแรกส่งให้ คณะอนุกรรมการวิชาการ
 - ตามความเห็นของภาคีเครือข่าย เป็นเอกสารร่างสองส่งให้คณะอนุกรรมการวิชาการ

7. เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 เพื่อตอบข้อซักถามและปรับปรุงข้อเสนอฯ ก่อนสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะลงมติรับรอง

ผลผลิต

หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2551 ได้ผ่านการพิจารณาเสนอเป็นประเด็นและผ่านความเห็นชอบในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ระหว่างวันที่ 15-17 ธันวาคม 2553 ณ องค์การสหประชาชาติ เรื่อง การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

ปัจจัยความสำเร็จ

ภาคี เครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ตระหนักเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่วมร่างเอกสารหลัก ร่างมติ และให้การสนับสนุนประเด็น การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ในเวทีรับฟังความคิดเห็นทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งสนับสนุนประเด็นในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 ระหว่างวันที่ 15-17 ธันวาคม 2553

ปัญหา อุปสรรค

ขอบเขตของหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2551 มีผลกระทบต่อภาระงานของเจ้าหน้าที่ผู้ผลิตอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ต้องมีข้อมูล องค์ความรู้สนับสนุนจากภาคี เครือข่าย องค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรวมทั้งบริษัทผู้ผลิตอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กจึงสามารถผลักดันประเด็นผ่านความเห็นชอบเป็นมติในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3

ผลลัพธ์

มติ 3 การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

1. สนับสนุนการควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2551 โดยใช้ พรบ.อาหาร 2522
2. พัฒนาและผลักดันร่าง พรบ.การตลาดอาหาร สำหรับ ทารก, เด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2551 ให้สำเร็จในปี พ.ศ. 2555
3. ศึกษาเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ ในการขยายสิทธิการลาคลอด และพิจารณาปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิการลาคลอดให้เป็น 180 วัน

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญนมแม่ (มิสนมแม่) ปีที่ 4

วัตถุประสงค์

1. พัฒนานองค์ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ผู้เชี่ยวชาญนมแม่
2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
3. เชื่อมโยงเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญนมแม่

กิจกรรมการดำเนินงาน ประชุมปฏิบัติการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้เชี่ยวชาญนมแม่ประจำโรงพยาบาล (มิสนมแม่) ปีที่ 4 ระหว่างวันที่ 28-29 มิถุนายน 2553 ณ โรงแรมจอมเทียน การ์เด็น รีสอร์ท พัทยา จังหวัดชลบุรี

ผลผลิต

ผู้เข้าร่วมประชุม 224 คน ส่วนใหญ่จากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 32.6 รองลงมาจาก โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 25.3 มาจากแผนกห้องคลอด มากที่สุด ร้อยละ 20.5

ประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประเด็นที่ 1 ปัจจัยความสำเร็จในการปฏิบัติงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย

ด้านผู้บริหาร คือ นโยบายผู้บริหารที่ชัดเจนมีมาตรการทางกฎหมาย การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ตลอดจนการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

ด้านผู้ปฏิบัติ คือ ความอดทน เสียสละ มุ่งมั่น ทุ่มเท และมีทัศนคติที่ดีคือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และต้องมีความเชี่ยวชาญและพัฒนานองค์ความรู้สม่ำเสมอ และถ่ายทอดองค์ความรู้สู่สาธารณชน

ประเด็นที่ 2 บทบาทหน้าที่มิสนมแม่ประจำโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบันและอนาคต

ปัจจัยความสำเร็จในการจัดการประชุม

วิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม เจ้าหน้าที่สำนักส่งเสริมสุขภาพ และศูนย์อนามัยตระหนักเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สนับสนุนการดำเนินงานจัดการประชุมทำให้การประชุมบรรลุวัตถุประสงค์

ปัญหาอุปสรรค จัดประชุมต่างจังหวัดทำให้มีการใช้งบประมาณมากเกินไปได้ประมาณการไว้

ผลลัพธ์ ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการจัดประชุม

ข้อเสนอแนะ

สภาพเศรษฐกิจสังคมปัจจุบัน แม่ส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่อยู่ในวิถีปกติ ดังนั้น จึงต้องมีผู้เชี่ยวชาญนมแม่ประจำโรงพยาบาล หรือมีสนมแม่ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อให้สามารถช่วยเหลือแม่ให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ความยุ่งยากซับซ้อนปัญหาดังกล่าวนับวันจะเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้ปฏิบัติด้านนมแม่มักเปลี่ยนแปลงโยกย้ายงานบ่อยเนื่องจากไม่มีความก้าวหน้า จึงทำให้ขาดแคลนผู้ปฏิบัติด้านนมแม่ที่จะสามารถช่วยเหลือแม่ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ดังนั้น จึงมีนโยบายที่จะก้าวหน้าให้กับผู้เชี่ยวชาญนมแม่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

การดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้สถานบริการของรัฐดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการของโรงพยาบาล ในส่วนของการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ นโยบายประกอบด้วย การจัดให้มีบริการปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างมีคุณภาพ ด้วยความสมัครใจของผู้รับบริการ และเก็บผลการตรวจเป็นความลับอย่างเคร่งครัด หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการตรวจเซลล์ซีดี 4 (CD4) และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสเมื่อแรกเกิด ได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารก และได้รับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีแม่หลังคลอด สามีหรือคู่ครอง และลูก ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสตามสภาพของการติดเชื้อ ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์ปัจจุบัน จากรายงานของสำนักระบาดวิทยา ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี เฉพาะพื้นที่ประเทศไทย ในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา (2549 – 2553) พบว่า อัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และตรวจเลือดเอชไอวีมีอัตราลดลง จากร้อยละ 0.9 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 0.85, 0.72, 0.65 ในปี 2550, 2551, 2552 ตามลำดับ และในปี 2553 เท่ากับร้อยละ 0.70 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จากรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่ามีอัตราอยู่ที่ร้อยละ 3.6

ในแต่ละปีจะมีเด็กที่มีโอกาสติดเชื้อจากแม่ ประมาณ 200 - 220 ราย ซึ่งถ้าไม่มีการดำเนินงานใด ๆ จะมีเด็กติดเชื้อประมาณ 1,200 – 1,500 ราย ต่อปี (กรณีที่ไม่มีการดำเนินการใดๆเลย มีจำนวนเด็กเกิดต่อปีเท่ากับ 800,000 คน/ อัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 0.7 และอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเท่ากับร้อยละ 25) ซึ่งจะช่วยให้เด็กไม่ติดเชื้อได้ถึงปีละ 1,000 – 1,300 ราย

ปัญหา โดยการวิเคราะห์จากข้อมูลสถานการณ์

จากข้อมูลสถานการณ์ มีแนวโน้มว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์จะอยู่ในอัตราคงที่ หรืออาจลดลงเพียงเล็กน้อย เนื่องจากระบบบริการดูแลรักษาแม่ ลูก และครอบครัว ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ดี มีประสิทธิภาพ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อต้องการตั้งครรภ์อีก บวกกับการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ และจากการที่ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการให้ยาต้านไวรัส

ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงช่วยให้ลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกลงได้ ต่ำกว่าร้อยละ 3 ทำให้จำนวนเด็กที่ติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้บ้าง แต่ไม่มากนัก

เป้าหมายการดำเนินงานและผลลัพธ์ ในปี 2553

กรมอนามัย สนับสนุนให้สถานบริการทั่วประเทศ ดำเนินงานตามนโยบาย การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดบริการ ปี 2553 ดังนี้

1. อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 0.7 (ผลลัพธ์ เท่ากับร้อยละ 0.65)
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 98.5 (ผลลัพธ์เท่ากับ 98.5)
3. เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการติดตามต่อเนื่องและได้รับการตรวจเลือดเอชไอวี ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (ผลลัพธ์เท่ากับ ร้อยละ 85)
4. อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ไม่เกินร้อยละ 3.6

ผลการดำเนินงาน ตามกิจกรรมหลักประกอบด้วย

1. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดสำหรับคู่สามีภรรยา (การให้การปรึกษาแบบคู่ในคลินิกฝากครรภ์: Couple counseling)

กรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่าย พัฒนาหลักสูตรการให้บริการปรึกษาแบบคู่ในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกหลังคลอด (วางแผนครอบครัว) จัดทำคู่มือวิทยากร จัดอบรมความรู้และทักษะสำหรับวิทยากร และผู้ให้บริการปรึกษา จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการจัดบริการปรึกษาแบบคู่ สนับสนุนการจัดบริการปรึกษาแบบคู่ในคลินิกฝากครรภ์ ตลอดจนบูรณาการการปรึกษาด้านเอดส์ร่วมกับการปรึกษาด้านอื่นๆ เช่น อนามัยการเจริญพันธุ์ มีการพัฒนาสื่อความรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการประเมินผลการดำเนินงานการให้บริการปรึกษาแบบคู่ ในพื้นที่เป้าหมายของโครงการ และประเมินความพึงพอใจและผลของการให้บริการ

2. การผลิตพัฒนาองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมการจัดประชุมสัมมนาการให้การปรึกษากับความก้าวหน้าการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จัดประชุมคณะกรรมการเอดส์ในแม่และเด็ก เพื่อนำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งนำไปสู่นโยบายใหม่ (ปี 2554) เรื่องการให้บริการ

ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่เพิ่มเติมประเด็นเรื่อง การให้การปรึกษาแบบคู่ (Couple counseling) การให้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง (HAART) และการตรวจเลือด PCR ในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีให้เร็วที่สุด มีการจัดพิมพ์และสนับสนุนคู่มือแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี (ฉบับปรับปรุงที่สอดคล้องกับนโยบายใหม่)

3. ส่งเสริมการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

โดยการสนับสนุนผสมเพื่อทดแทนนมแม่ สำหรับเด็กอายุ <2 ปี ที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2553 สำหรับเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อจำนวน 5,600 ราย

แผนการดำเนินงานในปี 2554

1. พัฒนาและปรับปรุงระบบรายงาน การดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (PHIMS/NAP) โดยการสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณจากศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐด้านสาธารณสุข
2. พัฒนาระบบการดูแลเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังคลอด และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณกองทุนโลก รอบที่ 10
3. ส่งเสริมให้สามีมามีคลินิกฝากครรภ์พร้อมกับภรรยา เพื่อได้รับการปรึกษาเรื่องเอดส์และปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยการผลิตสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้สามีมามีส่วนร่วมในการมาฝากครรภ์เป็นคู่ สนับสนุนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ในจังหวัดเป้าหมาย และประเมินผลการใช้สื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

ผลการดำเนินงาน
กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน

โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

กรมอนามัยได้ดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาจนเป็นที่รู้จักของสังคม มีโรงเรียนเข้าร่วมดำเนินการอย่างทั่วถึงและได้มีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2551 กรมอนามัยได้พัฒนาต่อยอดการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสู่ระดับที่สูงขึ้น คือโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ที่เน้นการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน โดยปี 2552 เป็นปีแรกที่เริ่มทำการประเมินโรงเรียนเพื่อผ่านเกณฑ์ ผลปรากฏว่ามีโรงเรียนผ่านการรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร รวม 37 แห่ง สำหรับการดำเนินงานในปี 2553 มุ่งสร้างความเข้มแข็งให้โรงเรียนสามารถพัฒนาประสิทธิภาพของกระบวนการดำเนินงานให้บรรลุผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดได้ อีกทั้งยังมุ่งหมายให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้มีบทบาทร่วมกันในการพัฒนาโรงเรียนสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโรงเรียนให้ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพก้าวสู่ระดับที่สูงขึ้น
2. เพื่อยกระดับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร
3. เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและความพร้อมของบุคลากรฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายศึกษาในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร
4. เพื่อส่งเสริมการประสานงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีบทบาทในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

กลุ่มเป้าหมาย โรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาทุกสังกัดทั่วประเทศ

ตัวชี้วัด โรงเรียนผ่านเกณฑ์ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรแห่ง (ศูนย์อนามัยละแห่ง)

กิจกรรมการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด มีดังนี้

1. จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจากศูนย์อนามัย วัตถุประสงค์เพื่อทบทวน/ปรับปรุง สร้างความเข้าใจในรายละเอียดตัวชี้วัดและแนวทางการประเมิน ผู้เข้าประชุมประกอบด้วย นักวิชาการจากศูนย์อนามัย ที่ 1 - 12 และนักวิชาการที่เกี่ยวข้องจากสำนัก/กอง ทั้งภายในและภายนอกกรมอนามัย รวม 46 คน เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2552 ณ ห้องประชุมสำนักส่งเสริมสุขภาพ

2. จัดประชุมปฏิบัติการสำหรับผู้รับผิดชอบงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัด วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รายละเอียดตัวชี้วัดและแนวทางการประเมิน ผู้เข้าประชุมประกอบด้วย นักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด นักวิชาการจาก กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ สำนักอนามัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวม 136 คน เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2552 ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี

3. จัดประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจครอบคลุมโรงเรียนที่จะพัฒนาสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาให้โรงเรียนดำเนินการสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยผู้บริหารโรงเรียนหรือผู้แทนจาก โรงเรียนเป้าหมาย (ศูนย์อนามัยละ 3 แห่ง และโรงเรียนในฝัน 185 แห่ง) และผู้เกี่ยวข้อง รวม 285 คน เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2552 ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี

4. ประชุมวิชาการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2553 เพื่อเป็นเวทีในการ ประกวดและประกาศเกียรติคุณโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรระดับประเทศรวมทั้งนำเสนอ ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และรับฟังข้อคิดเห็น ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยผู้บริหารโรงเรียนหรือ ผู้แทนนักเรียน นักวิชาการจากศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้เกี่ยวข้อง รวม 555 คน เมื่อวันที่ 22-23 มีนาคม 2553 ณ โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ต จังหวัดปทุมธานี

5. พัฒนาคู่มือในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพด้วยตนเองของนักเรียนผ่านระบบ E-service วัตถุประสงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูมีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรม การประเมินสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน ดำเนินการใน 27 จังหวัดที่เหลือ ผู้เข้าประชุมรวม 130 คน เมื่อวันที่ 16-17 ธันวาคม 2552 ณ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร

6. ประชุมพัฒนางานด้านสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนสังกัดการศึกษาพิเศษเพื่อ ปรีกษาหรือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนสังกัดการศึกษาพิเศษ ผู้เข้าประชุม ประกอบด้วยผู้บริหารและนักวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวนประมาณ 30 คน เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2553 ณ ห้องประชุมสำนักส่งเสริมสุขภาพ

7. สนับสนุนสื่อเอกสารวิชาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชนแก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงเรียนและผู้เกี่ยวข้อง

8. นิเทศ ติดตาม และออกประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

9. เฝ้าระวังสุขภาพนักเรียนด้วยตนเองโดยใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพ (งบประมาณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) โดยสนับสนุนแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วย ตนเองให้กับนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ มัธยมศึกษาปีที่ 1 ทุกโรงเรียน ทุกสังกัด ทั่วประเทศ ใช้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ

10. จัดพิมพ์คู่มือการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเด็กวัยเรียนและเยาวชน สนับสนุนให้ จังหวัดและโรงเรียนใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน เนื้อหาประกอบด้วย

องค์ความรู้ต่างๆจากกรม กอง ที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชน วิธีการตรวจสอบภาพนักเรียน การส่งเสริมพฤติกรรมในด้านต่างๆ ตัวอย่างกิจกรรมการเรียนรู้ แนวทางการปฏิบัติ บทบาทหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง ฯลฯ

11. สนับสนุนให้ศูนย์อนามัยและจังหวัดได้มีการพัฒนาศักยภาพชมรมเด็กไทยทำได้ เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานชมรมเด็กไทยทำได้และประกาศเกียรติคุณชมรม เด็กไทยทำได้ดีเด่น

12. พัฒนาระบบฐานข้อมูลในเว็บไซต์เด็กไทยทำได้ เพื่อเป็นสื่อกลางในการ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างทันสมัยและรวดเร็ว รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารและองค์ความรู้ต่างๆ

13. ประเมินรับรองการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

14. เป็นวิทยากรและให้คำปรึกษาแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

ผลผลิต โรงเรียนผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรจำนวน 60 แห่ง

ปัจจัยความสำเร็จ

1. นโยบายกระทรวงศึกษาธิการด้านสุขภาพสอดคล้องกับเป้าประสงค์ของโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

2. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ นำประเด็นเรื่องโรงเรียนส่งเสริม สุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการตรวจราชการร่วมกัน

ปัญหาและอุปสรรค

1. บุคลากรระดับจังหวัดบางส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจและการตีความเกณฑ์โรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. เกณฑ์ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรเป็นเกณฑ์ที่วัดผลลัพธ์ทาง สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนจึงเป็นเรื่องค่อนข้างยากสำหรับโรงเรียนที่จะดำเนินการเพื่อ ผ่านเกณฑ์

3. ตัวชี้วัดเพื่อผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรบางตัวชี้วัดต้องใช้ งบประมาณ เช่นในเรื่องของสิ่งแวดล้อม โรงอาหาร ส้วม ฯลฯ จึงจำเป็นต้องใช้เวลาในการดำเนินการ

โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร

เด็กและเยาวชนที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ เดินทางไปมายากลำบากมาก ขาดแคลน หรือได้รับโอกาสไม่เท่ากับเด็กปกติ ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยได้ดำเนินโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่เป้าหมายได้ให้บริการความรู้และดูแลสุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐานให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนด้านโภชนาการ สุขอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร แก่ครูอนามัย นักเรียนแกนนำประชาชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร รวมถึงสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ได้รับความรู้และบริการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม มีภาวะโภชนาการ สุขภาพอนามัยที่ดี และอยู่ในสภาพแวดล้อมของโรงเรียนและชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

กิจกรรมการดำเนินงาน

1. สนับสนุนให้ศูนย์อนามัยดำเนินการพัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำ ครู และผู้เกี่ยวข้องของโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร ประกอบด้วย โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน โรงเรียนสพฐ. ทุรกันดาร โรงเรียนเอกชนอิสลาม และศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” (ศสช.) ในรูปแบบต่างๆ ตามสภาพปัญหาแต่ละพื้นที่ เช่น จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ อบรมครู อบรมนักเรียน แกนนำค่ายเด็กไทยทำได้ค่ายสามเณรทำได้ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นิทรรศการผลงานโรงเรียน ตรวจเยี่ยมพัฒนาและประเมินความรู้นักเรียนแกนนำ ตลอดจนให้บริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกแก่เด็ก 0 - 6 ปี ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินพัฒนาการเด็ก จัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคม ตรวจวัดสายตา ตรวจหาปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ และสาธิตการประกอบอาหารที่ถูกต้องโภชนาการ

2. จัดประชุมวิชาการพัฒนาสุขภาพเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ครั้งที่ 2 “เสริมสร้างความรู้สู่สุขภาพสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม” ให้กับผู้บริหารโรงเรียน ครู อนามัย และผู้เกี่ยวข้องของโรงเรียนพระปริยัติธรรมในถิ่นทุรกันดาร 40 แห่ง จำนวน 200 คน เพื่อเฉลิมพระเกียรติฯ ในโอกาสครบรอบสามทศวรรษการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร เพิ่มพูนความรู้และทักษะการส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ สุขอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพในโรงเรียน รวมทั้งเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างภาคีเครือข่ายการพัฒนาสุขภาพสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม โดยมีเนื้อหาความรู้เชิงวิชาการ ประกอบด้วย นิทรรศการเทิดพระเกียรติและนิทรรศการผลงานเด่นด้าน

สุขภาพของโรงเรียน ปาฐกถาพิเศษ“ได้ร่วมพระราชดำริ กพด.” บรรยายพิเศษนโยบาย“สานพลังพัฒนาสมคำห้วงใย สุขอนามัยสามเณร” แบ่งกลุ่มฐานความรู้ 4 ฐาน (ฐาน 1 : โภชนาการ ไอโอดีน อาหารปลอดภัย น้ำดื่มสะอาด ฐาน 2 : ออกกำลังกาย สุขอนามัย ฐาน 3 : หนองพยาธิ ฐาน 4 : ส้วมสิ่งแวดล้อม และเสวนา “ปรัยัธิธรรมนำสามเณรสุขภาพดี : ได้อย่างไร”

3. ประชุมคณะทำงานจัดทำคู่มือพัฒนาสุขภาพอนามัยสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม 4 ครั้ง และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม 500 เล่ม เพื่อจัดสรรให้กับโรงเรียนพระปริยัติธรรมในถิ่นทุรกันดาร ตลอดจนทูลเกล้าฯถวายหนังสือคู่มือฯแด่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสครบรอบสามทศวรรษการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร

4. เข้าร่วมประชุมวิชาการสามทศวรรษการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารระดับภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ โดยเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดนิทรรศการ สนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพ และเป็นผู้ดำเนินรายการในการนำเสนอผลงานของโรงเรียน ตลอดจนเข้าร่วมประชุมวิชาการสามทศวรรษการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารระดับชาติ พร้อมจัดนิทรรศการ

5. ติดตามผลการดำเนินงานของโรงเรียนและเข้าร่วมรับเสด็จในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน บ้านศรีสวัสดิ์ (เฮงเคิลประเทศไทยอุบลรัตน์) อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ผลผลิต (Output)

เด็ก เยาวชน และประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 3,611 คน จากเป้าหมาย 2,800 คน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. เป็นการร่วมสนองงานโครงการตามพระราชดำริฯ
2. ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย และผู้เกี่ยวข้องให้ความสำคัญ สนใจ และมีส่วนร่วม
3. ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอย่างถ้อยสัตย์มิตร ไกลชิด และต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรค

1. ความไม่ชัดเจนของงบประมาณในการดำเนินงาน
2. เข้าไม่ถึงพื้นที่เป้าหมาย เพราะอยู่ห่างไกลและการเดินทางยากลำบากมาก

ผลลัพธ์ (Outcome)

จากรายงานภาวะสุขภาพของเด็กและเยาวชนในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย มีดังนี้

- โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน มีเด็กปฐมวัยและเด็กประถม เตี้ย ร้อยละ 10

- ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา“แม่ฟ้าหลวง” มีหญิงมีบุตรอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 19 ฝากครรภ์ ร้อยละ 38 คลอดกับหมอตำแย ร้อยละ 79 อัตราตายทารก 13 ต่อพันประชากร ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 17 เด็กอายุ 0-5 ปี มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 26 เด็ก ร้อยละ 41 ผอม ร้อยละ 17 และเด็กอายุ 6-15 ปี เด็ก ร้อยละ 33 ผอม ร้อยละ 6
- โรงเรียนพระปริยัติธรรมจังหวัดเชียงราย น่าน และแพร่ มีสามเณร เด็ก ร้อยละ 7 เริ่มอ่าน และอ่าน ร้อยละ 14

ผลการดำเนินงาน
กลุ่มอนามัยวัยทำงาน

โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลที่ไม่เพียงแต่ให้บริการทางการแพทย์ และการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงแบบเบ็ดเสร็จเท่านั้น แต่ได้พัฒนาภาพลักษณ์ขององค์กรที่รวมจุดเน้นเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพเข้าไว้ด้วย โดยพัฒนาโครงสร้าง และวัฒนธรรมองค์กรด้านการส่งเสริมสุขภาพ อาทิ บทบาทของการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน การพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของ โรงพยาบาลให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งประสานงานอย่างแข็งขันกับชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลให้เคลื่อนไปในทิศทางของการเสริมสร้างสุขภาพอย่างเป็นระบบ มีมาตรฐาน และกลมกลืนเข้ากับการควบคุมป้องกันโรค การให้บริการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ที่มีคุณภาพ โดยมีการปรับเปลี่ยนค่านิยม และ พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ ประชาชน ที่จะพัฒนาเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่าง ถูกต้อง ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพทางกาย จิต สังคม ของประชาชนทุกคนดีขึ้น มีภูมิคุ้มกันโรค ไม่เจ็บป่วย หรือ เจ็บป่วยแล้วไม่เจ็บป่วยซ้ำอีก ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการลดอัตราการป่วย การตายของประชาชนในชุมชนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดระบบการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการบูรณาการกระบวนการดำเนินงานไปพร้อมกับการป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพควบคู่ไปกับกระบวนการพัฒนาและรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงาน

1. ประชุมพัฒนาศักยภาพ / ศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติงานให้แก่ทีมประเมินรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ได้รับความรู้และมีความเชี่ยวชาญในการเยี่ยมประเมินโรงพยาบาล
2. จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ ครั้งที่ 7 เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรจากสถานบริการสุขภาพในทุกระดับ ทั้งในด้านกระบวนการดำเนินงาน ความรู้ประสบการณ์และนวัตกรรมต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและบูรณาการเข้าด้วยกันอื่น ๆ และการส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกกลุ่มวัย

3. จัดการประชุมคณะกรรมการพิจารณาตัดสินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาผลการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล ที่ขอรับการประเมินรับรองตามกระบวนการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ 2553 โรงพยาบาลได้ผ่านการประเมินรับรองตามกระบวนการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 190 แห่ง เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 182 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 แห่ง และโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ HPH+ ปี 2551 – 2552 ที่ได้รับการติดตามและยังคงสถานภาพ จำนวน 270 แห่ง

4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและเครือข่าย

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

1. นโยบายและกระแสโลกาภิวัตน์ การส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่กฎบัตรออกดาดา กฎบัตรกรุงเทพเป็นต้นมาที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพด้วย Setting Approach ที่นำไปสู่การจัดทำโครงการนำร่องในโรงพยาบาล 24 แห่ง ใน พ.ศ.2542 เป็นต้น

2. การมีนโยบายที่ชัดเจน จากกระทรวงสาธารณสุข โดยอดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สุจิต ศรีประพจน์) ได้กำหนดเป็นนโยบายในระดับกระทรวงจนถึงนโยบายระดับองค์กร

3. การมีภาคีเครือข่าย และการประสานภาคีเครือข่าย ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมวิชาการและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข

4. การมีแผนแม่บทเพื่อการดำเนินงานโครงการ เมื่อ พ.ศ.2544 ที่สร้างความชัดเจนในเรื่องวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กิจกรรม และการพัฒนา

5. การมีกระบวนการติดตามและพัฒนา ทั้งจากส่วนกลางและพื้นที่จากสำนักตรวจราชการ และระบบการปฏิบัติงานของพื้นที่

6. การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล TQA และมาตรฐานการพัฒนางานองค์กร PMQA ที่ประกอบด้วย องค์ประกอบ 7 ข้อ ที่โรงพยาบาลสามารถพัฒนาตนเอง และมีความสอดคล้องการพัฒนาทีมพัฒนา Facilitator และทีมเยี่ยมประเมิน โรงพยาบาลของศูนย์อนามัย ทั้ง 12 เขต รวมทั้งระบบการพิจารณาตัดสินด้วยคณะกรรมการ

7. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับต่างๆ ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับชาติ โดยเฉพาะระดับชาติ มีความยั่งยืนมาจนถึง ปีที่ 7 พ.ศ.2553 ที่ได้รับพระกรุณาจากพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรราชาในสมเด็จพะบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร เสด็จไปทรงเป็นประธานเปิดการประชุมเวทีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ และประทานเกียรติบัตรให้แก่โรงพยาบาล

8. การประสานภาคีเครือข่ายระดับนานาชาติ ที่สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำสู่การพัฒนาในระดับสากล ร่วมกับ WHO Collaborating Centre for Evidence Based Health Promotion in Hospitals & Health Service มีประเทศสมาชิก จำนวน 37 ประเทศ สำหรับประเทศไทยได้สมัครเป็นสมาชิกประเภทโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลสังกัดกรมอนามัย 12 แห่ง ในอนาคตคาดว่า กระทรวงสาธารณสุขจะได้รับการรับรองเป็นสมาชิกประเภทเครือข่ายประเทศในทวีปเอเชีย มีประเทศได้หวั่นประเทศเดียวเป็นสมาชิก

9. การมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชาติที่ต่อเนื่องมา 7 ปีแล้ว ที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากสมาชิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั่วประเทศได้ทุกปี ด้วยความสมัครใจ ถือเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่นำไปสู่นวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

โครงการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานในสถานประกอบการ

โครงการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานในสถานประกอบการ เริ่มต้นจัดตั้งเครือข่ายแกนนำ ส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ในปีงบประมาณ 2551 มีพื้นที่เป้าหมาย ศูนย์อนามัยละ 1 เครือข่าย ผลการดำเนินงานในปีนั้นพบว่า ศูนย์อนามัยสามารถสร้างเครือข่ายแกนนำ ส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการได้จำนวน 13 เครือข่าย (จังหวัดละ 1 เครือข่าย) คือ ในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรสาคร นครราชสีมา ขอนแก่น มุกดาหาร อุบลราชธานี กำแพงเพชร พิษณุโลก ลำพูน นครศรีธรรมราช สงขลา ปีงบประมาณ 2552 จึงมีการพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน และดำเนินการตามกิจกรรมของเครือข่าย มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ สรุปบทเรียน เผยแพร่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัยและสถานประกอบการที่สนใจ

ปีงบประมาณ 2553 งบประมาณหมวดเงินอุดหนุนได้ถูกโอนให้กับศูนย์อนามัยทุกแห่ง โดยให้ศูนย์อนามัยพิจารณาดำเนินการโครงการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการตามความเหมาะสม สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงปรับกิจกรรมโดยจัดทำ web blog แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ <http://workingage.gotoknow.org> และ website <http://hpworkingage.com> ประกอบด้วยข้อมูลความรู้เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการความรู้ Best Practice การดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์กับโรงพยาบาล ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ และดำเนินการศึกษาและถอดบทเรียนความสำเร็จของการดำเนินงานเครือข่าย ส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ที่จัดตั้งในปีงบประมาณ 2551 จำนวน 2 เครือข่าย คือ เครือข่ายจังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดลำพูน และรวบรวม Best Practice การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน สถานประกอบการ ได้แก่ บริษัทเปปซี่ – โคล่า ไทยเทรคคิง จำกัด มี Best Practice เรื่อง การดำเนินงานลดอ้วนลดพุง กิจกรรมต่อต้านยาเสพติด บริษัท ไทยแอร์ไวร์ จำกัด (สาขาพิษณุโลก) มี Best Practice เรื่อง กิจกรรมออกกำลังกาย และสายใยรักจากแม่สู่ลูก บริษัท โตโยต้า มอเตอร์ (ประเทศไทย) จำกัด จังหวัดสมุทรปราการ มี Best Practice เรื่อง รูปแบบการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านคลิปวิดีโอ คนไทยไร้พุง แกนนำสุขภาพ บริษัท เคแอลดียู เอ็นเตอร์ไพรซ์ จังหวัดสมุทรสาคร มี Best Practice เรื่อง HAPPY WORKPLACE บริษัท เอ็นโอเค คอมพิวเตอร์ (ประเทศไทย) จำกัด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มี Best Practice เรื่อง การจัดการความรู้

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ

1. ผู้บริหารสถานประกอบการให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ

2. แก่นนำเครือข่ายฯ มีศักยภาพ มีความเป็นผู้นำ คล่องตัว และทุ่มเท
3. ความร่วมมือและประสานงานที่ดีจากทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาครัฐและสถานประกอบการ
4. มีแหล่งทรัพยากร เช่น สถานที่ งบประมาณ เอกสาร สื่อต่าง ๆ
5. การสร้างกระแสสุขภาพ ทำให้ผู้บริหารและพนักงานตื่นตัว ในการเข้าร่วมกิจกรรม

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
2. สถานประกอบการมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน มีทรัพยากรสนับสนุน
3. แก่นนำส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ มีการทำงานเป็นทีม ทุ่มเท มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
4. ระบบบริหารจัดการในสถานประกอบการที่ดี เช่น
 - การสื่อสารที่มีหลายช่องทางทั่วถึงทั้งองค์กร
 - ระบบการติดตามประเมินผลที่ดี
 - ระบบการตรวจสอบที่ดีภายในองค์กร
 - การเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ
5. หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ให้การสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ

โครงการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งเต้านม

จากปัญหาอัตราป่วยและตายจากมะเร็งเต้านมในสตรีที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทุกปี สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงได้ดำเนินโครงการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม โดยการรณรงค์ให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อให้สตรีสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อเป็นการคัดกรอง และค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มต้นได้ และจัดทำระบบฐานข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมดำเนินการ

1. ประชุมปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม
2. ประชุมปฏิบัติการ “การใช้โปรแกรมฐานข้อมูลงานเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม”
3. จัดทำสื่อ ภาพพลิก โปสเตอร์ แผ่นพับ และDVD เพื่อสนับสนุนสถานบริการทั่วประเทศในการรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการดำเนินงาน

1. ภาาเครือข่าย ได้แก่ บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาล, สำนักอนามัย และสำนักงานแพทย์ สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 93 คน ได้รับการพัฒนาเพิ่มพูนองค์ความรู้
2. เกิดการพัฒนาฐานข้อมูลการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 4 และศูนย์อนามัยที่ 10
3. มีกิจกรรมรณรงค์ตรวจเต้านมด้วยตนเองในสถานบริการสาธารณสุขทุกจังหวัด รวมทั้ง กรุงเทพมหานคร ในสัปดาห์รณรงค์ ระหว่างวันที่ 25 – 29 ตุลาคม 2553

โครงการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง

หลักการและเหตุผล

ประชากรวัยทอง (ช่วงอายุประมาณ 40 – 59 ปี) จัดเป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย และจากการลดลงของฮอร์โมนเพศ ประชากรหญิงและชายวัยทอง จึงจำเป็นต้องมีการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เหมาะสมกับวัย เพื่อการมีสุขภาพที่ดีในช่วงวัยดังกล่าว และเพื่อเป็นการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดีและคุณภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ประชากรวัยทอง ได้รับการเฝ้าระวังดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับชายวัยทอง
2. เพื่อพัฒนาสื่อการส่งเสริมสุขภาพหญิง – ชายวัยทอง

กิจกรรมและผลการดำเนินงาน

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
1. พัฒนาแบบประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับชายวัยทอง	1. ได้ปรับแบบประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับชายวัยทอง จำนวน 2 แบบ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับชายวัยทอง จำนวน 3 แบบ รวมทั้งจัดทำองค์ความรู้การดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับแบบประเมินทั้ง 5 แบบ
2. พัฒนา Web – site การส่งเสริมสุขภาพ ประชากรวัยทอง	2. Web – site การส่งเสริมสุขภาพหญิง – ชายวัยทอง ที่เป็นช่องทางการสื่อสาร และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพวัยทอง ที่ได้รับการปรับปรุงเนื้อหาและรูปแบบวิธีการนำเสนอ จำนวน 1 Web site

ผู้รับผิดชอบโครงการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ

**ผลการดำเนินงาน
กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ**

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

- จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 10.7 ในปี 2550 (7.0 ล้านคน) เป็นร้อยละ 11.8 (7.5 ล้านคน) ในปี 2553 และร้อยละ 20.0 (14.5 ล้านคน) ในปี 2568 นับว่าเป็นอัตราการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (Population Ageing)” (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)
- องค์การสหประชาชาติให้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรืออายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14
- ในปี 2550 เมื่อแบ่งผู้สูงอายุตามช่วงวัย คือกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) พบว่า เป็นผู้สูงอายุวัยต้นร้อยละ 58.8 มากกว่าครึ่งของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด) เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง ร้อยละ 1.7 และเป็นผู้สูงอายุวัยปลายซึ่งต้องพึ่งพาสูง ร้อยละ 9.5
- นโยบายสำคัญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข: การดำเนินงานผู้สูงอายุได้ถูกกำหนดให้เป็นนโยบายที่จะต้องดำเนินการและให้ความสำคัญเป็นพิเศษนอกเหนือจากภาระงานปกติของกระทรวง ในปี 2554 โดยการดำเนินงานผู้สูงอายุเป็นประเด็นลำดับที่ 16 ดังนี้ “จัดทำแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุด้านสาธารณสุข จะจัดตั้งคณะทำงานยกร่างแผน เช่น โครงการฟันเทียมทั้งปากฟรีหมื่นราย”

ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

- อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ (Ageing Dependency Ratio) หรืออัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.7 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 14.3 ในปี 2545 และ 16.0 ในปี 2550
- สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 6.3 ในปี 2545 เป็น ร้อยละ 7.7 ในปี 2550
- ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 43.3 มีปัญหาซึ่งพบมากที่สุดคือ รู้สึกเหงาร้อยละ 51.2 ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5
- จากการศึกษาวิจัยสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2552 โดยกรมอนามัย พบว่าเมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามศักยภาพในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) คิดเป็นร้อยละ 78.0 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) สัดส่วนร้อยละ 20.0 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ พิการ หรือ ทูพพลภาพ สัดส่วนร้อยละ 2.0

● ผู้สูงอายุวัยปลาย ต้องมีคนเดียวเป็นบางเวลาร้อยละ 52.2 และต้องมีคนเดียวตลอดเวลา ร้อยละ 10.2 (เขวาลักษณ์ ปรปักษ์ขาม, 2547) อายุยิ่งสูงยิ่งเจ็บป่วย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2550 พบว่า ร้อยละ 69.3 ของประชากรในกลุ่ม 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรังและพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และเพิ่มขึ้นเป็น 83.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปี ขึ้นไป

แนวทางการดำเนินงาน

นโยบาย/ แนวทางการดำเนินงานของประเทศไทย

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 550
 - 1.1 แผนนโยบายพื้นฐานของรัฐ

มาตรา 80(1) รัฐต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้
 - 1.2 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ
 - 1.3 สิทธิในกระบวนการยุติธรรม
 - 1.4 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุ
2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564)
3. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข (ปี 2552 – 2554)
5. นโยบายการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
 - 5.1 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
 - 5.2 มีการจัดทำแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ปี 2554-2556)

แนวทางการดำเนินงานสำนักส่งเสริมสุขภาพ

1. ป ระเด็นยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เน้น “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) อย่างเป็นระบบภายใต้ศักยภาพของผู้สูงอายุ 3 กลุ่มตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) โดย
 - 1.1 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เป้าหมายส่งเสริมสุขภาพดี ยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ การเป็นจิตอาสา
 - 1.2 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ส่งเสริมสุขภาพดี ยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย เน้น กิจกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพ Home Care / Home Health Care
 - 1.3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 เป้าหมาย ลดภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน และมีผู้ดูแล

กิจกรรมที่สำคัญคือ Home Care / Home Health Care โดยเจ้าหน้าที่ และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงกิจกรรมบำบัด

2. การดำเนินงานโครงการที่สำคัญ

- 2.1 โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว(TC) ได้ถูกกำหนดให้เป็นตัววัด
กพร.กรมอนามัย “จำนวน ตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจำนวน 12 แห่ง”
- 2.2 โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการ
โดย ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย(CTOP) ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือทางวิชาการระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลญี่ปุ่น โดยองค์การICA
- 2.3 โครงการวิจัยการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพผู้สูงอายุกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย
- 2.4 โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ

จากแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อให้บริการที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ จิตวิทยา สังคม การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและกิจกรรมประจำวันซึ่งเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตามศักยภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และเพื่อเตรียมการรองรับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในท้องถิ่น ชุมชนครอบคลุมทุกจังหวัด ในปี 2554 และ 2555 กรมอนามัยจึงมีบทบาทในการสนับสนุนองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน พร้อมทั้งเชิดชูเกียรติผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี อายุยืนยาวและตำบลที่มีผลการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีผลงานดีเด่น รวมถึงวัดส่งเสริมสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุที่มีผลงานดีเด่น เพื่อเป็นแบบอย่างในการขยายผลการดำเนินงานต่อไป

แผนการบูรณาการ การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

การบูรณาการกับหน่วยงานภายในประเทศ	การบูรณาการกับหน่วยงานต่างประเทศ
1. ร่วมประชุมจัดทำแผนงานกับหน่วยงานต่างๆและภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น - เป็นคณะกรรมการและร่วมประชุมคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข - เป็นคณะกรรมการและร่วมประชุมคณะทำงานเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว - เป็นคณะกรรมการและคณะทำงานด้าน Home Care/Community Care/ Institutional Care	1. บูรณาการการทำงานร่วมกับรัฐบาลญี่ปุ่นภายใต้การดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย(CTOP) 2. การดำเนินงานโครงการเตรียมความพร้อมประชาผู้สูงอายุ ร่วมกับกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุนานาชาติ (Help Age International) ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง

การบูรณาการกับหน่วยงานภายในประเทศ	การบูรณาการกับหน่วยงานต่างประเทศ
2. พัฒนานวัตกรรมและจัดการองค์ความรู้ร่วมกับ ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ ผู้รับผิดชอบงานในระดับ 3. บูรณาการการทำงานร่วมกับสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ตาม ประเด็นตัวชี้วัดการตรวจราชการที่เกี่ยวข้อง 4. พัฒนาความเป็นมืออาชีพอของบุคลากรโดยความ ร่วมมือแบบบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น การอบรมอาสาสมัครผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ,การ อบรมพัฒนาหลักสูตรผู้ประเมินรับรองมาตรฐาน กรมอนามัย	และจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2553 จำนวนตำบลต้นแบบผ่านเกณฑ์ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
จำนวน 37 ตำบล 35 จังหวัด

ปัญหา/อุปสรรค

1. เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงาน กพร.กรมอนามัย แต่ยังไม่มีความรู้หรือแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนสำหรับเป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานแก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ดังนั้นการขับเคลื่อนการดำเนินงานในบางพื้นที่จึงเป็นไปได้ยาก
2. การทำงานค่อนข้างยากเนื่องจากต้องมีการบูรณาการการดำเนินงานหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
3. การสนับสนุนสื่อ / คู่มือ แนวทางการประเมิน และ องค์ความรู้ต่างๆยังไม่เพียงพอ
4. ทีมบริหารจัดการในพื้นที่ยังไม่ชัดเจนจึงทำให้บางพื้นที่ยังไม่มีเจ้าภาพหลัก

แนวทางการแก้ไข

จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ตำบลต้นแบบดีเด่นและการสนับสนุนสื่อคู่มือเอกสารการดำเนินงาน

แผนการดำเนินงานต่อไป

1. ดำเนินการในงานที่ได้รับมอบหมายจากคณะทำงานชุดต่างๆ เช่น การจัดทำ “แผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2554 – 2556)

- 2 . การพัฒนาศักยภาพและขยายผลการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยบูรณาการร่วมกับโครงการCTOP
3. การพัฒนาและขยายผลการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ
4. สนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุในตำบลต้นแบบ LTC ให้ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพมากขึ้น
- 5 . การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในระดับส่วนกลาง ศูนย์อนามัยเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และระดับพื้นที่
6. การผลักดันขับเคลื่อน“การใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 7 . การจัดทำ / พัฒนาสื่อคู่มือแนวทางการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
- 8 . การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชิดชูเกียรติตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีผลงานดีเด่น
- 9 . การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ

โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาหลักเกณฑ์มาตรฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรม / การดำเนินงาน

1. จัดทำ (ร่าง) คำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ.....” แนบท้าย ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (กิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน)
2. ประชุมคณะกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ มาตรฐาน กิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
3. ประชุมคณะทำงานฯ
4. ร่วมประชุมชี้แจงต่อคณะกรรมการสาธารณสุข

ผลผลิต (Out put)

คณะกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ มาตรฐาน กิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้จัดทำ (ร่าง) คำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ.....” แนบท้าย ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (กิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน) และนำเสนอต่อคณะกรรมการสาธารณสุข พิจารณาให้ความเห็นชอบและ ลงนามในเอกสาร “คำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ.2553” เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2553 กรมอนามัยได้เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ประกาศกระทรวงฯและคำแนะนำดังกล่าว ผ่านเว็บไซต์ กรมอนามัย และได้แจ้ง ให้นำหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทราบแล้ว โดยเฉพาะองค์กรปกครองท้องถิ่นเพื่อเป็นแนวทางนำไปประกาศใช้ต่อไป

ปัจจัยความสำเร็จ

1. หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือส่งบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับเรื่องที่พิจารณา มาร่วมเป็นคณะกรรมการ
2. คณะกรรมการฯ พิจารณาให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำมาตรการทางกฎหมายนี้

ปัญหาอุปสรรค

การจัดทำมาตรการทางกฎหมายในลักษณะนี้ต้องพิจารณากันกรองเนื้อหาทุกแง่ทุกมุมอย่างรอบคอบโดยคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ จึงมีขั้นตอนในการดำเนินงาน และใช้เวลาประชุมคณะอนุกรรมการหลายครั้ง

ผลลัพธ์ (Out come)

มีการประกาศใช้ “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (กิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน) และประกาศใช้ “คำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง แนวทาง การควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ.2553” เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2553 เพื่อเป็นมาตรการในการควบคุมกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยองค์กรท้องถิ่นนำไปออกข้อบัญญัติท้องถิ่น ซึ่งจะมีผลให้เกิดการควบคุมกำกับบริการผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

โครงการถักทอสายใยพันธมิตรภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพของพันธมิตรภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีการดำเนินงาน
2. เพื่อเป็นการยกย่อง เชิดชู ประกาศเกียรติคุณ วัดส่งเสริมสุขภาพ และชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุดีเด่น
3. เพื่อให้เกิดการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรม / การดำเนินงาน

1. ศูนย์อนามัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสร้างสุขภาพดีเด่นตามเกณฑ์ จังหวัดละ 1 ชมรม (รับโล่เกียรติคุณจากกรมอนามัย) และชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดเลือกลำดับรองลงมาจะได้รับใบประกาศเกียรติคุณจากกรมอนามัย
2. ศูนย์อนามัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คัดเลือกวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่น (ผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพ) จังหวัดละ 2 วัด (รับโล่เกียรติคุณจากกรมอนามัย) และประเมินวัดผ่านเกณฑ์พื้นฐานวัดส่งเสริมสุขภาพทุกจังหวัด เพื่อรับใบประกาศเกียรติคุณจากกรมอนามัย

ผลผลิต (Out put)

1. ชมรมผู้สูงอายุดีเด่น 85 ชมรม และผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับจังหวัด จำนวน 575 ชมรม
2. วัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่น จำนวน 132 วัด และวัดส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 389 วัด

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ภาคีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญ และสนับสนุนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
2. ภาคีเครือข่ายการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ ให้ความร่วมมือ โดยมีวัดเป็นศูนย์กลาง พระสงฆ์ และทีมงานมีความพร้อม ความตั้งใจ เอาใจใส่จริงใจในการดำเนินงาน
3. เป็นโครงการต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการดำเนินการ ซึ่งเครือข่ายมีความเข้าใจอยู่บ้างแล้ว ทำให้มีการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรค

1. สิ่งสนับสนุนไม่เพียงพอ และขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เช่น คู่มือ แนวคิด การดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ , คู่มือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. มีเครือข่าย และผู้สนใจต้องการเข้าประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเข้าร่วมในพิธีมอบโล่เกียรติคุณ เป็นจำนวนมาก แต่ไม่สามารถตอบสนองได้ เนื่องจากงบประมาณในการดำเนินงานมีจำกัด

ผลลัพธ์ (Out come)

1. สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพ โดยชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
2. พระสงฆ์ และประชาชนในชุมชนได้รับการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

โครงการประชุมสัมมนา วันผู้สูงอายุสากล ปี 2553

“คุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้า...สูงวัย..สูงคุณค่า...ร่วมพัฒนาสังคม”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สังคมตระหนักถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติ ทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม
2. ถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เสริมสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในส่วนกลางและระดับภูมิภาค

กิจกรรม / การดำเนินงาน

- ประกอบด้วยการบรรยาย การอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่าย
1. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
 2. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
 3. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 4. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน
 5. องค์กรช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ(HelpAge International)
 6. องค์กร JICA จากรัฐบาลญี่ปุ่น

ผลผลิต (Out put)

1. มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 252 คน
2. มีการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย จำนวน 6 องค์กร
3. การสร้างความตระหนักแก่สังคมผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ จำนวน 1 ฉบับ /1 ครั้ง

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุนเห็นคุณค่า และให้ความสำคัญกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ
2. บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินงาน
3. การได้รับความร่วมมือที่ดีจากภาคีเครือข่าย

4. มีการบริหารจัดการ ควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ
5. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม การให้ความสำคัญแก่ภาคีเครือข่าย

ปัญหาอุปสรรค

1. การติดต่อประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย
2. การประสานงานเชิญวิทยากร และผู้เข้าร่วมประชุม เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ

ผลลัพธ์ (Out come)

ผู้เข้าร่วม ประชุม มีระดับความพึงพอใจในเนื้อหาของการประชุม โดยพึงพอใจและพึงพอใจมาก ร้อยละ 82.0 และพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 18

โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชน สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (JICA) ปีงบประมาณ 2553

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาวิจัย และค้นหารูปแบบระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย และให้ประชาชนตระหนักเห็นความสำคัญและความจำเป็นของปัญหา ส่งผลให้เกิดการสร้างกระแสชุมชน ก่อให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะ โดยชุมชนมีส่วนร่วม และเป็นตัวอย่างในการพัฒนางานบริการผู้สูงอายุในอนาคตซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์และสามารถตอบสนองต่อสิ่งที่จำเป็นของผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นต่อไป

กิจกรรม / การดำเนินงาน

ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและความสนใจของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 2 ครั้ง โดยพัฒนาปรับปรุงแบบสอบถามให้เนื้อหากระชับ ครอบคลุมและง่ายต่อการสำรวจและนำผลจากการสำรวจข้อมูล มาวางแผนตอบสนองความต้องการของปัญหาโดยยึดกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่มเป็นหลัก โดยเป็นการบูรณาการแก้ปัญหาร่วมกันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย สถานีอนามัยตำบลบางสีทอง) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมหาด นนทบุรี) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบล บางสีทอง) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้เกิดเป็นรูปแบบการบริการดูแลสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุพื้นที่จังหวัดนนทบุรี หรือ **Bangsrihong Model** และทดลองใช้รูปแบบดังกล่าว และในปีที่ 4 จะเป็นการประเมินและพัฒนารูปแบบการบริการดูแลสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุพื้นที่จังหวัดนนทบุรีหรือ **Bangsrihong Model** ให้สมบูรณ์สามารถขยายผลไปสู่พื้นที่ใกล้เคียง ส่งผลให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุไทยและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างเหมาะสม

ผลผลิต (Out put)

1. จัดประชุม “การจัดทำคู่มือการดำเนินงาน **Bangsrihong Model**” ในวันที่ 19 พฤษภาคม 2553 ณ ห้องสมบุญวัชรโรทัย กรมอนามัย มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับพื้นที่จังหวัดนนทบุรีและจัดทำคู่มือการดำเนินงาน **Bangsrihong Model** โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 31 คน

2. ประชุมสัมมนาการพัฒนา รูปแบบการดูแลระยะยาวโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2553 ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “Care Management and care Manager” และแนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 95 คน

3. ประชุม National Conference ในวันศุกร์ที่ 20 สิงหาคม 2553 ณ โรงแรมมารวยการ์เด็นท์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการ CTOP/JICA โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมดประมาณ 300 คน

4. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว” ในวันที่ 28 - 30 กรกฎาคม 2553 ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้การบริหารจัดการตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวมาประยุกต์ใช้ในการสร้างตำบลต้นแบบด้านการพัฒนาสถาบันครอบครัวแม่และเด็ก เยาวชน วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ อีกทั้งเพื่อผลักดันและสร้างความตระหนักแก่ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน และเป็นการประชุม Area Workshop เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ **Bangsrihong Model** ของจังหวัดนนทบุรี โครงการ CTOP/JICA แก่พื้นที่จังหวัดใกล้เคียงในภาคกลาง 11 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเพชรบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี สมุทรสาคร นครปฐม กาญจนบุรี ฉะเชิงเทรา ชัยนาท พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี และอ่างทอง โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 250 คน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล บางสีทองมีวิสัยทัศน์กว้างไกล และลงมือปฏิบัติงานจริง
2. มีการบูรณาการ งบประมาณ กำลังคน ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง
3. มีกลุ่มองค์กรที่เข้มแข็งในชุมชน
4. ตำบลบางสีทองเป็นพื้นที่นำร่องโครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ปัญหาอุปสรรค

พื้นที่ตำบลบางสีทองเป็นพื้นที่นำร่องของหลายหน่วยงาน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง ทำให้บุคลากร/เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขมีภารกิจในการดำเนินงานค่อนข้างมาก จึงต้องมีการบริหารจัดการในบทบาทภารกิจความรับผิดชอบให้ชัดเจน เพื่อรองรับกับภาระงาน

ผลลัพธ์ (Out come)

อย่างน้อยร้อยละ 15 ของจำนวนตำบลในแต่ละจังหวัดได้มีการขยายผล นำรูปแบบบริการมาใช้ภายในปี 2554

ภาคผนวก



คำสั่งสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ที่ 5 /2554

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปี 2553 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

.....

ตามที่ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพโดยการพัฒนางานองค์ความรู้
นวัตกรรม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพประชากรตามกลุ่มอายุ และรวบรวมจัดทำเป็นเอกสารรายงาน
ประจำปี 2553 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อเผยแพร่ข้อมูลประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงาน
ดังกล่าว

ดังนั้น เพื่อให้รายงานประจำปี 2553 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย มีเนื้อหาสาระที่เป็น
ประโยชน์ จึงเห็นสมควรแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปี 2553 เพื่อทำหน้าที่ และรับผิดชอบ
การดำเนินงาน ตามรายนาม ดังนี้

คณะที่ปรึกษา

1. นายแพทย์สมพงษ์	สกุลอิสริยาภรณ์	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ
2. แพทย์หญิงนิพนธ์พร	วรมงคล	หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก
3. นายแพทย์เอกชัย	เพียรศรีวิเศษ	หัวหน้ากลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน
4. นายแพทย์ชื่น	เดชมหาชัย	หัวหน้ากลุ่มอนามัยวัยทำงาน
5. นายแพทย์มนู	วาทิสุนทร	หัวหน้ากลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ
6. นางอัจฉรีย์	แขวงโสภ	หัวหน้ากลุ่มสร้างเสริมศักยภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
7. นางสาวทัศนภรณ์	จำปัญญา	หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์
8. นางกันยรัตน์	กาสลัก	หัวหน้ากลุ่มอำนวยการ

คณะทำงาน

1. นางสาววรทรัพย์	จิตต์ประเสริฐ	ประธานคณะทำงาน
2. นางจิราภรณ์	เมนะพันธุ์	รองประธานคณะทำงาน
3. นางไฉไล	เลิสนางกูร	คณะทำงาน

4. นางทัศนีย์	ทองอ่อน	คณะทำงาน
5. นางสาวพริษา	วัฒนารุ่งกานต์	คณะทำงาน
6. นางวิมล	บ้านพวน	คณะทำงาน
7. นางกอบกาญจน์	มหัทธโน	คณะทำงาน
8. นางอัญชลินทร์	ปานศิริ	คณะทำงาน
9. นางนิภา	แย้มพันธ์	คณะทำงาน
10. นางสุดาวรรณ	ฉิมคล้าย	คณะทำงานและเลขานุการ
11. นางนุชปียา	รื้อพิทักษ์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
12. นางปิยนันท์	เกตุศิริกรณ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังนี้

1. สังกะระห์งานทุกโครงการ ทุกกลุ่มอายุเพื่อเสนอเป็นข้อมูลผลการดำเนินงานสายส่งเสริมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2553
2. พิจารณาเนื้อหาสาระ และรูปแบบของเอกสารรายงานประจำปี 2553 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
3. จัดทำรายงานประจำปี 2553 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554



(นายสมพงษ์ สุกตลิสริยากรณ)

ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ