

รายงานประจำปี 2555
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

มิถุนายน 2556



พระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

**พระราชทานแก่ข้าราชการพลเรือน
เนื่องในโอกาสวันข้าราชการพลเรือน ปีพุทธศักราช 2555**

งานราชการทุกอย่าง ไม่ว่าเล็กหรือใหญ่ ยากหรือง่าย ย่อมมีความสำคัญอยู่ในงานของแผ่นดินด้วยกันทั้งสิ้น อีกทั้งงานทุกด้านทุกสาขาย่อมสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน เป็นปัจจัยเกื้อกูลส่งเสริมกันและกันอยู่ ข้าราชการทุกคน ทุกฝ่าย ทุกระดับ จึงต้องไม่ถือตัวแบ่งแยกกัน หากต้องพิจารณาให้เห็นความสำคัญของกันและกัน แล้วร่วมงานประสานสัมพันธ์กัน ด้วยความเป็นมิตร ด้วยความเข้าใจเห็นใจกัน และด้วยความเมตตาปรองดองกัน งานของแผ่นดินทุกส่วน จักได้ดำเนินก้าวหน้าไปพร้อมเสมอกัน และยังประโยชน์ที่พึงประสงค์ คือความเจริญมั่นคง ให้เกิดแก่บุคคล แก่งาน และแก่ส่วนรวมได้แท้จริง

อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลศิริราช
วันที่ 31 มีนาคม พุทธศักราช 2555

คำนำ

สำนักส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์กรหลักในการส่งเสริมสุขภาพของประเทศ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยประกอบด้วย กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มอนามัยวัยทำงาน และกลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ โดยโครงการต่างๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนไทยทุกกลุ่มวัยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพดี และดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

ประเทศไทยจะเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 การดำเนินงานจึงจำเป็นต้องตอบสนองอนาคตดังกล่าว หมายถึงการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพควรปรับเปลี่ยนเป้าหมายให้ครอบคลุมโครงการต่างๆ และเตรียมการดำเนินงานให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

รายงานประจำปี 2555 ได้นำเสนอข้อมูลสำคัญ เช่น ข้อมูลหน่วยงาน ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพที่สำคัญ ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพตามกลุ่มวัย และผลการดำเนินงานของสำนักส่งเสริมสุขภาพตามคำรับรองการปฏิบัติราชการและโครงการสำคัญต่างๆ เพื่อเผยแพร่และสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้รับบริการ ภาคราชการทั้งภาครัฐ เอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานประจำปี 2555 ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป และประชาคมอาเซียน

ในการนี้ สำนักส่งเสริมสุขภาพขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคราชการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน หัวหน้ากลุ่มต่างๆ นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ ของสำนักส่งเสริมสุขภาพทุกท่าน ที่สนับสนุนข้อมูลในการจัดทำรายงานประจำปีครั้งนี้ ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยอวยพรให้ทุกท่านและครอบครัวประสบความสุข ความเจริญ สุขภาพแข็งแรง เพื่อทำงานให้คนไทย มีสุขภาพดีต่อไป



นายแพทย์สมพงษ์ สกุลอสิริยาภรณ์
ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	สถานการณ์การเงินงบประมาณปี พ.ศ.2555 แผนงบประมาณ : พัฒนาด้านสาธารณสุข
ตารางที่ 2	จำนวนประชากรกลางปีจำแนกตามกลุ่มวัย พ.ศ. 2555
ตารางที่ 3	ร้อยละการใช้สารเสพติดของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2554
ตารางที่ 4	ร้อยละการใช้สารเสพติดของนักเรียนชายอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2554
ตารางที่ 5	ร้อยละการใช้สารเสพติดของนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2554
ตารางที่ 6	การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พ.ศ.2550, 2552 และ 2554
ตารางที่ 7	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2555
ตารางที่ 8	จำนวนโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง
ตารางที่ 9	จำนวนศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ ปี 2555
ตารางที่ 10	จำนวนบุคลากรและประชาชนในพื้นที่เป้าหมายเฉพาะที่ได้รับการพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (ราย) (เฉพาะโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและโครงการสุขภาพอนามัยชาวเขา) (ตัวชี้วัดที่ 9.4 (3))
ตารางที่ 11	ตัวชี้วัดที่ 4.2 จำนวนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร
ตารางที่ 12	ร้อยละโรงพยาบาลในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินกระบวนการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพบูรณาการต่อยอด (HPH+)
ตารางที่ 13	ผลการสำรวจการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง
ตารางที่ 14	ปัญหาและข้อเสนอแนะการตรวจราชการประเด็นงานผู้สูงอายุ
ตารางที่ 15	แสดงผลการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์
ตารางที่ 16	แสดงผลการดำเนินงานตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต

สารบัญภาพ

หน้า

แผนภูมิที่ 1	อัตราการเกิด อัตราการตาย อัตราการเพิ่มประชากรประเทศไทย ปี 2540 - 2555
แผนภูมิที่ 2	อัตราการเจริญพันธุ์ (Total Fertility Rate)
แผนภูมิที่ 3	ร้อยละหญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ พ.ศ. 2549-2555
แผนภูมิที่ 4	ร้อยละหญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ พ.ศ. 2542 – 2552
แผนภูมิที่ 5	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2553
แผนภูมิที่ 6	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พ.ศ. 2554
แผนภูมิที่ 7	ร้อยละภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์จำแนกตาม 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ปี 2553 - 2554
แผนภูมิที่ 8	ร้อยละผลการตรวจ VDRL_RS จากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ต.ค.2553 – มิ.ย. 2554)
แผนภูมิที่ 9	ร้อยละผลการตรวจ HB_RS จากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ต.ค. 2553 – มิ.ย. 2554)
แผนภูมิที่ 10	ร้อยละผลการตรวจ HIV_RS1 จากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ต.ค. 2553 – มิ.ย. 2554)
แผนภูมิที่ 11	ร้อยละผลการตรวจ THALASS จากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ต.ค. 2553 – มิ.ย. 2554)
แผนภูมิที่ 12	ร้อยละผลการตรวจ HCT_RS จากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ต.ค. 2553 – มิ.ย. 2554)
แผนภูมิที่ 13	ร้อยละแม่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี พ.ศ.2547-2554
แผนภูมิที่ 14	ร้อยละแม่คลอดบุตรอายุ 10-14, 15-17 และ 18-19 ปี พ.ศ.2547-2554
แผนภูมิที่ 15	ร้อยละสตรีที่มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี พ.ศ. 2547 – 2555
แผนภูมิที่ 16	ตัวชี้วัด MDG 5b:อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปีต่อหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน
แผนภูมิที่ 17	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
แผนภูมิที่ 18	อัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณจำแนกตาม 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ปี 2553– 2554
แผนภูมิที่ 19	ร้อยละมารดาและทารกได้รับการดูแลหลังคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข
แผนภูมิที่ 20	จำนวนวิธีการคลอดจากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ต.ค.2553 – มิ.ย.2554)
แผนภูมิที่ 21	อัตราทารกตายและอัตราส่วนการตายมารดา
แผนภูมิที่ 22	อัตราส่วนการตายมารดา 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปีตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา สตูล
แผนภูมิที่ 23	อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกตาม 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ปี 2553 – 2554

- แผนภูมิที่ 24 อัตราตายปริกำเนิด พ.ศ. 2550 – 2554
- แผนภูมิที่ 25 อัตราการตายปริกำเนิดของทารกจำแนกตาม 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ปี 2553 – 2554
- แผนภูมิที่ 26 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2543 – 2555
- แผนภูมิที่ 27 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในแม่วัยรุ่น พ.ศ. 2546 – 2554
- แผนภูมิที่ 28 อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน พ.ศ. 2551 – 2555
- แผนภูมิที่ 29 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน
- แผนภูมิที่ 30 พัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี วัดโดยเครื่องมือ Denver II
- แผนภูมิที่ 31 การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี น้ำหนัก (กิโลกรัม) ตามเกณฑ์อายุ พ.ศ.2553
- แผนภูมิที่ 32 ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ พ.ศ. 2548-2555
- แผนภูมิที่ 33 สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2554 (อายุ 6-15 ปี)
- แผนภูมิที่ 34 อัตราการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในหญิงตั้งครรภ์
- แผนภูมิที่ 35 อัตราเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีติดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก
- แผนภูมิที่ 36 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2545 – 2554
- แผนภูมิที่ 37 การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-18 ปี น้ำหนัก (กิโลกรัม) ตามเกณฑ์อายุ พ.ศ.2553
- แผนภูมิที่ 38 การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-18 ปี ความยาว (เซนติเมตร) ตามเกณฑ์อายุ พ.ศ.2553
- แผนภูมิที่ 39 การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-18 ปี น้ำหนัก (กิโลกรัม) ต่อความยาว (เซนติเมตร) ตามเกณฑ์อายุ พ.ศ.2553
- แผนภูมิที่ 40 ร้อยละของนักเรียนชายชั้น ม.2 ม.5 และ ปวช.ชั้นปีที่ 2 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2550-2554
- แผนภูมิที่ 41 ร้อยละของนักเรียนหญิงชั้น ม.2 ม.5 และ ปวช.ชั้นปีที่ 2 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2550-2554
- แผนภูมิที่ 42 ร้อยละของนักเรียนชายชั้น ม.2 ม.5 และปวช.ชั้นปีที่ 2 ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พ.ศ.2550-2554
- แผนภูมิที่ 43 ร้อยละของนักเรียนหญิงชั้น ม.2 ม.5 และปวช.ชั้นปีที่ 2 ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พ.ศ.2550-2554
- แผนภูมิที่ 44 ร้อยละการใช้เครื่องตีมีแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของประเทศไทย พ.ศ.2549-2554
- แผนภูมิที่ 45 ร้อยละการใช้สารเสพติดของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2554
- แผนภูมิที่ 46 อัตราการวางแผนครอบครัว
- แผนภูมิที่ 48 ภาวะโภชนาการของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2553
- แผนภูมิที่ 49 อัตราป่วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกต่อประชากรแสนคน
- แผนภูมิที่ 50 อัตราตายโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกต่อประชากรแสนคน

แผนภูมิที่ 51	ประเภทหลักประกันสุขภาพตามสิทธิ พ.ศ.2554
แผนภูมิที่ 52	ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง พ.ศ.2552
แผนภูมิที่ 53	ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมปี 2554
แผนภูมิที่ 54	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร (US\$)
แผนภูมิที่ 55	จำนวนโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง พ.ศ. 2551-2555
แผนภูมิที่ 56	จำนวนโรงเรียนระดับเพชรจำแนกตามปี
แผนภูมิที่ 57	ร้อยละโรงพยาบาลในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการประเมิน กระบวนการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพบูรณาการต่อยอด (HPH+)

สารบัญ

หน้า

พระบรมราโชวาท

คำนำ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

บทที่ 1 ข้อมูลหน่วยงาน

บทที่ 2 สถานการณ์สุขภาพตามกลุ่มอายุ

บทที่ 3 ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประจำปี 2555

ผลการดำเนินงานตามคำรับรองปฏิบัติราชการ

ผลการดำเนินงานตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก

- โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
- โครงการตำบสนมแม่ : ตำบลโมเดลเด็กไทยพัฒนาการดีอย่างมีส่วนร่วม
- โครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
- โครงการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในชุมชนด้านสุขภาพอนามัยและการพัฒนาการเด็ก

กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน

- โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร
- โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

กลุ่มอนามัยวัยทำงาน

- โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (พ.ศ.2555)
- โครงการดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม
- โครงการพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง

กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ

- โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)
- โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
“ตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับท้องถิ่นเข้มแข็ง...ประชาชน
แข็งแรง”
- โครงการสร้างพลังชุมชน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ไทย

- โครงการจัดทำร่างเอกสารและข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555
- โครงการจัดทำร่างเกณฑ์ประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพปลอดภัย
- โครงการประกาศเกียรติคุณองค์กรต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2555
- โครงการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเนื่องในวันอนามัยโลก ปี 2555
- ตัวชี้วัดการตรวจราชการกับประเด็นงานผู้สูงอายุ สุขภาพรวมประเทศ ผลการตรวจราชการ และนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวง ปีงบประมาณ 2555

กลุ่มสร้างเสริมศักยภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

- การประชุมปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรสำนักส่งเสริมสุขภาพ ปี 2555
- โครงการประชุมปฏิบัติการ บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ : ภาศึเครือข่าย ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ “ภาศึเครือข่าย ถักทอ สายใยส่งเสริมสุขภาพ”
- โครงการพัฒนาบุคลากร ผู้ประเมินรับรองมาตรฐานขั้นสูง กรมอนามัย
- โครงการประชุมปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการความรู้ ผู้ประเมินรับรองมาตรฐาน กรมอนามัย
- โครงการพัฒนาบุคลากรเพื่อกำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ปี 2555

บรรณานุกรม

ภาคผนวก

คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำรายงานประจำปี 2555 สำนักส่งเสริมสุขภาพ 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 รวมถึงผลักดันและสนับสนุน (Facilitation) ให้เครือข่ายดำเนินงานตามมาตรฐานและกฎหมาย เพื่อให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ดีมีคุณภาพ
4. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งระบบที่เกี่ยวข้องให้เข้มแข็ง (System capacity building) โดยการกำกับ ติดตาม และประเมินผล เพื่อการพัฒนา นโยบาย กฎหมาย และระบบอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

ผู้บริหารสำนักส่งเสริมสุขภาพ



นายแพทย์สมพงษ์ สุกอสิริยาภรณ์
ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ



แพทย์หญิงนิพรณพร วรมงคล
หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก



นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา
หัวหน้ากลุ่มอนามัยเด็กวัยรุ่นและเยาวชน



นายแพทย์ชื่น เตขามหาชัย
หัวหน้ากลุ่มอนามัยวัยทำงาน



นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา
หัวหน้ากลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ



นางอัจฉริย์ แสงโสภา
หัวหน้ากลุ่มสร้างเสริมศักยภาพเพื่อการ
ส่งเสริมสุขภาพ



นายสุจินต์ คุณรักษา
หัวหน้าหน่วยประสานศูนย์อนามัยและ
กิจการพิเศษ

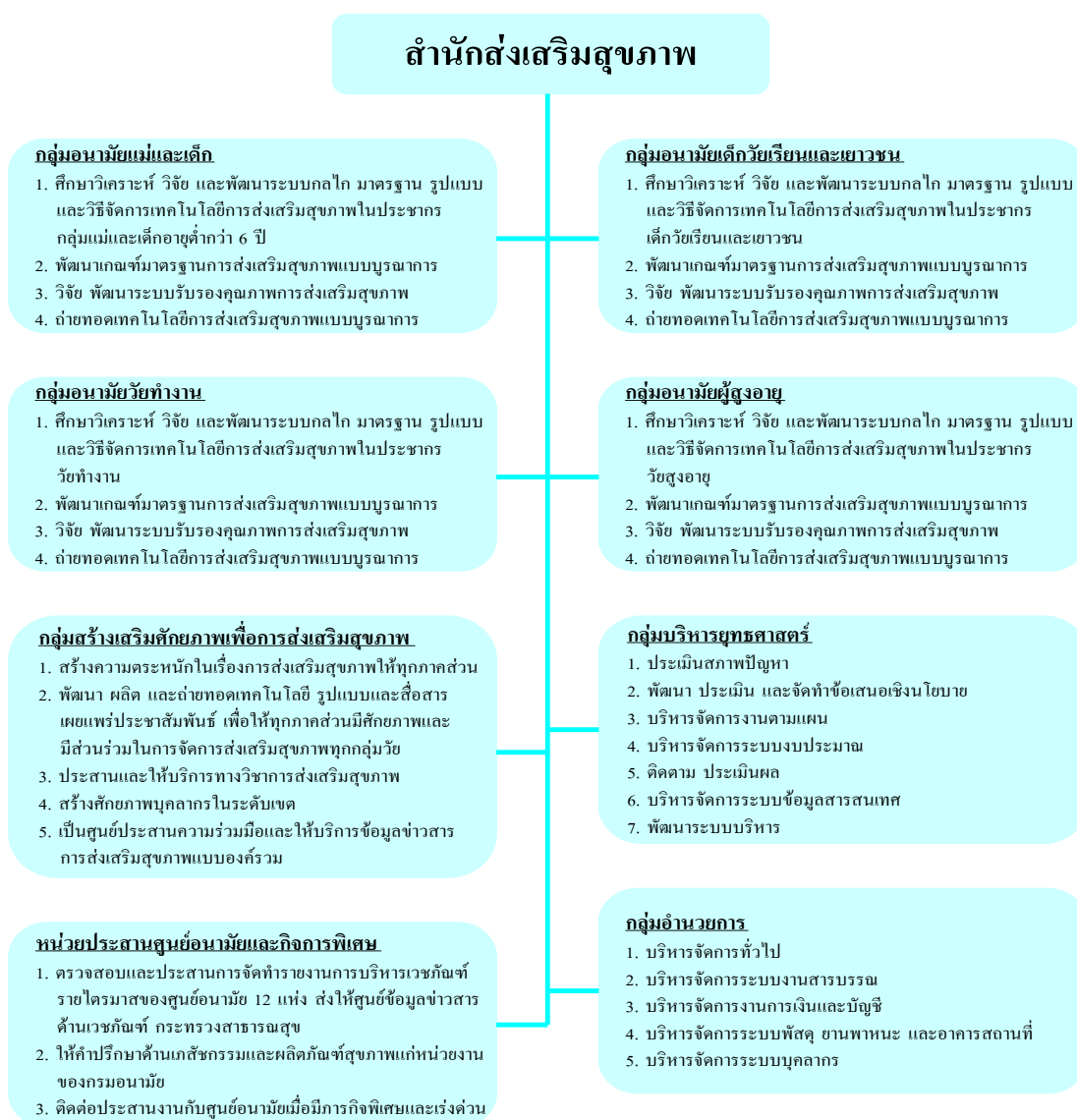


นางสาววรทรัพย์ จิตต์ประเสริฐ
หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์



นางกัญยรัตน์ กาสลัก
หัวหน้ากลุ่มอำนวยการ

โครงสร้างองค์กรและความรับผิดชอบ

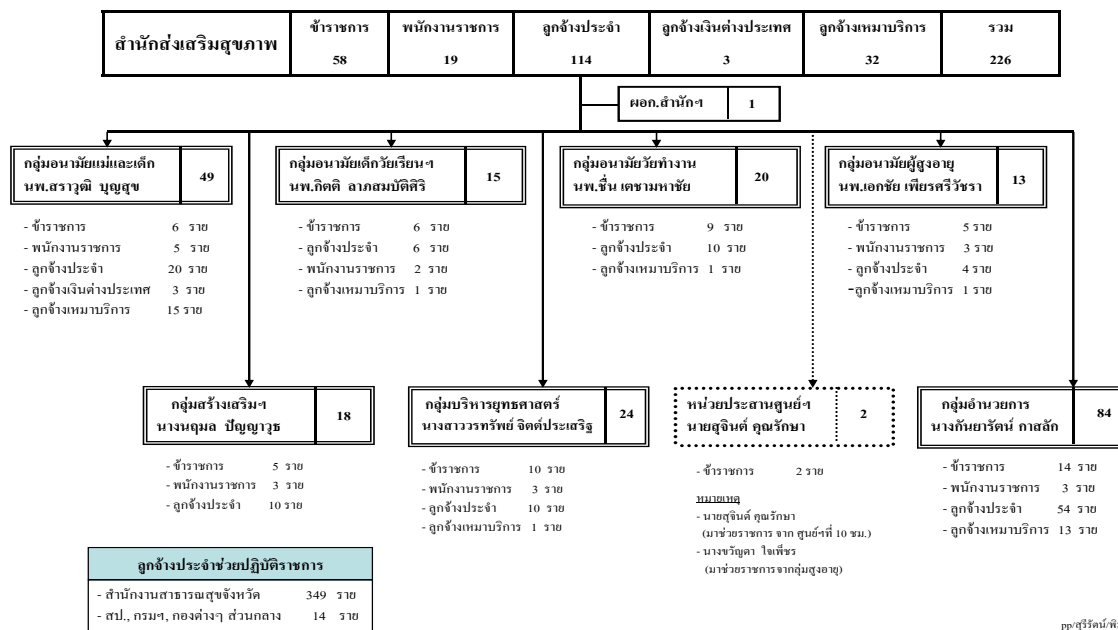


บทบาท หน้าที่ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ



อัตรากำลังตามกลุ่มของสำนักส่งเสริมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2555

จำนวนข้าราชการ,พนักงานราชการ / ลูกจ้างประจำ / ลูกจ้างเงินช่วยเหลือต่างประเทศ /
ลูกจ้างเหมาบริการ / ลูกจ้างรายวัน สำนักส่งเสริมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานจริง



รายงานการใช้จ่ายงบประมาณ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ปี 2555

ตารางที่ 1 สถานการณ์การเงินงบประมาณปี พ.ศ.2555 แผนงบประมาณ : พัฒนาด้านสาธารณสุข

กลุ่ม / ฝ่าย	งบประมาณได้รับ ทั้งสิ้น	โอนเงินโอนเงินระหว่าง งวดและคืนกรมฯ	งบประมาณ ได้รับ คงเหลือ	รวมยอดใช้ไป ทั้งสิ้น	เงินงบประมาณ ใช้ไปคงเหลือ
รวมงบดำเนินงาน (ผลผลิตที่ 1.2.)					
กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก	4,560,500.00	2,450,000.00	2,110,500.00	2,112,139.00	- 1,639.00
กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน	2,178,700.00	270,000.00	1,908,700.00	1,893,685.46	15,014.54
กลุ่มอนามัยวัยทำงาน	4,832,400.00	-	4,832,400.00	4,734,455.06	97,944.94
กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ	2,490,500.00	-	2,490,500.00	2,399,116.81	91,383.19
กลุ่มสร้างเสริมศักยภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	2,760,300.00	-	2,760,300.00	2,616,945.87	143,354.13
กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์	385,800.00	-	385,800.00	460,519.81	- 74,719.81
กลุ่มอำนวยความสะดวก	4,252,500.00	-	4,252,500.00	4,503,660.69	- 251,160.69
งบกลางสำนักส่งเสริมสุขภาพ	2,748,800.00	-	2,748,800.00	2,682,126.00	66,674.00
รวมงบดำเนินงาน (ผลผลิตที่ 1,2)	24,209,500.00	2,720,000.00	21,489,500.00	21,402,648.70	86,851.30
งบอุดหนุน					
วัสดุอาหาร (นมผสม)	41,198,080.00		41,198,080.00	41,198,080.00	-
พิมพ์เอกสาร 7 รายการ	6,800,000.00		6,800,000.00	6,800,000.00	-
รวมงบอุดหนุน	47,998,080.00	-	47,998,080.00	7,998,080.00	-
งบอุดหนุน ผลผลิต 2					
โครงการดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งฯ	107,200.00	-	107,200.00	104,966.00	2,234.00
แปลงหมวดงบดำเนินงาน (ผลผลิต 1) ไปงบลงทุน					
ระบบการประชุมทางไกล (Tele Conference)	91,500.00	-	91,500.00	91,485.00	15.00
งบประมาณจาก สป.เบิกจ่ายสำนักงาน					
ปลัดกระทรวง					
โครงการรณรงค์พัฒนาการเฉลิมพระเกียรติ 80	948,000.00	-	948,000.00	946,440.00	1,560.00
โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว	1,720,000.00	-	1,720,000.00	1,583,885.00	136,115.00
รวมงบประมาณจาก สป.เบิกจ่ายสำนักงาน					
ปลัดกระทรวง	2,668,000.00	-	2,668,000.00	2,530,325.00	137,675.00

บทที่ 2

สถานการณ์สุขภาพตามกลุ่มอายุ

ข้อมูลประชากร

ประชากรประเทศไทยพ.ศ. 2555 มีจำนวน 64.4 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี ร้อยละ 67.4) รองลงมาเป็นวัยเรียน (อายุ 6-21 ปี ร้อยละ 23.4) ประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.6) และวัยเด็ก (เด็กแรกเกิด-5 ปี ร้อยละ 7) จะเห็นว่าประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง แต่ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญที่มีผลต่อสังคมไทยอย่างมากนั่นคือ การมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้ลักษณะการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจจะระหว่างประชากรวัยต่างๆ เปลี่ยนไป เดิมมีประชากรวัยเด็กที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากกว่าผู้สูงอายุ แต่ในอนาคตอันใกล้จะมีผู้สูงอายุที่พึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากกว่าเด็ก อัตราส่วนระหว่างประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุจะลดลงจนเหลือเพียง 2 ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในอีก 20 ปีข้างหน้า ดังนั้นสิ่งที่ท้าทายคือ

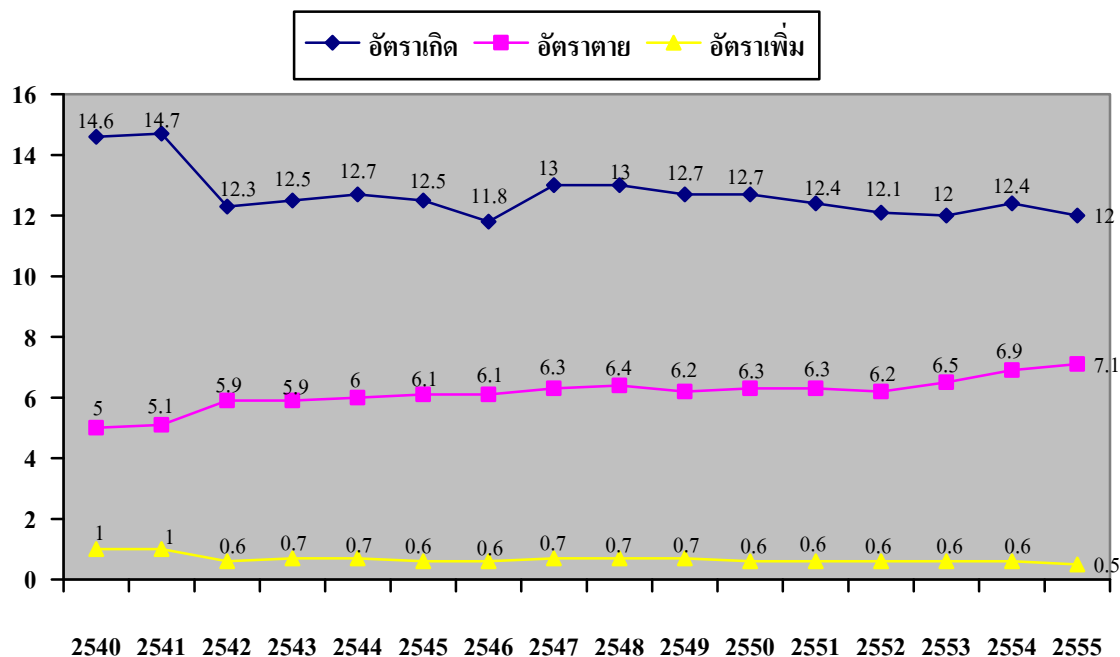
1. การที่เด็กเกิดใหม่แต่ละปีลดน้อยลงทำให้สามารถมุ่งเน้นที่คุณภาพของเด็กเกิดใหม่โดยเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็กได้มากยิ่งขึ้น
2. เช่นเดียวกับประชากรเด็ก ประชากรในวัยศึกษาเล่าเรียนมีแนวโน้มลดลง สามารถเน้นคุณภาพและการศึกษาของเด็กได้ดีขึ้น
3. แม้จำนวนประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มที่จะไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ความต้องการแรงงานในระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยเพิ่มขึ้น ดังนั้นสุขภาพและศักยภาพของวัยแรงงานจะต้องดีเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศและเกื้อหนุนวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นและอายุยืนขึ้น
4. ประชากรสูงอายุเพิ่มเร็ว สังคมไทยกำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ มาตรการและโครงการที่จะเป็นสวัสดิการให้ประชากรสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไป หรือเรื่องสุขภาพอนามัย จะต้องเริ่มกันตั้งแต่วันนี้ และพัฒนาไปให้ทันกับการเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุในอนาคต

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรกลางปีจำแนกตามกลุ่มวัย พ.ศ.2555

ประชากร	อายุ	รวม	
		จำนวน	ร้อยละ
วัยเด็ก	ต่ำกว่า 15 ปี	12,892,000	20
วัยเรียน	6-21 ปี	15,092,000	23.4
วัยทำงาน	15-60 ปี	43,410,000	67.4
วัยสูงอายุ	60 ปีขึ้นไป	8,111,000	12.6

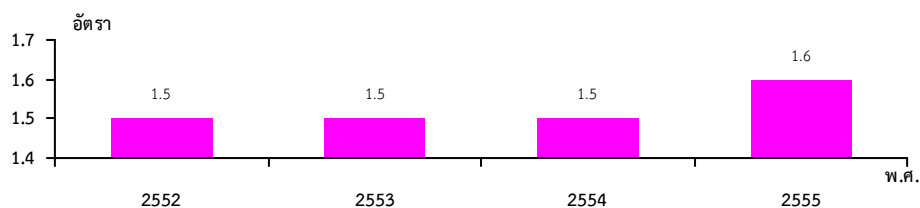
ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

แผนภูมิที่ 1 อัตราการเกิด อัตราการตาย อัตราการเพิ่มประชากรประเทศไทย ปี 2540 - 2555



ที่มา : ปี พ.ศ. 2540 – 2552 ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 ปี พ.ศ. 2553 ข้อมูลจากสำนักงานบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย
 ปี พ.ศ. 2554 -2555 ประชากรคาดประมาณ กลางปี (1 กรกฎาคม 2554) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

แผนภูมิที่ 2 อัตราเจริญพันธุ์ (Total Fertility Rate)



ที่มา : Mahidol Population Gazette

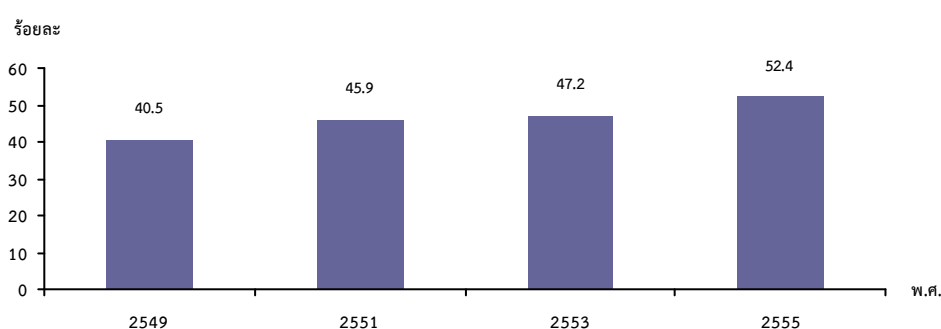
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) มีนโยบายรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ต่ำกว่า 1.6

สถานการณ์ตามกลุ่มอายุ

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก

แม้ว่าการแพทย์และสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประชากรแม่และเด็กเกือบทั้งหมดเข้าถึงบริการของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่อัตราส่วนการตายมารดาที่สูงกว่านานาชาติและไม่ได้ตามเป้าหมาย MDG5A ที่ต้องการให้ประเทศต่างๆ ลดอัตราส่วนการตายมารดาลงเหลือ 13 ต่อการเกิดมีชีวิตคน แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะคลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 79.6 และฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 52.4 (ข้อมูลจากศูนย์อนามัยที่ 1-12 ปี 2555) นอกจากนี้อัตราการดูแลหลังคลอดก็ยังต่ำกว่าเกณฑ์ และ ต่ำกว่าการดูแลก่อนคลอด และพบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น ที่สำคัญ ร้อยละ 84.6 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ปัญหาเรื่องโรคทางพันธุกรรมและโรคติดเชื้อจากแม่สู่ลูกยังไม่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดของ WHO หรือ MDG+ และยังพบอุบัติการณ์โรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 5.4 คนต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน โรคดาวน์ซินโดรม หนึ่งคนต่อประชากร 800-1,000 คน ภาวะพร่องไทรอยด์ 0.7 อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกปี 2554 ร้อยละ 3.2 ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8.6, 8.3, 8.7, 9.8 และ 8.4 (ปี 2551-ปี 2555) ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมาย การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 25.6 : จำนวนเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน, การเลี้ยงดูนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนร้อยละ 29.6, นอกจากนี้เด็กไทยยังมีปัญหาด้านสติปัญญา ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2540-2552 พบว่า กลุ่มวัยเด็ก ระดับเซวี่ปัญหามีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 91 เป็น 88 ในช่วงปี 2550 – 2552 (องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ 90 – 110) เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 72.0 เหลือเพียงร้อยละ 70.3 ขณะเดียวกันยังมี ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม

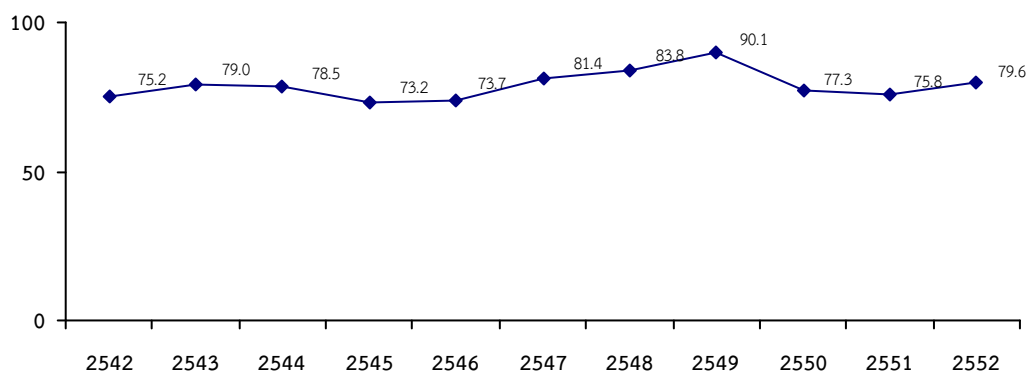
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละหญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ พ.ศ. 2549-2555



ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานศูนย์อนามัยที่ 1-12 กรมอนามัย
โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับบริการสุขภาพสตรีและเด็กอย่างองค์รวม
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, กุมภาพันธ์ 2556

หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 52.4 และฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 79.6 หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เร็วและฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์จะได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมสุขภาวะของแม่ให้มีความสมบูรณ์แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีความพร้อมในการเป็นแม่และการเลี้ยงดูลูกต่อไป

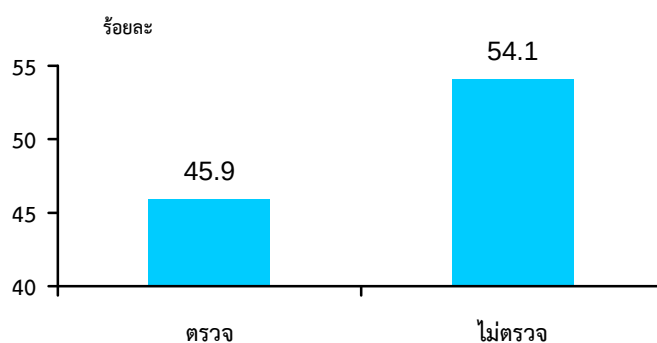
แผนภูมิที่ 4 ร้อยละหญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ พ.ศ. 2542 – 2552



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

พ.ศ. 2552 การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

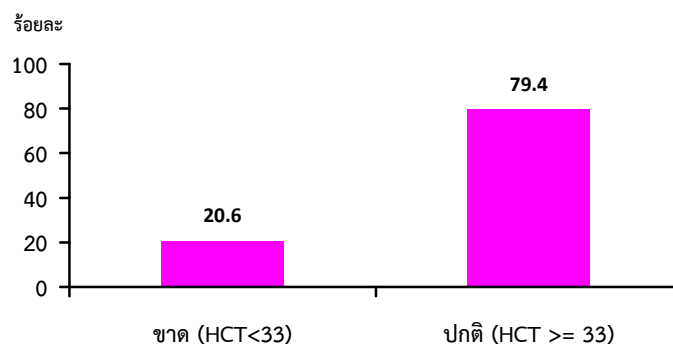
แผนภูมิที่ 5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2553



ที่มา: ข้อมูล 21 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2553 หญิงตั้งครรภ์ยกเว้นกรุงเทพมหานครได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 45.9

แผนภูมิที่ 6 ภาพะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พ.ศ. 2554



ที่มา: ข้อมูล 21 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2554 หญิงตั้งครรภ์ยกเว้นกรุงเทพมหานครมีภาวะโลหิตจางคิดเป็นร้อยละ 20.6

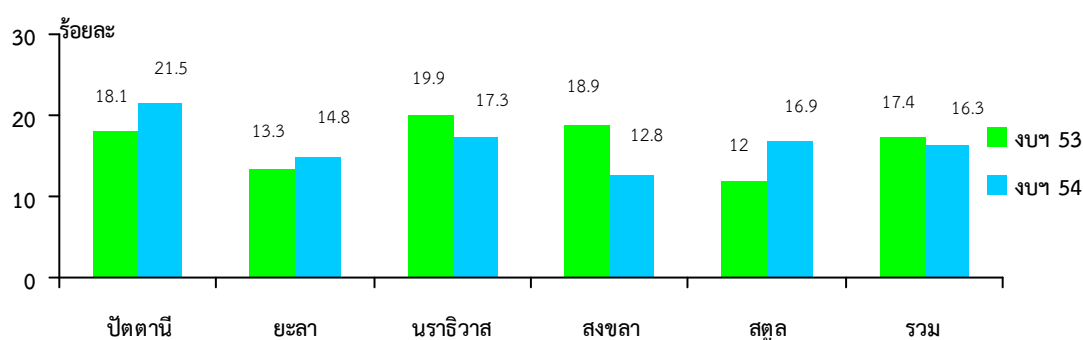
แนวทางการดำเนินงานการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟเลท ในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด 0-6 เดือนที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยกรมอนามัย สำนักโภชนาการ มีดังนี้

จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟเลท ในหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกรายต้องได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟเลท วันละ 1 เม็ด ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ตลอดจนหลังคลอด 6 เดือนที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในหญิงที่คลอดบุตรแล้ว และหลังคลอดยังเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 0 - 6 เดือนหลังคลอด ทุกรายจะได้รับการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟเลท ตลอดระยะเวลาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึง 6 เดือน โดยมีการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟเลท ให้หญิงหลังคลอดก่อนออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และมีการประเมินอีกครั้ง เมื่อมารดากลับมาตามนัดตรวจ 6 สัปดาห์ในคลินิกตรวจหลังคลอด

มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะยังคงได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟเลท หลังจากนั้น การจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟเลท จะดำเนินการในคลินิกเด็กดี โดยจะมีการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟเลท ให้เฉพาะในกลุ่มมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องไปจนครบ 6 เดือนหลังคลอดตลอดช่วงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

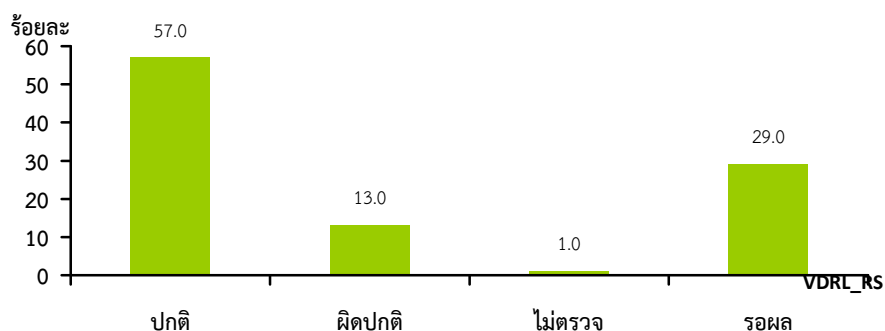
แผนภูมิที่ 7 ร้อยละภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์จำแนกตาม 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ปี 2553 - 2554



ที่มา: รายงานผลการเฝ้าระวัง ศูนย์อนามัยที่ 12

ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี 2553 - 2554 ในภาพรวมพบว่าลดลง แต่หญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดสตูล ปีตตานี ยะลา มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ในขณะที่จังหวัดสงขลา นราธิวาสมีภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ลดลง

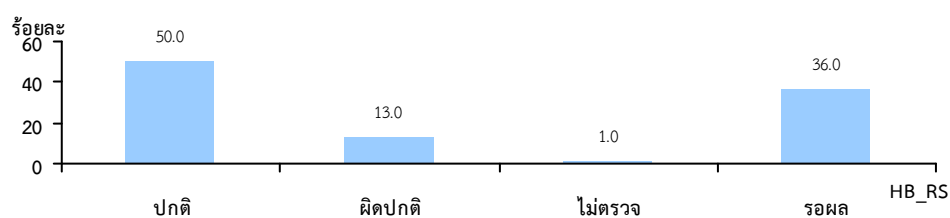
แผนภูมิที่ 8 ร้อยละผลการตรวจ VDRL_RS จากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ตค.2553 - มิย.2554)



ที่มา: ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของหญิงอายุ 15-50 ปี ที่บันทึกจากสถานพยาบาล
ข้อมูลจาก 21 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

ตุลาคม 2553 – มิถุนายน 2554 หญิงตั้งครรภ์ยกเว้นกรุงเทพมหานครตรวจ VDRL_RS คิดเป็นร้อยละ 99.0

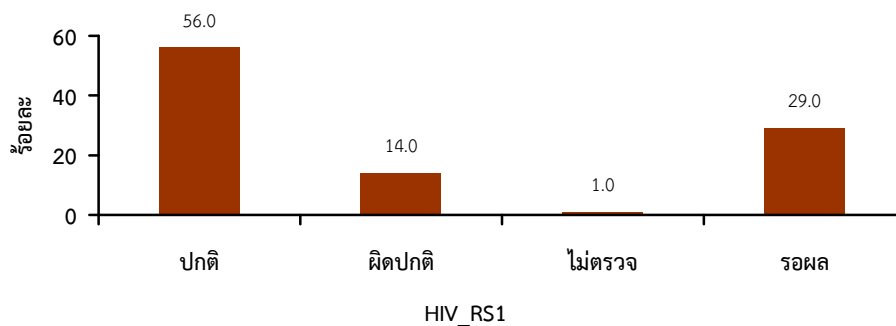
แผนภูมิที่ 9 ร้อยละผลการตรวจ HB_RS จากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ตค.2553 - มิย.2554)



ที่มา: ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของหญิงอายุ 15-50 ปี ที่บันทึกจากสถานพยาบาล
ข้อมูลจาก 21 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

ตุลาคม 2553 – มิถุนายน 2554 หญิงตั้งครรภ์ยกเว้นกรุงเทพมหานครตรวจ HB_RS คิดเป็นร้อยละ 99.0

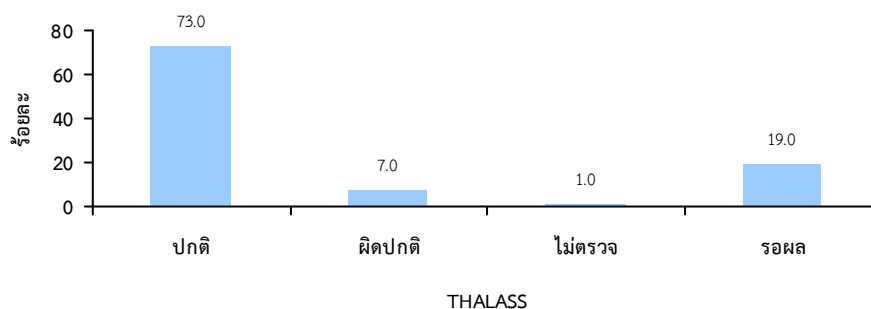
แผนภูมิที่ 10 ร้อยละผลการตรวจ HIV_RS1 จากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ตค.2553-มีย.2554)



ที่มา: ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของหญิงอายุ 15-50 ปี ที่บันทึกจากสถานพยาบาล
ข้อมูลจาก 21 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

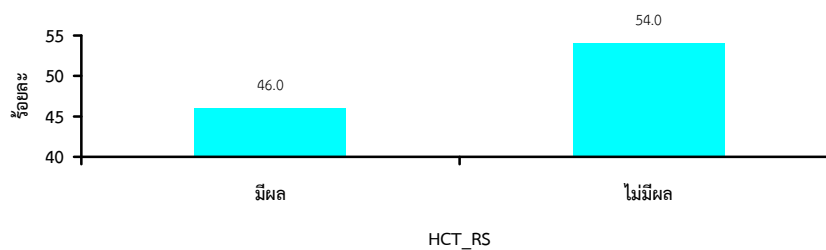
ตุลาคม 2553 – มิถุนายน 2554 หญิงตั้งครรภ์ยกเว้นกรุงเทพมหานครตรวจ HIV_RS1 คิดเป็นร้อยละ 99.0

แผนภูมิที่ 11 ร้อยละผลการตรวจ THALASS จากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ตค.2553 - มีย.2554)



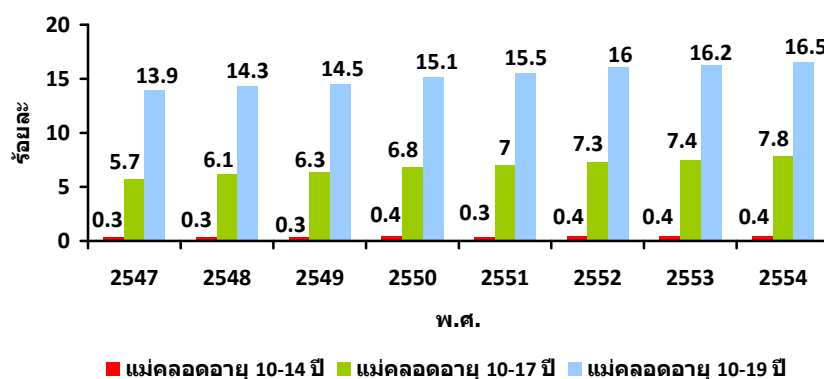
ที่มา: ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของหญิงอายุ 15-50 ปี ที่บันทึกจากสถานพยาบาล
ข้อมูลจาก 21 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

แผนภูมิที่ 12 ร้อยละผลการตรวจ HCT_RS จากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ตค.2553-มีย.2554)



ที่มา: ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของหญิงอายุ 15-50 ปี ที่บันทึกจากสถานพยาบาล
ข้อมูลจาก 21 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

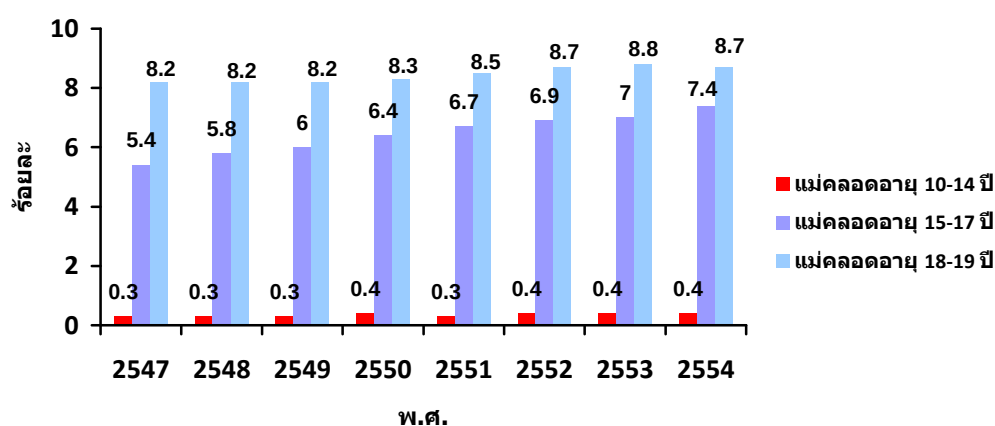
แผนภูมิที่ 13 ร้อยละแม่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี พ.ศ.2547-2554



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

$$\text{ร้อยละแม่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี} = \frac{\text{จำนวนแม่คลอดบุตรในช่วงอายุนั้น}}{\text{จำนวนแม่คลอดบุตรทั้งหมด}} \times 100$$

แผนภูมิที่ 14 ร้อยละแม่คลอดบุตรอายุ 10-14, 15-17 และ 18-19 ปี พ.ศ.2547-2554



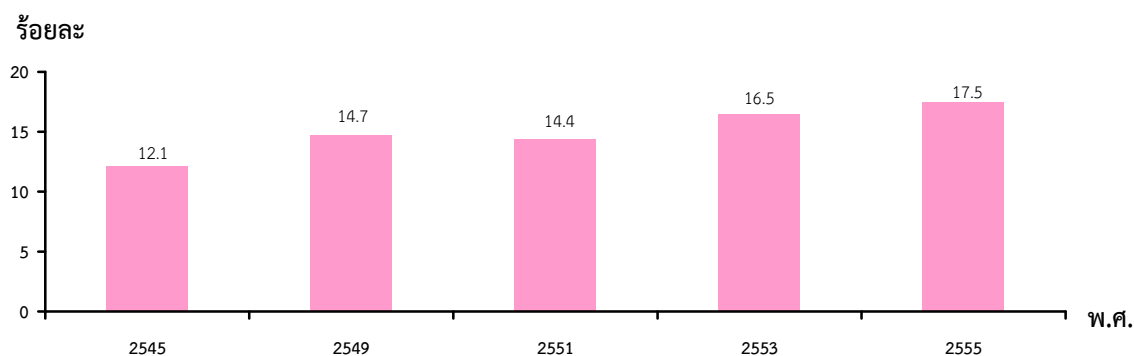
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

$$\text{ร้อยละแม่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี} = \frac{\text{จำนวนแม่คลอดบุตรในช่วงอายุนั้น}}{\text{จำนวนแม่คลอดบุตรทั้งหมด}} \times 100$$

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นภาวะวิกฤติหนึ่งที่มีผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ทั้งต่อตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว และสังคม ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพ อาทิ วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี โดยมีอุบัติการณ์ของโลหิตจางสูง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดนาน และภาวะคลอดก่อนกำหนดสูง เรื่องแม่วัยรุ่น จึงนับเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ท้าทายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้ประสานความร่วมมือกันแก้ไขปัญหานี้

พ.ศ.2547-2554 สตรีที่มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่เป็นสตรีที่มีบุตรคนแรกอายุ 10-14 ปี และสตรีที่มีบุตรคนแรกอายุ 15-17 ปี ส่วนใหญ่เป็นสตรีที่มีบุตรคนแรกอายุ 18-19 ปี

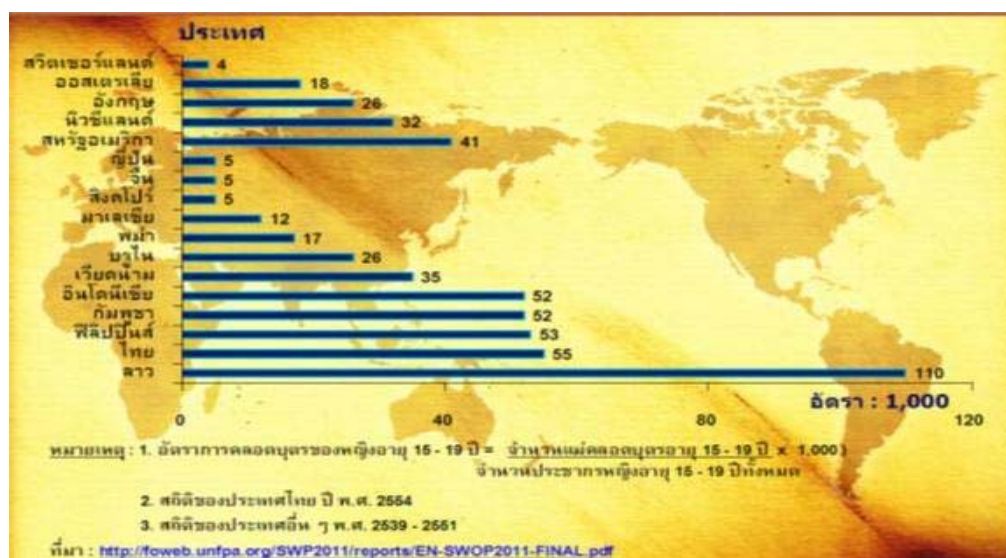
แผนภูมิที่ 15 ร้อยละสตรีที่มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี พ.ศ. 2547 – 2555



ที่มา: พ.ศ. 2551 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (รายงาน ก1และ ก2)
 พ.ศ. 2552 การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 พ.ศ. 2553 – 2554 ศูนย์อนามัยที่ 1 – 12
 พ.ศ. 2555 โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับบริการสุขภาพสตรีและเด็กอย่าง
 ออค์รวมกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, กุมภาพันธ์ 2556

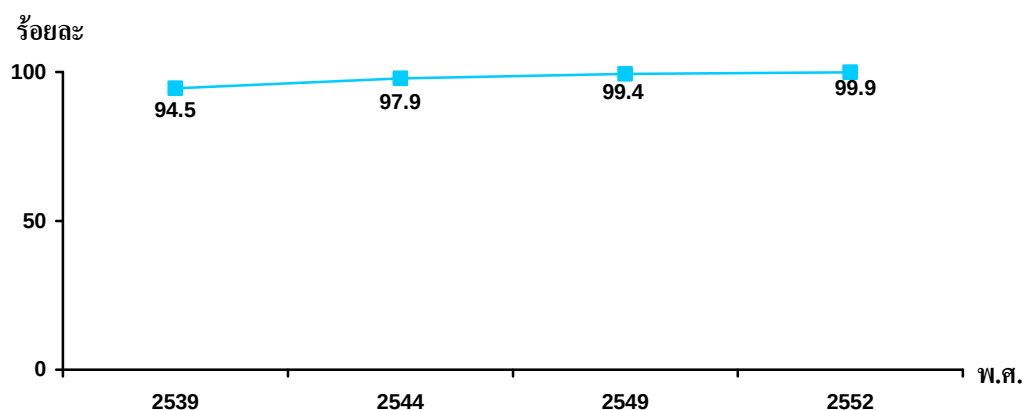
พ.ศ. 2545 – 2555 ร้อยละสตรีที่มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

แผนภูมิที่ 16 ตัวชี้วัด MDG 5b:อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปีต่อหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน



ที่มา: Fact Sheet ฉบับที่ 1 กรกฎาคม 2555 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

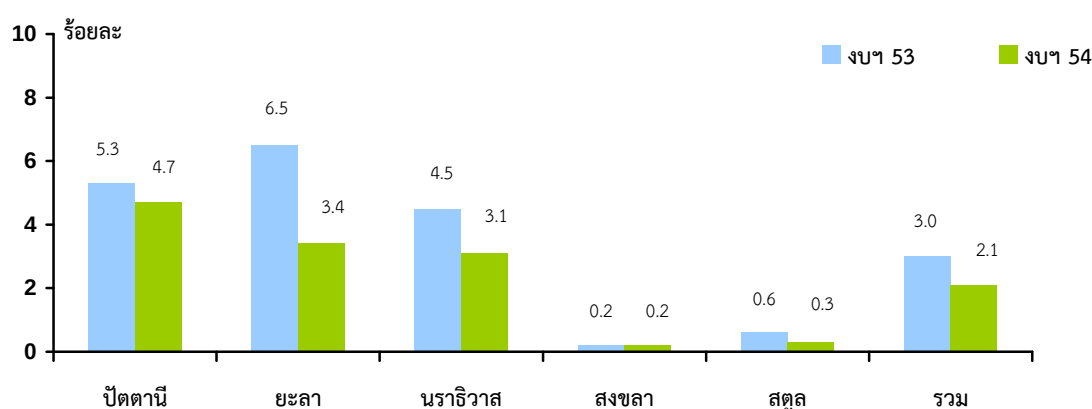
แผนภูมิที่ 17 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข



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

หญิงตั้งครรภ์เกือบทั้งหมดคลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยในปีพ.ศ. 2552 หญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร้อยละ 99.9

แผนภูมิที่ 18 อัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณจำแนกตาม 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ปี 2553- 2554

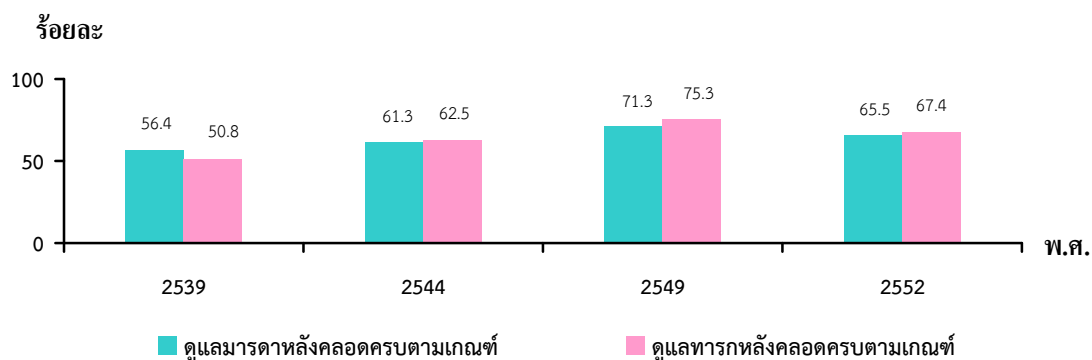


ที่มา: รายงานผลการเฝ้าระวัง ศูนย์อนามัยที่ 12

การคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างปีพ.ศ.2553-2554 พบว่ามีแนวโน้มลดลงเกือบทุกจังหวัด ปีพ.ศ.2553 จังหวัดยะลา มีอัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณสูงสุด รองลงมาคือจังหวัดปัตตานี นราธิวาส สตูล และสงขลา และมีอัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณคิดเป็นร้อยละ 6.5 5.3 4.5 0.6 และ 0.2 ตามลำดับ

พ.ศ.2554 จังหวัดปัตตานีมีอัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณสูงสุด รองลงมาคือจังหวัดยะลา นราธิวาส สตูล และสงขลา และมีอัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณคิดเป็นร้อยละ 4.7 3.4 3.1 0.3 และ 0.2 ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 19 ร้อยละมารดาและทารกที่ได้รับการดูแลหลังคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

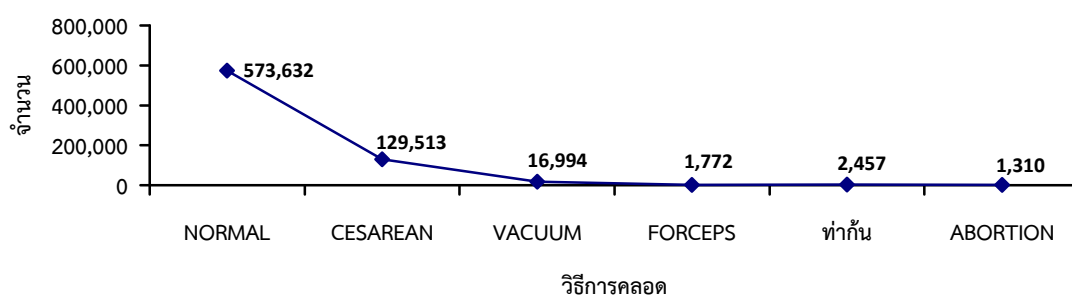


ที่มา: พ.ศ. 2539, 2544, 2549 สำนักส่งเสริมสุขภาพ การประเมินผลงานตามแผนพัฒนาที่ 7,8,9
พ.ศ. 2552 การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

พ.ศ. 2544 มารดาและทารกได้รับการดูแลหลังคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 61.3 และ 62.5 ตามลำดับ โดยในปีนั้น สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ดำเนินโครงการศึกษาวิจัยเรื่องวิเคราะห์และประเมินผลวงจรชีวิตโบราณหลังการอบรมเรื่องการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด ที่มีอาการผิดปกติ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินความรู้และทักษะของ ผดุงครรภ์โบราณหลังการอบรม 2) สำนวจความคิดเห็นของผู้ใช้บริการจากผดุงครรภ์โบราณ 3) สำนวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ตำบลที่มีต่อผดุงครรภ์โบราณ ผลการศึกษาพบว่า ผดุงครรภ์โบราณมีความรู้ในงานอนามัยแม่และเด็กอยู่ในระดับดีมากถึงพอใช้ การทำคลอด การดูแลหลังคลอด และการปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังใช้บริการจาก ผดุงครรภ์โบราณ และผดุงครรภ์โบราณสามารถช่วยงานด้านอนามัยแม่และเด็กและการเว้นช่วงระยะการมีบุตร

พ.ศ. 2549 มีการดำเนินโครงการอนุรักษ์ขวัญเด็กแรกเกิด ทำให้มารดาและทารกได้รับการดูแลหลังคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 71.3 และ 75.3 ตามลำดับ

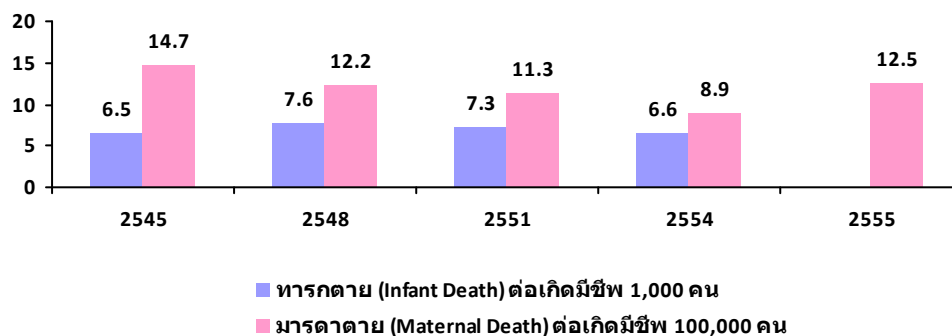
แผนภูมิที่ 20 จำนวนวิธีการคลอดจากประวัติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2554 (ตค.2553 – มิย.2554)



ที่มา: ข้อมูลจาก 21 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ระหว่าง ตุลาคม 2553 – มิถุนายน 2554 ส่วนใหญ่คลอดวิธีปกติคิดเป็นร้อยละ 79.0 รองลงมาคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 17.8

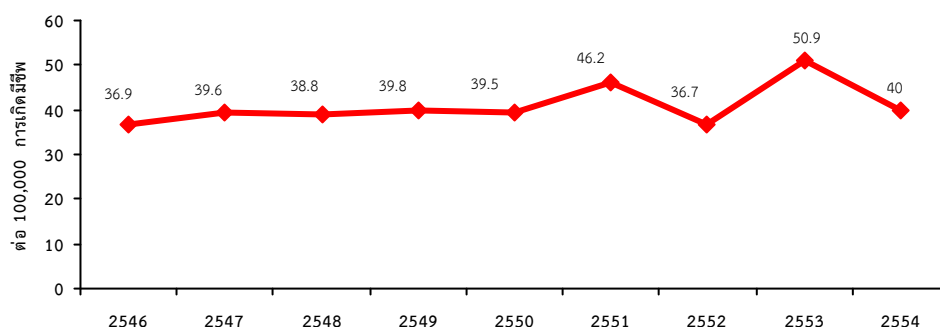
แผนภูมิที่ 21 อัตราทารกตายและอัตราส่วนการตายมารดา



หมายเหตุ ข้อมูลจากกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
มารดาตาย คือ การตายเนื่องจากการคลอดและภาวะแทรกซ้อนในการมีครรภ์และระยะ
อยู่ไฟ (ภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด)
อัตราทารกตายปี 2555 จาก Mahidol Population Gazette

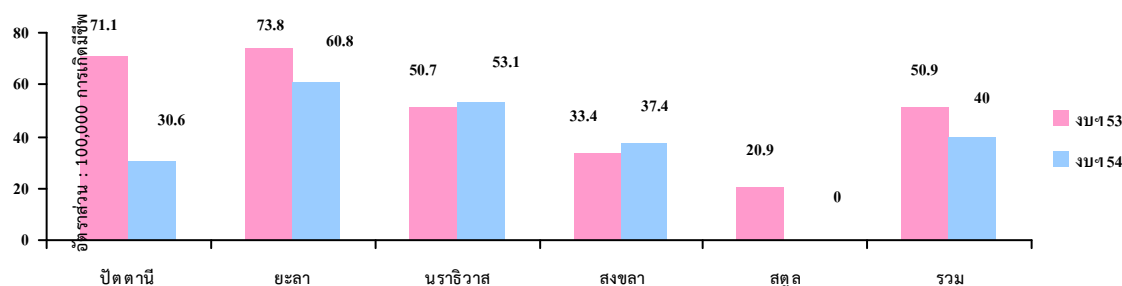
ปี พ.ศ. 2541 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ดำเนินการเก็บข้อมูลอัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio, MMR) ด้วยวิธี RAMOS พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 44.1 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีวิต

แผนภูมิที่ 22 อัตราส่วนการตายมารดา 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปีตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา สตูล



ที่มา: รายงานผลการเฝ้าระวัง ศูนย์อนามัยที่ 12

แผนภูมิที่ 23 อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกตาม 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ปี 2553 – 2554

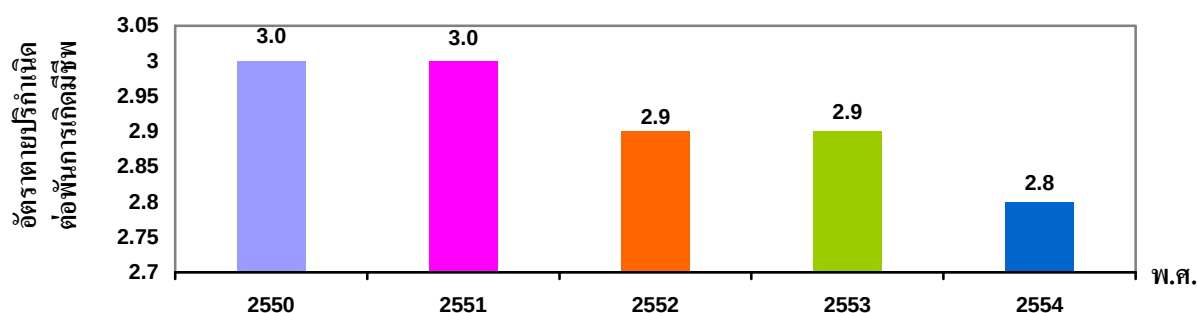


ที่มา: รายงานผลการเฝ้าระวัง ศูนย์อนามัยที่ 12

อัตราการตายมารดา 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างปีพ.ศ. 2553 – 2554 พบว่า ปี พ.ศ. 2553 จังหวัดยะลา มีอัตราการตายมารดาสูงที่สุด รองลงมาคือจังหวัดปัตตานี นราธิวาส สงขลา และสตูล คิดเป็นร้อยละ 73.8 71.1 50.7 33.4 และ 20.9 ตามลำดับ

พ.ศ. 2554 จังหวัดยะลา ยังคงมีอัตราการตายมารดาสูงที่สุด รองลงมาคือจังหวัดนราธิวาส สงขลา ปัตตานี และจังหวัดสตูล คิดเป็นร้อยละ 60.8 53.1 37.4 30.6 และ 0.0 ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 24 อัตราตายปริกำเนิด พ.ศ. 2550 – 2554



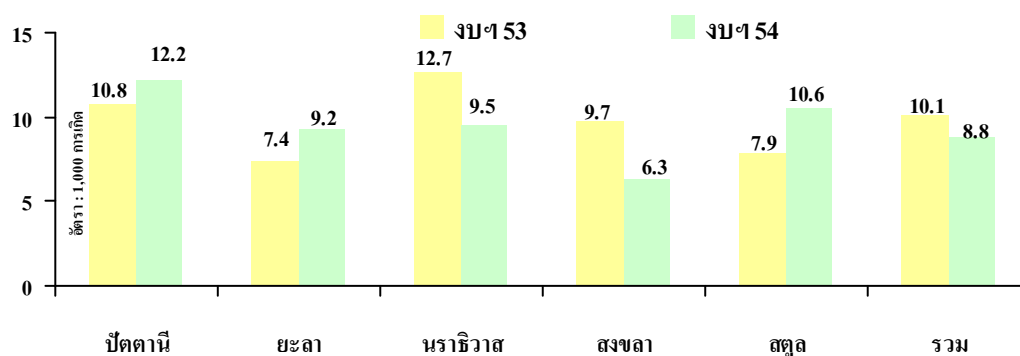
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การตายปริกำเนิด คือการที่ทารกตายนับตั้งแต่อยู่ในครรภ์ครบ 28 สัปดาห์เต็มถึงน้อยกว่า 7 วัน หลังคลอด การตายปริกำเนิดเป็นตัวชี้วัด การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก สุขภาพแม่และเด็ก คุณภาพ การฝากครรภ์ และการดูแลระหว่างคลอด

อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) คือจำนวนการตายของทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัม หรืออายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ (Fetal deaths) รวมกับจำนวนการตายของทารกแรกเกิดที่มีอายุต่ำกว่า 7 วัน (Early neonatal deaths) ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด

จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตายปริกำเนิด ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย

แผนภูมิที่ 25 อัตราการตายปริกำเนิดของทารกจำแนกตาม 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ปี 2553 – 2554



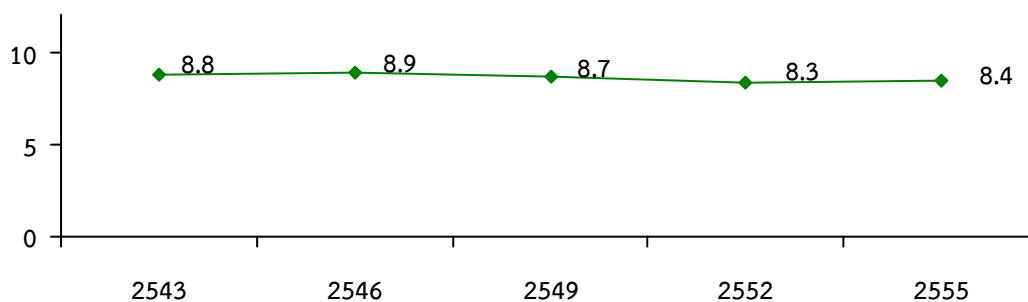
ที่มา: รายงานผลการเฝ้าระวัง ศูนย์อนามัยที่ 12

อัตราตายปริกำเนิด 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างปีพ.ศ. 2553 – 2554 พบว่า ปีพ.ศ. 2553 จังหวัดนราธิวาสมีอัตราตายปริกำเนิดสูงสุด รองลงมาคือจังหวัดปัตตานี สงขลา สตูล และยะลา คิดเป็นร้อยละ 12.7 10.8 9.7 7.9 และ 7.4 ตามลำดับ

พ.ศ. 2554 จังหวัดปัตตานี มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด รองลงมาคือจังหวัดสตูล นราธิวาส ยะลา และสงขลา คิดเป็นร้อยละ 12.2 10.6 9.5 9.2 และ 6.3 ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 26 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2543 – 2555

ร้อยละ

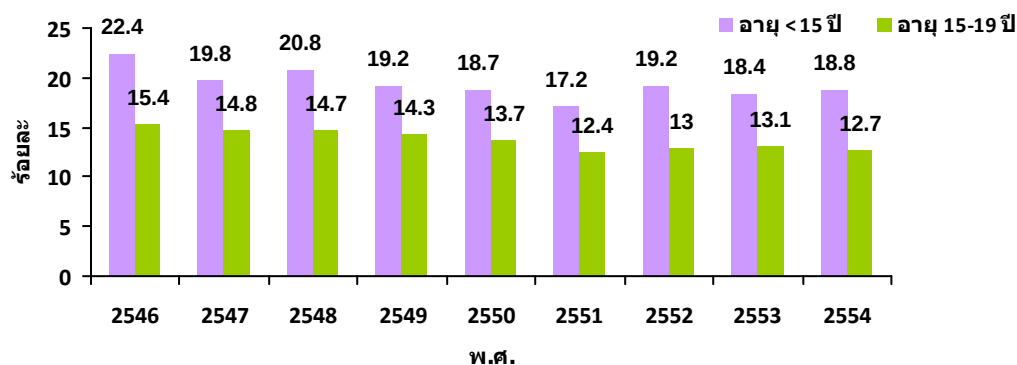


ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานของ ศูนย์อนามัยที่ 1 – 12 กรมอนามัย
โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับบริการสุขภาพสตรีและเด็กอย่างองค์รวม :
กุมภาพันธ์ 2556

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึงทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม หมายถึงทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจากการคลอดก่อนกำหนด และทารกที่การเจริญเติบโตในครรภ์ ชะงักงัน สาเหตุของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ส่วนใหญ่เกิดจากอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อแรกคลอด ภาวะโภชนาการมารดา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น แม่ติดสารเสพติด แม่ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แม่ชักขณะตั้งครรภ์ เลือดออกทางช่องคลอดในระยะแรกของการตั้งครรภ์ แม่ดื่มชา กาแฟ สูบบุหรี่ น้ำหนักแม่เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 10 กิโลกรัม และแม่ที่แท้งบ่อย เป็นต้น

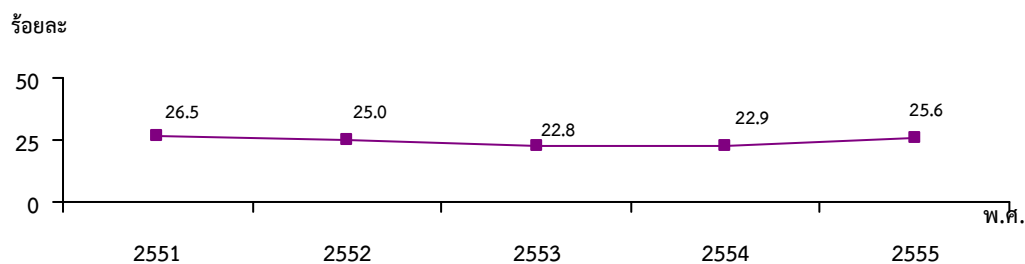
สถานการณ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง 2555 อยู่ในสถานะเกือบคงที่ โดยอยู่ที่ ร้อยละ 8.4 ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดไว้ว่าไม่เกินร้อยละ 7.0 ถือเป็นประเด็นที่ท้าทาย ที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

แผนภูมิที่ 27 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในแม่วัยรุ่น พ.ศ. 2546 – 2554



- ที่มา: 1. ข้อมูลเฉพาะเด็กเกิดมีชีพในโรงพยาบาลของรัฐ ที่รายงานมายังสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
2. วิเคราะห์และรายงานโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
3. Fact Sheet ฉบับที่ 1 กรกฎาคม 2555 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 28 อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน พ.ศ. 2551 – 2555



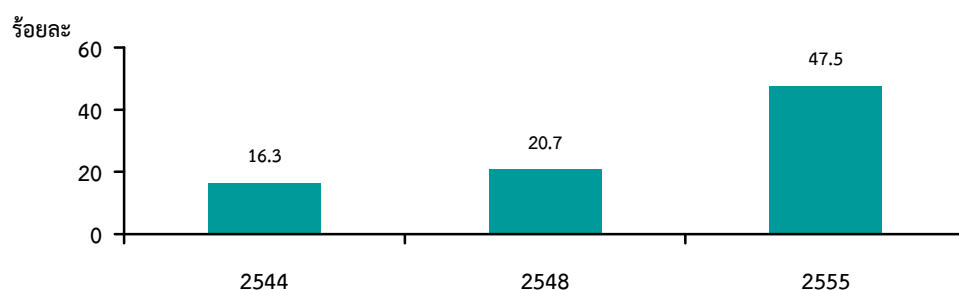
- ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานของ ศูนย์อนามัยที่ 1 – 12 กรมอนามัย

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หมายถึงภาวะที่ทารกแรกเกิดมีชีพ ค่าประเมินคะแนน Apgar ที่ 1 นาที และ 5 นาที ต่ำกว่า 7 คะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ 1. ระดับรุนแรงมาก ค่าคะแนน Apgar เป็น 0 – 3 คะแนน และ 2. ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ค่าคะแนน Apgar เป็น 4 – 7 คะแนน

การประเมินภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป้าหมายกรมอนามัยไม่เกิน 30 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ มีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนได้แก่ ปัจจัยการคลอด เช่น การคลอดที่ยากลำบาก ติดไหล่ทารก การคลอดที่ต้องใช้เครื่องมือ เช่น คีม เครื่องดูดสุญญากาศ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การคลอดท่าก้นทางช่องคลอด ปัจจัยของทารก ทารกน้ำหนักตัวน้อย น้ำหนักตัวมากเกินไป ครรภ์แฝด ภาวะ fetal distress ปัจจัยของมารดา มารดามีโรคประจำตัว มีน้ำเดินก่อนคลอด มารดาไม่มาฝากครรภ์ มารดาอายุมาก เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถป้องกันได้โดยการบริการฝากครรภ์ และ

คลอด อย่างมีคุณภาพ สถานการณ์ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดลดลงจากร้อยละ 60.9 ปี พ.ศ. 2542 เหลือเพียงร้อยละ 25.6 ในปี พ.ศ.2555

แผนภูมิที่ 29 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

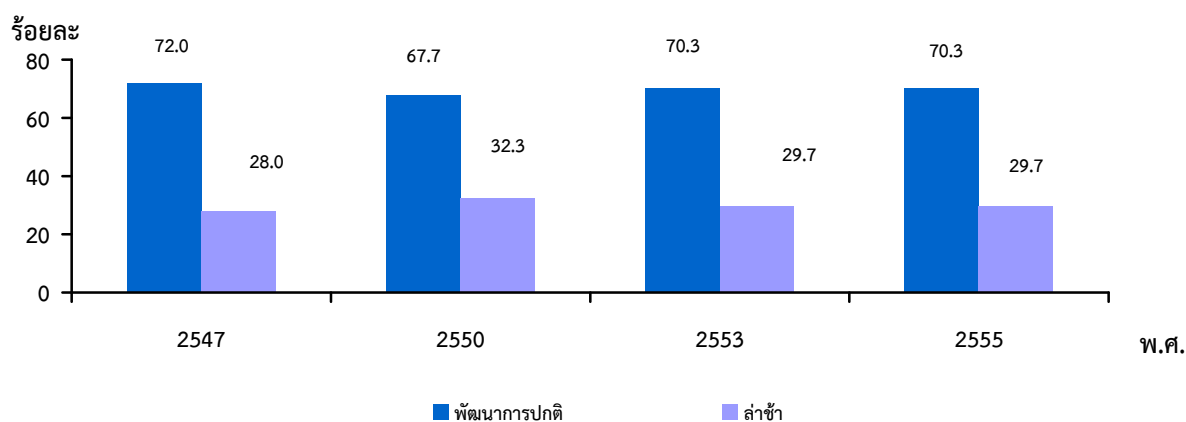


ที่มา: พ.ศ. 2544 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน การประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 งานอนามัยแม่และเด็ก : การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
พ.ศ. 2548 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
พ.ศ. 2555 โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับบริการสุขภาพสตรีและเด็กอย่าง องค์กรร่วม กุมภาพันธ์ 2556 , อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ลูกได้รับผลดีที่สุด ต้อง “เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน หลังจากนั้นจึงให้อาหารอื่นตามวัย และกินนมแม่ควบคู่จนลูกอายุ 2 ปี หรือนานกว่า” แต่มีเด็กไทยเพียงร้อยละ 15 เท่านั้น ที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกคลอดถึงอายุ 6 เดือน หากต้องการเด็กที่มีคุณภาพ ต้อง ผลักดัน สนับสนุน และ ส่งเสริมให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน

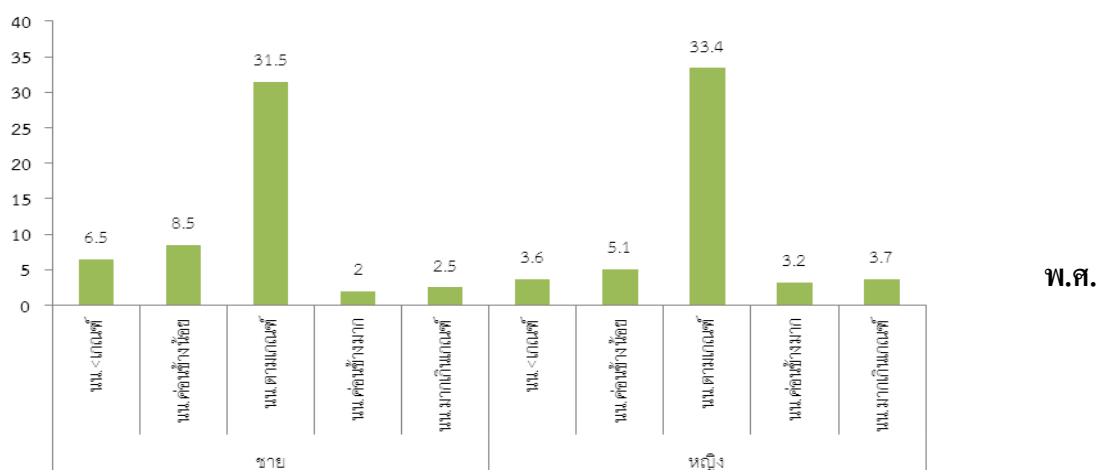
จากการสำรวจการประเมินผลงานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ดำเนินการโดย สำนักส่งเสริมสุขภาพ อัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.3 ปี พ.ศ. 2544 เป็น ร้อยละ 47.5 ในปี พ.ศ.2555

แผนภูมิที่ 30 พัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี วัดโดยเครื่องมือ Denver II



ที่มา: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

แผนภูมิที่ 31 การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี น้ำหนัก (กิโลกรัม) ตามเกณฑ์อายุ พ.ศ.2553

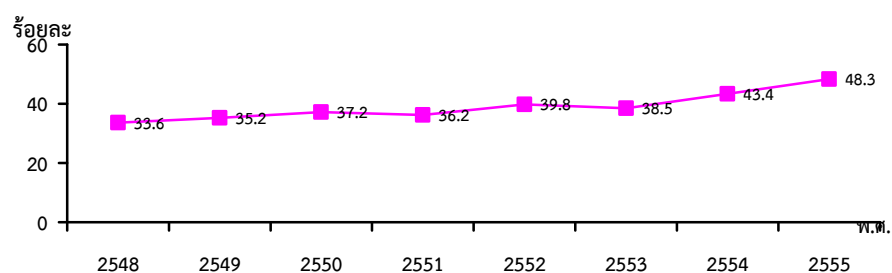


ที่มา: ข้อมูล 21 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี เป็นทรัพยากรที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ เด็กที่มีคุณภาพ จะต้องเป็นเด็กที่มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการสมบูรณ์ทุกด้านตามวัย การอบรมเลี้ยงดูและประสบการณ์ต่างๆ ที่เด็กได้รับในช่วงวัยนี้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาการเด็กเป็นอย่างยิ่ง

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยดำเนินการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีพ.ศ. 2555 พบว่าพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก กล่าวคือ 72.0 ในปี 2547 เป็น 70.3 ในปี 2555 และเด็กหญิงอยู่ที่ 33.4 ซึ่งมากกว่าเด็กชายมีน้ำหนักตามเกณฑ์อยู่ที่ 31.5

แผนภูมิที่ 32 ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ พ.ศ. 2548-2555



ที่มา: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

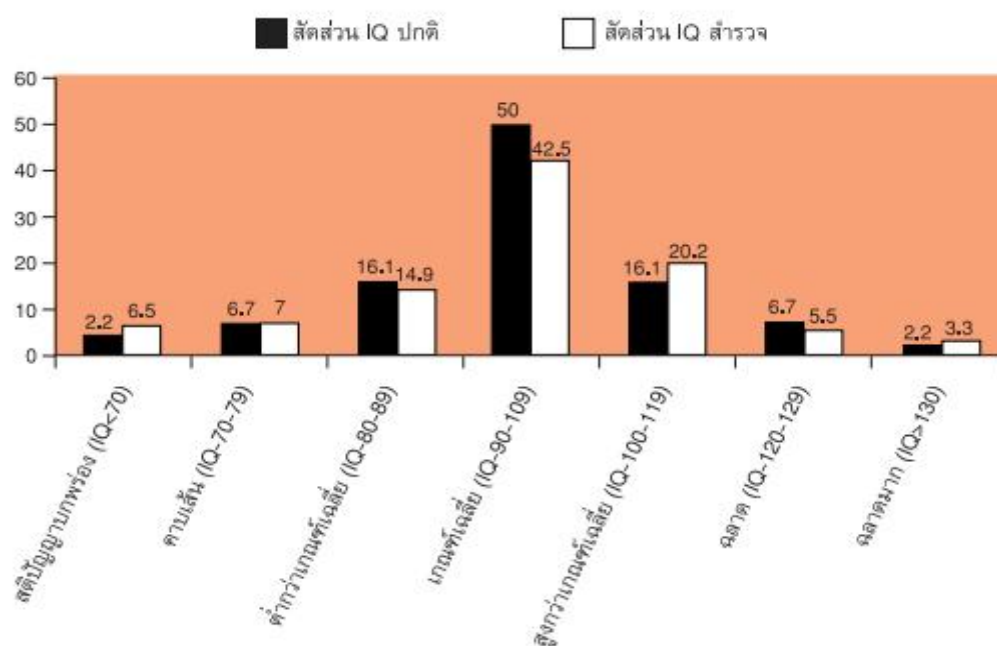
สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพดี ช่วยเสริมคุณภาพชีวิต เพราะปัญหาสุขภาพช่องปากจะส่งผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ของร่างกาย สำหรับเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ข้อมูลจากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ และการสำรวจรายปีตามระบบเฝ้าระวังของสำนักทันตสาธารณสุข พบสถานการณ์โรคฟันผุในเด็ก อายุ 3 ปี มีแนวโน้มที่ดีขึ้นจากปี พ.ศ.2548 – 2555 ตามลำดับ

สาเหตุหลักของฟันน้ำนมผุ จากการดื่มนมที่ไม่เหมาะสม การกินอาหารแป้งและน้ำตาลบ่อย การไม่ทำความสะอาดช่องปาก และเข้าไม่ถึงบริการทันตกรรมป้องกัน ซึ่งเป็นผลจากความเชื่อวัฒนธรรมและสังคม

¹การสำรวจ ความฉลาดทางปัญญา (IQ) ปี พ.ศ.2554 พบว่า IQ เฉลี่ย 98.59 ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลยุคปัจจุบัน ($IQ = 100$) เด็กร้อยละ 48.5 มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ($IQ < 100$) และเด็กร้อยละ 6.5 มีระดับสติปัญญาบกพร่อง ($IQ < 70$)

การสำรวจ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กวัย 3 – 5 ปี พ.ศ.2545 พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (139-202 คะแนน) และ พ.ศ.2550 เกณฑ์ปกติลดลง (125-198 คะแนน)

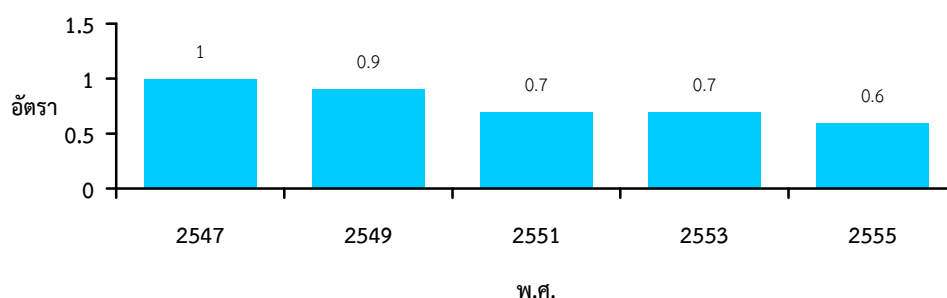
แผนภูมิที่ 33 สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2554 (อายุ 6-15 ปี)



ที่มา: โครงการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2554

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 34 อัตราการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในหญิงตั้งครรภ์



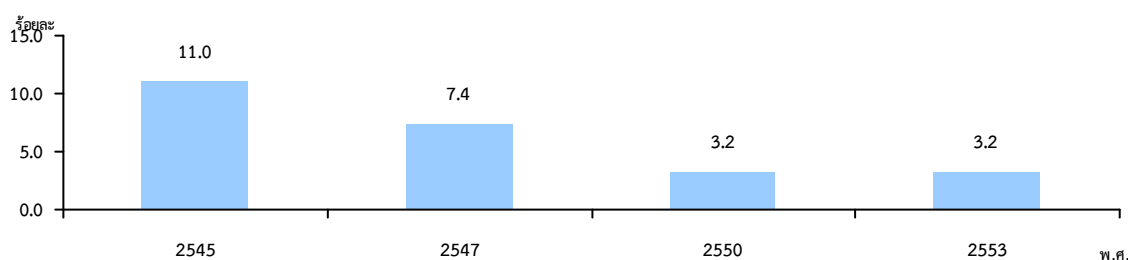
ที่มา: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

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

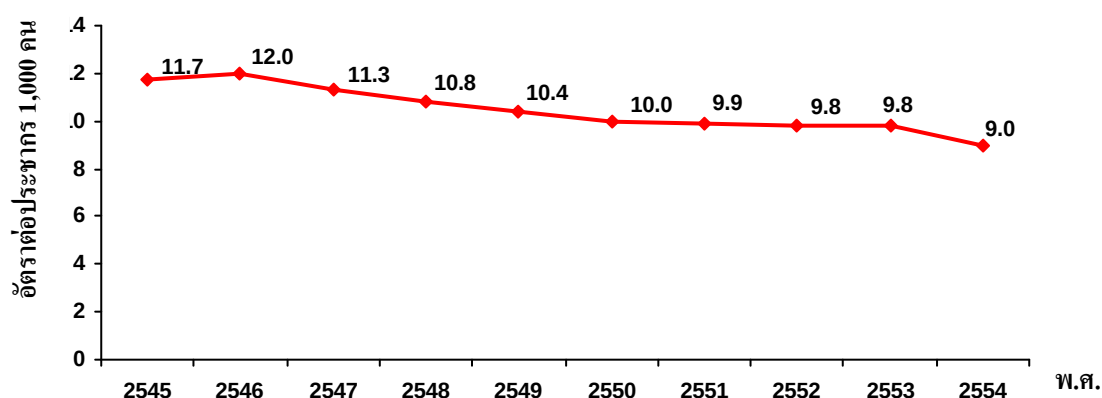
จากรายงานสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ลดลง เนื่องจากการดำเนินงานเพื่อการป้องกันในหลายด้าน เช่น การรณรงค์ให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย การสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัยทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์มีอัตราลดลงในปี 2547 อัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์มีอัตราเท่ากับร้อยละ 1.0 แต่ในปี พ.ศ. 2555 อัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ลดลงเป็น ร้อยละ 0.6

แผนภูมิที่ 35 อัตราเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีติดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก



ที่มา: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

แผนภูมิที่ 36 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2545 – 2554



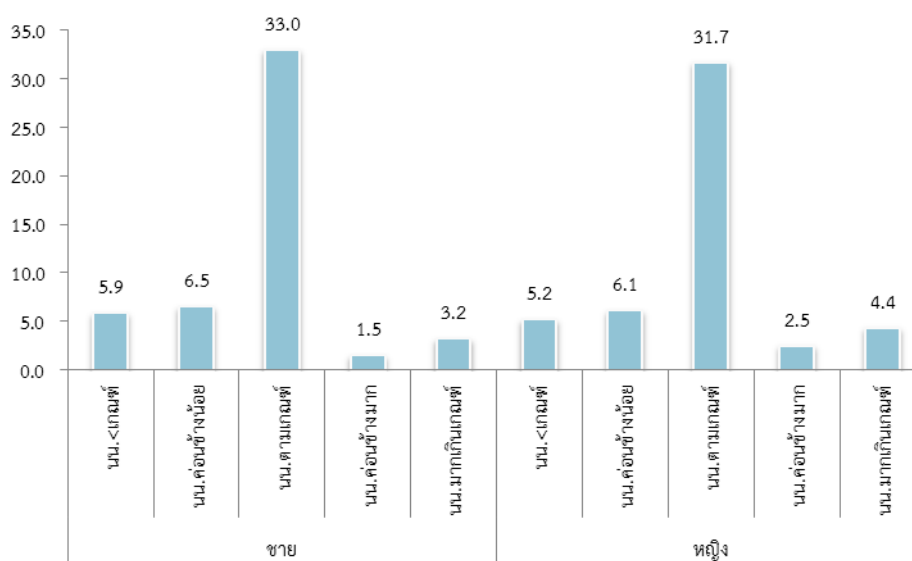
ที่มา: รายงานสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.2545 – 2554 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อประชากร 1,000 คน มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจาก 11.7 ในปีพ.ศ. 2545 เป็น 9.0 ในปี 2554

สถานการณ์สุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน

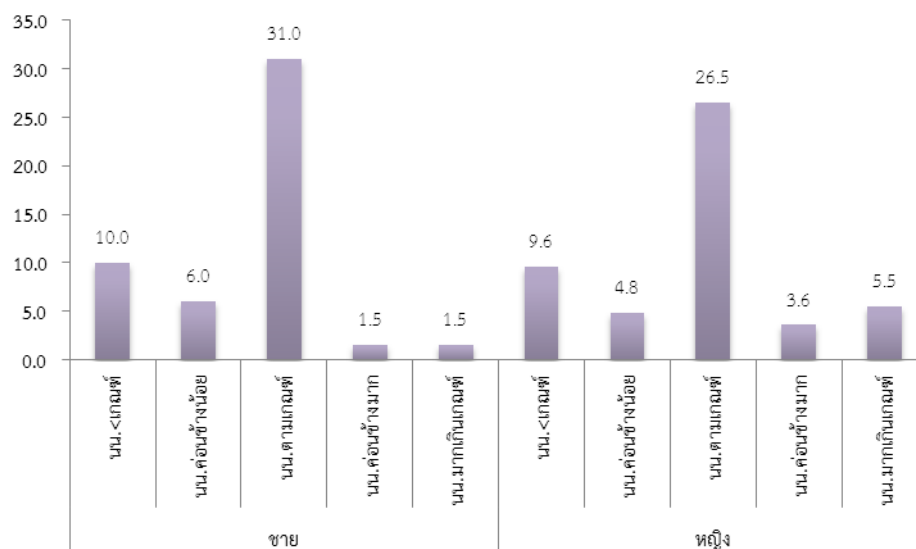
เด็กวัยเรียน (อายุ 6-21 ปี) มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าร้อยละ 50.0 และมาตรฐานความสามารถของผู้เรียนในเรื่องการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ มีวิจารณญาณ และคิดสร้างสรรค์ค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้จากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหญิงอายุ 15 – 19 ปี เพิ่มจาก 54.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี พันคน ในปี 2548 เป็น 56.2 ในปี 2553 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำไปสู่ปัญหาการทำแท้งและความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร อัตราการทำแท้งร้อยละ 9 และมีแม่ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 0.4 อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 14 ปี เร็วที่สุด 10 ปี และจากรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนชั้น ม.2 ม.5 และ ปวช.ปี 2 ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเพิ่มสูงขึ้นตามระดับชั้นที่สูงขึ้น นักเรียนชายจะมีเพศสัมพันธ์สูงกว่านักเรียนหญิง ในขณะที่การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนยังต่ำในทุกระดับชั้น ส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.5 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 79.8 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน

แผนภูมิที่ 37 การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-18 ปี น้ำหนัก (กิโลกรัม) ตามเกณฑ์อายุ พ.ศ.2553



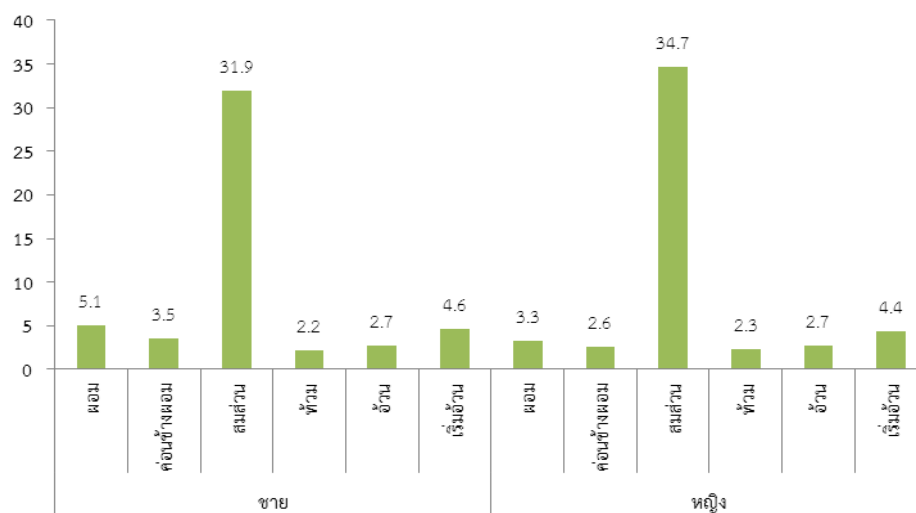
ที่มา: ข้อมูล 21 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

แผนภูมิที่ 38 การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-18 ปี ความยาว (เซนติเมตร) ตามเกณฑ์อายุ พ.ศ.2553



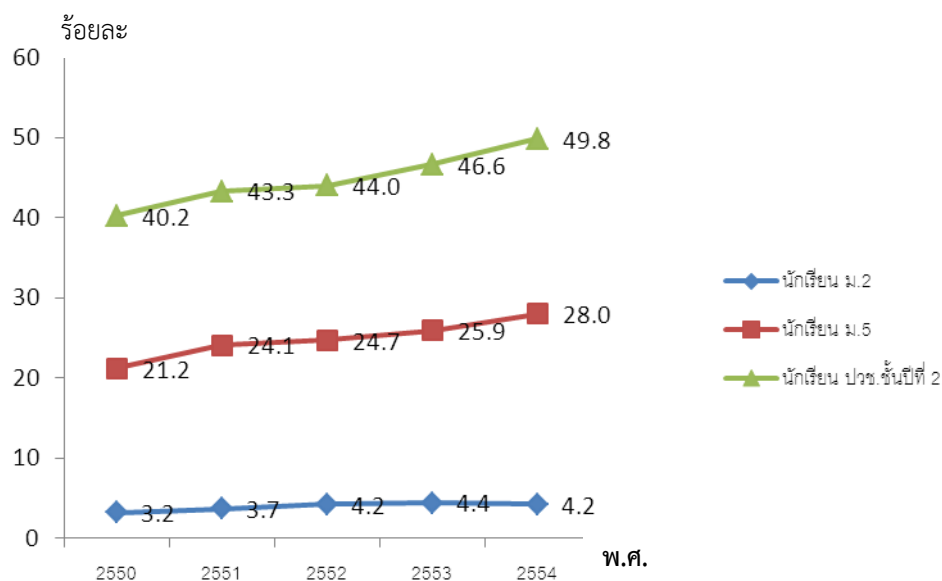
ที่มา: ข้อมูล 21 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

แผนภูมิที่ 39 การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-18 ปี น้ำหนัก (กิโลกรัม) ต่อความยาว (เซนติเมตร) ตามเกณฑ์อายุ พ.ศ.2553



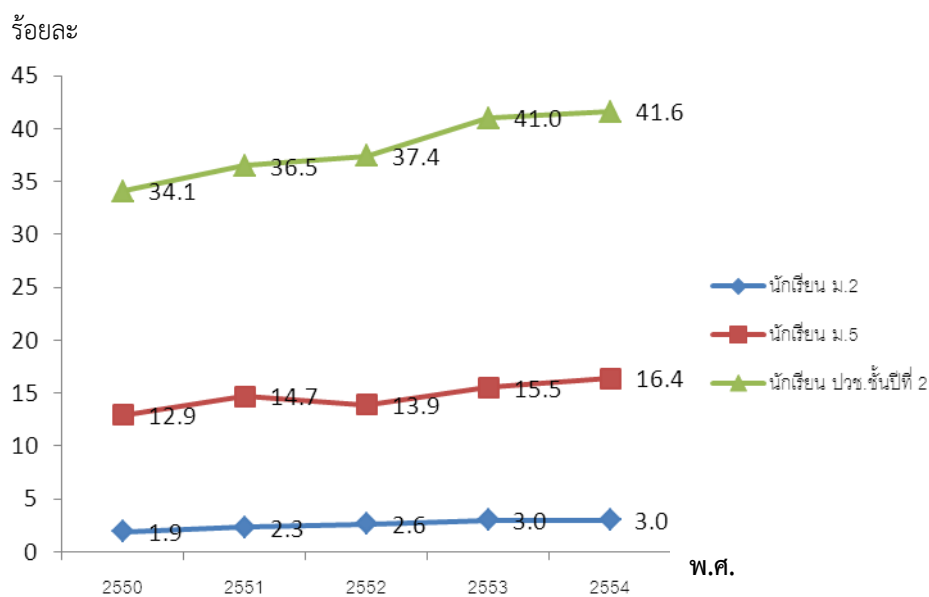
ที่มา: ข้อมูล 21 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

แผนภูมิที่ 40 ร้อยละของนักเรียนชายชั้น ม.2 ม.5 และ ปวช.ชั้นปีที่ 2 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2550-2554



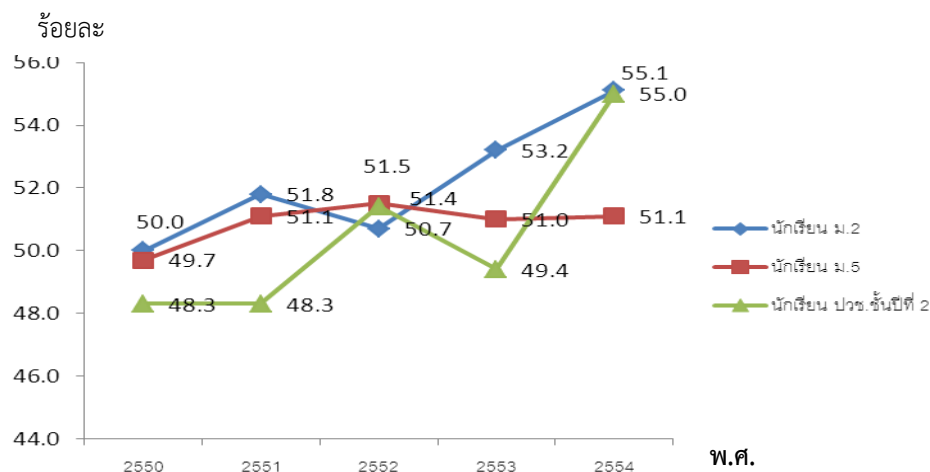
ที่มา: สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2554

แผนภูมิที่ 41 ร้อยละของนักเรียนหญิงชั้น ม.2 ม.5 และ ปวช.ชั้นปีที่ 2 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2550-2554



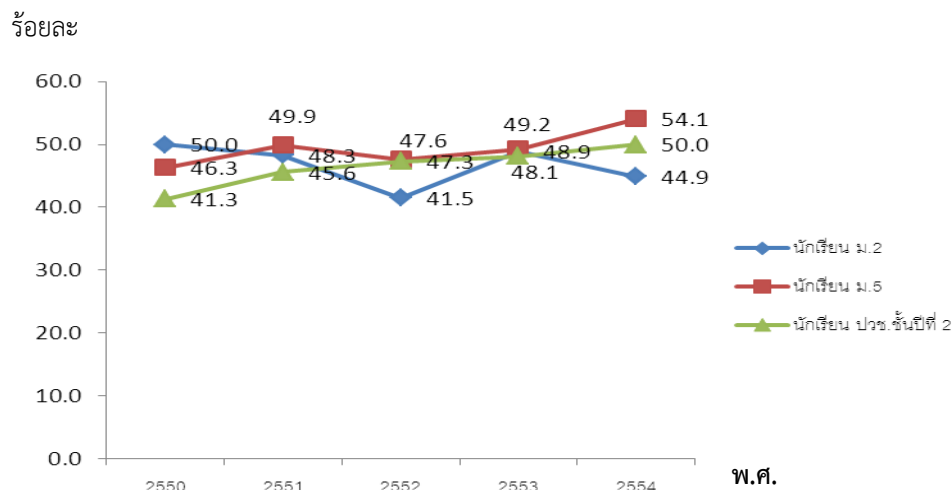
ที่มา: สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2554

แผนภูมิที่ 42 ร้อยละของนักเรียนชายชั้น ม.2 ม.5 และปวช.ชั้นปีที่ 2 ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พ.ศ.2550-2554



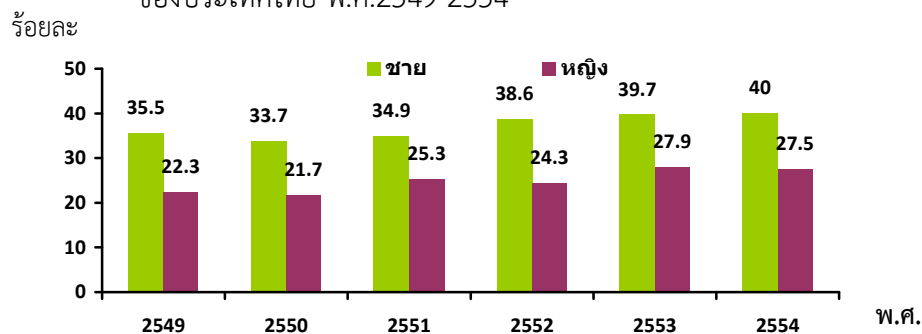
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2554

แผนภูมิที่ 43 ร้อยละของนักเรียนหญิงชั้น ม.2 ม.5 และปวช.ชั้นปีที่ 2 ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พ.ศ.2550-2554



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2554

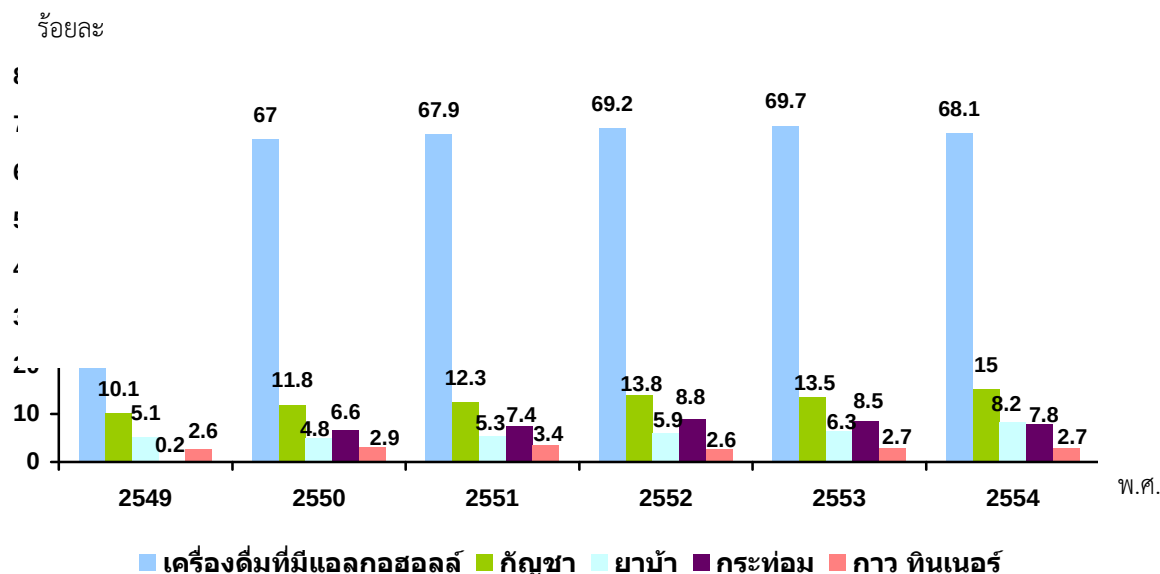
แผนภูมิที่ 44 ร้อยละการใช้เครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของประเทศไทย พ.ศ.2549-2554



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2554

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของประเทศไทย พ.ศ.2549-2554 ใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า กาว หรือทินเนอร์ เฮโรอีน กัญชา ฝิ่น ยาเค ยาอี กระเทียม และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แต่ปริมาณการใช้ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีจำนวนมาก นอกนั้นไม่ถึงร้อยละ 1.0

แผนภูมิที่ 45 ร้อยละการใช้สารเสพติดของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2554



ที่มา: สำนักสถาบันวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2554

นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ของประเทศไทย พ.ศ.2549-2554 ใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า กาวหรือทินเนอร์ เฮโรอีน กัญชา ฝิ่น ยาเค ยาอี กระเทียม และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แต่ปริมาณการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กัญชา ยาบ้า กระเทียม และกาวหรือทินเนอร์ มีจำนวนที่น่าสนใจ นอกนั้นไม่ถึงร้อยละ 1.0

ตารางที่ 3 ร้อยละการใช้สารเสพติดของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2554

พ.ศ.	2549	2550	2551	2552	2553	2554
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	45.8	43.3	47.0	48.5	48.8	49.4
กัญชา	1.1	0.8	1.0	1.1	1.1	1.1

ที่มา: สำนักสถาบันวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2554

นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ของประเทศไทย พ.ศ.2549-2554 ใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า กาวหรือทินเนอร์ เฮโรอีน กัญชา ฝิ่น ยาเค ยาอี กระเทียม และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แต่ปริมาณการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และกัญชา มีจำนวนที่น่าสนใจ นอกนั้นไม่ถึงร้อยละ 1.0

ตารางที่ 4 ร้อยละการใช้สารเสพติดของนักเรียนชายอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2554

พ.ศ.	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	79.6	78.8	78.1	75.8	75.2	74.4	74.2	74.7
กัญชา	21.3	22.0	16.5	22.7	24.0	23.8	24.8	25.1
ยาบ้า	12.1	12.0	7.6	9.7	12.8	13.0	14.1	17.4
กระท่อม	10.4	10.8	8.4	10.7	13.6	13.7	14.0	11.2
กาว ทินเนอร์	4.9	4.8	3.9	5.7	5.8	4.7	4.7	4.6
ฝิ่น	1.1	1.4	1.6	1.0	1.7	1.8	1.5	1.4
ยาอี	1.1	1.4	0.4	0.9	1.1	1.2	1.3	1.1
เฮโรอีน	0.5	0.7	0.5	0.6	1.0	1.0	1.1	1.2

ที่มา: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2554

ตารางที่ 5 ร้อยละการใช้สารเสพติดของนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2554

พ.ศ.	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	51.1	54.0	51.9	52.1	54.1	55.9	57.4	58.3
ยาบ้า	1.3	1.6	1.7	1.8	2.3	2.4	2.8	3.4
กัญชา	1.1	1.3	2.2	3.0	2.9	3.3	3.1	2.9
กระท่อม	0.4	0.4	1.0	1.2	1.4	2.1	2.1	1.0

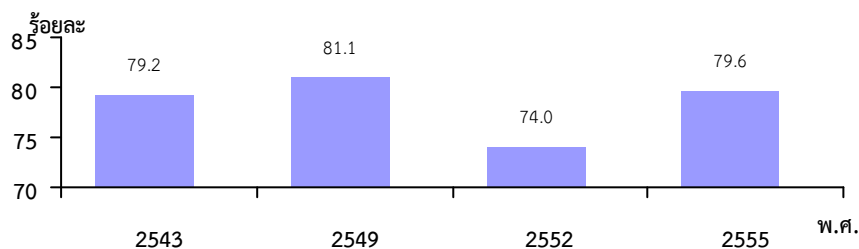
ที่มา: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2554

สถานการณ์สุขภาพวัยทำงาน

วัยทำงานเป็นประชากรส่วนใหญ่ และเป็นผู้สร้างความเจริญเติบโตและผลผลิตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งเรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งเพิ่มขึ้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547 เปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 พบความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ม.^๒) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 สำหรับภาวะอ้วนลงพุง มีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากการสำรวจครั้งที่ 3 พบในผู้หญิงร้อยละ 36.1 ผู้ชายพบร้อยละ 15.4 เพิ่มเป็นร้อยละ 45.0 และ 18.6 ในการสำรวจครั้งที่ 4 ตามลำดับ และมีรายงานสุขภาพจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ประมาณร้อยละ 58 ของโรคเบาหวานทั่วโลก ร้อยละ 21 ของโรคหัวใจขาดเลือด และร้อยละ 8-42 ของโรคมะเร็งบางชนิด มีสาเหตุมาจากความอ้วน นอกจากนี้ยังพบอัตราการสูญเสียฟันในช่องปากสูงถึงร้อยละ 82.84 พบฟันผุร้อยละ 89.57 พบโรคปริทันต์ร้อยละ 37.6 และข้อมูลจากสถาบัน

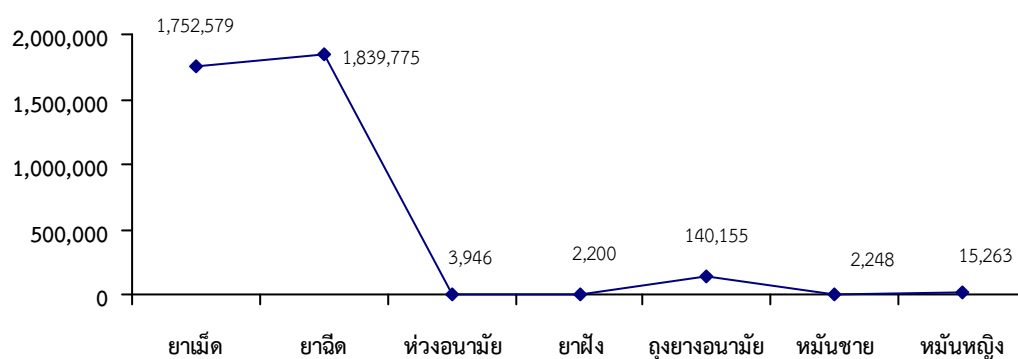
มะเร็งแห่งชาติ ปี 2555 พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการป่วยและตายอันดับหนึ่งของสตรีไทย (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 14.4) อัตราการป่วยและตายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค เป็นภาระอย่างยิ่งของครอบครัว และประเทศชาติ

แผนภูมิที่ 46 อัตราการวางแผนครอบครัว



ที่มา: ปี 2549 การสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย, NSO
Mahidol Population Gazette

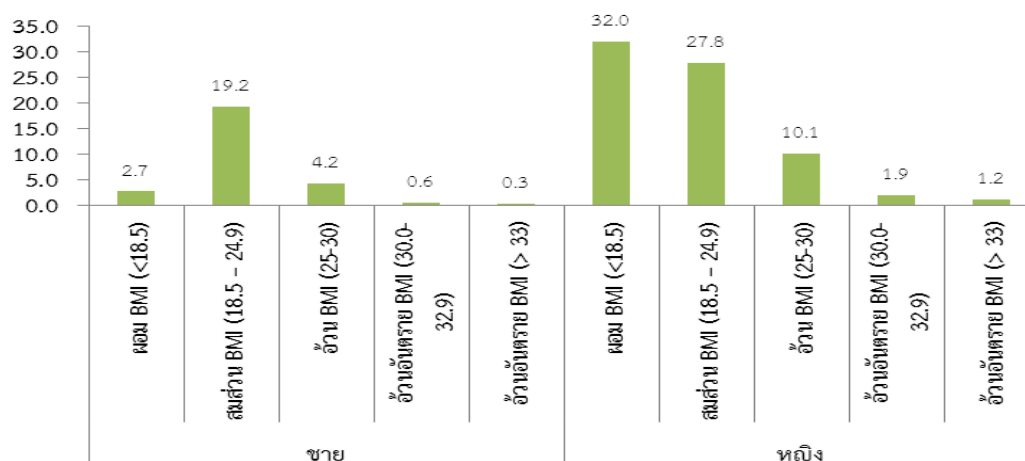
แผนภูมิที่ 47 วิธีคุมกำเนิด พ.ศ.2554 (ต.ค.2553-มี.ค.2554)



ที่มา: ข้อมูล 21 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) มีนโยบายรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ต่ำกว่า 1.6

แผนภูมิที่ 48 ภาพลักษณ์ของการของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2553



ที่มา: ข้อมูล 21 แพ้ม กระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 6 การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พ.ศ.2550, 2552 และ 2554

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน		
		2550	2552	2554
ความครอบคลุมการใช้เกลือบริโภคเสริมไอโอดีนของครัวเรือน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	68.9	77.4	93.5
สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร (ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	61.3	59.0	39.7
ชุมชนหรือหมู่บ้านไอโอดีน	36,000 แห่ง	5แห่ง	34 แห่ง	21,871 แห่ง

ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

สถานการณ์ปัญหาแม่เร่ร่อนในสตรีไทย

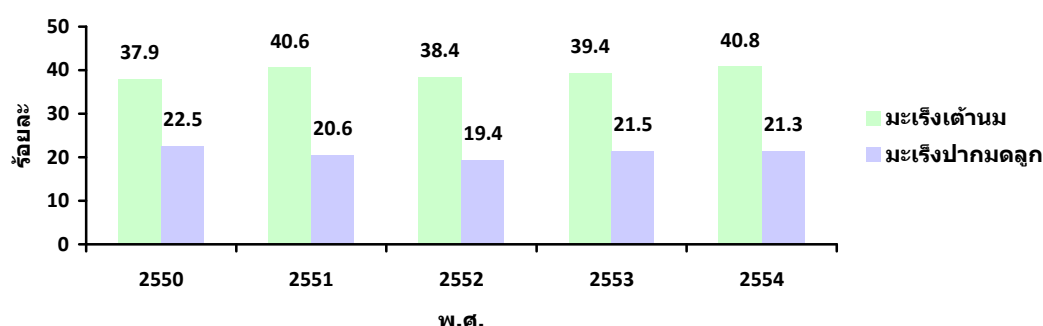
ปัจจุบันแม่เร่ร่อนเป็นสาเหตุการป่วยและตายอันดับ 1 ของสตรีไทย คือร้อยละ 37.5 รองลงมาคือแม่เร่ร่อนปากมดลูก ร้อยละ 14.4 (สถาบันแม่เร่ร่อนแห่งชาติ, 2555) อัตราการป่วยและตายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 ถึงปี 2554 พบว่าอันตราย (ต่อแสนประชากร) เท่ากับ 6.8, 7.3, 7.3, 7.7 และ 8.4 ตามลำดับ สำหรับอัตราป่วย 37.9, 40.6, 38.4, 55.9 และ 40.8 ตามลำดับ

สาเหตุของโรคแม่เร่ร่อนยังไม่ทราบแน่ชัด การป้องกันแม่เร่ร่อนที่ดีที่สุด คือการตรวจเพื่อค้นหาให้ได้เร็วที่สุด (Early Detection) ซึ่งการตรวจหาแม่เร่ร่อนมี 3 วิธี คือ 1) การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) 2) การตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination) และ 3) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination) แม้การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุด แต่การให้บริการยังไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้ ซึ่งแม่เร่ร่อนเป็นแม่เร่ร่อนที่สามารถตรวจค้นหาความผิดปกติได้ด้วยตนเอง เพราะการ

ตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นจะสามารถพบความผิดปกติได้ตั้งแต่นั้นๆ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วจะลดความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมได้ โดยเฉพาะหากพบในระยะที่ 1-2 อัตราการรอดชีวิตสูง จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบ ผู้ป่วยระยะที่ 1-2 ปี 2553 ร้อยละ 63.8 ปี 2554 ร้อยละ 53.9 และจากการสำรวจพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ ปี 2554 พบว่า มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 74 ตรวจเป็นประจำสม่ำเสมอ ร้อยละ 52 และตรวจถูกต้องมีเพียงร้อยละ 21 เท่านั้น

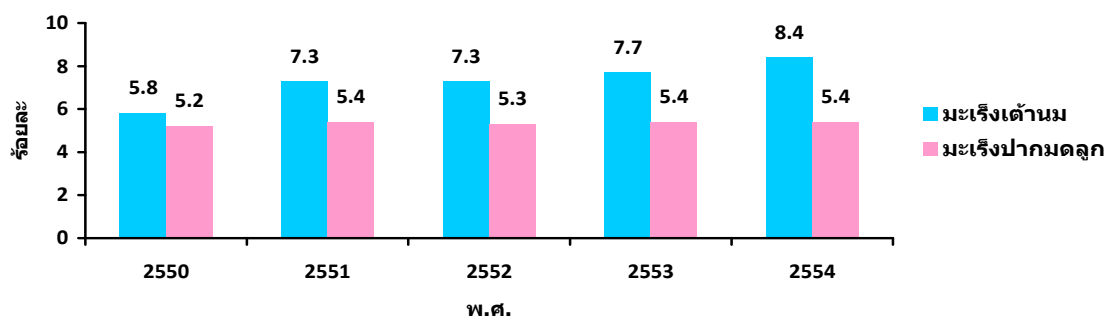
จากแนวโน้มอัตราการป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงได้มีการดำเนินงานในการดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม โดยมีกิจกรรมการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย สำหรับเป็นวิทยากรในการดำเนินงานดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม การติดตามและสุ่มประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง รวมทั้งกิจกรรมการณรงค์และสร้างกระแส ให้สตรีเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานได้แก่ คู่มืออสม. คู่มือการอบรมอสม. ภาพพลิการ์ตรวจเต้านมด้วยตนเอง CD การตรวจเต้านมด้วยตนเอง แผ่นพับ/โปสเตอร์การตรวจ เต้านมด้วยตนเอง และแบบประเมินการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับ อสม. ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้สตรีไทยมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และส่งผลให้สามารถลดขนาดของปัญหาและอัตราความรุนแรงของมะเร็งเต้านมได้

แผนภูมิที่ 49 อัตราป่วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกต่อประชากรแสนคน



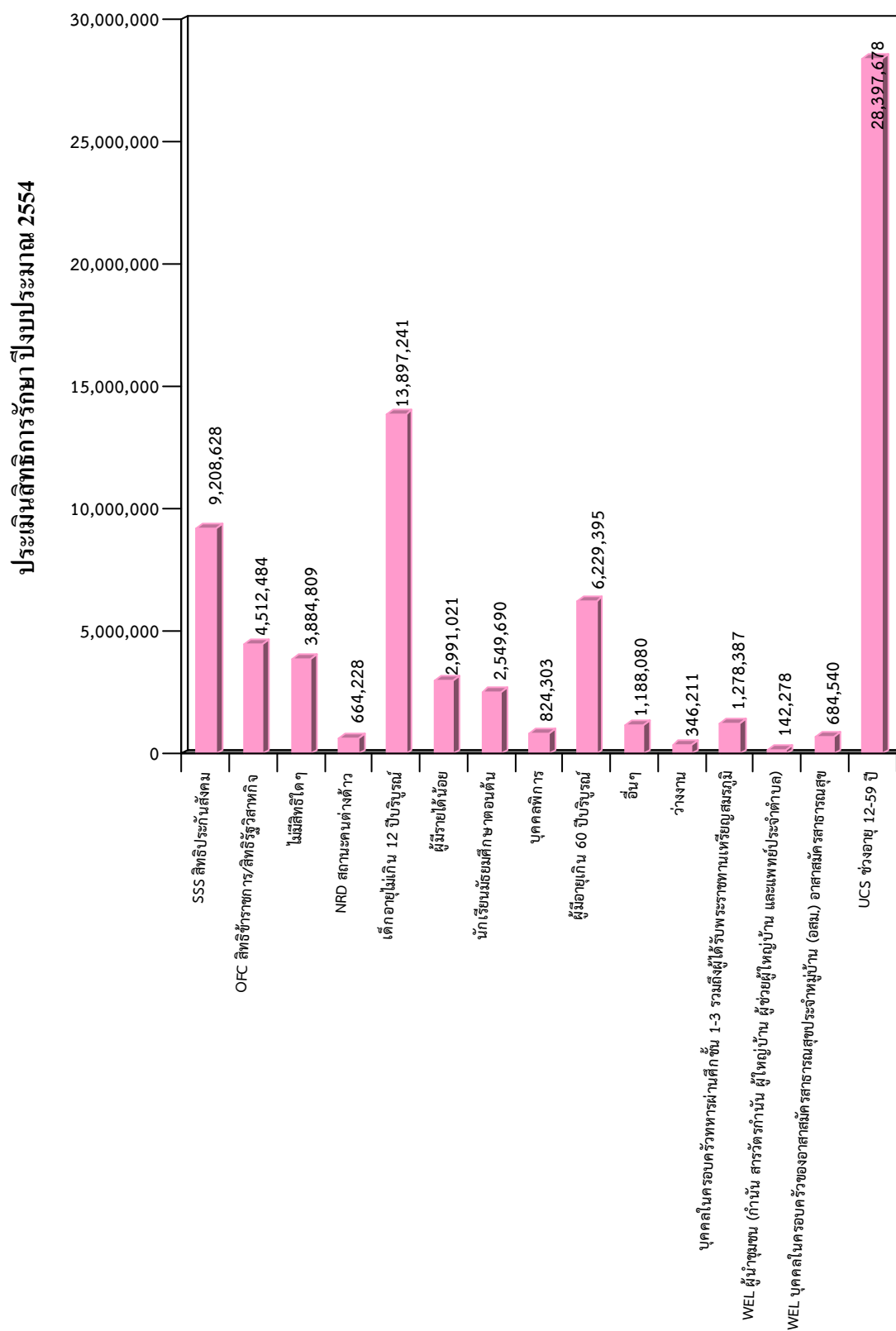
ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 50 อัตราตายโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกต่อประชากรแสนคน



ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 51 ประเภทหลักประกันสุขภาพตามสิทธิ พ.ศ.2554



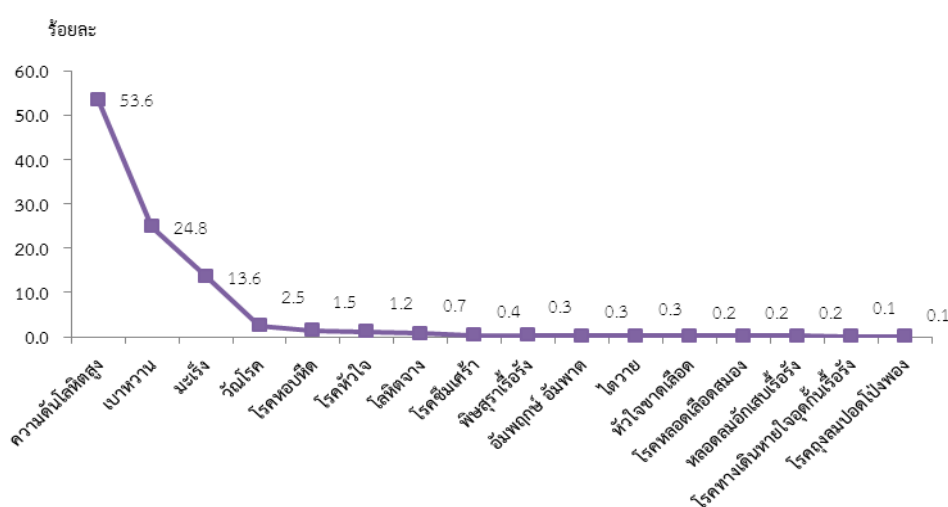
ที่มา : ข้อมูล 21 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข และไม่รวมกรุงเทพมหานคร

สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ

จากความสำเร็จความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้ลดอัตราการเพิ่มประชากรได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กล่าวคือสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น จนกลายเป็นประเทศของสังคมผู้สูงอายุ คือมีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 อย่างไรก็ตามสังคมไทยได้เริ่มเตรียมการล่วงหน้ามาบ้างแล้ว เช่น แผนพัฒนาประเทศ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และ แผนอื่นๆ ให้ความสำคัญและมีเรื่องของการพัฒนาเพื่อผู้สูงอายุอยู่ด้วยเสมอมา องค์การสหประชาชาติ ให้นิยามว่าประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วน ร้อยละ 10 หรือ อายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ ๗ ของจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 14

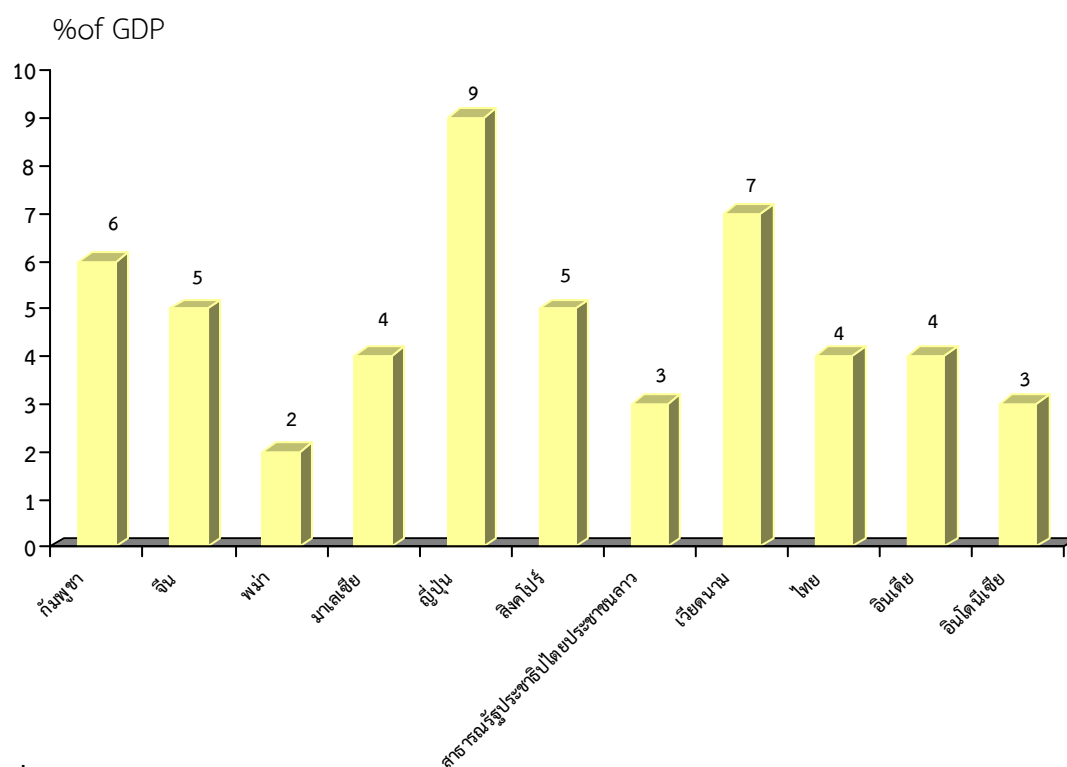
ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 9.5 ล้านคน (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 9.5 ล้านคน, ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป 6.4 ล้านคน) กลุ่มวัยสูงอายุ แม้จะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่ประสบ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น (มากกว่า 50% ของผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง) โดยพบว่า ร้อยละ 31.7 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ 13.3 และ หัวใจร้อยละ 7.0 ปัญหาอื่นๆ คือโรคอ้วน น้ำหนักเกินมากขึ้น โรคเกี่ยวกับทันตสุขภาพผู้สูงอายุมีฟันใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 54.8 มีปัญหาการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 10 และจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากร้อยละ 4 หรือ 250,000 คน สูญเสียฟันบางส่วนร้อยละ 94 ผู้สูงอายุที่มีฟัน พบฟันผุร้อยละ 96 รากฟันผุร้อยละ 21 เป็นโรคปริทันต์ระดับรุนแรง ร้อยละ 68.8 ปัญหาเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐ และการพัฒนาประเทศชาติ ในอนาคต การจะดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีต้องเริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีตั้งแต่วัยทำงาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุอยู่ตัวคนเดียวมากขึ้น เพราะคนวัยทำงานเป็นโสดมากขึ้น ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่อยู่ตัวคนเดียว ซึ่งในปัจจุบันมีกลุ่มติดเตียงประมาณร้อยละ 1-2 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 18-20 กลุ่มติดสังคมร้อยละ 80

แผนภูมิที่ 52 ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง พ.ศ.2552



ที่มา: ข้อมูล 21 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

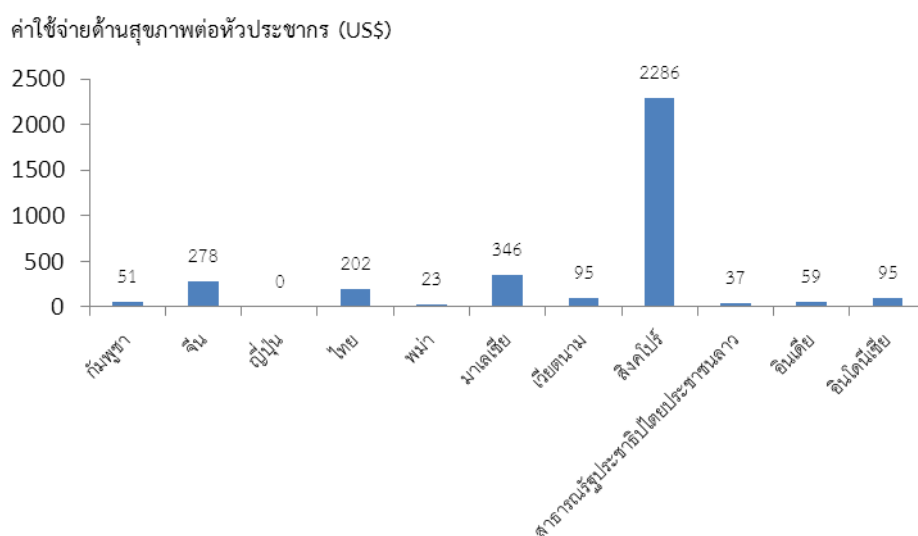
แผนภูมิที่ 53 ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมปี 2554



ที่มา: WHO. Total Health expenditure on Health/capita at current exchange rate.
18 Mar 2013; <http://apps.who.int/nha/database>

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หมายถึง ค่าการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การวางแผนครอบครัว และโภชนาการ ยกเว้นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

แผนภูมิที่ 54 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร (US\$)



ที่มา: WHO. Total Health expenditure on Health/capita at current exchange rate.
18 Mar 2013; <http://apps.who.int/nha/database>

บทที่ 3

การดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2555 สำนักส่งเสริมสุขภาพ

ปีงบประมาณ พ.ศ.2555 กรมอนามัยจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและติดตามประเมินผลความสำเร็จของส่วนราชการด้วยตนเองต่อเนื่องจากปี 2552 – 2554 โดยกรมอนามัยได้เสนอประเด็นการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ซึ่งมีน้ำหนักร้อยละ 100 ดังรายละเอียด

1. มิติภายนอก ประกอบด้วย

- การประเมินประสิทธิผล กำหนดให้ตัวชี้วัดมีน้ำหนักรวมร้อยละ 60
- การประเมินคุณภาพ กำหนดให้ตัวชี้วัดมีน้ำหนักรวมร้อยละ 10

2. มิติภายใน ประกอบด้วย

- การประเมินประสิทธิภาพ กำหนดให้ตัวชี้วัดมีน้ำหนักรวมร้อยละ 15
- การพัฒนาองค์กร กำหนดให้ตัวชี้วัดมีน้ำหนักรวมร้อยละ 15

กรมอนามัย ได้กำหนดนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดกรมอนามัยจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ เพื่อรองรับต่อความสำเร็จของตัวชี้วัดตามกรอบการประเมินผลของสำนักงาน ก.พ.ร. และกรมอนามัย และให้มีหน่วยงานเจ้าภาพหลักรับผิดชอบกำกับดูแลตัวชี้วัดต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งสำนักส่งเสริมสุขภาพได้ดำเนินการ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักส่งเสริมสุขภาพ

คำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักส่งเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ประกอบด้วยประเด็นการประเมินผล 2 มิติ 11 ตัวชี้วัด โดยแต่ละตัวชี้วัดมีคะแนน 100 คะแนน ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายทุกตัวชี้วัด รายละเอียดตามตารางที่ 23

ผลการดำเนินงานในปี 2555 มีข้อสังเกตบางประการ ดังนี้

1. ตัวชี้วัดด้านประสิทธิผลเป็นตัวชี้วัดที่เป็นโครงการสำคัญที่เป็นนโยบายของกระทรวงและกรมอนามัยที่มีการดำเนินงานแบบบูรณาการของหน่วยงานและภาคีเครือข่าย รวมทั้งได้รับการสนับสนุน การมีส่วนร่วมจากศูนย์อนามัยและจังหวัดอย่างดี จึงประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย
2. ตัวชี้วัดในมิติด้านคุณภาพบริการและด้านประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งมีกฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ควบคุมการดำเนินงานจึงประสบผลสำเร็จเช่นกัน
3. ตัวชี้วัดด้านพัฒนาองค์กร เป็นตัวชี้วัดที่จะสนับสนุนการดำเนินงานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ การกำหนดตัวชี้วัด ผู้รับผิดชอบหลัก และแนวทางปฏิบัติ ที่ชัดเจน จึงจะสามารถประสบผลสำเร็จได้ แต่ในปีงบประมาณ 2555 การดำเนินงาน PMQA ไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดและผู้รับผิดชอบหลัก ดังนั้น หน่วยงานจึงดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ โดยใช้กระบวนการคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เพื่อให้ผลการดำเนินงานมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 7 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2555

มิติ/ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	การประเมินตนเอง	เจ้าภาพประเมิน
มิติภายนอก (ร้อยละ 70)				
การประเมินประสิทธิผล (60)	ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตามแผนปฏิบัติราชการของกลุ่มภารกิจ 3.1 ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินกระบวนการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพบูรณาการต่อยอด (Health Promoting Hospital Plus : HPH⁺) 3.2 ร้อยละความพึงพอใจและความเชื่อมั่นต่อผลงานวิชาการของกลุ่มเป้าหมายที่ได้ใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ใหม่หรือนวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการบูรณาการงานร่วมกัน ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตามแผนปฏิบัติราชการ/ภารกิจหลักของกรมหรือเทียบเท่า 4.1 ร้อยละของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวผ่านเกณฑ์ระดับทอง 4.2 จำนวนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร 4.4 จำนวนตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว 4.9 จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว	กลุ่มอนามัยวัยทำงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ สำนักที่ปรึกษา ร่วมกับ กพร. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	80.72 100 100 100 100 100	80.72 100 100 100 100 100
การประเมินคุณภาพ (10)	-			

ตารางที่ 7 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2555 (ต่อ)

มิติ/ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	การประเมินตนเอง	เจ้าภาพประเมิน
มิติภายใน (ร้อยละ 30)				
การประเมินประสิทธิภาพ (15)	8. ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนในภาพรวม	กลุ่มอำนวยการ	58.94	42.85*
	9. ระดับความสำเร็จของปริมาณผลผลิตที่ทำได้จริงเปรียบเทียบผลผลิตตามเอกสารงบประมาณรายจ่าย	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์		
	9.2 ประชาชนและบุคลากรภาคีเครือข่ายได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์	20	20
	9.3 จำนวนนมผงที่ได้รับเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก	กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก	50	50
	9.4 จำนวนบุคลากรและประชาชนในพื้นที่เป้าหมายเฉพาะได้รับการพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน	27.36	27.36
	รวม		97.36	97.36
การพัฒนางาน (15)	10. การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร	กลุ่มสร้างเสริมศักยภาพฯ	100	100
	11. ระดับความสำเร็จของการรายงานข้อมูลให้มี	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์	100	100
	12. การพัฒนาปรับปรุงวัฒนธรรมองค์การ	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์	60	60
คะแนนรวม			997.02	980.93
คะแนนเต็ม			1,100.00	1,100.00
ร้อยละ			90.64	89.18
จำนวนตัวชี้วัดที่จัดทำ			11	

2. การพัฒนาระบบราชการ

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สำนักส่งเสริมสุขภาพได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบเป็นเจ้าภาพหลักในหมวด 6 การจัดการกระบวนการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งคณะกรรมการได้ดำเนินการครบถ้วน ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตั้งแต่ปี 2552 โดยจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการที่สร้างคุณค่า 4 กระบวนการ ดังนี้

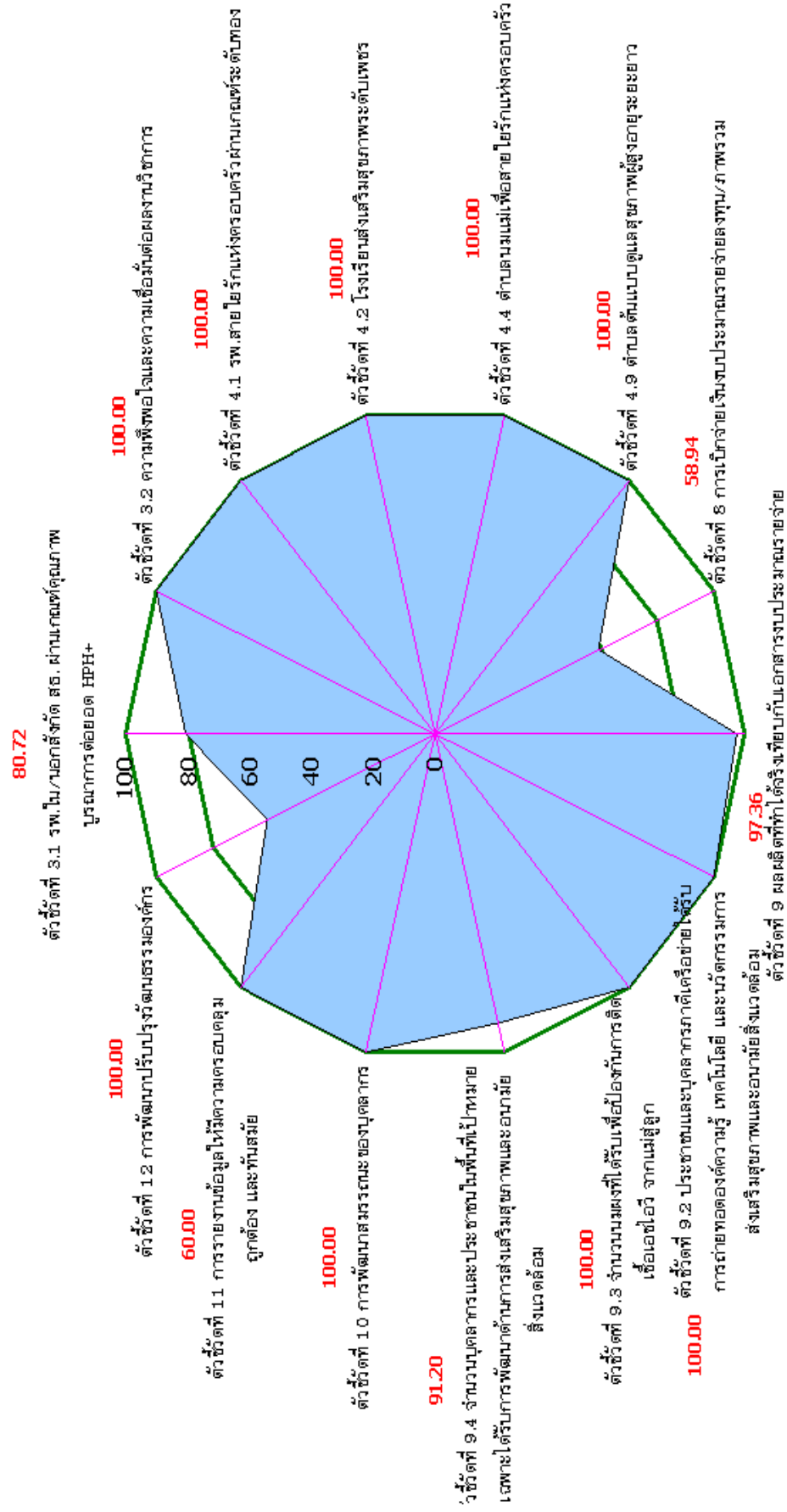
1. กระบวนการผลิต พัฒนางค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. กระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. กระบวนการพัฒนา ผลักดัน สนับสนุนให้เกิดนโยบาย และกฎหมายที่จำเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

4. กระบวนการพัฒนาระบบและสร้างกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ระดับชาติจนถึงระดับพื้นที่

ประกาศใช้คู่มือเล่มที่ 1 ปีงบประมาณ 2552 และติดตาม ประเมินผล โดยการ Site visit และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้วนำมาปรับปรุงคู่มือและประกาศใช้คู่มือเล่มที่ 2 ปีงบประมาณ 2553 และติดตาม ประเมินผล โดยใช้ e-form และประเมินความพึงพอใจ ซึ่งผลการประเมินความพึงพอใจทำให้ต้องปรับปรุงตามกระบวนการ PDCA

สำหรับปี 2555 สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้ปรับปรุงคู่มืออีกครั้ง เพื่อให้ผลการดำเนินการดีขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด การทำงานซ้ำ และ ลดความสูญเสียจากผลการดำเนินการ คู่มือเล่มใหม่ ประกาศใช้ ในปี 2556 และได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานจากบริษัทที่ปรึกษาทริส ด้วยคะแนน เต็ม 100 คะแนน

ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการพ.ศ. 2555 สำนักส่งเสริมสุขภาพ



โครงการสำคัญและผลการดำเนินงาน
กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก

โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

ความเป็นมา

ปี 2550 โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวมีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดระบบบริการมาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตรแรกเกิดถึง 5 ปี โดยชุมชนมีส่วนร่วมและกำหนดผลลัพธ์ ดังนี้

1. ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนไม่เกิน 30 ต่อพันการเกิดมีชีพ
2. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงจากฐานข้อมูลเดิมปีละร้อยละ 0.5 (หรือไม่เกินร้อยละ 7.0)
3. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพิ่มขึ้นจากฐานเดิมปีละร้อยละ 2.5 (หรือร้อยละ 25)
4. พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90

ในปีต่อๆมา มีการพัฒนาองค์ความรู้ ระบบบริการการบูรณาการ และเสริมสร้างความเข้มแข็งงานอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน ให้มีมาตรฐานและต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาคลินิก 3 วัยเพื่อเด็กไทยฉลาด ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว และศูนย์ 3 วัย สถานสายใยรักแห่งครอบครัว เป็นต้น

ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 จนถึงปัจจุบัน โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวได้ดำเนินการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง ซึ่งหมายถึง โรงพยาบาลของรัฐบาลตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป และโรงพยาบาลเอกชนที่จัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็กที่ได้มาตรฐาน โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว โดยผ่านเกณฑ์การประเมินคะแนนรวมแต่ละแผนกไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 คือ การนำองค์กร คุณภาพบริการแผนกฝากครรภ์ คุณภาพบริการห้องคลอด คุณภาพบริการ (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) คุณภาพบริการคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

วัตถุประสงค์

1. สร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชนในการวางรากฐานเพื่อพัฒนาสุขภาพแม่และเด็ก
2. สร้างเครือข่ายการพัฒนาสุขภาพแม่และเด็กจากสถานบริการสาธารณสุขสู่ครัวเรือน ชุมชน ท้องถิ่น
3. พัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด การมีส่วนร่วมของชุมชนและผลลัพธ์ การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก
4. พัฒนาและเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากสถานบริการของรัฐและเอกชนทุกระดับให้สามารถจัดบริการให้ได้มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
5. สร้างกระแสสังคมและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความตระหนัก และทักษะในการดูแลครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อให้เกิดพัฒนาการสมวัย

กิจกรรม

1. การบริหารจัดการตามบทบาทของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ในการพัฒนาสุขภาพแม่และเด็กของแต่ละจังหวัดมีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ตามบริบทของพื้นที่การสร้างเครือข่ายระดับเขต/จังหวัด เช่น การจัดการเครือข่ายมารดาและทารกเพื่อพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด จัดระบบการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ คลอดภาวะฉุกเฉินในเครือข่าย การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ในบริบทประเทศไทยและคลินิกเด็กดีคุณภาพ การสร้างเสริมสติปัญญาเด็กไทย และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยศูนย์อนามัยเขต
2. คณะทำงานแม่และเด็ก MCH Board ทั้งระดับจังหวัดและเครือข่ายระดับอำเภอ มีการประชุมทุก 3-4 เดือน และมีการ Conference และปัญหาระบบคุณภาพบริการมานำเสนอในเวทีการประชุม MCH Board
3. การจัดทำแผนงาน โครงการเพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ทุกจังหวัดมีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน และจัดทำแผนงาน/โครงการที่ชัดเจน
4. ด้านการพัฒนาสมรรถนะทีมประเมินและศักยภาพผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยเขตมีการประชุม อบรมให้ความรู้ทุกเขต เช่น การดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ในบริบทประเทศไทยและคลินิกเด็กดีคุณภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทีมประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับจังหวัด การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว การสร้างเสริมสติปัญญาเด็กไทย และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป็นต้น
5. ด้านการบริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย สร้างกระแส และประชาสัมพันธ์ เช่น การขับเคลื่อนสู่ชุมชน ในโครงการตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว การพัฒนาสู่ “รพ.สต.สายใยรักแห่งครอบครัว”
6. แต่ละจังหวัด มีการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อการแก้ปัญหา สภาวะสุขภาพแม่และเด็กและพัฒนาคุณภาพงาน เช่น ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย, ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์, การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์, มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปีฯ เพื่อการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ อำเภอผ่านเกณฑ์พื้นฐานการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ รวมถึง “รพ.สต.สายใยรักแห่งครอบครัว” และ “ตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว”
7. การควบคุมกำกับและประเมินผล โดยประเมินรับรองมาตรฐาน “โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว” และตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว ตามแผนการประเมินระดับเขตและจังหวัด

ผลการดำเนินงาน

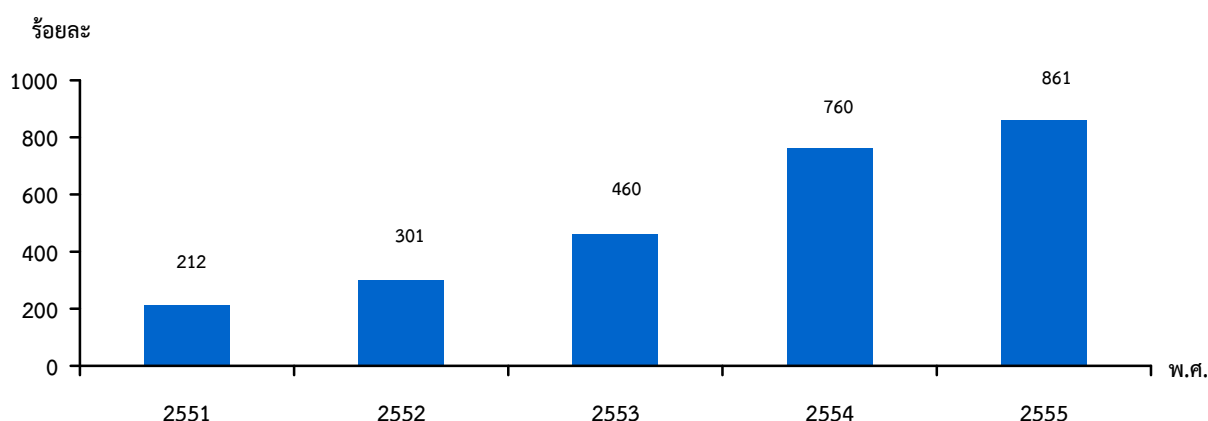
1. ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง ผลงานในภาพรวมสามารถดำเนินงานได้เกินเป้าหมาย คือ ร้อยละ 92.51/834 แห่ง (เป้าหมายร้อยละ 90/812 แห่ง)
2. ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพทุกจังหวัดมีการวิเคราะห์สถานการณ์และจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ปัญหาตามบริบทของพื้นที่โดยใช้คณะกรรมการ MCH Board ของจังหวัดเป็นกลไกการขับเคลื่อนงาน อีกทั้งประสานภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงร่วมในการดำเนินงานในรูปแบบ “ตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว” มีการพัฒนาองค์ความรู้ผู้ปฏิบัติงานและมีการนิเทศ กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 8 จำนวนโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง

พ.ศ.	2551	2552	2553	2554	2555
จำนวน (แห่ง)	212	301	460	760	861

ที่มา: โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับบริการสุขภาพสตรีและเด็กอย่างองค์รวม
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, กุมภาพันธ์ 2556

แผนภูมิที่ 55 จำนวนโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง พ.ศ. 2551-2555



ปัญหาและข้อเสนอแนะ

1. สถานบริการฯ ส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบการจัดบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าพร้อมการฝึกทักษะให้พ่อ แม่ได้กระตุ้นพัฒนาการเด็กต่อเนื่องที่บ้านเพื่อช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย
2. กลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด เป็นกลุ่มที่มีการเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อย โดยเฉพาะจังหวัดที่มีสถานประกอบการมากๆ เช่น เป็นแรงงานต่างถิ่น ย้ายมาจากจังหวัดอื่นๆ ไม่ได้ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ช้า หลังคลอดแล้วย้ายกลับภูมิลำเนาเดิม ให้ที่อยู่ไม่แน่นอน ทำให้การติดตามดูแลยากไม่ครอบคลุม

แนวทางการพัฒนางาน

1. ควรมีบุคลากรเฉพาะที่รับผิดชอบเรื่องการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า พร้อมทั้งจัดอบรมและฝึกทักษะให้มีความสามารถในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่พัฒนาการล่าช้าในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีกลุ่มเป้าหมายเข้ามารับบริการมาก
2. เร่งรัดให้แต่ละโรงพยาบาลนำมาตรฐานการบริการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอองค์การอนามัยโลกและคลินิกเด็กดีคุณภาพตามคู่มือของกรมอนามัย ในเรื่อง การจัดคลินิกบริการ การนัดผู้รับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพเด็ก การประเมินพัฒนาการและการให้ความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่

3. การจัดเก็บข้อมูลความครอบคลุมการให้บริการอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต. ควรมีการสำรวจ/ติดตามข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงของพื้นที่ และในแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ควรเชื่อมโยงข้อมูลแม่และเด็กระหว่าง CUP และ รพ.สต. ในพวงบริการของตนเอง และส่งต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อเป็นภาพรวมของจังหวัด โดยกำหนดให้มีหน่วยงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่รับผิดชอบเป็น Data Center รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและ Support ข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. ในการประชุม MCH Board แต่ละครั้ง ควรนำข้อมูลสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของจังหวัดมาวิเคราะห์ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาให้ชัดเจน หลังจากนั้นนำข้อสรุปจากการประชุมเสนอให้ผู้บริหารได้รับทราบเพื่อกำหนดเป็นนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย CUP ภายในจังหวัดว่าที่ได้มีผลงานหรือนวัตกรรมดี ๆ ทำกันอย่างไร

5. พิจารณานโยบายแต่ละจุดว่าให้บริการอย่างไร เช่น ด้านศักยภาพการให้บริการฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด คลินิกเด็กดีคุณภาพ ตลอดจนความครอบคลุมของการบริการเพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขให้ครอบคลุมและเป็นไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ และเพื่อให้การแก้ปัญหาเชิงระบบแต่ละสถานบริการสาธารณสุข จึงควรนำมาตรึงมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ในบริบทประเทศไทยและคลินิกเด็กดีคุณภาพมาใช้ในการบริการเพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ดูแลสุขภาพสตรีและเด็ก และใช้องค์ความรู้สร้างความตระหนักและปรับทัศนคติการเลี้ยงดูเด็ก นำกระบวนการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สร้างสายใยรักและความผูกพัน อบรม บ่มเพาะและหล่อหลอมให้เด็กเติบโตเป็นเด็ก เก่ง ดี มีความสุข เชื่อมโยงสู่องค์ประกอบที่ 2 คือ ครอบครัวยุทธศาสตร์โดยการสร้างแรงจูงใจ ผลักดันให้เกิดครอบครัวต้นแบบ “พัฒนาการเด็กดีเริ่มที่นมแม่” และประกาศเกียรติคุณแก่ครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์เพื่อให้ครอบครัวอื่นๆได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชื่อมโยงสู่องค์ประกอบที่ 3 คือ ชุมชน ท้องถิ่น ด้วยการสร้างความรู้ ให้แนวคิด วิธีคิด ปลุกเร้าความตระหนัก และแรงจูงใจ แก่แกนนำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ภาครัฐ และประชาสังคมให้มีเป้าหมายเดียวของคนในชุมชน คือ การสร้างเด็กไทยแข็งแรง ฉลาดอารมณ์ดี มีความสุข จัดทำแผนพัฒนาตำบลเพื่อการพัฒนาเด็กดีอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือบูรณาการงานภาคีเครือข่าย และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น โดยการจัดทำเวทีประชาคม และกำหนดข้อตกลงของชาวบ้านเป็นแนวปฏิบัติของครอบครัว ผลักดัน ท้องถิ่นสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็กมาตรฐาน มีบ้านคนสามวัยเกื้อกูล ดูแล เพาะบ่มสังคมแห่งการเอื้ออาทร และบริหารโครงการโดยคณะทำงานจากภาคีเครือข่ายและภาค ประชาชน ท้องถิ่น ซึ่งมีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับเป็นผู้สนับสนุนตามบทบาทหน้าที่ มีข้อมูล แม่และเด็กเป็นข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง ระดับครัวเรือน และภูมิปัญญาท้องถิ่นทุนสังคม สนับสนุนการ ดำเนินงาน ควบคุม กำกับและติดตามประเมินผลงานโดยศูนย์ประสานงานตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่ง ครอบครัวยุทธศาสตร์ที่มี อบต.หรือเทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบขับเคลื่อนการดำเนินงาน สู่เป้าหมายเด็กไทยแข็งแรง ฉลาด อารมณ์ดีและมีความสุข และมีการประเมินและรับรองมาตรฐานตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่ง ครอบครัวยุทธศาสตร์ 6 ข้อ (ผ่านทุกข้อ) คือ

1. ชุมชนมีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพแม่และเด็ก
2. ชุมชนมีข้อมูลและการเฝ้าระวัง ผ่าทอ้งเร็ว น้ำหนักแม่ขณะตั้งครรภ์ นมแม่ และ พัฒนาการเด็ก
3. ชุมชนประกาศกติกาสังคมส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก
4. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มเป็น ร้อยละ 60 และพัฒนาการเด็กปฐมวัยร้อยละ 85
5. มีกรรมการ/คณะทำงาน/กองทุนช่วยเหลือแม่
6. ศูนย์เด็กเล็กผ่านประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ

ผลการดำเนินงาน

1. องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล พัฒนาเป็นศูนย์ประสานการดำเนินงานตำบล นมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว และการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่ง ครอบครัวยุทธศาสตร์
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาเป็น “โรงเรียนนมแม่เพื่อสายใยรักแห่ง ครอบครัวยุทธศาสตร์” จัดกิจกรรมอบรม ให้ความรู้แก่ หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ปู่ ย่า ตา ยาย ดีเจน้อยนมแม่ ยุวทูตนมแม่ แกนนำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน ปราชญ์นมแม่ และอสม.นมแม่
3. มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ผ่านทางวิทยุชุมชนเสียงไร้สาย โดยดีเจน้อยหรือยุวทูต นมแม่ผ่านศิลปะพื้นบ้าน ได้แก่ เพลงไอ้เป่ หนังสือลูกหมอลำแคนปั่นจักยานเคาะประตูบ้าน ป้ายโฆษณา รถโฆษณาเคลื่อนที่และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านทางเว็บไซต์

4. โรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย มีแผนการเรียนการสอนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บทบาทครอบครัว บทบาทพ่อ แม่ บทบาทลูกและบทบาทพลเมืองที่ดีของประเทศ การมีจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือสังคม

5. มีกติกาสังคมซึ่งเป็นข้อตกลงของชุมชนเป็นแนวปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น แม่ควรมีลูกเมื่ออายุ 20-35 ปี แม่หลังคลอดทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และเลี้ยงควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปี หรือมากกว่า และร้านขายของชำในหมู่บ้านไม่จำหน่ายนมผสม เป็นต้น

6. ใช้ทุนสังคมที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ปรากฏชาวบ้านและภูมิปัญญาท้องถิ่น อสม. ผู้มีจิตอาสา ชมรมสายใยรักฯ ชมรมแม่อาสา ชมรมผู้สูงอายุ นักเรียน วิทยุชุมชน เสียงไร้สายในชุมชน วัด โรงเรียน ศิลปะพื้นบ้าน เช่น หนังตะลุง หมอลำกลอน เป็นผู้ให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเลี้ยงดูเด็ก

7. มีการส่งเสริมอาชีพของครอบครัว การจัดระเบียบบ้านและชุมชน พัฒนาเป็นบ้านน่าอยู่คู่ครอบครัวไทย

8. มีแม่-ลูก และครอบครัวต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนาน้อย 6 เดือน

9. จัดตั้งกองทุนนมแม่และธนาคารนมแม่ในชุมชน โดยมี อสม. ปรากฏนมแม่และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือแนะนำ

10. เกิดวิถีการดำเนินงานที่ผ่านกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ “มองทุกเรื่องเป็นเรื่องเดียวกัน พูดภาษาเดียวกัน มีกลไกในการทำงาน ผู้บริหารให้ความสำคัญ ภาคีเครือข่ายสนับสนุน ชุมชนให้ความร่วมมือ และประชาชนดำเนินการเอง” ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ตำบลชะอวด ตำบลบ้านค่าย ตำบลริมปิง ตำบลสวนกล้วย และตำบลก่อเอ้ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76.6, 80.0, 84.0, 81.4, 68.2 ตามลำดับและองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลบรรจุแผนพัฒนาตำบลฯ 3 ปี ยุทธศาสตร์ตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัวในแผนพัฒนาตำบลฯ 3 ปี

จำนวนตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว ¹	140 ตำบล
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน	18 แห่ง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายใยรักแห่งครอบครัว ²	

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

1. การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายภาครัฐ และภาคประชาชน ที่ได้ร่วมสร้างข้อตกลงชาวบ้านเป็นแนวทางปฏิบัติดำเนินงานและใช้ทุนสังคมสนับสนุนการดำเนินงาน ก่อเกิดความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

2. ชมรมแม่อาสานมแม่ ชมรม อสม. มีการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง มีการใช้ข้อมูลระดับครอบครัวในการเฝ้าระวังและเยี่ยมติดตามแม่ ลูกหลังคลอดให้คำแนะนำช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จึงส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

¹ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับบริการสุขภาพสตรีและเด็กอย่างองค์รวม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กุมภาพันธ์ 2556

² โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับบริการสุขภาพสตรีและเด็กอย่างองค์รวม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กุมภาพันธ์ 2556

3. ทุกหน่วยงานมีเป้าหมายร่วมกันและพูดภาษาเดียวกัน คือการพัฒนาเด็กให้แข็งแรง ฉลาด อารมณ์ดีและมีความสุข

อุปสรรคในการดำเนินงาน

1. บุคลากรขาดความรู้ที่ถูกต้องในเรื่อง พัฒนาการดีเริ่มที่นมแม่ ขาดทักษะการเป็นวิทยากร กระบวนการและการเป็นผู้สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายดำเนินงานเป็นทีม
2. ความรู้ของพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ในเหตุผลที่ต้องกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และกินนมแม่ควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปี หรือมากกว่า

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

1. การให้ความรู้และปรับทัศนคติผู้ที่เกี่ยวข้อง “นมแม่ไม่ใช่แค่อาหาร...แต่คือรากฐานการพัฒนาชีวิตคน” และการเตรียมความพร้อมแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ในสถานประกอบการต่างๆ
2. การรณรงค์ให้แม่มีลูกเมื่อพร้อมอายุ 20-35 ปี เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายที่สมบูรณ์ อารมณ์ที่มั่นคง จิตใจที่สบายมีความสุข และเศรษฐกิจเพื่อการเลี้ยงลูกที่เหมาะสมจะส่งผลให้การเลี้ยงดูเด็กได้ดีและมีพัฒนาการสมวัย
3. สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในตำบล โรงเรียนมีการเรียนการสอน “นมแม่และการเลี้ยงดูเด็ก” ในเด็กนักเรียนและการเผยแพร่ความรู้โดยดีเจน้อย สถานบริการสาธารณสุข การอบรมให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเฉพาะปู่ ย่า ตา ยาย การมีข้อมูลแม่และเด็กรายครัวเรือน และใช้ข้อมูลในการเฝ้าระวังกลุ่มเป้าหมาย มีการเอ็กเรย์ทุกพื้นที่โดยแม่อาสาแม่ และอสม. ที่รับผิดชอบทุกหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเป้าหมายรายครัวเรือน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์โดยสื่อท้องถิ่น เช่นวิทยุชุมชน เสียงไร้สาย และการสนับสนุนจากเกษตรตำบลในการให้ครอบครัวมีอาหารที่เพียงพอไม่มีสารเคมี จัดทำบัญชีครัวเรือน ลดรายจ่ายในครัวเรือน และการสร้างอาชีพเสริมเพิ่มรายได้โดยพัฒนาชุมชน และการจัดทำแผนฯ ตำบลนมแม่อย่างมีส่วนร่วม ประชาชน ท้องถิ่น รัฐ และการกำกับ ติดตาม ประเมินผลโดย อบต. หรือเทศบาลอย่างต่อเนื่อง จริงจัง

ด้วยพระเมตตาที่มีต่อพสกนิกรชาวไทย ตลอดระยะเวลา 7 ปี ที่ผ่านมาของโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 30 เด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว โดยพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 47.5 ร้อยละเอ็ดตามแผนภูมิที่ 3 และพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี พบอัตราเด็กพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.3 ร้อยละเอ็ดตามแผนภูมิที่ 4

โครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก และการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยกรมอนามัยมีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการดำเนินงานครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา กิจกรรมหลักภายใต้นโยบายประกอบด้วย การให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีสำหรับหญิงตั้งครรภ์ด้วยความสมัครใจ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสระยะสั้น เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอดทันที และได้รับนมผสมทดแทนนมแม่เป็นเวลา 12-18 เดือน หลังคลอด แม่ คู่สามี และลูก จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์ที่มีเลือดเอชไอวีลบจะได้รับการรักษา เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงให้คงผลเลือดลบตลอดไป นอกจากนี้ กรมอนามัยยังรับผิดชอบระบบควบคุมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อนำมาประกอบการวางแผนและเฝ้าระวังภาวะโรค

ในปี พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย โดยกำหนดให้ใช้ยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูงแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพร้อมให้การสนับสนุนการให้บริการตามแนวทางนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2555 กรมอนามัยจึงมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างครอบคลุม ทั้งถึง รวมทั้งมีระบบควบคุมกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ ให้สามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้มากที่สุด จนถึงไม่มีเด็กติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และยกระดับคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ลูก และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขเหมือนเช่นบุคคลทั่วไปในสังคม

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

- 1) พัฒนาศักยภาพผู้ให้การศึกษาแบบคู่ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี โดยอบรมบุคลากรผู้ให้การศึกษาได้จำนวน 594 คน จาก 300 โรงพยาบาล
- 2) พัฒนาระบบกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PMTCT) โดยการพัฒนาโปรแกรม PHIMS VERSION 3.1 และจัดอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบข้อมูลเอดส์ในแม่และเด็กของโรงพยาบาลได้ครบทุกโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาระบบบริการให้การปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในแผนกฝากครรภ์ โดยการพัฒนาเนื้อหาหลักสูตร TOT และสื่อต้นแบบ เรื่องการให้การปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
- 4) พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์และเอชไอวี โดยอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาลใน 29 จังหวัดน่าน
- 5) สนับสนุนนมผสมสำหรับเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5,600 ราย

โครงการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในชุมชนด้านสุขภาพอนามัยและการพัฒนาการเด็ก

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2553 พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย ร้อยละ 70.3 แนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2550 ที่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 67.7 ส่วนการเจริญเติบโตของเด็ก พบเด็กอ้วน ร้อยละ 6.7 เด็กเตี้ย ร้อยละ 9.1 สำหรับคุณภาพศูนย์เด็กเล็ก ปี 2553 – 2555 พบว่าศูนย์เด็กเล็กได้รับการพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ ระดับพื้นฐาน จำนวน 5,845 แห่ง ระดับดี จำนวน 6,817 แห่ง ระดับดีมาก จำนวน 5,491 แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 1,890 แห่ง

ดังนั้น เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการ เจริญเติบโตเต็มตามศักยภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพครู ผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างรอบด้าน รวมถึงพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการพัฒนาเด็ก กรมอนามัยจึงได้ดำเนินงานโครงการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในชุมชนด้านสุขภาพอนามัยและพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2555 การดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

- 1) พัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยง อาสาสมัครสาธารณสุข และอบรบทีมประเมินระดับเขต ระดับจังหวัด
- 2) ผลิตหนังสือนิทานสำหรับเด็ก 3 กลุ่มอายุ ได้แก่ ทารกแรกเกิด, 6 เดือน และ 1 ปี
- 3) ศูนย์เด็กเล็กได้รับการพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ โดยพัฒนาจากระดับพื้นฐานเป็นระดับดี 7,421 แห่ง ระดับดีเป็นระดับดีมาก 6,439 แห่ง

ตารางที่ 9 จำนวนศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ ปี 2555

ศูนย์อนามัย	จำนวนศูนย์เด็กเล็กทั้งหมด (แห่ง)	ผลการดำเนินงาน (แห่ง)			
		ระดับดีมาก	ระดับดี	ระดับพื้นฐาน	รวม
ศูนย์อนามัยที่ 1	772	266	402	104	772
ศูนย์อนามัยที่ 2	575	100	221	248	569
ศูนย์อนามัยที่ 3	1,510	522	582	369	1,473
ศูนย์อนามัยที่ 4	1,256	419	446	350	1,215
ศูนย์อนามัยที่ 5	2,103	869	844	352	2,065
ศูนย์อนามัยที่ 6	3,345	933	1,169	1,147	3,249
ศูนย์อนามัยที่ 7	3,026	981	1,377	632	2,990
ศูนย์อนามัยที่ 8	812	349	311	110	770
ศูนย์อนามัยที่ 9	1,116	376	453	261	1,090
ศูนย์อนามัยที่ 10	2,906	770	918	1,051	2,739
ศูนย์อนามัยที่ 11	1,028	307	347	324	978
ศูนย์อนามัยที่ 12	1,266	544	363	302	1,209
รวม	19,715	6,436	7,433	5,250	19,119

แหล่งข้อมูล : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

โครงการสำคัญและผลการดำเนินงาน
กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน

โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร

ความเป็นมาของโครงการ

เด็กและเยาวชนที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ อยู่ในเขตพื้นที่สูงเชิงเขา การเดินทางไปมายากลำบากมากโดยเฉพาะฤดูฝน ทำให้ขาดโอกาสในการรับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังพบว่า มีปัญหาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน เด็กในถิ่นทุรกันดารหลายแห่งเป็นพื้นที่เสี่ยง เข้าไม่ถึงสถานบริการของรัฐ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงความสำคัญ ดูแลแก้ไขปัญหา พัฒนา และส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารอย่างจริงจัง ทัวถึง และต่อเนื่อง ดังนั้น กรมอนามัยโดยศูนย์อนามัยและสำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้มีการเสริมสร้างความรู้และให้บริการความรู้ด้านส่งเสริมโภชนาการ สุขภาพอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนแก่ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย นักเรียนแกนนำ ประชาชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เป้าหมายและโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร

กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินงาน

1. จัดประชุมปฏิบัติการเรื่อง การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ปี 2555-2559 วันที่ 10-11 ตุลาคม 2554 ณ โรงแรมลักซอร์ อำเภอบางเกร็ง จังหวัดนนทบุรี ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้บริหารหรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานโครงการตามพระราชดำริฯ จากหน่วยงานต้นสังกัดของโรงเรียนเป้าหมายในถิ่นทุรกันดาร ได้แก่ สำนักงานโครงการสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรุงเทพมหานคร ผู้บริหารหรือบุคลากรสาธารณสุขจากกรมอนามัย ศูนย์อนามัย ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดูแลโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย บุคลากรภาคีเครือข่ายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวม 120 คน

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายในการพัฒนาสุขภาพเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์(Strategic Road Map : SRM) วันที่ 25-27 มกราคม 2555 ณ โรงแรมแม่น้ำ รามาดาพลาซ่า กรุงเทพมหานคร ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย บุคลากรจากทีมจังหวัดต้นแบบอาสานำร่อง 6 จังหวัด : กาญจนบุรี สุรินทร์ สกลนคร ปัตตานี แพร่ และตาก ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและระดับตำบล ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้บริหารและครูโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมายตามพระราชดำริ แกนนำชุมชน หน่วยงาน/องค์กรสนับสนุน อาสาสมัครทั้งนอกและในพื้นที่ บุคลากรจากกรมอนามัยส่วนกลาง ศูนย์อนามัย และศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง หน่วยงานต้นสังกัดของโรงเรียน และผู้เกี่ยวข้อง รวม 112 คน



3. ให้ความรู้และเยี่ยมพัฒนาโรงเรียนในสังกัดตำรวจตระเวนชายแดนที่ 11 และ 12 และโรงเรียนสังกัดสพฐ.ในถิ่นทุรกันดาร รวม 42 แห่ง จำนวน 340 คน โดย ศูนย์อนามัยที่ 3



4. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนถิ่นทุรกันดารของโรงเรียนสังกัดกก.ตชด.ที่ 22 , 23 และโรงเรียนถิ่นทุรกันดารสังกัด สพฐ. รวม 21 โรงเรียน ใน 7 จังหวัด คือ จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ ยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร นครพนม และสกลนคร รวม 260 คน โดยศูนย์อนามัยที่ 7

5. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอดแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร(ด้านสุขภาพ)สู่เครือข่ายการดำเนินงานระดับพื้นที่จังหวัดตาก วันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ 2555 จำนวน 68 คน โดยศูนย์อนามัยที่ 9

6. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างพลังชุมชนอย่างมีส่วนร่วมสู่การเปลี่ยนแปลงด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กบ้านห้วยพลู ตำบลแม่ต๋อน อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก วันที่ 5-7 พฤศจิกายน 2554 20 คน บ้านที่คุคีใต้ ตำบลแม่สอง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก วันที่ 21-23 กุมภาพันธ์ 2555 40 คน บ้านพลังแท ตำบลนาเกียน อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 19-21 มีนาคม 2555 41 คน อำเภอสบเมย 40 คน อำเภอแม่แจ่ม 37 คน อำเภอปอเกื้อ 39 คน อบรมครูศน.2 รุ่น 232 คน และจัดประชุมพัฒนาสุขอนามัยชาวเขาในพื้นที่ความมั่นคงและยามชายแดน จำนวน 70 คน อำเภอปางมะผ้า 60 คน และอำเภอปาย 150 คน รวมเป็น 729 คน



6



7. จัดประชุมให้ความรู้แก่นักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนบ้านนากปิดเกี่ยวกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพ การประเมินภาวะโภชนาการ จำนวน 70 คน และจัดอบรมค่ายเด็กไทยทำได้ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในโครงการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดหนองคาย ปี 2555 โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนอาโอยาม่า 2 แขนงนำนักเรียน 12 คน โดยศูนย์อนามัยที่ 6 รวม 82 คน



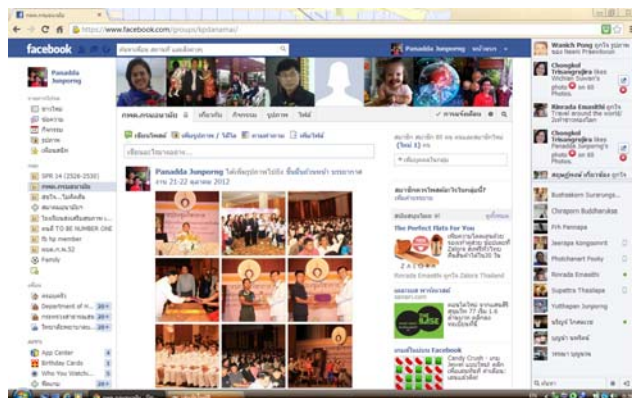
8. ประชุมชี้แจงครู บุคลากรในโรงเรียน และนักเรียน เกี่ยวกับความสำคัญและการบริหารจัดการน้ำดื่มเสริมไอโอดีน และสุ่มตรวจสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนบ้านแม่ลอง อำเภอมะแม่ง จังหวัดเชียงใหม่ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนอาโอยาม่า อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ รวม 284 คน โดยศูนย์อนามัยที่ 10

9. ประชุมโครงการพัฒนาสุขภาพเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามแนวพระราชดำริฯ วันที่ 12 มีนาคม 2555 การพัฒนาบุคลากรและแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร วันที่ 2 เมษายน 2555 ณ จังหวัดสงขลา ศึกษาดูงาน การใช้ SRM ในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เป้าหมายเฉพาะ ณ จังหวัดปัตตานี วันที่ 19 พฤษภาคม 2555 โดยศูนย์อนามัยที่ 12 รวม 256 คน



10. ประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในถิ่นทุรกันดาร เขต 11 สู่ท้องถิ่นติดดาว ประกอบด้วย แกนนำนักเรียนและครูโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร 4 แห่ง บุคลากรจากเทศบาล อบต. รพสต. สสจ./สสอ./รพช. รวม 140 คน ระหว่างวันที่ 30-31 กรกฎาคม 2555 ณ โรงแรมรอยเกาะ อำเภอมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยศูนย์อนามัยที่ 11

11. จัดให้มีช่องทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในสังคมออนไลน์ Facebook ชื่อ กพต.กรมอนามัย <https://www.facebook.com/groups/kpdanamai/>



ระยะเวลาการดำเนินงาน ระหว่างเดือนตุลาคม 2554-กันยายน 2555

ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 10 จำนวนบุคลากรและประชาชนในพื้นที่เป้าหมายเฉพาะที่ได้รับการพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (ราย) (เฉพาะโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและโครงการสุขภาพอนามัยชาวเขา) (ตัวชี้วัดที่ 9.4 (3))

หน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	2553	2554	2555
ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี	340	300	340
ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี	100	338	343
ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา	327	-	-
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น	210	287	82
ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี	320	-	260
ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก	224	49	68
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	515	419	284
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช	121	90	140
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา	390	343	256
ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง	755	426	729
สำนักส่งเสริมสุขภาพ	309	159	232
รวม	3,611	2,411	2,734

โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

ความเป็นมา

การดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการและผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง เงิน และทองแดง ร้อยละ 94 ของโรงเรียนทุกสังกัดทั่วประเทศ ในปี 2551 กรมอนามัยได้ยกระดับเกณฑ์การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสู่ระดับที่สูงขึ้นเป็นระดับเพชร ที่เน้นการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน ปลุกฝังแนวคิด และแนวปฏิบัติที่ถูกต้องในเรื่องสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำ การบริหารจัดการ การสื่อสารเพื่อให้เกิดการจัดตั้งชมรมเด็กไทยทำได้

กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินงาน

1. พัฒนาศักยภาพทีมประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

จำนวน 3 รุ่นๆละ 2 วัน ประกอบด้วย รุ่น 1 ทีมประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจากศูนย์อนามัย และจังหวัดในพื้นที่ของศูนย์อนามัย จำนวน 70-80 คนต่อรุ่น ในเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2555



2. ประเมินรับรองโรงเรียนก้าวสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร



3. ประเมินประกวดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร : ประเมินโรงเรียนตามเกณฑ์มาตรฐาน ให้คะแนน ตัดสินผลคะแนน ประกาศเกียรติคุณ : มอบโล่เกียรติคุณ เกียรติบัตร พร้อมเงินรางวัล



4. จัดให้มีช่องทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในสังคมออนไลน์ Facebook ชื่อ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพชร <https://www.facebook.com/groups/diamondhps/>



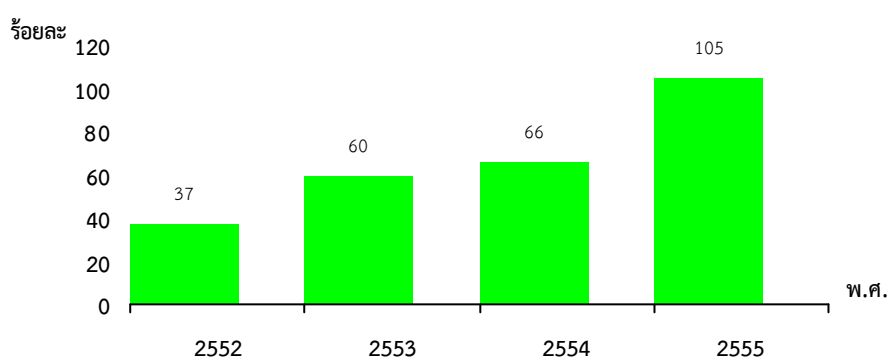
ระยะเวลาการดำเนินงานปีงบประมาณ 2555 ระหว่างเดือนตุลาคม 2554-กันยายน 2555

ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 11 ตัวชี้วัดที่ 4.2 จำนวนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

หน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน (แห่ง) ปีงบประมาณ			
	2552	2553	2554	2555
ศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพมหานคร	3	7	6	4
ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี	1	3	2	3
ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี	4	3	6	14
ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี	4	9	6	11
ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา	5	3	5	7
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น	2	4	5	10
ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี	4	8	10	21
ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์	1	4	1	7
ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก	1	4	6	4
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	5	4	5	8
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช	3	6	7	7
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา	4	3	6	9
กรุงเทพมหานคร	-	2	1	-
รวม	37	60	66	105

แผนภูมิที่ 56 จำนวนโรงเรียนระดับเพชรจำแนกตามปี



โครงการสำคัญผลการดำเนินงาน
กลุ่มอนามัยวัยทำงาน

โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ความเป็นมา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลวิธีในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลให้เคลื่อนไปในทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ มีมาตรฐานบูรณาการกับการควบคุมป้องกันโรค การให้บริการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ที่มีคุณภาพ โดยมีการปรับเปลี่ยนค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพแก่บุคลากรและประชาชน เพื่อเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีภูมิต้านทานโรค ไม่เจ็บป่วย ไม่เจ็บป่วยซ้ำอีก ซึ่งจะมีผลต่อการลดอัตราการป่วย การตายของประชาชนในชุมชนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของภาครัฐ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นการเปลี่ยนแนวคิด และการปฏิบัติของบุคลากรสาธารณสุขในทุกกระดับที่เน้นการมีส่วนร่วม การบูรณาการ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ ผู้มารับบริการและญาติบุคลากรของโรงพยาบาลและการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการให้บริการ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สะอาด ปลอดภัย ไม่สร้างผลกระทบต่อผู้มารับบริการ บุคลากรทำงานอย่างมีความสุขและเป็นต้นแบบขององค์กรและบุคลากรด้านสุขภาพ (Health Model)

สถานการณ์

จากการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ พ.ศ.2544 มาจนถึงปัจจุบัน มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน ผ่านการประเมินรับรองตามกระบวนการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแล้ว จำนวน 904 แห่ง

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการบูรณาการกระบวนการดำเนินงานร่วมกับการป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพควบคู่ไปกับคุณภาพโรงพยาบาลและการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กิจกรรมการดำเนินงาน

1. การพัฒนาทีมพัฒนาและทีมประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
2. การประเมิน / รับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (การเยี่ยมสำรวจการประเมินและการรับรองโดยทีมงานพัฒนาและทีมเยี่ยมสำรวจทั่วประเทศแบบบูรณาการ ระหว่างกรมอนามัย และกรมควบคุมโรค)
3. การประชุมพิจารณาตัดสินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับเขต
4. การประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ ครั้งที่ 9 และการมอบเกียรติบัตรการรับรองเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
5. การประชุมบูรณาการงานของกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข (กรมอนามัย และกรมควบคุมโรค) เพื่อจัดทำผลงานวิชาการในการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผลการดำเนินงาน

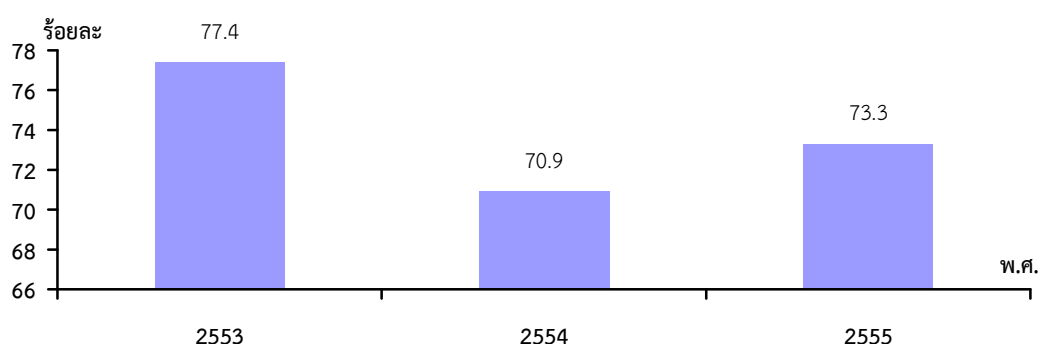
1. ประชุมพัฒนาศักยภาพและทีมประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (2 ครั้ง)
2. การเยี่ยมสำรวจ โดยส่วนกลางและศูนย์อนามัยที่ 1-12 การประเมินรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (280 แห่ง)
3. ประชุมคณะกรรมการพิจารณาตัดสินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
4. การประชุมเวทีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ ครั้งที่ 9 และการมอบเกียรติบัตรการรับรองเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (1 ครั้ง / 1,200 คน)

ตารางที่ 12 ร้อยละโรงพยาบาลในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินกระบวนการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพบูรณาการต่อยอด (HPH+)

พ.ศ.	ร้อยละโรงพยาบาลในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินกระบวนการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพบูรณาการต่อยอด (HPH+)
2553	77.4
2554	70.9
2555	73.3

ที่มา รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2555 รอบ 12 เดือน

แผนภูมิที่ 57 ร้อยละโรงพยาบาลในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินกระบวนการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพบูรณาการต่อยอด (HPH+)



ปัจจัยความสำเร็จ

1. กระแสโลกาภิวัตน์ ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้หลายโรงพยาบาลเห็นความสำคัญและยอมรับ
2. นโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญโรงพยาบาล ติดตาม และกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดที่มีการบูรณาการงานกับกรมควบคุมโรค

3. การมีภาคีเครือข่าย และการประสานภาคีเครือข่าย ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และระดับนานาชาติที่สร้างการยอมรับ HPH
4. การจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับต่าง ๆ ถึงระดับชาติ นานาชาติที่สร้างแรงกระตุ้นและการพัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ
5. การมีทีมเยี่ยมประเมินรับรองที่กระจายอยู่ในทุกพื้นที่ระดับเขต ที่รับผิดชอบและเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาลทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข
6. มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายชัดเจน เข้าใจง่าย กระบวนการประเมินไม่ยุ่งยาก

ปัญหาอุปสรรค

การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานที่ไม่มีความชัดเจน ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีเวทีให้ผู้บริหารแหล่งทุนโดยเฉพาะเครือข่ายสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในทุกระดับเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพที่จะนำมาซึ่งการสนับสนุนงบประมาณ

ความท้าทาย

การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้เทียบเคียงกับมาตรฐานระดับสากล (MBNQA) และสร้างผลลัพธ์เชิงประจักษ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ “เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH NQC) Health Promotion Hospital National Quality Criteria

ก้าวต่อไปเพื่อการพัฒนา

1. การพัฒนาภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในทุกระดับ เพื่อสร้างพัฒนาองค์ความรู้ การสนับสนุนและนวัตกรรม
2. การกระตุ้นให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่นำสู่ผลลัพธ์ที่สร้างคุณภาพชีวิตของประชาชน
3. การบริหารจัดการข้อมูล สารสนเทศ และการวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนา
4. การสร้างนโยบายและแนวทางการลงทุนด้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จากแหล่งทุนต่าง ๆ ได้แก่ สปสช. สำนักงานหลักประกันสังคม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการกระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม
5. การเป็นแหล่งเรียนรู้ให้แก่ประเทศต่าง ๆ ทั้งที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนาในบทเรียน และความสำเร็จของประเทศไทย

โครงการดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม

ความเป็นมา

มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการป่วยและตายอันดับ 1 ของสตรีไทย คือร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ มะเร็ง ปากมดลูก ร้อยละ 14.4 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) อัตราการป่วยและตายมีแนวโน้มสูงขึ้น ทุกปี จากข้อมูลของสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 ถึงปี 2554 พบว่า อัตราตาย (ต่อแสนประชากร) เท่ากับ 6.8, 7.3, 7.3, 7.7 และ 8.4 ตามลำดับ สำหรับอัตราป่วย 37.9, 40.6, 38.4, 55.9 และ 40.8 ตามลำดับ สาเหตุของโรคมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัด การป้องกันมะเร็ง เต้านมที่ดีที่สุด คือการตรวจเพื่อค้นหาให้ได้เร็วที่สุด (Early Detection) ซึ่งการตรวจหามะเร็งเต้านมมี 3 วิธี คือ 1) การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) 2) การตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination) และ 3) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination) แม้ การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุด แต่การให้บริการยังไม่สามารถ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้ ซึ่งมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจค้นหาความผิดปกติได้ด้วยตนเอง เพราะการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นจะสามารถพบความผิดปกติได้ตั้งแต่เนิ่นๆ หากได้รับการวินิจฉัยและ รักษาอย่างรวดเร็วจะลดความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมได้ โดยเฉพาะหากพบในระยะที่ 1 – 2 จะมีอัตราการรอดชีวิตสูง

จากแนวโน้มอัตราป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงได้มีการดำเนินงาน ในการดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม เพื่อส่งเสริมให้สตรีไทยมีพฤติกรรมการตรวจเต้านม ด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และส่งผลให้สามารถลดขนาดของปัญหาและอัตราความรุนแรง ของมะเร็งเต้านมได้

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้สตรีไทยอายุ 30-70 ปี มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและ สม่ำเสมอ

กิจกรรมการดำเนินงาน

1. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายการดำเนินงานดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม ได้แก่ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละภาค พนักงานในสถานประกอบการชุดชั้นในสตรี
2. จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสถานบริการ และเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์
3. จัดทำหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทย จากมะเร็งเต้านม
4. ผลิตสนับสนุนสื่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้แก่ ภาพพลิก แผ่นพับ โปสเตอร์ และแผ่นพับ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ให้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักรอนามัย และ สำนักรแพทย์ กทม. เพื่อจัดสรรให้สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่
5. สุ่มสำรวจพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทย อายุ 30-70 ในจังหวัด นครราชสีมา เชียงใหม่ สุราษฎร์ธานี และพระนครศรีอยุธยา

ผลการดำเนินงาน

จากการสุ่มสำรวจพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี 2555 พบว่า สตรีไทยอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 74.0 ตรวจเป็นประจำสม่ำเสมอ ร้อยละ 52.0 และตรวจถูกต้องมีเพียงร้อยละ 21.0

ปัญหาอุปสรรค

1. สตรียังขาดความตระหนักและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นยังไม่ถูกต้องและไม่สม่ำเสมอ
2. ขาดระบบการรายงานข้อมูลการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี

ข้อเสนอแนะ

ควรมีระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โดยเฉพาะระยะของ โรค (Staging) เพื่อแสดงให้เห็นประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่าสามารถค้นหามะเร็งได้เร็วขึ้น และลดความรุนแรงของโรคได้ โดยมีระบบฐานข้อมูลกระจายตามศูนย์อนามัยทั้ง 12 แห่ง

ความท้าทายหรือสิ่งที่จะดำเนินงานต่อไป

1. ดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยต่อระดับความรุนแรงและระยะของโรค
2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นการติดตามเฝ้าระวัง ประเมินผลการดำเนินงานและสถานการณ์ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม
3. พัฒนา ถ่ายทอดองค์ความรู้ และสนับสนุนสื่อ รวมทั้งรณรงค์สร้างกระแสในลักษณะ Air Campaign

โครงการพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง

ความเป็นมา

ในหญิงและชายวัยทองอายุประมาณ 40 ปีขึ้นไป ก่อนย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นวัยที่สำคัญ เรียกว่า วัยทอง ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพร่างกาย เนื่องจากร่างกายผลิตฮอร์โมนเพศลดลงน้อยลง และมีความเสื่อมของร่างกายตามวัย ทำให้มีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น เช่น หญิงวัยทอง มีภาวะไขมันในเลือดสูง กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หงุดหงิด โกรธง่าย เป็นต้น ชายวัยทอง การมีระดับเทสโทสเทอโรนต่ำ ส่งผลให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และส่งผลกระทบต่อความรู้ เขียวปัญญา อารมณ์ เป็นต้น ประชากรกลุ่มวัยทอง ส่วนมากอยู่ในช่วงวัยทำงาน และมีตำแหน่งหน้าที่การงานสูง เป็นผู้นำครอบครัว และเป็นช่วงวัยที่ประสบความสำเร็จ จึงควรได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับวัย และเมื่อมีอาการวัยทอง สามารถเข้าถึงบริการคลินิกวัยทองได้ เพื่อให้ประชากรในช่วงวัยดังกล่าวมีสุขภาพดี ลดโรคที่สามารถป้องกันได้ และก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหญิงและชายวัยทองของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยปี 2554 พบว่า หญิงวัยทองรู้จักคลินิกวัยทอง ร้อยละ 41.4 และเคยไปใช้บริการ ร้อยละ 30.4 ส่วนชายวัยทองรู้จักคลินิกวัยทอง ร้อยละ 24.1 และเคยไปใช้บริการเพียงร้อยละ 3.4 เท่านั้น ซึ่งการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองในประเทศไทยมีสถานบริการหลายแห่ง ได้ดำเนินการแต่ประชากรวัยทองยังเข้าถึงบริการได้ไม่มาก อีกทั้งสถานบริการยังมีข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองไม่ชัดเจนและไม่ครบถ้วน เช่น องค์กรความรู้เรื่องอาการต่างๆและโอกาสเสี่ยงเป็นโรคนั้นเมื่อเข้าสู่วัยทอง แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองและระบบการส่งต่อ เป็นต้น

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลการเปิดให้บริการคลินิกวัยทอง รวมถึงรูปแบบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองในสถานบริการต่างๆ ทั่วประเทศ จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นฐานข้อมูลนำไปพัฒนาและวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง ให้ประชากรวัยทองได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพในวัยนี้และเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับอาการวัยทองสามารถเข้าถึงบริการได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองในสถานบริการ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง

กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบและรูปแบบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองในสถานบริการ
2. รวบรวมประมวลข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง

- 2.1 จัดทำแบบสำรวจการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง
- 2.2 ทดสอบแบบสำรวจการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง
- 2.3 จัดพิมพ์แบบสำรวจการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง
- 2.4 เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ
- 2.5 ประมวลผลและสรุปข้อมูล

ผลการดำเนินงาน

กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบและรูปแบบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองในสถานบริการ

ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข กรมอนามัย จาก ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จำนวน 30 คน

จากที่ประชุมได้เสนอประเด็นหลักๆ ที่กรมอนามัยควรมีการพัฒนาระบบและรูปแบบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองในสถานบริการ ดังนี้

- ให้จัดบริการคลินิกวัยทองบูรณาการร่วมกับงานบริการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย โภชนาการ เป็นต้น
- พัฒนาศูนย์อนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของศูนย์อนามัยต่างๆ ให้เป็นศูนย์สาธิตการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองให้ครบวงจร
- สร้างและพัฒนาระบบการส่งต่อ ให้ชัดเจน เมื่อพบปัญหาผู้มีอาการวัยทอง
- ต้องพัฒนาองค์ความรู้ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองและการดูแลรักษา ให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินงาน

กิจกรรมรวบรวมประมวลข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง

ส่งแบบสำรวจการให้บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองให้กับโรงพยาบาลสังกัด กรมอนามัยและสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวน 847 ชุด

ได้รับแบบสอบถาม คืนจำนวน 373 ชุด คิดเป็นร้อยละ 44 แบ่งเป็น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัย ที่ 1-12 จำนวน 10 ชุด

โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 18 ชุด

โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 33 ชุด

โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 312 ชุด

สรุปผลสำรวจ ดังนี้

ตารางที่ 13 ผลการสำรวจการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง

ประเภท สถานพยาบาล	คลินิกเฉพาะทาง		บูรณาการกับงาน ส่งเสริมสุขภาพอื่น		บริการส่งเสริม สุขภาพวัยทองใน ชุมชน		ไม่ได้ดำเนิน กิจกรรมส่งเสริม สุขภาพ ประชากรวัยทอง
	ชาย วัยทอง	หญิง วัยทอง	ชาย วัยทอง	หญิง วัยทอง	ชาย วัยทอง	หญิง วัยทอง	
โรงพยาบาลศูนย์ อนามัยที่ 1-12	5	5	1	3	-	-	2
โรงพยาบาลศูนย์	3	13	5	4	4	4	-
โรงพยาบาลทั่วไป	6	13	7	18	11	11	2
โรงพยาบาลชุมชน	12	54	63	135	85	85	109
รวม (N=373)	26 (6.9%)	85 (22.7%)	76 (20.4%)	160 (42.9%)	81 (21.7%)	100 (26.8%)	113 (30.3%)

ข้อเสนอแนะจากการสำรวจ

1. กรมอนามัยควรมีนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองให้ชัดเจนและมีความต่อเนื่อง
2. กรมอนามัยควรมีการจัดอบรม เพื่อฟื้นฟู องค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประชากรวัยทอง และการส่งเสริมสุขภาพ
3. กรมอนามัย ควรมีการสนับสนุนและพัฒนาสื่อความรู้ต่างๆ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองให้กับโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงาน
4. กรมอนามัย ควรมีคู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง และคลินิกวัยทอง เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินงาน

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ

1. ความร่วมมือ จากศูนย์อนามัยที่ 1-12 ในการเข้าร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองและการจัดทำแบบสำรวจ
2. ความร่วมมือจากโรงพยาบาลต่างๆ ในการให้ข้อมูลการสำรวจการให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ

งบประมาณในการดำเนินงานมีค่อนข้างจำกัด

ความท้าทายหรือสิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. พัฒนาคู่มือความรู้การส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพประชากรวัยทองให้กับบุคลากรสาธารณสุข ทั่วประเทศ เช่น การจัดประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง จัดทำคู่มือองค์ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง เป็นต้น
2. จัดทำคู่มือ แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ
3. พัฒนา ศูนย์อนามัยที่ 1-12 ให้เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชากรวัยทอง
4. ศูนย์อนามัยที่มีความพร้อม พัฒนาโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้มีบริการส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพหญิงวัยทอง
5. สร้างรูปแบบ (Model) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชากรวัยทอง
6. สร้างช่องทางต่างๆ ให้ประชาชนทั่วไป ได้ทราบข้อมูล อาการวัยทอง การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการ โอกาสเสี่ยงต่างๆ เมื่อเข้าสู่วัยทอง

โครงการสำคัญและผลการดำเนินงาน
กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ

ปัจจุบันความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 10.7 ในปี 2550 หรือ 7.0 ล้านคน เป็นร้อยละ 11.8 หรือ 7.5 ล้านคน ในปี 2553 และร้อยละ 20.0 หรือ 14.5 ล้านคน ในปี 2568 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) นับว่าอัตราการการเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society)” เร็วมาก ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีเวลาสั้นมากที่จะเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และด้านเศรษฐกิจ อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าจะบุคคลที่เกิดมาแล้วจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี) ผู้ชาย 19.4 ปี และผู้หญิง 21.9 ปี เมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามช่วงวัย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงสูง อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ หรืออัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุ ในปี 2537 เป็น 10.7 เพิ่มขึ้นเป็น 14.3 ในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 16.0 ในปี 2550 หมายความว่าประชากรวัยทำงาน 100 คน ต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 16 คน

อายุยังสูงยิ่งเจ็บป่วย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2550 พบว่า โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ได้มีการศึกษาจำนวนทั้งหมด 6 โรค ด้วยกันได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็งหลอดเลือดในสมองตีบและอัมพาต/อัมพฤกษ์ เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายโรค พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 เป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางมีสัดส่วนของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือดในสมองตีบสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและวัยปลาย พบอุบัติการณ์ของโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ในกลุ่มของผู้สูงอายุวัยปลายสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น (ร้อยละ 4.8 ร้อยละ 3.1 และ ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ได้เป็นเพียงโรคใดโรคหนึ่งจากทั้งหมด 6 โรคที่กล่าวมา และหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะทุพพลภาพจากปัญหาสุขภาพ เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ ร้อยละ 18.9 มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้นานกว่า 6 เดือน เป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาว เป็นเหตุให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงและต้องการคนดูแลตลอดเวลา ปัญหาสุขภาพปากและฟัน ผู้สูงอายุมีปัญหาการสูญเสียฟันทั้งปากจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ประมาณ 250,000 คน แม้จะมีโครงการฟันเทียมพระราชทานก็ยังไม่สามารถครอบคลุมได้ทั้งหมด นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันจากโรคในช่องปาก จึงมีความต้องการบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ เพื่อลดการสูญเสียฟันควบคู่กันไป การมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาวจึงเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของทุกคน อีกทั้งไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน ยิ่งเป็นสิ่งที่สังคมยกย่องชื่นชม

การดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรผู้สูงวัยที่เพิ่มขึ้นต้องสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการปลูกจิตสำนึกให้คนไทยในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ และการพัฒนามาตรการกฎหมายให้สอดคล้องกับสภาพสังคม และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกลยุทธ์ “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” เข้าใจหมายถึงเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง และเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ส่งเสริมความมีคุณค่า ศักดิ์ศรีในตนเอง และให้มีสุขภาพดีนานที่สุด เข้าถึงหมายถึงผู้สูงอายุเข้าถึงบริการที่สะดวกรวดเร็วโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรืออาสาสมัคร (Home Health Care) บริการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ฉุกเฉินที่บ้าน และพึ่งได้หมายถึงผู้สูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีผู้ดูแล โดยครอบครัว บุตรหลาน หรือชุมชน โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม”

กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2555 ของกรมอนามัย ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) โดยเน้นองค์ประกอบการดำเนินงาน ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง โดยกำหนดเป้าหมายตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ตำบล สนับสนุนการดำเนินงานภาคีเครือข่าย ชมรมผู้สูงอายุ วัดส่งเสริมสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการสู่ความยั่งยืน โดยชุมชนเพื่อชุมชน

โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

ปรากฏการณ์ใหม่ในศตวรรษที่ 21 ของประเทศไทย คือการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลพบว่าขนาดหรือจำนวนของประชากรรวม และประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี ให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังออกไป และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้หายหรือทุเลาจากการลดการเกิดความพิการ หรือทุพพลภาพ และยืดเวลาของการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไป การเตรียมการเพื่อรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ กรมอนามัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินการจัดทำโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) มาตั้งแต่ปี 2551 โดยใช้การดำเนินงาน “ตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว” เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อตอบสนองดัชนีวัดตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงนโยบายสำคัญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแก่ผู้เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่น ชุมชนจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเตรียมการรองรับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในท้องถิ่น ชุมชน ครอบคลุมทุกจังหวัดในปี 2554
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (ครู ก.)
3. เพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยี วิชาการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จาก “ตำบลต้นแบบดีเด่น” เพื่อเป็นการเรียนรู้และขยายผลการดำเนินงานสู่พื้นที่อื่นๆต่อไป

กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. แต่งตั้ง / ประชุมคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม (ครู ก.) 1 คณะทำงาน
2. จัดทำสื่อคู่มือการฝึกอบรม “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)” สำหรับ ครู ก.
3. ประชุมวิชาการ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)” เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาศักยภาพทีมติดตามผลการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (ครู ก.) จำนวน 2 วัน ในวันที่ 23 – 24 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมริชมอนด์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
4. จัดทำสื่อวีดิทัศน์ “ตำบลต้นแบบดีเด่น” เพื่อเผยแพร่ ขยายผลการดำเนินงาน จำนวน 1 ชุด
5. จัดพิมพ์ใบประกาศเกียรติคุณ “ตำบลส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ตำบลส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว”

ผลผลิต

ผลการดำเนินงาน มีผู้ผ่านการอบรม จำนวน 127 คน (จากเป้าหมาย 80 คน)

ผลลัพธ์

1. บุคลากรและภาคีเครือข่ายมีความรู้ ความสามารถในการถ่ายทอดเทคโนโลยีวิชาการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
2. ขยายผลการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) สู่ตำบลหรือพื้นที่ข้างเคียง โดยความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุน เห็นคุณค่า และให้ความสำคัญในการดำเนินงาน
2. บุคลากรมีความพร้อม มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน
3. การได้รับความร่วมมือที่ดีจากภาคีเครือข่าย

ปัญหาอุปสรรค

1. การติดต่อประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย
2. การขยายผลการดำเนินงานเพื่อสร้างครู ข เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพครู ก อย่างต่อเนื่องทุกปี
2. ควรมีการเรียนรู้ ศึกษาดูงาน จากสถานบริการหรือพื้นที่ต้นแบบ
3. สนับสนุนการขยายเครือข่าย ครู ข ในพื้นที่ ชุมชน

ความท้าทาย / สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. การจัดประชุมวิชาการหรือฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพครู ก ต่อเนื่องทุกปี
2. การพัฒนาคู่มือแนวทางองค์ความรู้ในการฝึกอบรม
3. การขยายภาคีเครือข่ายการดำเนินงานสู่ ครู ข ในพื้นที่ ชุมชน

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับท้องถิ่นเข้มแข็ง...ประชาชนแข็งแรง”

จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ สังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัย ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้มีนโยบายให้ดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยเฉพาะตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นนโยบายที่ 6 “จัดให้มีการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มสตรี **กลุ่มผู้สูงอายุ** กลุ่มผู้พิการ รวมถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอื่นๆ เช่นแรงงานข้ามชาติ” การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายให้เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแก่ผู้เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ วัด ชุมชน จึงมีความสำคัญ สำนักระดมส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จึงได้จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับท้องถิ่นเข้มแข็ง...ประชาชนแข็งแรง” ขึ้น เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยี วิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เพื่อเชิดชูเกียรติภาคีเครือข่ายที่มีผลการดำเนินงานดีเด่น
4. เพื่อเตรียมการรองรับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในท้องถิ่น ชุมชน และวัดส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรมที่ดำเนินงาน

1. แต่งตั้ง / ประชุมคณะทำงาน จำนวน 1 คณะทำงาน
2. จัดทำสื่อคู่มือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3. จัดทำโล่ประกาศเกียรติคุณ ตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวดีเด่น จำนวน 77 โล่
4. จัดพิมพ์ใบประกาศเกียรติคุณตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์
5. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับท้องถิ่นเข้มแข็ง...ประชาชนแข็งแรง” มอบโล่รางวัลเชิดชูเกียรติภาคีเครือข่ายที่มีผลงานดีเด่น ในวันที่ 26 – 27 กรกฎาคม 2555 ณ โรงแรมริชมอนด์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ผลผลิต

- มีตำบลเข้าร่วมกระบวนการ 861 ตำบล ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน 701 ตำบล
- ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวดีเด่นรับโล่ประกาศเกียรติคุณจากรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 77 ตำบล

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน เห็นคุณค่า และให้ความสำคัญในการดำเนินงาน
2. ความเข้มแข็ง ทุ่มเท เสียสละในการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ
3. การได้รับความร่วมมือที่ดีจากภาคีเครือข่าย
4. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชิดชูเกียรติ

ความท้าทาย / สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. การขยายผลการดำเนินงานสู่พื้นที่ข้างเคียง
2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเชิดชูเกียรติ
3. การถอดบทเรียนจากพื้นที่การดำเนินงานต้นแบบดีเด่นตีพิมพ์และเผยแพร่
4. ขับเคลื่อน สนับสนุนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมโดยท้องถิ่นเป็นเจ้ามือ เจ้าภาพ ประชาชนเป็นเจ้าของ

โครงการสร้างพลังชุมชน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ไทย

ความเป็นมาของโครงการ

แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพคน เพื่อสร้างสุขภาพที่ดี มาจากสังคมที่ดี คือ สังคมอยู่เย็นเป็นสุข ระบบสุขภาพไทย มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างสุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขพอเพียง โดยร่วมกันสร้างสุขภาพดี โดยมุ่งเน้นความพอเพียงทางสุขภาพระดับครอบครัว และชุมชน เป็นสังคมเรียนรู้ อุดมด้วยภูมิปัญญาสุขภาพ สร้างหลักประกันด้านสุขภาพ ให้ความอบอุ่นใจ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย และยามวิกฤต

พระสงฆ์ คือ ทูตทางสังคมของชุมชน เป็นศูนย์กลางทางวัฒนธรรมอีกทั้งยังมีบทบาทในการขับเคลื่อนขบวนสังคม และเป็นกลไกที่สำคัญยิ่งในการขับเคลื่อน สังคม สู่สังคมแห่งสุขภาวะ ผลการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2553 ถึงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2554 มีพระภิกษุ สามเณร จำนวน 98,561 รูป หรือประมาณร้อยละ 30 พบว่าสุขภาพปกติร้อยละ 55 เสียที่จะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ประมาณร้อยละ 40 บางรูปเสี่ยงป่วยมากกว่า 1 โรค และมีพระภิกษุป่วย และอยู่ในภาวะอ้วนรวม 5,381 รูป หรือร้อยละ 5 การดูแลส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์จากชุมชน ยังไม่มีรูปแบบและแนวทาง ที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดรูปแบบในการดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดโรคเรื้อรัง ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และก้าวสู่การมีสุขภาวะอย่างยั่งยืน จึงควรมีนโยบายเรื่องการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายพัฒนาโคราช และสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ได้ร่วมดำเนินการพัฒนาเอกสาร และประเด็นข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะให้เป็นหัวข้อการประชุมวิชาการ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2554 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จึงได้จัดทำโครงการเพื่อสนับสนุนการดำเนินการหาแนวคิด แนวทาง และรูปแบบ เพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการระดมความคิดเห็น ให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการลดค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ ตามแนวทางการสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ โดยมีการดำเนินการในทุกระดับ อย่างบูรณาการ และครบวงจร (บ้าน – วัด – โรงเรียน – โรงพยาบาล - ท้องถิ่น)

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและสนับสนุน สังคม ชุมชน ตระหนักและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของพระสงฆ์ ให้เกิดการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และเกิดการสนับสนุน การระดมศักยภาพของภาคีเครือข่ายวัดส่งเสริมสุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ต่อไป

กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินงาน

1. จัดทำเวทีทัศน์เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เรื่อง“ทำบุญ ให้ได้บุญ”
 2. จัดประชุมสัมมนาวิชาการ เรื่อง”ทำบุญให้ได้บุญ” สังคมห่วงใยดูแลสุขภาพพระสงฆ์
- ในประเด็นสุขภาวะพระสงฆ์กับชุมชนที่ยั่งยืน เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2555 เวลา 12.45-14.15 น.

ห้อง CR1 ณ ตึกประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำหรับนักวิชาการ เจ้าหน้าที่ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ พระสงฆ์แกนนำ และผู้ดำเนินงานในประเด็นสุขภาพของพระสงฆ์ มีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย พระสังฆาธิการ นักวิชาการ และบุคลากรจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคการเมือง และภาคประชาชน จำนวนทั้งสิ้น 160 คน (เป็นวิทยากรและทีมงานเครือข่ายจากกรมอนามัย 34 คน ผู้สนใจจากผู้เข้าประชุมสมัชชาแห่งชาติ จำนวน 126 คน)

รูปแบบการจัดงาน

- ฉายวีดิทัศน์ สถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ /สัมภาษณ์พระสงฆ์ถึงความคาดหวัง /สัมภาษณ์ประชาชนที่ใส่บาตรพระ ที่มาทำบุญที่วัด
- การอภิปราย ตามประเด็น สุขภาพของพระสงฆ์ โดยมีวิทยากร 3 ท่าน
- พระราชญาณกวี (ปิยะโสภณ) ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดพระรามเก้า กาญจนนาภิเษก
- นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- คุณดวงจันทร์ บุญสม กรรมการวัดส่งเสริมสุขภาพ จ.พัทลุง
- ผู้ดำเนินการอภิปราย นายแพทย์สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์ รองอธิบดีกรมอนามัย

3. การประชุมเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายว่าด้วยเรื่อง “สุขภาพของพระสงฆ์กับการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน” เมื่อวันพฤหัสบดี ที่ 24 พฤษภาคม 2555 ณ ห้องประชุมกำธรสุวรรณกิจ อาคาร 1 ชั้น 1 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เวลา 8.30 – 16.30 น. ในการประชุมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นพระสงฆ์ 13 รูป และเครือข่ายจากภาคส่วนต่างๆ 63 คน รวมทั้งสิ้น 76 รูป/คน มีการบรรยายพิเศษเรื่อง “วัดส่งเสริมสุขภาพสู่...การพัฒนานโยบายสาธารณะ” และ “การสร้างพลังชุมชน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ไทย” โดย รองอธิบดีกรมอนามัยนายแพทย์สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์

4. เผยแพร่สื่อ หนังสือ แนวทางการตักบาตรให้ได้บุญ หนังสือวัดส่งเสริมสุขภาพ..แนวคิด และการดำเนินการ และคู่มือแนวคิด มุมมอง วัดส่งเสริมสุขภาพ แก่เครือข่ายศูนย์อนามัยที่ 1 – 12 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อสนับสนุนวัดส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยความสำเร็จ

ได้รับความสนใจและให้การสนับสนุนทั้งจากฝ่ายสงฆ์และผู้บริหารกรมอนามัย ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิและเครือข่ายจากภาคส่วนต่างๆ มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของพระสงฆ์ ทำให้เกิดการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องแนวคิดและทิศทางการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และเกิดการสนับสนุนการระดมศักยภาพของภาคีเครือข่ายวัดส่งเสริมสุขภาพในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ต่อไป

ความท้าทาย

ปี 2555 ร่วมกับเครือข่ายพัฒนาเอกสารเพื่อเข้าสู่ร่างข้อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะ เข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ผลักดันให้เกิดวัดส่งเสริมสุขภาพ 1 ตำบล 1 วัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสุขภาพที่ดีพระสงฆ์ บุคลากรในวัดและคนในชุมชน ต่อไป

โครงการจัดทำร่างเอกสารและข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555

ความเป็นมาของโครงการ

พระสงฆ์ คือ ทุนทางสังคมของชุมชน เป็นศูนย์กลางทางวัฒนธรรมอีกทั้งยังมีบทบาทในการขับเคลื่อนขบวนการสังคม และเป็นกลไกที่สำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนสังคมสู่สังคมแห่งสุขภาพ ผลการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2553 ถึงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2554 มีพระภิกษุ สามเณร จำนวน 98,561 รูป หรือประมาณร้อยละ 30 พบว่าสุขภาพปกติร้อยละ 55 เสียชีวิตจะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง เบาหวาน ประมาณร้อยละ 40 บางรูปเสี่ยงป่วยมากกว่า 1 โรค และมีพระภิกษุป่วย และอยู่ในภาวะอ้วนรวม 5,381 รูป หรือร้อยละ 5 การดูแลส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์จากชุมชน ยังไม่มีรูปแบบและแนวทาง ที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดรูปแบบในการดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดโรคเรื้อรัง ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และก้าวสู่การมีสุขภาพอย่างยั่งยืน จึงควรมีนโยบายเรื่องการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมเสนอประเด็นพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555 จึงได้จัดทำโครงการเพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาเอกสาร และข้อเสนอเชิงนโยบาย สามารถดำเนินการบนหลักการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการดำเนินการหาแนวคิดแนวทางและรูปแบบ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ในการระดมความคิดเห็น ให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ ให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการลดค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ ตามแนวทางการสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ โดยมีการดำเนินการในทุกระดับ อย่างบูรณาการ และครบวงจร (บ้าน – วัด – โรงเรียน – โรงพยาบาล – ห้องถิ่น)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเอกสารและร่างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพในประเด็นพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ
2. เพื่อการบูรณาการและการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคเอกชน ในกระบวนการพัฒนาเอกสาร และร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย
3. เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ ในประเด็นพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การสร้างความตระหนักของสังคมและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และคนในชุมชนต่อไป

กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ โดยมีที่ปรึกษาทั้งฝ่ายสงฆ์และฝ่ายฆราวาส ได้แก่ พระครูบุญกุลประชาภิ (ดร.นิมิตร ปภาโส) เจ้าคณะตำบลหาดนางแก้ว เขต 1 จ.ปราจีนบุรี น.พ.จักรธรรม ธรรมศักดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิอดีตผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ รศ.น.พ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ กรรมการบริหารสสส. ดร.น.พ.อุทัย สุดสุข ประธานมูลนิธิอุทัย สุดสุข ศ.เกียรติคุณพ.ญ.สยามพร ศิรินาวิน ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการวิชาการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 และพระครูอมรชัยคุณ (หลวงตาแชร้) เป็นประธานคณะทำงานฯ น.พ.สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์ รองอธิบดีกรมอนามัยเป็นรองประธาน คนที่ 1 พระทองถม ธรรมโรโต เป็นประธานคนที่ 2 คณะทำงาน

ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนองค์กรศาสนา นักวิชาการภาครัฐ และเครือข่ายภาคประชาชน นักวิชาการสำนักส่งเสริมสุขภาพและเครือข่ายร่วมกันเป็นฝ่ายเลขานุการฯ ให้คณะทำงานฯ มีหน้าที่จัดทำ ร่างเอกสารและข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” นำเสนอในการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555 เดือนธันวาคม 2555 ต่อไป

2. กำหนดแผนการดำเนินงาน ปฏิทินการดำเนินงาน การมอบหมายและจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กำหนดระยะเวลาดำเนินงาน ระหว่าง เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2555 โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

3. รวบรวมข้อมูลเชิงสถานการณ์ สังเคราะห์ร่างเอกสาร ข้อเสนอเชิงนโยบายและเอกสาร ผนวกข้อเสนอ

4. จัดประชุมคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจ วางแผนการดำเนินงาน จัดทำร่างเอกสาร ข้อเสนอเชิงนโยบายและเอกสารผนวกข้อเสนอ จำนวน 5 ครั้ง

5. จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็น/เวทีสาธารณะ 4 ภาค เพื่อรับฟังความเห็นจากภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อร่างเอกสารหลัก ข้อเสนอเชิงนโยบายและเอกสาร ผนวกข้อเสนอ จำนวน 6 ครั้ง

6. ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเอกสารหลัก ข้อเสนอเชิงนโยบายและเอกสาร ผนวก ข้อเสนอ โดยคณะอนุกรรมการวิชาการ ที่ คจ.สช.แต่งตั้ง สนับสนุนกระบวนการพัฒนาเอกสารร่าง ข้อเสนอ นโยบายเพื่อนำสู่กระบวนการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป

7. ปรับปรุงร่างเอกสารหลัก ข้อเสนอเชิงนโยบายและเอกสาร ผนวกข้อเสนอ

- ตามข้อเสนอจากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ เป็นเอกสารร่างแรกส่งคณะกรรมการวิชาการ

- ตามการรับฟังความคิดเห็นจากภาคีเครือข่าย (constituencies) เป็นเอกสารร่างสองให้

คณะอนุกรรมการวิชาการ

8. เข้าร่วมในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ.2555 ระหว่างวันที่ 18 – 20 ธันวาคม 2555 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพมหานคร เพื่อตอบข้อซักถาม และปรับปรุงข้อเสนอก่อนสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะลงมติรับรอง

ผลผลิต

เอกสารและข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” เพื่อนำเข้าในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 มติที่ประชุมสมัชชาสุขภาพ 5.มติ 7 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2555 ประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” โดยย่อ ดังนี้คือ กำหนดให้

1. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สถาบันวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการ ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับพระสงฆ์ ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาการขึ้นทะเบียนพระสงฆ์ และ จัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ทั่วประเทศ ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์ และเครือข่าย พระสงฆ์นักพัฒนา โดยมีภิกษุเป็นแกนนำ ในการดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ ร่วมกับองค์กรชุมชน ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ ให้ครอบคลุมและทั่วถึง ร่วมกับ

คณะสงฆ์ กระทรวงศึกษาธิการ มหาวิทยาลัยสงฆ์ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” ไว้ในหลักสูตรต่างๆ ของพระสงฆ์

2. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน/ภาคี/เครือข่ายให้บริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะสงฆ์ ชุมชน และภาคประชาชน ในพื้นที่ดำเนินการ พัฒนาระบบและรูปแบบการบริการด้านสุขภาพ รมณรังค์ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักในการถวายสังฆทาน ด้วยอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์

3. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อเอื้อให้พระสงฆ์ได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข

4. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยสงฆ์ ทุกแห่ง และสถาบันการศึกษาอื่นๆ ทำการศึกษวิจัยและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

5. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ เปิดโอกาสให้พระสงฆ์มีส่วนร่วมเป็นคณะทำงาน หรือคณะกรรมการในการพัฒนาระบบสุขภาวะของชุมชน

6. ขอให้คณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา พัฒนารูปแบบ แนวทาง กระบวนการเรียนรู้ ส่งเสริมและสนับสนุน การพัฒนาสุขภาวะของพระสงฆ์และชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนาวัดให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามแผนงานที่จะกำหนดขึ้นร่วมกัน

7. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ส่งเสริมสนับสนุน และนำประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ต่อไป

8. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7

บทเรียนที่ได้รับ

- ได้เรียนรู้ และมีประสบการณ์เพิ่มมากขึ้นในการทำงานร่วมกับเครือข่าย เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบาย สาธารณะด้านสุขภาวะของพระสงฆ์
- ได้เครือข่ายในการดำเนินงาน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนา

- การทำงานกับภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะมีพระสงฆ์ ร่วมประชุมและมีการแบ่งกลุ่ม จะต้องจัดเตรียมสถานที่ เวที และกระบวนการให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสมณเพศด้วย
- การประชุมต้องการให้พระสังฆาธิการจากกรุงเทพมหานครเข้าร่วมประชุมด้วย ควรไปนิมนต์ด้วยตนเองเพื่อกราบเรียนชี้แจงมากกว่าส่งหนังสือเชิญอย่างเดียว

โครงการจัดทำร่างเกณฑ์ประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพปลอดโรค

หลักการและเหตุผล

วัด คือ ศูนย์ทางสังคมอย่างหนึ่งของชุมชน เป็นศูนย์กลางทางวัฒนธรรมมาแต่เดิม อีกทั้งเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ พลังศรัทธาของชาวบ้าน สามารถเชื่อมคติ ความเชื่อและประเพณีต่างๆ อันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะท้องถิ่น วัดกับชุมชน และผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดลึกซึ้ง จนยากจะแยกจากกันได้ ชีวิตคนในชุมชนเกี่ยวพันกับวัดตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย แนวความคิดเรื่อง “วัดส่งเสริมสุขภาพ” มีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ บุคลากรในวัด ตลอดจนผู้สูงอายุและครอบครัว ที่มาร่วมทำกิจกรรมในวัด อีกทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการทำนุบำรุงพัฒนาวัดเพื่อเป็นการสืบทอดพระพุทธศาสนา โดยบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกับศิลปวัฒนธรรม ในความเป็นวัด โดยมีคุณสมบัติการดำเนินงาน 5 ร. คือ สะอาดร่มรื่น สงบร่มเย็น สุขภาพร่วมสร้าง ศิลปะร่วมจิต (วิญญาน) และชาวประชาร่วมพัฒนา

กรมอนามัย ได้สนับสนุนการดำเนินงาน วัดส่งเสริมสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2545 จนถึงปัจจุบัน มีวัดที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่น จำนวน 798 วัด และผ่านเกณฑ์ประเมิน ขึ้นพื้นฐานของวัดส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2,115 วัด รวมทั้งสิ้น 2,914 วัด โดยได้รับความร่วมมือ ร่วมใจจากพระผู้นำฝ่ายบรรพชิต กรรมการวัด ผู้สูงอายุ และประชาชนรอบวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้วัดเอื้อโอกาสต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ในปี 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวคิดในการบูรณาการงานตามพันธกิจของกรมอนามัย และกรมควบคุมโรค ภายใต้ภารกิจของคณะกรรมการตัวชี้วัดกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี 2555 คณะกรรมการตัวชี้วัดที่ 3.2 คือ ต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดความสำเร็จ ร้อยละของความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้ประโยชน์จากองค์ความรู้ใหม่ หรือนวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการอนามัย สิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการบูรณาการงานร่วมกัน มีผลงานวิชาการเพื่อให้เกิดการดำเนินการ พัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพปลอดโรค เป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาในการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพและงานป้องกันควบคุมโรค กรมอนามัยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพจึงได้ดำเนินการโครงการนี้เพื่อให้บรรลุผลตอบสนองนโยบายดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพปลอดโรคอย่างบูรณาการทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และงานป้องกันควบคุมโรค

กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการ

1. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพปลอดโรค ปี งบประมาณ พ.ศ.2555 (ตามคำสั่ง กรมควบคุมโรค ที่ 736/2555 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2555) โดยมีนายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น รองอธิบดี กรมควบคุมโรค นายแพทย์สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช รองอธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์ธีระพล โตพันธุ์านนท์ รองอธิบดีกรมอนามัย และนายแพทย์สมพงษ์ สกุลอสิริยาภรณ์ เป็นคณะที่ปรึกษา มีหน้าที่ กำหนดนโยบายและแนวทางตามพันธกิจของกรมอนามัยและกรมควบคุมโรค และมีคณะทำงานฝ่ายวิชาการการ

บริหารจัดการและการประเมินผลการดำเนินงาน โดยมีนายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา หัวหน้ากลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ เป็นประธาน คณะทำงานประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการจากกรมควบคุมโรคและกรมอนามัย มีหน้าที่พิจารณากำหนดยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินการร่วมกันพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรม โดยบูรณาการระหว่างกรมอนามัยและกรมควบคุมโรค สนับสนุนมาตรฐาน หลักเกณฑ์ คู่มือ และติดตามผลการดำเนินงาน

2. ประชุมคณะทำงานพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพปลอดโรค เพื่อดำเนินงานจัดทำร่างเกณฑ์ประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพปลอดโรค จำนวน 2 ครั้ง

3. นำร่างเกณฑ์ประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพปลอดโรคไปทดลองใช้ และนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ผลผลิต

ได้เกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพปลอดโรค (ฉบับร่าง) โดยมี 5 องค์ประกอบ จากเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพเดิม ได้แก่ สะอาด ร่มรื่น, สงบ ร่มเย็น, สุขภาพ ร่วมสร้าง, ศิลปะร่วมจิต (วิญญาน), ชาวประชา ร่วมพัฒนา คงไว้ตามเดิม ซึ่งมีตัวชี้วัด จำนวน 50 ข้อ นำมาบูรณาการกับงานควบคุมโรค และปรับเนื้อหาให้กระชับชัดเจนยิ่งขึ้น เพิ่มเติมในเนื้อหาเกี่ยวกับ การป้องกันควบคุมโรคจากสัตว์นำโรค เช่น ยุงลาย สุนัข แมว หนู ฯลฯ เขตปลอดยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพพระสงฆ์ สุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการบริโภค โภชนาการ สุขาภิบาลอาหารและน้ำ การออกกำลังกาย ห้องน้ำห้องส้วม เป็นต้น โดยมีการจัดหมวดหมู่ให้สะดวกใช้และเข้าใจง่าย ปฏิบัติได้ง่ายยิ่งขึ้น

ปรับลดจำนวนตัวชี้วัดเหลือเพียง 18 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับมาตรฐาน และระดับก้าวหน้ายั่งยืน ร่างเกณฑ์ฉบับนี้จะนำไปให้ผู้ประเมินและวัดส่งเสริมสุขภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้พิจารณาให้ความคิดเห็นต่อไป ร่างเกณฑ์ฉบับใหม่นี้จะส่งไปให้ศูนย์อนามัยและเครือข่ายจังหวัดนำไปทดลองใช้ในต้นปีงบประมาณ 2556 นี้

บทเรียนที่ได้รับ

ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนางค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือในการทำงานร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนา

การจัดทำร่าง เกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพปลอดโรค เป็นการพัฒนาต่อยอดจากวัดส่งเสริมสุขภาพซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากนักวิชาการจากทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกกรมอนามัย ต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น การยอมรับความคิดเห็น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้และสู่เป้าหมายเดียวกัน ตลอดจนต้องขอรับฟังความคิดเห็นจากพระภิกษุสงฆ์ ในลำดับต่อไปด้วย ก่อนที่จะนำไปใช้จริง

โครงการประกาศเกียรติคุณ องค์กรต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2555

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ สังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญ โดยกำหนดให้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญเพื่อขับเคลื่อนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นนโยบายที่ 6 “จัดให้มีการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มสตรี **กลุ่มผู้สูงอายุ** กลุ่มผู้พิการ รวมถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอื่นๆ เช่นแรงงานข้ามชาติ”

กรมอนามัยตระหนักถึงความสำคัญกับหน่วยงานที่มีภารกิจในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากการให้ความร่วมมือในการดำเนินงานโครงการต่างๆ อาทิ เช่น โครงการดื่มน้ำสะอาดแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ โครงการพัฒนาศักยภาพชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุ เป็นต้น จึงควรประกาศเกียรติคุณเชิดชูเกียรติแก่องค์กรส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลงานดีเด่น ปี 2555 เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อคัดเลือกองค์กรที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและประกาศเกียรติคุณเชิดชูเกียรติให้เป็นแบบอย่างที่ดีต่อไป

เป้าหมาย

องค์กรที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่เขตตรวจราชการสาธารณสุขเขตละ 1 องค์กร รวม 18 องค์กร

กิจกรรม

1. จัดทำโครงการ/เกณฑ์ประเมินองค์กรต้นแบบ
2. ประสานศูนย์อนามัยทุกแห่ง เพื่อชี้แจงโครงการและขอความร่วมมือคัดเลือกองค์กรที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกจากกรมอนามัย
3. รวบรวมรายชื่อองค์กรที่ได้รับการคัดเลือกจัดทำโล่ประกาศเกียรติคุณจากกรมอนามัย จำนวน 18 โล่ ได้แก่ นนทบุรี สิงห์บุรี ฉะเชิงเทรา สุพรรณบุรี เพชรบุรี ชุมพร พังงา นราธิวาส ชลบุรี อุดรธานี สกลนคร มหาสารคาม ศรีสะเกษ นครราชสีมา ลำปาง เชียงราย สุโขทัย กำแพงเพชร
4. เชิญองค์กรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมพิธีประทานโล่ประกาศเกียรติคุณจากพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายา ในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร จำนวน 18 โล่ ในเวทีการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ประจำปี 2555 : กว่าจะถึงวันนี้...60 ปี กรมอนามัย” ในวันที่ 16 สิงหาคม 2555 ณ อาคาร 9 ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพค เมืองทองธานี จ.นนทบุรี

ผลที่ได้รับ

1. องค์กรที่ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุดีเด่น ได้รับการประกาศเกียรติคุณให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่องค์กรอื่นๆ
2. บุคลากรในองค์กรที่ได้รับการเชิดชูเกียรติมีความภาคภูมิใจ และมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

โครงการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเนื่องในวันอนามัยโลก ปี 2555

หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลพบว่าขนาดหรือจำนวนของประชากรรวม และประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จากในปี พ.ศ. 2503 จนถึงปัจจุบันและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต โดยประชากรผู้สูงอายุ หรือประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เป็น 7.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 เมื่อมองถึงสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2550 ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรไทยจะเป็นผู้สูงอายุ และภายในปี พ.ศ. 2573 คาดประมาณกันว่าสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มเป็น 1 ใน 4 ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ อายุยิ่งสูงยิ่งเกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการการดูแล ส่วนผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและมีสุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองได้ควรจะได้รับส่งเสริมสุขภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้นานที่สุด

เนื่องในวันอนามัยโลก ซึ่งตรงกับวันที่ 7 เมษายนของทุกปี โดยเป็นวันที่องค์การสหประชาชาติใช้เป็นโอกาสรณรงค์กับสมาชิกทุกประเทศ ให้ประชาชนและทุกภาคส่วนของสังคมตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ ทั้งในเรื่องการควบคุม ป้องกัน แก้ปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมด้านสุขภาพประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยในปีนี้เป็นวันอนามัยโลก ประจำปี 2555 ภายใต้คำขวัญ “Ageing and Health” เพื่อสร้างความตระหนักและประกาศนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ และรณรงค์ให้ภาครัฐและภาคเอกชนโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ได้หันมาให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ จึงได้จัดทำโครงการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเนื่องในวันอนามัยโลก ปี 2555

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวให้มีความสำคัญสามารถดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อรณรงค์ให้ชุมชนและสังคม เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย

1. เจ้าหน้าที่จากส่วนกลางและศูนย์อนามัยเขตทั้ง 12 แห่ง
2. ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป

กิจกรรมที่ดำเนินการ

จัดงานรณรงค์เพื่อ “ผู้สูงวัย หลักชัยของสังคม” ในวันพุธที่ 4 เมษายน 2555 ณ บริเวณอาคาร 1 กรมอนามัย ซึ่งมีกิจกรรมประกอบด้วย

- การบรรยายโดยวิทยากรผู้ทรงเกียรติ เรื่อง รู้ทัน โรคอัลไซเมอร์ ณ ห้องประชุมกำธร สุวรรณกิจ
- ตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก BMI วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และบริการให้คำปรึกษาในเรื่องสุขภาพกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านผู้สูงอายุ
- จัดนิทรรศการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ 5อ วัดส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว วันที่ 4 – 11 เมษายน 2555 ณ บริเวณอาคาร 1 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- แจกหนังสือคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- ตอบปัญหาชิงรางวัลเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการดำเนินงาน

ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากส่วนกลาง ศูนย์อนามัยเขต 1 - 12 และผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป จำนวน 80 คน ได้รับความรู้ในเรื่องอัลไซเมอร์ และการดูแลสุขภาพตนเองด้วย 5 อ. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และวัดส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการรณรงค์ให้สังคมเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวญาติและผู้ดูแล และองค์ความรู้แนวทางปฏิบัติตนในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข

ตัวชี้วัดการตรวจราชการกับประเด็นงานผู้สูงอายุ
สรุปภาพรวมประเทศ
ผลการตรวจราชการ และนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวง
ปีงบประมาณ 2555

คณะที่ 3 : การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ภารกิจที่ 2 : การติดตามผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

ประเด็นหลักที่ 3 : การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

หัวข้อที่ 3.4 : เรื่องการดูแลสุขภาพแม่และเด็กและผู้สูงอายุ

ประเด็นการตรวจราชการ 3.4.2 : การจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

ผลสำเร็จ : 1. มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเพิ่มขึ้น

2. มีตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย จังหวัดละ 2 ตำบล

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ตามลำดับ สภาพปัญหาของพื้นที่ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ จะเห็นได้จากรายงานการตรวจราชการรอบที่ 2 ใน 18 เขตตรวจราชการของประเทศไทย พบว่าทุกเขตตรวจราชการกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 12.14 และสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดคือ เขตตรวจราชการที่ 14 คิดเป็นร้อยละ 14.23 (เพิ่มขึ้นจากการตรวจราชการรอบที่ 1 ซึ่งมีเพียงร้อยละ 13.79) รองลงมาเป็นเขตตรวจราชการที่ 17 คิดเป็นร้อยละ 13.67

การพึ่งตนเองและการมีศักยภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญ จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือ Barthel Activities of Daily Living (ADL) ซึ่งประยุกต์โดยกรมอนามัย พบว่ามีผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) คิดเป็นร้อยละ 86.0 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) คิดเป็นร้อยละ 12.1 และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) คิดเป็นร้อยละ 1.9 เขตตรวจราชการที่มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมากที่สุดคือ เขตตรวจราชการที่ 17 คิดเป็นร้อยละ 98.1 รองลงมาคือเขตตรวจราชการที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 92.23 ในขณะที่ประชากรผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียงพบมากที่สุดในเขตตรวจราชการที่ 14 คิดเป็นร้อยละ 3.37 รองลงมาคือ เขตตรวจราชการที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 3.23 และเขตตรวจราชการที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 2.83 ตามลำดับ

ยิ่งสูงอายุนยิ่งเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบทั้ง 18 เขตตรวจราชการ มีความคล้ายกัน ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ - อัมพาต โรคกระดูกและข้อ โรคตา ปัญหาสุขภาพช่องปาก การบาดเจ็บ รวมถึง การหลงลืม ซึมเศร้า และสมองเสื่อม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ได้ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ของกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายรัฐบาล สนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ และตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ให้ครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ 1. มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ 2. มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์ 3. มีอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 4. มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยการทำงานแบบบูรณาการ ร่วมกับภาคีเครือข่าย

ที่เกี่ยวข้องตามบริบทของพื้นที่ เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัดส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งครอบครัว ชุมชน คลังสมอง คลังปัญญาต่างๆ และสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

2. วิเคราะห์การบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมที่ดำเนินการ / ทรัพยากร)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัด เช่น เขตตรวจการที่ 14 เขตตรวจราชการที่ 17 กำหนดเป็นตัวชี้วัด Node Long Term Care เขตตรวจราชการที่ 1 มีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่าย หลายเขตตรวจราชการมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม ในชุมชน จากการวิเคราะห์รายงานผลการดำเนินงานพอสรุปโดยสังเขปดังนี้

ด้านการจัดการ

1. แต่งตั้งคณะทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับจังหวัดและชุมชน
2. บูรณาการการทำงานแบบเชื่อมประสาน ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน
3. ประชุมชี้แจง และถ่ายทอดนโยบายลงสู่ระดับล่างเพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
4. หลายเขตตรวจราชการจัดทำและพัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ
5. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัดและแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับชุมชน

ด้านบริการ

มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของหน่วยบริการสาธารณสุข ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ตำบล ครอบครัว ชุมชน เช่น

1. การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ ตามกลุ่มศักยภาพ เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นจิตอาสา
2. การให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง โดยมีการเยี่ยมดูแลโดยจิตอาสา เพื่อนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงบริการ Home Health Care โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. การให้บริการตามนโยบายของรัฐบาล เช่น คลินิกผู้สูงอายุ บริการ 70 ปี ไม่มีคิวบริการ 1669 เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน
4. การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันทันตสุขภาพในตำบล

ด้านวิชาการ

1. ผู้รับผิดชอบงานจากศูนย์อนามัยเขต ในหลายเขตตรวจราชการร่วมกับภาคีเครือข่ายมีการชี้แจงนโยบายแนวทางการดำเนินงาน รวมถึงพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับต่างๆ
2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับ พื้นที่ จังหวัด
3. หลายเขตตรวจราชการมีการถอดบทเรียน และมีเวทีนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งจัดโดยกรมอนามัย
4. พัฒนาเกณฑ์การประเมินและทีมประเมินเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ด้านภาคีเครือข่าย

1. มีการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ท้องถิ่น ชุมชน
2. มีสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ
3. การยกย่อง เชิดชูเกียรติภาคีเครือข่ายที่มีผลการดำเนินงานดีเด่น ในระดับต่างๆ

3. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ (Out Put) และเชิงคุณภาพ (Outcome/Impact)

เปรียบเทียบ จังหวัด เขต ประเทศ

ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดำเนินงานตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ผลจากการนิเทศติดตามรอบที่ 2 พบว่า มีชมรมผู้สูงอายุ ทั้งสิ้น 24,314 ชมรม ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 6,212 ชมรม หรือร้อยละ 24.43 (เพิ่มจากการนิเทศติดตามรอบที่ 1 ที่มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์เพียง 2,883 ชมรม หรือร้อยละ 14.11) นอกจากนั้นยังมีชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในระหว่างรอรับการประเมินผล และหรือประเมินผลยังไม่ผ่าน จำนวน 19,102 ชมรม หรือร้อยละ 74.46 จึงเป็นงานที่ท้าทายในการเยี่ยมประเมินและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์ต่อไป

เขตตรวจราชการที่มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ เขตตรวจราชการที่ 14 จำนวน 4,690 ชมรม คิดเป็นร้อยละ 18.42 เขตตรวจราชการที่ 16 จำนวน 3,449 ชมรม หรือร้อยละ 13.62 เขตตรวจราชการที่ 10 จำนวน 2,262 ชมรม หรือร้อยละ 8.93

เขตตรวจราชการที่มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์การประเมินมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ เขตตรวจราชการที่ 16 จำนวน 1,248 ชมรม คิดเป็นร้อยละ 20.09 เขตตรวจราชการที่ 14 จำนวน 827 ชมรม หรือร้อยละ 33.31 และเขตตรวจราชการที่ 8 จำนวน 774 ชมรม หรือร้อยละ 12.44 ของจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพทั้งหมด

ในขณะเดียวกันเมื่อมองถึงการดำเนินงานตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีตำบลเข้าร่วมกระบวนการทั้งสิ้น 784 ตำบล และมีตำบลผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน รวม 270 ตำบล

4. มี Model หรือ Good Practice หรือนวัตกรรมที่เป็นตัวอย่างการดำเนินงานเพื่อการขยายผล

จากรายงานผลการนิเทศติดตามพบว่าหลายพื้นที่ในทุกเขตตรวจราชการมี Model หรือ Good Practice นวัตกรรมที่เป็นตัวอย่างที่ดี โดยได้คัดเลือกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นเขตตรวจราชการละ 1 จังหวัด รวม 18 จังหวัด เข้ารับประทานโล่รางวัลเชิดชูเกียรติจากพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาฯ ในวันที่ 16 สิงหาคม 2555 ณ หอประชุมอิมแพคเมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี

พร้อมทั้งมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชิดชูเกียรติตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวดีเด่น จังหวัดละ 1 ตำบล ในการประชุมเชิงปฏิบัติการและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับท้องถิ่นเข้มแข็ง...ประชาชนแข็งแรง” โดยรับโล่ประกาศเกียรติคุณจากรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สุรวิทย์ คนสมบูรณ์ ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี ในวันที่ 27 กรกฎาคม 2555

5. ปัญหาและข้อเสนอแนะ

(เป็นปัญหาที่ผู้นิเทศงานพบว่าเป็นผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัด)

ตารางที่ 14 ปัญหาและข้อเสนอแนะการตรวจราชการประเด็นงานผู้สูงอายุ

ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
1. บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจในแนวคิดและการทำงานแบบบูรณาการกับภาคีเครือข่าย	1. ควรจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ
2. ระบบฐานข้อมูลของผู้สูงอายุยังไม่เป็นปัจจุบัน	2. ควรมีการจัดทำแผนการสำรวจคัดกรองผู้สูงอายุร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดไม่ได้รับการชี้แจงถ่ายทอดนโยบายการปฏิบัติรายละเอียดการดำเนินงานและการประเมิน	3. ควรจัดให้มีเวทีชี้แจงการดำเนินงานแก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด
4. บุคลากรที่รับงานผู้สูงอายุระดับจังหวัดมีการย้ายและสับเปลี่ยนงานบ่อย	4. ควรสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน และการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
5. การติดต่อประสานงาน การเชื่อมโยงข้อมูลไม่เป็นระบบ	5. ควรมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้าถึงได้ง่าย
6. การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเขตชนบทยังไม่เข้มแข็ง	6. ควรมีการประสานภาคีเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินงาน
7. ปัญหาผู้สูงอายุในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มมากขึ้น	7. ควรสนับสนุนทั้งองค์ความรู้และงบประมาณ
8. เกณฑ์การประเมินยุ่งยาก ซับซ้อน	8. ควรมีการประชุมชี้แจงแก่ผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ และจัดทำคู่มือแนวทางการประเมิน
9. การจัดการความรู้และถอดบทเรียนยังไม่เป็นระบบ	9. ควรสนับสนุนเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียนเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
10. โรงพยาบาลชุมชน ขาดแคลนแพทย์และบุคลากรเฉพาะทาง	10. สนับสนุนแพทย์และพัฒนาบุคลากร
11. การให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุขาดแนวทางและความชัดเจน	11. คลินิกผู้สูงอายุควรเน้นและมีแนวทางที่ชัดเจน

6. เรื่องที่ผู้นิเทศรับไว้เพื่อดำเนินการต่อ และ / หรือ ประสานการแก้ไขในระดับกรม กระทรวง

- ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทั้งระดับเขตและส่วนกลาง
- ควรมีการประชาสัมพันธ์ ประชุมชี้แจงเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- กรมอนามัยควรจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกระดับ
- การสนับสนุนเอกสาร สื่อ คู่มือต่างๆ
- พัฒนาระบบการสำรวจและเฝ้าระวังสถานะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- สนับสนุนให้มีการประชุมเครือข่ายที่ต่อเนื่อง

7. ผลลัพธ์การดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย

เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเพิ่มขึ้น และมีการดำเนินงานตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย จังหวัดละ 2 ตำบล จากรายงานการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 15 แสดงผลการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์

ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ		ชมรมทั้งหมด	ชมรมผ่านเกณฑ์คุณภาพ	ยังไม่ผ่านเกณฑ์/รอรับการประเมิน
เขตตรวจราชการ	1	840	460	290
	2	340	340	0
	3	1,029	14	1,014
	4	949	467	482
	4	333	206	127
	6	1,034	428	407
	7	424	144	370
	8	1,207	774	433
	9	91	91	0
	10	2,262	229	2,033
	11	922	183	739
	12	102	9	93
	13	4,494	170	4,424
	14	4,690	127	4,463
	14	N	827	N
	16	3,449	1,248	2,201
	17	1,286	247	1,039
	18	1,640	27	1,613
รวมทั้งประเทศ		24,314	6,212 (24.4%)	19,102 (74.4%)

ตารางที่ 16 แสดงผลการดำเนินงานตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต

ศูนย์อนามัยเขต	จำนวนตำบลเข้าร่วม กระบวนการ	จำนวนตำบลผ่านเกณฑ์
ศูนย์อนามัยเขต 1 กรุงเทพมหานคร	35	3
ศูนย์อนามัยเขต 2 สระบุรี	14	14
ศูนย์อนามัยเขต 3 ชลบุรี	83	38
ศูนย์อนามัยเขต 4 ราชบุรี	51	22
ศูนย์อนามัยเขต 4 นครราชสีมา	102	24
ศูนย์อนามัยเขต 6 ขอนแก่น	133	23
ศูนย์อนามัยเขต 7 อุบลราชธานี	99	39
ศูนย์อนามัยเขต 8 นครสวรรค์	21	4
ศูนย์อนามัยเขต 9 พิษณุโลก	10	10
ศูนย์อนามัยเขต 10 เชียงใหม่	67	67
ศูนย์อนามัยเขต 11 นครศรีธรรมราช	89	27
ศูนย์อนามัยเขต 12 ยะลา	80	17
รวม	784	270

ผลการดำเนินงาน
กลุ่มสร้างเสริมศักยภาพเพื่อ
การส่งเสริมสุขภาพ

การประชุมปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรสำนักส่งเสริมสุขภาพ ปี 2555

สำนักส่งเสริมสุขภาพ เป็นองค์กรหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุ การปฏิบัติงานของบุคลากรในการให้บริการประชาชนด้วยผลผลิตและผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพนั้น ต้องเกิดจากพื้นฐานด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 กำหนดให้ข้าราชการต้องปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน อำนวยความสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ประกอบกับพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ.2555 ซึ่งเป็นกลไกในการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐ กำหนดให้ข้าราชการปฏิบัติราชการอย่างมีคุณภาพ คุณธรรมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยหน่วยงานมีหน้าที่เพิ่มพูนประสิทธิภาพให้แก่บุคลากรในองค์กร ให้มีความรอบรู้ เพื่อเป็นแรงผลักดันที่สำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร ซึ่งการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคลมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการวางแผนพัฒนาองค์กร เพื่อเตรียมพร้อมให้บุคลากรในองค์กรมุ่งสู่องค์กรที่มีคุณภาพ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ดังนั้นบุคลากรสำนักส่งเสริมสุขภาพจึงต้องได้รับการเพิ่มประสิทธิภาพในด้านการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์การประเมินผลงานรายบุคคลแนวใหม่ จัดทำแผนพัฒนารายบุคคลตามมาตรฐานของสมรรถนะได้ เพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคลากรของสำนักส่งเสริมสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงาน และการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความพร้อม ต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐ และส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพต่อไป

กลุ่มเป้าหมาย

ข้าราชการและพนักงานราชการของสำนักส่งเสริมสุขภาพ

วิธีดำเนินการ / กิจกรรม

1. สำรวจหาความต้องการ เนื้อหาสาระ และรูปแบบของกิจกรรมจากคณะอนุกรรมการหมวด 5 (การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล)
2. จัดหาทีมวิทยากร
3. วางแผนร่วมกับทีมวิทยากร โดยเน้นรูปแบบของการบรรยาย ประชุมกลุ่มปฏิบัติการ และซักถามปัญหา
4. การประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม

ผลผลิต

ข้าราชการและพนักงานราชการจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น ๖๒ คน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. มีเอกสารคู่มือคำอธิบายความรู้ ความสามารถทักษะและสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานของบุคลากรสำนักส่งเสริมสุขภาพ
2. ทุกกลุ่มมีความตั้งใจประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์การประเมินผลงานรายบุคคลแนวใหม่ และจัดทำแผนพัฒนารายบุคคลตามมาตรฐานของสมรรถนะ
3. ผู้บริหารหน่วยงานให้ความสำคัญต่อการประเมินสมรรถนะและการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล

ปัญหาและอุปสรรค

1. ระยะเวลาในการจัดประชุมค่อนข้างน้อย
2. การจำกัดงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาบุคลากรของสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ส่งเสริมสนับสนุนให้แต่ละกลุ่มมีการประเมินสมรรถนะเพื่อการพัฒนาอย่างจริงจัง และแต่ละกลุ่มร่วมกันจัดทำแผนพัฒนารายบุคคลตามเกณฑ์มาตรฐานของสมรรถนะรวมถึงพัฒนาและประเมินตนเองตามแผนพัฒนารายบุคคลที่ได้วางไว้

โครงการประชุมปฏิบัติการ บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ : ภาคิเครือข่าย ยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพ “ภาคิเครือข่าย ถักทอ สายใยส่งเสริมสุขภาพ”

กรมอนามัยมีภารกิจและรับผิดชอบโดยตรงในเรื่องงานส่งเสริมสุขภาพ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เน้นที่ประชาชนทุกกลุ่มอายุให้ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน เอื้อต่อการมีสุขภาพและประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดำเนินโครงการประชุมปฏิบัติการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ : ภาคิเครือข่ายยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพ “ภาคิเครือข่าย ถักทอ สายใยส่งเสริมสุขภาพ” มีแนวคิดเพื่อการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเริ่มดูแลทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตรแรกเกิดถึง 5 ปี เด็กวัยเรียน และวัยรุ่น วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ โดยพัฒนาองค์ความรู้และระบบบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเชื่อมโยงสู่ครัวเรือนและให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยได้ผสมผสานจากแนวคิด/สาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) เป็นสำคัญ กรมอนามัยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ จึงได้เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัดและศูนย์อนามัย ให้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประสานสัมพันธ์สร้างเครือข่ายพันธมิตร และร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงานและบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ จึงได้จัดโครงการประชุมปฏิบัติการงานสุขภาพ : ภาคิเครือข่ายยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ “ภาคิเครือข่าย ถักทอ สายใยส่งเสริมสุขภาพ” ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัด ศูนย์อนามัย มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดการงานส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ กระตุ้นให้เกิดการผลักดันงานส่งเสริมสุขภาพ ปี 2555สู่การปฏิบัติในพื้นที่โดยผ่านเครือข่ายงานส่งเสริมสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย

นักวิชาการ ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัย สำนักฯ และกองฯ สายส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย

วิธีดำเนินการ / กิจกรรม

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ ขออนุมัติโครงการ
2. สำรวจหาความต้องการและความจำเป็นในการจัดประชุมปฏิบัติการฯ
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ จัดทำหนังสือเชิญผู้เข้าร่วมประชุม และบริหารจัดการการประชุม
4. กำหนดกรอบเนื้อหาสาระ และรูปแบบของกิจกรรมการประชุมปฏิบัติการ
5. สรรหาทีมวิทยากร
6. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เครือข่ายงานส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ
7. วางแผนร่วมกับทีมวิทยากร คณะทำงานวิชาการ โดยเน้นให้เป็นรูปแบบตามความต้องการ
8. ดำเนินการจัดประชุม (2 วัน)
9. สรุปประเมินผลการจัดประชุม

ผลผลิต

1. นักวิชาการ ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัย สำนักฯ และกองฯ สายส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย รวมทั้งสิ้นจำนวน 480 คน
2. ได้เครือข่ายงานส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การติดต่อประสานงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับเครือข่ายงานส่งเสริมสุขภาพ
2. มีการบูรณาการทีมงานในส่วนกลางเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ
3. ผู้บริหารและหน่วยงานให้ความสำคัญต่อภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพและการประชุมปฏิบัติการในครั้งนี้

ปัญหาและอุปสรรค

1. ระยะเวลาในการจัดประชุมค่อนข้างน้อยและช่วงเวลาในการจัดที่เหมาะสม
2. ความไม่แน่นอนของงบประมาณในการดำเนินงานโครงการทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีเวทีให้เครือข่ายงานส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนาทั้งด้านองค์ความรู้และการประสานเครือข่าย รวมทั้งการจัดการด้านงบประมาณอย่างเป็นรูปธรรม

โครงการพัฒนาบุคลากร ผู้ประเมินรับรองมาตรฐานชั้นสูง กรมอนามัย

กรมอนามัยมีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อบ่งชี้ให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน การดำเนินการโครงการพัฒนาบุคลากรผู้ประเมินรับรองมาตรฐานชั้นสูง มีแนวคิดเพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้สังคมไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกรมอนามัยมีหน้าที่กำหนดและพัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน และกฎเกณฑ์ รวมทั้งการรับรองมาตรฐานงานบริการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบการพัฒนาและจัดทำมาตรฐาน กฎเกณฑ์ รวมทั้งระบบรับรองมาตรฐานงานบริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรผู้ประเมินรับรองมาตรฐานของกรมอนามัยให้มีคุณภาพ การพัฒนาทีมผู้ประเมินรับรองมาตรฐานระดับส่วนกลางและระดับเขต นับเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินการรับรองมาตรฐาน ที่ตอบสนองต่อการเยี่ยมประเมิน และเพื่อนำรูปแบบเทคนิคในการประเมินรับรองมาตรฐานไปใช้ในการตรวจเยี่ยมประเมินงานบริการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงได้จัด โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ประเมินรับรองมาตรฐานชั้นสูง กรมอนามัย ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคลากรกรมอนามัยผู้รับผิดชอบการปฏิบัติงานด้านการประเมินรับรองมาตรฐาน มีความรู้ความสามารถและทักษะขั้นสูงในการประเมินรับรองมาตรฐาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเป็นผู้ประเมินรับรองระดับเขตได้อย่างมีคุณภาพ ได้รับการนิเทศวิชาการ ด้านการประเมินรับรองมาตรฐาน สามารถสร้างเครือข่ายทีมประเมินรับรองมาตรฐานในระดับเขต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย

เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านการประเมินรับรองมาตรฐานจากศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสำนักส่งเสริมสุขภาพ

วิธีดำเนินการ / กิจกรรม

1. การอบรมปฏิบัติการหลักสูตรการเป็นผู้ประเมินรับรองมาตรฐาน ชั้นสูง
2. การนิเทศติดตามผลหลังการฝึกอบรม

ผลผลิต

1. ผู้รับผิดชอบงานด้านการประเมินรับรองมาตรฐานจากศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสำนักส่งเสริมสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 48 คน
2. ได้หลักสูตรในการพัฒนาผู้ประเมินรับรองมาตรฐานชั้นสูง

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การติดต่อประสานงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
2. การเป็นผู้พัฒนาและติดตามการพัฒนาผู้ประเมินอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้บริหารและหน่วยงานให้ความสำคัญต่อผู้ประเมินและต่อการอบรมปฏิบัติการในครั้งนี้

ปัญหาและอุปสรรค

1. ระยะเวลาในการจัดประชุมค่อนข้างน้อยและช่วงเวลาในการจัดที่เหมาะสม
2. การจำกัดการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร
3. ยังมีการบูรณาการทีมประเมินค่อนข้างน้อย

ข้อเสนอแนะ

จัดตั้งทีมประสานการบูรณาการทีมประเมินของกรมอนามัยเพื่อดำเนินงานอย่างคล่องตัวและ
เพื่อการพัฒนาด้านการประเมินรับรองมาตรฐาน

โครงการประชุมปฏิบัติการ เพิ่มพูนศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการความรู้ ผู้ประเมินรับรองมาตรฐาน กรมอนามัย

กรมอนามัยมีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชน มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน การดำเนินงานโครงการพัฒนาบุคลากรผู้ประเมินรับรองมาตรฐานขั้นสูง มีแนวคิดเพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้สังคมไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกรมอนามัยมีหน้าที่กำหนดและพัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน และกฎเกณฑ์ รวมทั้งการรับรองมาตรฐานงานบริการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบการพัฒนาและจัดทำมาตรฐาน กฎเกณฑ์ รวมทั้งระบบรับรองมาตรฐานงานบริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรผู้ประเมินรับรองมาตรฐานของกรมอนามัยให้มีคุณภาพ การพัฒนาทีมผู้ประเมินรับรองมาตรฐานระดับส่วนกลางและระดับเขต นับเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินการรับรองมาตรฐานที่ตอบสนองต่อการเยี่ยมประเมิน และเพื่อนำรูปแบบเทคนิคในการประเมินรับรองมาตรฐานไปใช้ในการตรวจเยี่ยมประเมินงานบริการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความรู้ที่มีอยู่ในหน่วยงาน/บุคคล บางครั้งอาจกระจุกกระจายอยู่กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยยังไม่ถูกนำมาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อให้ความรู้ที่ส่งตรงถึงการดำเนินงานขององค์กรหรือทำให้องค์กรนั้นสามารถบรรลุวิสัยทัศน์ได้ เทคนิคหนึ่งที่น่าสนใจในการสร้างศักยภาพให้คนในองค์กรคือ การจัดการความรู้ ซึ่งเป็นแนวคิดของกระบวนการเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับการประมวลข้อมูลสารสนเทศ ความคิด การกระทำ ตลอดจนประสบการณ์ของบุคคลเพื่อสร้างความรู้หรือนวัตกรรม และจัดเก็บในลักษณะแหล่งข้อมูลที่เข้าถึงง่าย เพื่อให้บุคลากรสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดการแบ่งปันและถ่ายโอนความรู้ให้ทั่วทั้งองค์กรอย่างสมดุล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ประเมินรับรองมาตรฐานได้เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถในการประเมินรับรองมาตรฐาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้มีโอกาสแบ่งปันความรู้ในเรื่องการประเมินรับรองมาตรฐาน และได้ขุมความรู้การประเมินรับรองมาตรฐาน รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายทีมประเมินรับรองมาตรฐานระดับเขตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย

เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านการประเมินรับรองมาตรฐานจากศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสำนักส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรม

1. สำรวจหาความต้องการ เนื้อหาสาระ และรูปแบบของกิจกรรมการประชุมปฏิบัติการ
2. จัดหาทีมวิทยากร
3. คัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุม
4. วางแผนร่วมกับทีมวิทยากร โดยเน้นให้เป็นรูปแบบการประชุม
 - การจัดการความรู้
 - การบรรยาย
 - อภิปรายกลุ่ม

ผลผลิต

ผู้รับผิดชอบงานด้านการประเมินรับรองมาตรฐานจากศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสำนักส่งเสริมสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 55 คน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ในการดำเนินงานกระบวนการ KM ทำให้ได้ตัวคุณกิจตัวจริง
2. มีความสนใจในเรื่องเดียวกันในวงสนทนาและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้บริหารและหน่วยงานให้ความสำคัญต่อการประชุมปฏิบัติการในครั้งนี้

ปัญหาและอุปสรรค

1. รูปแบบของการจัดประชุมจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้น
2. การจำกัดงบประมาณสนับสนุนในการพัฒนาบุคลากร

ข้อเสนอแนะ

สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรอย่างจริงจังอย่างน้อยในการพัฒนาผู้ประเมิน เปิดโอกาสให้ได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือได้กลับมาฟื้นฟูประสิทธิภาพในการทำงานด้านการประเมินรับรองมาตรฐานและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

โครงการพัฒนาบุคลากรเพื่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ปี 2555

สำนักส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์กรหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในหน่วยงานต่อการปรับกระบวนการพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555 - 2559) โดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่มีคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา กระบวนการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานส่งเสริมสุขภาพมุ่งสู่เป้าหมายได้ คนในฐานะผู้ปฏิบัติงานไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งใดย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์กรทั้งสิ้น การที่บุคลากรในองค์กรจะมีส่วนเสริมสร้างประสิทธิภาพงานให้เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรมนั้น บุคลากรในองค์กรจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพตนเองและปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคลากรสำนักส่งเสริมสุขภาพได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างความรัก ความสามัคคี สร้างขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติงาน พัฒนางานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ ส่งผลให้งานส่งเสริมสุขภาพดำเนินการเป็นไปในทิศทางที่สร้างสรรค์ประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน มุ่งสู่สังคมที่มีความสุข

กลุ่มเป้าหมาย

ข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานราชการจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรม

1. สำรวจหาความต้องการ เนื้อหาสาระ และรูปแบบของกิจกรรม
2. จัดหาทีมวิทยากร
3. วางแผนร่วมกับทีมวิทยากร โดยเน้นรูปแบบของ
 - 3.1 การศึกษาดูงาน
 - 3.2 การบรรยายและซักถามปัญหา
 - 3.3 การประชุมกลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์
 - 3.4 การทำงานเป็นทีม
 - 3.5 กลุ่มสัมพันธ์/เกมส์
 - 3.6 อภิปรายกลุ่ม
- 4.. การประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม

ผลผลิต

ข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานราชการ จากสำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการพัฒนา จำนวนทั้งสิ้น 197 คน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ความร่วมแรงร่วมใจของบุคลากรของสำนักส่งเสริมสุขภาพ
2. การคัดเลือกวิทยากรและแหล่งศึกษาดูงาน
3. ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการพัฒนาบุคลากรในครั้งนี้

ปัญหาและอุปสรรค

1. การจำกัดงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร
2. ยังมีการบูรณาการแต่ละกลุ่มค่อนข้างน้อย

ข้อเสนอแนะ

จัดตั้งทีมประสานการบูรณาการแต่ละกลุ่มเพื่อการทำงานอย่างคล่องตัว วางแผนการดำเนินงาน
โครงการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ

บรรณานุกรม

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ยุกระดับบริการสุขภาพสตรีและเด็กอย่างองค์รวม. กุมภาพันธ์ 2556; บทที่ 2: 12-14
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการตำบลนมแม่ : ตำบลโมเดลเด็กไทยพัฒนาการดีอย่างมีส่วนร่วม. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ยุกระดับบริการสุขภาพสตรีและเด็กอย่างองค์รวม. กุมภาพันธ์ 2556; บทที่ 2: 15-23
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและโครงการสำคัญ. 2555 ; 5 - 29
4. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐาน. 2554
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัด. เอกสารตัวชี้วัดสำคัญ 17 flagships. 2555
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือน. เอกสารการประชุมติดตามประเมินผลการดำเนินงานกรมอนามัย. 2555
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย. รายงานประจำปี กรมอนามัย. 2554; 27 – 42
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2555 กรมอนามัย รอบ 12 เดือน. 2555
9. WHO. Health Expenditure total (% of GDP). 18 Mar 2013 ;
<http://apps.who.int/nha/database>
10. WHO. Total Health expenditure on Health/capita at current exchange rate. 18 Mar 2013; <http://apps.who.int/nha/database>
11. Mahidol University , Institute for Population and Social Research. Mahidol Population Gazette. 2555
12. ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล และรองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา วาฬพจนวงศ์. โครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนแปลง. สุขภาพคนไทย 2555. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 5 เมษายน 56.
http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2012/thai2012_2.pdf
13. กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ. แนวทางการดำเนินงานการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟเลต ในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด 0-6 เดือนที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. 16 พค 2556.
<http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/files/แนวทางการดำเนินงานยาเม็ดเสริมไอโอดีน.pdf>
14. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. Fact Sheet. 1 กรกฎาคม 2555.
15. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอช ไอ วี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ.2554. 17 พฤษภาคม 2556.
<http://www.boe.moph.go.th>

ภาคผนวก



คำสั่งสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ที่ ๒๑๙ /๒๕๕๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำรายงานประจำปี ๒๕๕๕ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ตามที่ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพโดยการพัฒนาศักยภาพรู้ นวัตกรรม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพประชากรตามกลุ่มอายุ และรวบรวมผลการดำเนินงานจัดทำเป็นเอกสารรายงานประจำปี ๒๕๕๕ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อเผยแพร่ข้อมูลประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานดังกล่าว

ดังนั้น เพื่อให้รายงานประจำปี ๒๕๕๕ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย มีเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์ จึงเห็นสมควรแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำรายงานประจำปี ๒๕๕๕ เพื่อทำหน้าที่ และรับผิดชอบการดำเนินงานตามรายนามดังนี้

คณะที่ปรึกษา

๑. นายแพทย์ดนัย	อิวันดา	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ
๒. นายแพทย์ชิน	เตชามหาชัย	หัวหน้ากลุ่มอนามัยวัยทำงาน
๓. นายแพทย์เอกชัย	เพียรศรีวิธรา	หัวหน้ากลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ
๔. นายแพทย์กิตติ	ลากสมบัติศิริ	หัวหน้ากลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน
๕. นายแพทย์สราวุธ	บุญสุข	รักษาการหัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก
๖. นางนฤมล	ปัญญาวุธ	หัวหน้ากลุ่มสร้างเสริมศักยภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
๗. นางสาววรทรัพย์	จิตต์ประเสริฐ	หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์
๘. นางกันยารัตน์	กาสลัก	หัวหน้ากลุ่มอำนวยการ

คณะทำงาน

๑. นางกอบกาญจน์	มัทธโน	ประธานคณะทำงาน
๒. นางจิราภรณ์	เมนะพันธุ์	รองประธานคณะทำงาน
๓. นางนุชปียา	ริ้วพิทักษ์	คณะทำงาน
๔. นางไฉไล	เลิศวานงกูร	คณะทำงาน
๕. นางนงลักษณ์	รุ่งทรัพย์สิน	คณะทำงาน
๖. นางปนัดดา	จันผ่อง	คณะทำงาน
๗. นางสาวพิริยา	วัฒนารุ่งกานต์	คณะทำงาน
๘. นางอรวิ	รมยะสมิต	คณะทำงาน

๙. นาง.../

- ๒ -

๙. นางวิมล	บ้านพวน	คณะทำงาน
๑๐. นางสาวระวีวรรณ	สำลี	คณะทำงาน
๑๑. นางนิภา	แยมพันธ์	คณะทำงาน
๑๒. นางสาวกฤตกนก	รัตนไกรศรี	คณะทำงาน
๑๓. นางสาววรรณ	ฉิมคล้าย	คณะทำงาน และเลขานุการ
๑๔. นางสาวดีพร	สุขอรุณ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. นายศุภณัฐ	ตันตระกุลรัตน์	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑๖. นางปิยนันท์	เกตุศิริกรณ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีหน้าที่ และความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. สักเคราะห์งานทุกโครงการ ทุกกลุ่มอายุ เพื่อเสนอเป็นข้อมูลผลการดำเนินงานสายส่งเสริมสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕

๒. พิจารณาเนื้อหาสาระ และรูปแบบของเอกสารรายงานประจำปี ๒๕๕๕ สำนักส่งเสริมสุขภาพ

๓. จัดทำรายงานประจำปี ๒๕๕๕ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

๑๕๙ ธีวันดา

(นายคณีย์ ธีวันดา)
ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ