

# สถานการณ์สุขภาพประชาชน เขตสุขภาพที่ 12

โดย

รองศาสตราจารย์ ดร.จตุรรัตน์ สติรปัญญา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤทธิ ดวงสุวรรณ

นางวัลภา ฐาน์กาญจน์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ปี 2564

## บทคัดย่อ

การศึกษาศาสนาการณีสภาพประชาชนเขต 12 นี้ใช้กรอบแนวคิดการศึกษาปัจจัยทางสังคม กำหนดสุขภาพของคณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพระดับโลก<sup>3</sup> (The Commission on Social Determinants of Health: CSDH) ซึ่งทำให้เห็นมุมมองและความซับซ้อนของปัญหาที่มีกระบวนการทัศน์ในการมองปัจจัยสุขภาพมากกว่าปัจจัยทางบุคคล พันธุกรรม และพฤติกรรม แต่มองปัจจัยทางสภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และระบบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตรวมอยู่ด้วย

ผลการศึกษาพบว่า จากลักษณะทางภูมิศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย 7 จังหวัดภาคใต้ ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เป็นพื้นที่ติดต่อกับทะเล ยกเว้นยะลาจังหวัดเดียว มีพรมแดนติดกับมาเลเซียกั้นโดยเทือกเขาสนกาลาคีรี และแม่น้ำ โกลก ภูมิอากาศร้อนชื้น ฝนตกชุก พืชเศรษฐกิจสำคัญคือยางพารา และปาล์มน้ำมัน ประชากร 4.9 ล้านคน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 53.36 เป็นสัดส่วนที่สูงสุดของประเทศ อัตราเจริญพันธุ์รวมปี 2563 เท่า กับ 1.98 สูงสุดของประเทศเช่นกัน

สถานการณ์สุขภาพที่สำคัญและโดดเด่น เป็นเรื่องอนามัยแม่และเด็กที่พบว่าแนวโน้มอัตราส่วนการตายของมารดาของเขตสุขภาพที่ 12 ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน ความสำคัญนี้ได้ยกระดับโดยองค์การสหประชาชาติกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษเพิ่มเติม (MDG<sup>+</sup>) ให้ลดอัตราตายมารดาในสามจังหวัดชายแดนใต้ลงให้เหลือไม่เกิน 21 ต่อแสนประชากรเมื่อปี 2558 แต่พบว่าปัญหาการตายของมารดายังไม่ลดลง ความรุนแรงกลับเพิ่มขึ้นเมื่อสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 เข้ามา ซึ่งสะท้อนให้เห็นความซับซ้อนและรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม การศึกษา ความเชื่อ และวิถีทางวัฒนธรรม ปัญหาอัตราตายมารดาเขต 12 ยังคงสูงเป็นลำดับแรก เมื่อเทียบกับอีก 11 เขตสุขภาพ โดยอัตราส่วนมารดาตายในสามจังหวัดสูงถึง 52.28 ในปี 2564 ความสัมพันธ์ของปัญหาอนามัยแม่ กับสุขภาพของเด็ก มีความใกล้ชิดในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นในเด็ก 0-12 ปี ของเขตสุขภาพที่ 12 โดยเฉพาะเด็กตามรอยต่อชายแดน พบร้อยละ 20-30 ซึ่งมีอัตราต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 90 ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการศึกษา เศรษฐกิจ ความเชื่อ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และภาวะทุพโภชนาการด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัยเขต 12 พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 25.5 สูงกว่าค่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 20 ด้านการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย พบเด็กผอมร้อยละ 6.03 เด็กเตี้ยร้อยละ 14.9 สูงกว่าค่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 5.5 และ 12 ตามลำดับ ตัวชี้วัดเด็กเตี้ยเป็นภาพสะท้อนของภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และระบบบริการสุขภาพ เช่นกัน

กลุ่มวัยทำงานของประชาชนเขตสุขภาพที่ 12 เผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่นเดียวกับประชากรในเขตสุขภาพอื่นๆ ของประเทศ โดยประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 18-59 ปีของเขตสุขภาพที่ 12 มีค่าดัชนีมวลกายปกติที่ต่ำกว่าเป้าหมายในทุกจังหวัด แสดงถึงภาวะอ้วน และพบว่า โรคประจำตัว 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ไชมัน และเบาหวาน ร้อยละ 24.7, 17.3 และ 10.5 ตามลำดับ

ในกลุ่มสูงอายุ พบว่าเขตสุขภาพที่ 12 มีประชากรสูงอายุคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 16.1 พัทลุงเป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุสูงสุด ส่วนสามจังหวัดภาคใต้ตอนล่างมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ ต่ำกว่าจังหวัดอื่นๆ ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน พบว่า มีความครอบคลุมร้อยละ 75.0 เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 96.2 ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 3 และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 0.8 ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม ร้อยละ 68.3 พบกลุ่มเสี่ยงหกล้มร้อยละ 3.5 ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 86.3

ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากกระทบโดยตรงต่อสุขภาพแม่ที่ปรากฏชัดเจนแล้ว ในด้านเศรษฐกิจ พบว่า ได้รับผลกระทบทุกด้านทั้งการส่งออก ภาคเกษตร และผลกระทบต่อตลาดแรงงาน ในเขตสุขภาพที่ 12 แรงงานสามจังหวัดชายแดนใต้ที่ไปทำงานมาเลเซีย ได้รับผลกระทบมาก ตลาดแรงงานมีความเปราะบาง แรงงานเคลื่อนย้ายกลับภูมิลำเนาเพิ่มขึ้น

ปัจจัยระบบและกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชนเขตสุขภาพที่ 12 มีหน่วยงาน องค์กรในทุกระบบ ทั้งการศึกษา ศาสนาวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสาธารณสุข ในระบบบริการสุขภาพ มี สำนักงานหลักประกันสุขภาพที่ 12 สำนักงานควบคุมโรคที่ 12 สำนักงานสาธารณสุขเขตพื้นที่ 12 ศูนย์อนามัยแม่และเด็กที่ 12 และมีหน่วยงานอื่นๆที่สนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิชาการระดับอุดมศึกษา องค์กรเครือข่ายภาคประชาสังคมอีกจำนวนมาก เช่น มูลนิธิชุมชนสงขลา สมาคมจันทร์เสี้ยว สมาคมอาสาสร้างสุข ฯลฯ

เขตสุขภาพเพื่อประชาชนเป็นกลไกและมิติใหม่ของการทำงานในรูปแบบเครือข่าย ใช้พื้นที่ระดับกลุ่มจังหวัดเป็นฐาน ใช้หลักการทำงานแบบมีส่วนร่วม ทักษะสำคัญในการทำงานคือการสานพลังปัญญา พลังสังคม และพลังรัฐ เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาสุขภาพสำคัญของเขตพื้นที่ การกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม (ทางสุขภาพ) ของเขตพื้นที่ให้ตรงกับความต้องการของประชาชน โดยการระดมองค์ความรู้ ความคิด และทรัพยากรในการขับเคลื่อนร่วมกันเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้การแก้ปัญหาเกิดผลลัพธ์ที่ดี การมีข้อมูลสถานการณ์สุขภาพหรือคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะทำให้สามารถกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง ยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการ และพัฒนาระบบสุขภาพในเขตฯ โดยบูรณาการทุกภาคส่วนในทุกมิติ และพัฒนากลไกการทำงานตามวัตถุประสงค์ของการมี เขตสุขภาพเพื่อประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## สารบัญ

บทคัดย่อ	ก
สารบัญ	ค
สารบัญรูปภาพ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สถานการณ์สุขภาวะประชาชนเขต 12	1
บทที่ 1 บทนำ	1
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	4
กรอบแนวคิด	4
ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: SDH) <sup>3</sup>	6
ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ	7
ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health equity) <sup>3</sup>	8
บทที่ 2 ผลการศึกษา	15
ข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 12	15
ประชากร	17
ข้อมูลทั่วไปของเขต 12	18
ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และแนวโน้มเศรษฐกิจในระยะถัดไป	46
สถานการณ์ COVID-19 ประเทศไทยและเขตสุขภาพที่ 12	50
ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านระบบและกลไกทางสังคม	58
ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านระบบและกลไกเขตสุขภาพที่ 12	58
สถานการณ์กับฉากทัศน์ (scenarios) ของคุณภาพชีวิตของประชาชนใน เขต 12	80
สถานการณ์ที่ทำนาย	81
สถานการณ์ COVID 19 ในเขตสุขภาพที่ 12	95
อ้างอิง	125

## สารบัญรูปรภาพ

ภาพที่ 1	กรอบแนวคิด Social Determinants of Health	5
ภาพที่ 2	แผนที่จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12	15
ภาพที่ 3	พีรามิดประชากรไทย 2513-2573	17
ภาพที่ 4	พีรามิดประชากรไทย 2563	17
ภาพที่ 5	พีรามิดประชากร เขต 12	18
ภาพที่ 6	อัตราการเจริญพันธุ์	18
ภาพที่ 7	แนวโน้มอัตราการส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปี 2554-2564	19
ภาพที่ 8	แผนภูมิแสดงแนวโน้มอัตราการส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตบริการสุขภาพ	20
ภาพที่ 9	แนวโน้มอัตราการส่วนการตายมารดาไทย จำแนกรายเขตบริการสุขภาพ ปี 63,64 ในช่วงเวลาเดียวกัน	20
ภาพที่ 10	อัตราส่วนมารดาตาย (ต่อแสนการเกิดมีชีพ)เขต 12 จำแนกรายจังหวัด ปี 2560-2564	21
ภาพที่ 11	อัตราส่วนมารดาตาย (ต่อแสน)	22
ภาพที่ 12	สถานการณ์การตายมารดา เขตสุขภาพที่ 1-12 (ต.ค.63-ก.ย.64)	22
ภาพที่ 13	อัตราส่วนการตายมารดาไทย เขตสุขภาพที่ 12	23
ภาพที่ 14	อัตราส่วนการตายมารดาไทย เขตสุขภาพที่ 12 จำแนกรายจังหวัด	23
ภาพที่ 15	สถานการณ์การตายมารดาไทยปี 2564 เขตบริการสุขภาพที่ 12	23
ภาพที่ 16	สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด 6 สัปดาห์	24
ภาพที่ 17	สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด 6 สัปดาห์	24
ภาพที่ 18	สถานการณ์ของมารดาตาย COVID-19 เขตสุขภาพที่ 12	24
ภาพที่ 19	สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด 6 สัปดาห์	25
ภาพที่ 20	ความรุนแรงของอาการ หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ COVID-19	25
ภาพที่ 21	สถานการณ์เด็กอายุ 0-5 ปี ติดเชื้อ COVID-19 เขตสุขภาพที่ 12	25
ภาพที่ 22	ร้อยละการมีภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ในเขตสุขภาพที่ 12	31
ภาพที่ 23	ร้อยละของความไม่ครบถ้วนในการฉีดวัคซีน BCG MMR OPV DTPHB และ LAJE DTP HBV JE RV1 และ RV2 ในเด็กอายุ 5 ปี แยกตามรายอำเภอในแต่ละจังหวัด	34
ภาพที่ 24	การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล	44
ภาพที่ 25	จำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 ของประเทศไทย	46
ภาพที่ 26	เครื่องชี้ตลาดแรงงาน	48
ภาพที่ 27	ระยะเวลาพื้นตัวของการทำงานลูกจ้างนอกภาคเกษตรจากระดับก่อนวิกฤต	48
ภาพที่ 28	ประมาณการเศรษฐกิจ	49
ภาพที่ 29	timeline โรคโควิด-19	50

ภาพที่ 30	จำนวนผู้ติดเชื้อรายวัน กทม.และปริมณฑล ชายแดนใต้ จังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น	54
ภาพที่ 31	กราฟเปรียบเทียบตัวเลขคาดการณ์ กับจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่รายวัน	54
ภาพที่ 32	10 จังหวัดติดเชื้อโควิด-19 สูงสุด เมื่อวันที่ 22 ต.ค.2564	55
ภาพที่ 33	สถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทยระลอกใหม่	55
ภาพที่ 34	อัตราผู้ติดเชื้อเฉลี่ย 7 วัน ย้อนหลัง (ต่อแสนประชากร) เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2564	56
ภาพที่ 35	เครือข่ายบริการสุขภาพในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 12	59
ภาพที่ 36	กรอบแนวคิดเครือข่ายร้านอาหารปันสุข	80
ภาพที่ 37	อัตราการสูบบุหรี่ ในประเทศไทยปี2554 และ 2560	83
ภาพที่ 38	สถานการณ์โควิด-19 เขตสุขภาพที่ 12 (วันที่ 1 เม.ย.-28 ก.ย. 64)	96
ภาพที่ 39	สถานที่ Quarantine เขต 12	96
ภาพที่ 40	โรงพยาบาลสนาม เขตสุขภาพที่ 12	97
ภาพที่ 41	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตสุขภาพที่ 12	97
ภาพที่ 42	ผลกระทบจาก COVID-19 ต่อ SMEs จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจ	101
ภาพที่ 43	Model: การจัดการขยะระดับตำบล พื้นที่ตำบลโคกม่วง อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง	119
ภาพที่ 44	Model : การจัดการขยะโรงเรียนขนาดกลางโรงเรียนประภัสสรรังสิตจังหวัดพัทลุง	120

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rates-TFR) ทั่วประเทศและรายภาค ปี พ.ศ.2553–258319	
ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ 12 ไตรมาส 2 ปี 2564	27
ตารางที่ 3 ชนิดวัคซีน และจำนวนครั้งของความครบถ้วนในการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 5 ปี	33
ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 12 (ไตรมาสที่ 1 ปี 2564)	35
ตารางที่ 5 แสดงร้อยละ การเจริญเติบโตเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 12 (ไตรมาสที่ 1 ปี 2564)	35
ตารางที่ 6 แสดงร้อยละภาวะโลหิตจาง การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก และฟันผุในเด็กปฐมวัยจังหวัดสงขลา	36
ตารางที่ 7 ข้อมูลร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี (ไม่เกินร้อยละ 13.5)	36
ตารางที่ 8 ข้อมูลร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่ได้รับการคุมกำเนิด	37
ตารางที่ 9 ข้อมูลประชาชนวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 12	41
ตารางที่ 10 ข้อมูลผลการลงทะเบียน 10 ล้านครอบครัวไทยฯ + ก้าวทำใจ ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 12	42
ตารางที่ 11 การขยายตัวของเศรษฐกิจไทย รายไตรมาส พ.ศ. 2561- 2563	47
ตารางที่ 12 อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2560-2562	85
ตารางที่ 13 ประเด็นของยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนPhatthalung Green City	115
ตารางที่ 14 สรุปการขับเคลื่อนเมืองพัทลุงเมืองแห่งสุขภาวะ	122

## สถานการณ์สุขภาพประชาชนเขต 12

### บทที่ 1

#### บทนำ

#### หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงบริบทของประเทศไทยและของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดโรคอุบัติใหม่ การระบาดและแพร่กระจายของโคโรนาไวรัส 2019 หรือ COVID-19 ภาวะคุกคามทางการเงิน การกระจายตัวของทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม สังคมผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อม ภัยธรรมชาติ โรคระบาด ส่งผลให้ระบบบริการทุกระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบสุขภาพต้องปรับตัวอย่างก้าวกระโดด หากพิจารณาระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบหนึ่งในสังคมมนุษย์ที่ใหญ่และซับซ้อน ระบบนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย ระบบสุขภาพประกอบด้วยระบบย่อยๆ ในแต่ละระบบย่อยประกอบด้วยอนุระบบที่ทำงานสัมพันธ์และพึ่งพากัน เพื่อมุ่งหวังให้ประชากรมีความเป็นอยู่ด้วยสุขภาพะท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและส่งเสริมให้เกิดสุขภาพะเนื่องจากระบบสุขภาพเป็นระบบเปิด สภาพแวดล้อมภายนอก การเมือง เศรษฐกิจ สังคมของประเทศ และภูมิภาค มีอิทธิพลต่อองค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพ เป็นทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ที่ส่งผลให้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของระบบสุขภาพต้องปรับตัวให้สมดุลในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ระบบสุขภาพของประเทศไทยเป็นพหุลักษณะเชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่น มีแนวโน้มที่ซับซ้อนมากขึ้นต้องบูรณาการการทำงานของส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติให้หนุนเสริมการทำงานกันและกันอย่างสร้างสรรค์ เพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในทิศทางสร้างนำซ่อม รวมทั้งกระจายอำนาจและทรัพยากรให้ชุมชนท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆ ร่วมมีบทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบสุขภาพ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และจัดการงานด้านสุขภาพมากขึ้น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ได้มีมติเห็นชอบกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย<sup>1</sup> ซึ่งมีสาระสำคัญประกอบด้วย 1) การปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการภัยคุกคามสุขภาพ ที่เน้นการปฏิบัติตามหลักการที่เรียกว่า “ทุกคนนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policy) การสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าสุขภาพกายและการรักษาพยาบาล รวมถึงการจัดการปัจจัยสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เพื่อดูแลสุขภาพองค์รวมและระยะยาว การวางแผนระบบบริการครอบคลุมรัฐและเอกชนทุกระดับ ในการดำเนินงานควรคำนึงถึงขนาดของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่เหมาะสม ให้สามารถจัดบริการเบ็ดเสร็จในตัวเอง โดยเป็นการจัดบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายเดี่ยวอย่างไร้รอยต่อ และมีระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมภายในเครือข่าย 3) การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ โดยการให้ความสำคัญกับการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพกลุ่มที่มีความจำเป็นสูง การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ (เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ฯลฯ) ให้ร่วมจัดบริการ และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และพัฒนา



กลไก คຸ້ມครองสิทธิและการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสุขภาพ 4) การปฏิรูประบบการเงินการคลัง และระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการเน้นลงทุนที่เอื้อให้คนมีสุขภาพดีด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและจัดการภัยคุกคามสุขภาพ ด้วยวิธีการต่างๆ ลดความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพด้วยการปรับระบบการบริหารจัดการของกองทุนสุขภาพต่างๆ เพิ่มประสิทธิภาพและสร้างเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทุกคนบนแผ่นดินไทย ลดความซ้ำซ้อนและลดภาระของประชาชนด้วยการปรับการบริหารกองทุนฯ คຸ້ມครองผู้ประสบภัยจากรถ และกองทุนเงินทดแทน และการพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสาร องค์กรความรู้และศักยภาพบุคลากรของกองทุนสุขภาพต่างๆ ให้เชื่อมโยงและเท่าทันการเปลี่ยนแปลง 5) การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยเน้นบทบาทการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ (หรือการอภิบาลแบบ เครือข่าย) การบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่างๆ และการกระจายอำนาจ ทรัพยากร และทุนให้ชุมชนท้องถิ่นเพื่อให้จัดการระบบสุขภาพ โดยเตรียมความพร้อมของชุมชนท้องถิ่นให้จัดการตนเองในด้านการสุขภาพ การถ่ายโอนสถานพยาบาลของรัฐไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการปรับระบบการบริหารจัดการสถานพยาบาลของรัฐที่เป็นราชการให้เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีความคล่องตัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

การจัดตั้งเขตสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค โดยมีบทบาทในการจัดทำแผนการพัฒนา และขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ จากการศึกษาที่เกี่ยวของสุขภาพของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลง จากที่เคยเผชิญปัญหาโรคติดต่อเปลี่ยนมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โลกไร้พรมแดน และการเผชิญกับโรคอุบัติใหม่อย่าง COVID-19 หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเรื่องสุขภาพของประชาชน คือ กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญต่อข้อมูลสุขภาพของคนไทย การจัดแบ่งโครงสร้างและการบริหารงานระดับเขต เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์สุขภาพของประชาชนที่อาจมีปัจจัยกำหนดแตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพ จะทำให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดแนวทางยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการระดับเขตสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2546 ประเทศไทยได้ปรับการบริหารงานในรูปแบบกลุ่มจังหวัด หลายกระทรวงได้มีการจัดแบ่งเขตพื้นที่ในการดำเนินงานรวมถึงกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการแบบเขต แบ่งเป็นเขตพื้นที่ทั้งหมด 12 เขต + 1 เขต (กทม.) แต่ละเขตครอบคลุม 4-8 จังหวัด ประชากร 4-6 ล้านคน รูปแบบการดำเนินงานของเขตสุขภาพจะเป็นลักษณะการอภิบาลโดยรัฐ (Governance by government) การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศมีความเชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่นๆ ที่มีแนวโน้มซับซ้อนมากขึ้น การบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่างๆ จะช่วยเสริมการทำงานกันอย่างสร้างสรรค์ เป็นการกระจายอำนาจและทรัพยากรให้ชุมชนท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ให้มีบทบาทในการอภิบาลระบบสุขภาพร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และจัดการงานด้านสุขภาพมากขึ้น มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 ในปี 2556 ได้เสนอให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย โดยในการปฏิรูปนี้ได้มีการนำเสนอให้ปรับโครงสร้างการบริหารจัดการระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และพัฒนากลไกหรือเครื่องมือเพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ 6 ในประเด็นที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ ควร

ขับเคลื่อนเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในระยะเร่งด่วนและในระยะยาว การปฏิรูประบบสุขภาพในระยะเร่งด่วน ได้พิจารณาเสนอให้มีการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่เชื่อมโยงการทำงานของหน่วยงานและองค์กรทุกภาคส่วน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 จึงได้รับการอนุมัติให้มีการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีคณะทำงานพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ตามมติของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กลไกในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในยุคระบบสุขภาพพหุลักษณะในปัจจุบัน ต้องอาศัยการอภิบาลแบบเครือข่ายเป็นสำคัญ เพื่อเอื้อให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชนและวิชาการ เข้ามาทำงานร่วมกันแบบหุ้นส่วน (partnership) ได้อย่างแท้จริง แนวคิดการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน จึงแตกต่างกับแนวคิดเขตสุขภาพของหน่วยงานรัฐต่างๆ ที่มีอยู่เดิม

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน<sup>2</sup> เป็นกลไกใหม่ที่มีรูปแบบการทำงาน โดยการเชื่อมร้อยองค์กรต่างๆ ทั้งภาคราชการ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่มุ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพ อยู่ในเขตพื้นที่กลุ่มจังหวัดเดียวกัน มาบูรณาการการทำงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนระบบสุขภาพของเขตพื้นที่ เหมือนเส้นด้ายแฉ้วนอนทำหน้าที่เชื่อมร้อยเส้นด้ายแนวตั้ง คือ หน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพให้ตรงกับความต้องการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับ “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” ของประชาชน ทั้งวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ พฤติกรรม สภาพสังคม ฯลฯ นำทุกคนไปสู่ระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกมิติ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน ยึดหลัก การทำงานแบบมีส่วนร่วม แสวงหาแนวทางการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อเสริมการทำงานซึ่งกันและกัน โดยไม่ใช้อำนาจบังคับเหนือกัน มีหัวใจสำคัญคือการสานพลัง 3 ส่วน ได้แก่ พลังปัญญา พลังสังคม และพลังรัฐ ร่วมกันจัดการประเด็นหรือปัญหาทางสุขภาพ เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในเขตพื้นที่เป็นศูนย์กลางอย่างมีพลัง ทุกภาคส่วนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อกิจกรรมนี้ร่วมกัน

ภารกิจของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน<sup>1</sup> ประกอบด้วย 1) การสร้างพื้นที่บูรณาการการทำงานด้านสุขภาพของทุกภาคส่วน เพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและคุณภาพในการทางด้านสุขภาพของทุกมิติ และลดความเหลื่อมล้ำ 2) ผลักดันและขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อยกระดับสุขภาวะของประชาชนในเขตพื้นที่นั้นๆ โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของกลไกต่างๆ ในเขตพื้นที่ เพื่อความยั่งยืน และ 3) อำนาจการเพื่อให้เกิดทิศทางบูรณาการการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพร่วมกันในเขตพื้นที่ ของหน่วยงาน องค์กรต่างๆ และภาคประชาสังคม โดยให้ความสำคัญกับภารกิจ ร่วมประสาน ร่วมแลกเปลี่ยน ร่วมชี้ทิศทาง ร่วมบูรณาการ ร่วมระดมสรรพกำลังและทรัพยากรขับเคลื่อน เพื่อให้การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ได้บรรลุเป้าประสงค์ของการเป็นกลไกหลัก ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่ และสอดคล้องต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชนในเขต

การกำหนดทิศทาง ประเด็น และยุทธศาสตร์การดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากได้ดำเนินการภายใต้การใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

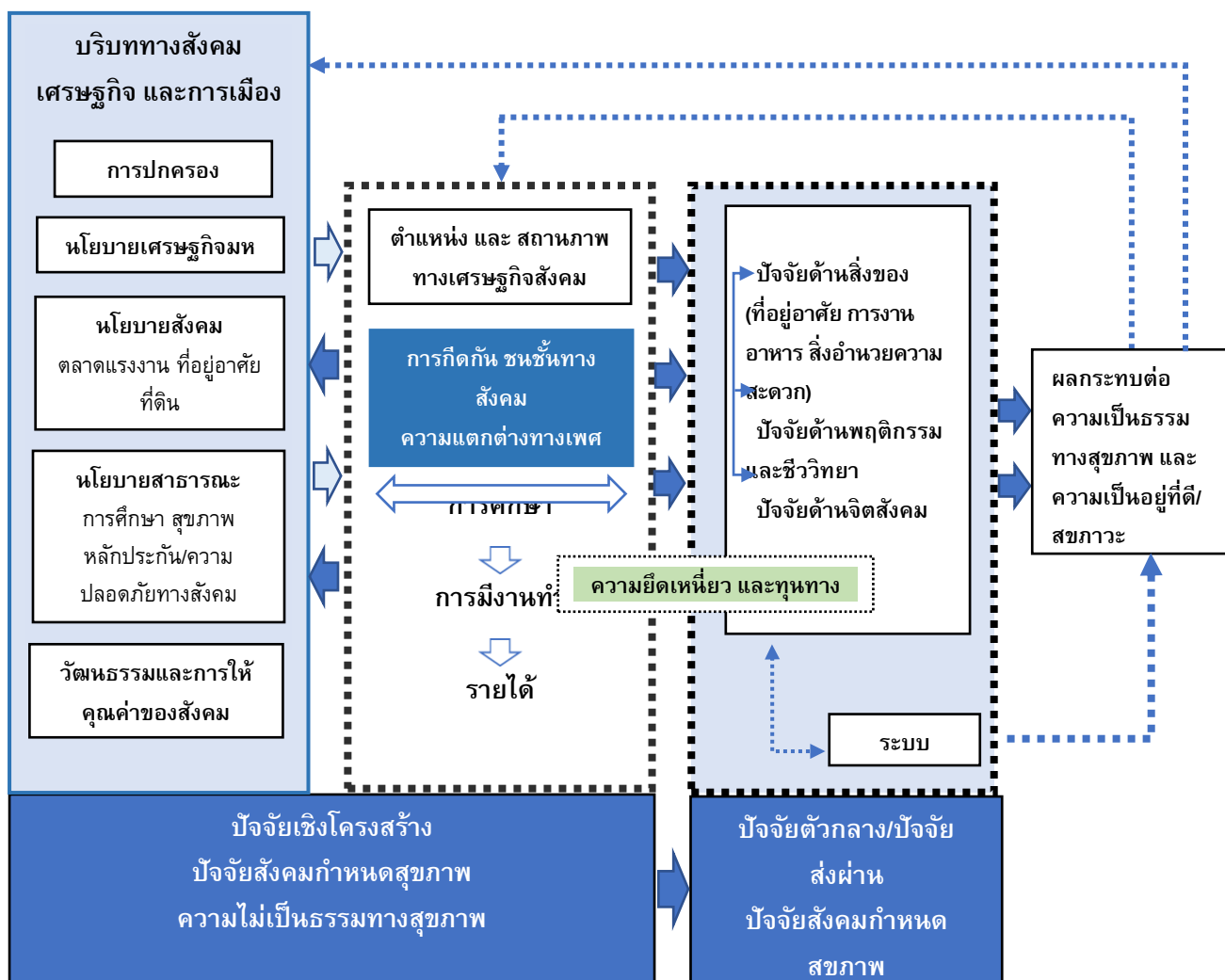
ข้อมูลที่ทันเวลา สถานการณ์ เป็นปัจจุบัน และหากสามารถพยากรณ์ได้ ก็จะเป็นประโยชน์ในการป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของมนุษย์ การศึกษาสถานการณ์ของสุขภาวะประชาชนเขต 12 ครั้งนี้ จึงได้ดำเนินการรวบรวมเอกสาร งานวิจัย และโครงการต่างๆ ที่ดำเนินการในพื้นที่ 7 จังหวัดของเขต 12 ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ และสังเคราะห์ให้คณะกรรมการได้นำไปใช้กำหนดทิศทาง และยุทธศาสตร์การดำเนินงานในระยะที่ 2 ต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12

## กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพของคณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพระดับโลก<sup>3</sup> (The Commission on Social Determinants of Health: CSDH) องค์การอนามัยโลกได้แต่งตั้งคณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพขึ้นในปี 2005 เพื่อดำเนินการศึกษาแนวทางในการจัดการกับปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพและความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้ สร้างการขับเคลื่อนเพื่อให้โลกบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมด้านสุขภาพ คณะกรรมการฯ ได้พัฒนากรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่กระทบต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ซึ่งเชื่อมโยงกับปัจจัยสองระดับคือ (1) Structural Determinants หรือ ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (Socioeconomic and Political Context) เช่น การกระจายรายได้ เพศ เชื้อชาติ ความพิการ และโครงสร้างการกำกับดูแลของภาครัฐ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นตัวกำหนดตำแหน่งและสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมให้กับบุคคล (Socioeconomic Position) เช่น ลำดับชนชั้นตามรายได้ การศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ ที่ล้วนส่งผลต่อการมีสิทธิมีเสียงและการเข้าถึงทรัพยากรของบุคคลเหล่านั้น และ (2) Intermediary Determinants หรือ ปัจจัยตัวกลาง/ปัจจัยส่งผ่านสุขภาพ ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ สภาพจิตใจ พฤติกรรม และปัจจัยทางชีววิทยา ซึ่งล้วนเป็นผลลัพธ์มาจากการมีปัจจัยเชิงโครงสร้าง บริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอีกทอดหนึ่ง เช่น การเข้าถึงอาหารที่ดีและมีคุณภาพ ประเภทงานที่ทำ ระดับความเครียดจากสภาพแวดล้อม จนนำไปสู่ผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ สุขภาวะ และความเป็นธรรมด้านสุขภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด Social Determinants of Health<sup>4</sup>

นอกจากนั้น ผลลัพธ์ทางสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลที่ดีขึ้นหรือแย่ลงยัง “ส่งผลย้อนกลับ” ต่อสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลนั้นๆ เป็นวงจรด้วย เช่น การเจ็บป่วยทำให้คนจนลง เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเสียอาชีพ ส่งผลให้สถานภาพทางสังคมต่ำลง ในทางกลับกันการมีสุขภาพดีเพิ่มโอกาสในการหาเงินและยกระดับที่ทางในสังคมได้ หรือในภาพใหญ่ หากมีการกำหนดนโยบายลดการจ้างงานและลดรายได้ ทำให้สภาพความเป็นอยู่ของผู้คนแย่ลง จนอาจเกิดโรคระบาดที่ในทำนองเดียวกันสามารถ “ย้อนกลับ” มาส่งผลกระทบต่อการทำงานของสถาบันทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองได้

รายงานการศึกษาของ คณะกรรมการปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก และปัจจัยกำหนดสุขภาพ ที่ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพของประชาชน และปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3 ด้าน<sup>5</sup> คือ 1) ปัจเจก 2) สภาพแวดล้อม และ 3) ระบบและกลไก ภาวะสุขภาพของประชาชน หมายถึง ปัญหาความเจ็บป่วย ทางด้านกาย จิต สังคม และคุณภาพชีวิต ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านปัจเจก ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ พันธุกรรม ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยทาง

สังคม โครงสร้าง ทางสังคม ศาสนา วัฒนธรรม การกีดกันทางสังคม ผู้ยากไร้ การว่างงาน รวมทั้งและ ปัจจัยทางด้าน ระบบและกลไก ได้แก่ ระบบการบริการสุขภาพ เครือข่ายต่าง ๆ รวมทั้งระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาวะของประชาชนไทย

เด็กที่เกิดในกลุ่มประเทศที่มีดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human development index) สูงจะมีอายุขัยคาดเฉลี่ยสูงกว่า เด็กที่เกิดในประเทศที่มีระดับดัชนีการพัฒนามนุษย์ต่ำถึง 19 ปี

“มีรายงานว่าคนที่ไม่รู้หนังสือ ‘สุขภาพไม่ดี’ บ่อยกว่าคนที่ได้เรียนถึงระดับอุดมศึกษาถึง 100%”

“การลงทุนนอกภาคสุขภาพ 50% ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลง”

“76% ของเงินสดที่จ่ายให้ครัวเรือนรายได้ต่ำช่วยลดภาวะขาดสารอาหารของทารกได้ 7%”

“อัตราการติดเชื้อและเสียชีวิตจากโควิด-19 ในพื้นที่ด้อยโอกาสสูงกว่าพื้นที่ที่มีคุณภาพชีวิตดีถึง 2 เท่า”

- องค์การอนามัยโลก (WHO)<sup>3</sup>

สถานะสุขภาพและอายุขัยของประชาชนที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาของประเทศและระดับความยากจนของครอบครัวที่บุคคลนั้นเกิดเป็นประเด็นของความเสมอภาค ความเท่าเทียม และ **ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health Equity)** ที่ไม่ควรเกิดขึ้น และไม่ควรรยอมรับให้ดำรงอยู่ต่อไป ความไม่เป็นธรรมนี้เกิดจากปัจจัยแวดล้อมทั้งใกล้และไกลตัวที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและกำหนดรูปแบบพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคมนั้นซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ บุคคลที่อยู่ในสถานภาพสังคมแตกต่างกันจะมีสุขภาพที่แตกต่างกัน ปัจจัยเชิงโครงสร้างและระบบเหล่านั้นเรียกว่า **ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH)**

“ร่างกายและสุขภาพของเรา ไม่ใช่แค่เราที่เป็นผู้กำหนด”<sup>3</sup>

### ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH)<sup>3</sup>

จากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ ไปจนถึงระบบซึ่งกำหนดเงื่อนไขในชีวิตประจำวัน อาทินโยบายและระบบเศรษฐกิจ วาระการพัฒนา บรรทัดฐานทางสังคม นโยบายสังคมและระบบการเมือง

แนวคิดของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ทำให้เห็นความซับซ้อนของปัญหาและมีกระบวนการที่ซับซ้อนในการดูแลสุขภาพประชาชน 3 ประการสำคัญ ได้แก่ 1) การมองปัจจัยการเกิดโรคและความเจ็บป่วยไปไกลว่าปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือสรีรวิทยา หรือปัจจัยเชิงพฤติกรรม 2) การพิจารณาปัจจัยองค์รวมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตลอดช่วงทุกอายุของบุคคลนั้น และ 3) การเพิ่มบทบาทการป้องกันโรค (Prevention) มากกว่าการรักษาพยาบาล

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ มีอิทธิพลสำคัญต่อประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ซึ่งคือความแตกต่างของสถานะสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมและหลีกเลี่ยงได้ทั้งเกิดขึ้นภายในและระหว่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็ประเทศที่มีรายได้ระดับใด สุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนนั้นจะแปรผันไปตามลำดับชั้นของสังคม ยิ่งสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลนั้นอยู่ระดับล่างเท่าไร ก็จะมีแนวโน้มที่จะสุขภาพแยกลงไปด้วย

ระบบสุขภาพ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของ CSDH กำหนดให้ระบบสุขภาพก็เป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพอีกปัจจัยหนึ่ง โดยมีบทบาทที่เกี่ยวข้องเป็นพิเศษคือประเด็นการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และประเด็นความสามารถของภาคสาธารณสุขในการเข้าไปทำงานเชิงรุกเพื่อให้เกิดการทำงานระหว่างภาคส่วนเพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชน เช่น การบูรณาการให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (อาศัยในพื้นที่ห่างไกล) นอกจากนี้ นโยบายและระบบสุขภาพยังเป็นตัวกลางสำคัญที่จะลดผลกระทบต่อนื่องจากปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน ที่เชื่อมโยงถึงการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงสถานภาพทางสังคมที่ดำรงอยู่เมื่อสุขภาพแข็งแรง

### ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

ปัจจัย	Ottawa Charter <sup>(21)</sup>	Dahlgren and Whitehead <sup>(22)</sup>	Health Canada <sup>(23)</sup>	World Health Organization <sup>(17)</sup>	Centers for Disease Control <sup>(20)</sup>	Raphael et al. <sup>(24)</sup>
บริบททางการเมืองและสังคม (Socio-political context)	สันติภาพ ระบบนิเวศที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน	การเกษตร และการผลิตอาหารน้ำดื่ม น้ำใช้ และการสุขาภิบาล	วัฒนธรรม	การคมนาคม	การคมนาคม	ความมั่นคงของอาหาร ความปลอดภัยทางสังคม
ชนชั้นและตำแหน่งทางสังคม (Social position and stratification)	การศึกษา รายได้ ความเป็นธรรมทางสังคม และความเสมอภาค	การศึกษา การว่างงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน	การศึกษา รายได้ และสถานะทางสังคม การจ้างงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคม เพศ เครือข่ายทางสังคม	ชนชั้นทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม การกีดกันทางสังคม การว่างงาน การทำงาน การว่างงาน	การกีดกันทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ	การกีดกันทางสังคม การศึกษา รายได้และการกระจาย การจ้างงาน การว่างงาน และความมั่นคงในงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน เพศ การเป็นชนพื้นเมือง
ปัจจัยตัวกลาง (intermediary determinant)	ที่อยู่อาศัย อาหาร	ที่อยู่อาศัย การบริการสุขภาพ	การบริการสุขภาพ พัฒนาการวัยเด็ก	อาหาร ชีวิต ในวัยเด็ก ความเครียด การเสพติด การเข้าถึงบริการ	ที่อยู่อาศัย ความเครียดจากสังคม และสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงบริการ	ที่อยู่อาศัย การบริการสุขภาพ ชีวิตในวัยเด็ก

ที่มา: นิภาพร เอื้อวัฒนะโชติมา (2016)<sup>3</sup>

ในระดับบริบททางสังคมและการเมือง (Socioeconomic and Political Context) องค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกากำหนดปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การคมนาคม ในขณะที่กฎบัตรออตตาวา การศึกษาของ Dahlgren and Whitehead และการศึกษาของ Raphael และคณะ เน้นไปที่ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความมั่นคงทางอาหาร และการมีน้ำดื่ม น้ำใช้ และประเด็นสันติภาพและความปลอดภัยในสังคม ในระดับสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic Position) ทุกการศึกษาต่างกำหนดปัจจัยร่วมกัน คือ การศึกษา การมีงานทำ รายได้ ทั้งกฎบัตรออตตาวา องค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา ยังให้ความสำคัญการสนับสนุนหรือการกีดกันทางสังคมและทางเศรษฐกิจ จากความแตกต่างทางเพศหรือเชื้อชาติอีกด้วย

ในระดับปัจจัยตัวกลาง/ปัจจัยส่งผ่านสุขภาพ กฎบัตรรอดตาย ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา การศึกษาของ Dahlgren and Whitehead และการศึกษาของ Raphael และคณะ กำหนดปัจจัยร่วมกัน คือ ที่อยู่อาศัย โดยองค์การอนามัยโลกให้ความสนใจในปัจจัยด้านอาหาร ชีวิตในวัยเด็ก การเสพติด ความเครียดจากสังคมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกันนี้ เป็นผลมาจากระบบเศรษฐกิจและการเมืองของโลก นโยบายการพัฒนาและโครงการทางสังคมที่อยู่เหนืออำนาจการควบคุมของปัจเจกบุคคล ส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคนทั่วโลก

### ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health equity)<sup>3</sup>

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพสอดคล้องกับหลักการ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” (Left no one behind) ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เพื่อบรรลุความเป็นธรรมด้านสุขภาพ จำเป็นต้องจัดการกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่เป็นปัญหา ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับเป้าหมาย SDGs หลายเป้าหมาย ไม่จำกัดเฉพาะ SDG 3 ที่เป็นเป้าหมายด้านสุขภาพ การดำเนินการเพื่อบรรลุ SDGs มีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม โดยตรง คือ การบรรลุเป้าหมายเรื่องสุขภาพ และทางอ้อม คือ ประโยชน์อันเป็นผลของการพัฒนาเป้าหมายอื่นๆ หากใช้ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพเป็นกรอบ จะทำให้เห็นว่ามีประเด็นใดในการดำเนินการ SDGs ที่ต้องลงมือทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพดีถ้วนหน้าของคนในสังคมเช่น

1. การคมนาคม ในประเด็นการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (3.6) โครงสร้างพื้นฐานที่มีความยืดหยุ่น เมืองยั่งยืน ในประเด็นการเข้าถึงคมนาคมขนส่งที่ยั่งยืน ปลอดภัย จ่ายได้ และคำนึงคนเปราะบางกลุ่มต่างๆ ด้วย (11.2)

2. ความมั่นคงทางอาหาร อาหารที่มีประโยชน์ ยุติความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหารและยกระดับโภชนาการและส่งเสริมเกษตรกรรมที่ยั่งยืน ในประเด็น การเข้าถึงอาหารปลอดภัย และมีโภชนาการ (2.1)

3. ความปลอดภัยในสังคม สันติภาพ สังคมสงบสุขและครอบคลุม ประเด็นการลดความรุนแรงทุกรูปแบบ (16.1)

4. การสุขาภิบาล น้ำสะอาดและสุขอนามัยสำหรับทุกคน ประเด็นการเข้าถึงสุขอนามัยที่พอเพียงและเป็นธรรม และยุติการขับถ่ายในที่โล่ง (6.2)

5. การศึกษา การศึกษาที่มีคุณภาพ

6. รายได้ในครัวเรือน ขจัดความยากจน เน้นการใช้ระบบและมาตรการคุ้มครองทางสังคม (1.3)

7. การจ้างงาน งานที่ดีและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ประเด็นการบรรลุการจ้างงานเต็มที่และมีผลิตภาพ และการมีงานที่เหมาะสมและมีผลตอบแทนที่ยุติธรรมสำหรับทุกคน (8.5)

8. การกีดกันทางสังคม ขจัดความเหลื่อมล้ำ ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองได้ โดยไม่เลือกปฏิบัติ (10.2) และการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งเพศ ความเท่าเทียมทางเพศ ขจัดความรุนแรงทุกรูปแบบต่อผู้หญิงและเด็กหญิง (5.1)

9. ที่อยู่อาศัย เมืองยั่งยืน ในประเด็นการเข้าถึงที่อยู่อาศัยและบริการพื้นฐาน (11.1) การยกระดับชุมชนแออัด (11.1) และการเข้าถึงพลังงานสะอาดในครัวเรือน (7.1) และ ในประเด็นการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ (3.9)

10. ความเครียด พัฒนาการวัยเด็ก การบริการสุขภาพ และการเสพติด สุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดี ในประเด็นลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ (3.4) ประเด็นเรื่องยาเสพติดและ แอลกอฮอล์ (3.5) การเข้าถึงบริการสาธารณสุขและป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน (3.8)

องค์การอนามัยโลก ออกรายงาน “Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health” ในปี 2018 ฉบับภาษาไทยใช้ชื่อว่า “ถมช่องว่างทาง สุขภาพในช่วงชีวิตเรา – บรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” ซึ่งจัดทำโดย คณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ มีข้อเสนอแนะต่อประชาคมโลก 3 ประการสำคัญ<sup>3</sup> คือ

1. ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันให้ดีขึ้น ครอบคลุมภารกิจ การดูแลทารกตั้งแต่ในครรภ์ มารดาจนถึงพัฒนาการวัยเด็ก ที่อยู่อาศัย การจ้างงานที่เป็นธรรมและงานที่มีคุณค่า สวัสดิการทางสังคม ตลอดช่วงชีวิต บริการสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายในการพัฒนาเงื่อนไขในการดำรงชีวิตให้ดีขึ้นต้องการ การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม รัฐบาล และองค์กรระหว่างประเทศร่วมวางแผนและลงมือทำ ด้วยกัน

2. แก้ไขการกระจายอำนาจ งบประมาณและทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม ครอบคลุมภารกิจความเป็น ธรรมทางสุขภาพในทุกนโยบาย การเงิน ระบบตลาดที่มีความรับผิดชอบ ความเท่าเทียมทางเพศ ธรรม มาภิบาลที่ดี การแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมเชิงโครงสร้างต้องการรัฐบาลที่เข้มแข็ง ให้การสนับสนุน ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และระดับประชาชนทำงานร่วมกันเพื่อประโยชน์ส่วนรวมที่เป็นผลดีกับทุก ฝ่าย ต้องอาศัยความทุ่มเทและมาตรการกำกับดูแลเพื่อให้เห็นความก้าวหน้าตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึง ระดับโลก

3. วัตถุประสงค์ เข้าใจปัญหา และประเมินผลกระทบของภารกิจ ครอบคลุมภารกิจสร้างบุคลากร ขยาย ฐานความรู้ และระบบติดตามประเมินผล รัฐบาลและองค์กรระหว่างประเทศที่ได้รับการสนับสนุนจาก องค์การอนามัยโลกต้องจัดระบบตรวจสอบความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น ลงทุนในงานวิจัยด้าน ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และให้ความรู้เรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพกับทุกคนที่เกี่ยวข้อง

การบรรลุความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ต้องอาศัยกลไกการทำงานแบบบูรณาการจากทุกภาคส่วน ไม่เฉพาะหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังต้องการความร่วมมือทั้งในระดับพื้นที่และ ระดับโลก เพื่อกำหนดนโยบายการพัฒนาที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชน และความ เป็นธรรมด้านสุขภาพ ไม่ซ้ำเติมประชากรกลุ่มเปราะบาง รวมถึงต้องอาศัยการลงมือทำของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียทุกระดับ ทั้งระดับโลก ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น เพื่อให้เข้าไปจัดการสาเหตุของปัญหาที่ เป็นรากลึกที่สุดของการจะมีสุขภาพดี ซึ่งอาจถูกสังคมกำหนดไว้ตั้งแต่คุณยังไม่ลืมตาดูโลก

ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้ถมช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพให้คน ไทยอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างทางสุขภาพที่เป็นความท้าทายอยู่อีกไม่น้อย ไม่ว่าจะเป็นการ เข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น คนเร่ร่อน คนพิการ จิตเวช ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ต้องขัง



ตลอดจนคนไร้สถานะในประเทศ รวมถึงการพัฒนานโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่จัดการที่ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ด้วย

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ จึงเป็นสภาวะแวดล้อมของบุคคลตั้งแต่เกิด เติบโต ทำงาน และ ธรรมชาติ ซึ่งถูกกำหนดโดยระบบเศรษฐกิจ การเมือง และการกระจายทรัพยากรในระดับ ท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก โดยปัจจัยเหล่านี้ มีผลทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเชิงสังคม และทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ ผลจากการกระจายของเงิน พลังงาน และทรัพยากร ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น สิ่งเหล่านี้ได้สร้างความแตกต่างและความไม่เป็นธรรมให้กับประชาชนในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่การเจริญเติบโต การอยู่อาศัย การทำงาน รวมถึงระบบสุขภาพ (WHO, 2010) สำนักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้นิยามปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ คือ สภาวะ ประเด็นเงื่อนไขต่างๆ ในสภาพแวดล้อมที่คนคนหนึ่งประสบเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ตั้งแต่เกิด อยู่อาศัย เรียนรู้ ทำงาน เล่น ตลอดจนกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ตลอดช่วงอายุ ซึ่งปัจจัยดังกล่าว จะมีผลหรือเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานและคุณภาพชีวิตของคนในระยะยาว ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 นิยามปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ<sup>6</sup> ว่า หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ จนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต รวมไปถึงปัจจัยและระบบต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสุขภาพแวดล้อมเหล่านั้น เช่น นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานใน สังคม นโยบายทางสังคม และระบบการเมืองการปกครองที่ล้วนมีผลต่อสุขภาพประชาชน

แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1940 โดยคณะกรรมการการว่าด้วยปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ก่อตั้งโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อนำมาศึกษาองค์ความรู้และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายร่วมกับเครือข่ายความรู้ในระดับโลกโดยอาศัยหลักคิดทาง สังคม ผสม ผสานกับการสาธารณสุข กล่าวได้ว่าการเข้าถึงสุขภาวะทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และ ปัญญา จะต้องดำเนินการควบคุม “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” ที่สำคัญ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้กำหนดไว้ แบ่งประเด็นที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ และความอยู่ดีกินดีของประชาชนออกมา โดยผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนดังกล่าวจะเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยเชิงบริบท โครงสร้างทางสังคมที่เป็นอยู่ (structure determinants) และปัจจัยส่งผ่านทางสุขภาพ ปัจจัยตัวกลาง (intermediary determinants) ที่เชื่อมโยงระหว่างบริบทโครงสร้างไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาวะ โดยปัจจัยทั้ง 2 รูปแบบ จะมีความสัมพันธ์ในเชิงเหตุผลที่สอดรับเชื่อมโยงกัน กรอบแนวคิดดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าปัจจัยสภาพแวดล้อม ตลอดจนสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของประชาชน ก่อให้เกิดตำแหน่งหรือสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน โดยปัจจัยต่างๆ ทั้งรายได้ การศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ ตลอดจน ปัจจัยส่งผ่านทางสุขภาพที่เป็นตัวกลางจะสะท้อนให้เห็นถึงลำดับชั้นสถานะทางสังคมของบุคคลที่จะมีความแตกต่าง และส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนที่ต่างกัน ด้วย ผลกระทบจากความไม่เป็นธรรมบางปัจจัย ยังเป็นตัวสะท้อนกลับตำแหน่งสถานะของบุคคลจากระดับหนึ่งไปยังอีกระดับที่ต่ำกว่า ทำให้สุขภาวะของบุคคลนั้นๆ แย่ลงมากขึ้นอีกด้วย เช่น โรคภัยไข้เจ็บที่จะดึงสถานะของบุคคลกลับจากการเสียโอกาสในการทำงาน และการลดลงของรายได้ เมื่อพิจารณา

ปัจจัยทั้งในเชิงบริบทโครงสร้าง และเชิงตัวกลางที่ส่งผลต่อสุขภาวะจะพบถึงรายละเอียดของตัวแปรย่อยในส่วนต่างๆ

1. ปัจจัยเชิงบริบทโครงสร้างทางสังคมที่ก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคทางสุขภาวะ มี 2 มิติใหญ่ ได้แก่

1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองของบุคคล ได้แก่ การกำกับ ดูแลนโยบายของภาครัฐ ทั้งเชิงเศรษฐกิจมหภาค นโยบายเชิงสังคม (ตลาดแรงงาน ที่อยู่อาศัย ที่ดิน) นโยบายเชิงสาธารณะ (การศึกษา สาธารณสุข การคุ้มครองทางสังคม) และปัจจัยเชิงวัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานะ หรือตำแหน่งทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชน ผ่านมิติของชนชั้นทางสังคม เพศ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพและรายได้

2. ปัจจัยส่งผ่านทางสุขภาพ (ปัจจัยตัวกลาง) ที่สนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี ประกอบไปด้วย 3 มิติใหญ่ ได้แก่ สภาพแวดล้อมต่างๆ ที่เป็นรูปธรรม (การใช้ชีวิตและการทำงาน เงื่อนไขการดำเนินชีวิต อาหาร ความพร้อมในมิติต่างๆ เป็นต้น) ปัจจัยทั้งเชิงบริบทโครงสร้างและปัจจัยส่งผ่านที่กล่าวมาข้างต้นมีความเชื่อมโยงต่อกัน ทำให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนที่ทำให้เกิดสุขภาวะ ความเท่าเทียมทางสุขภาพ และความอยู่ดีกินดีของประชาชนที่แตกต่างกัน ตลอดจนผลกระทบทางความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ และความแตกต่างของความอยู่ดีกินดี ดังกล่าวนี้ ก็อาจจะส่งผลย้อนกลับให้บุคคลมีสถานะทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองที่ถ่างความกว้างของความแตกต่างกันเพิ่มขึ้นได้ ได้แก่

2.1 ชนชั้นทางสังคม (social gradient) หมายถึง สถานะ ทางเศรษฐกิจ ลำดับชั้นทางสังคม รวมถึงหน้าที่การงาน ผู้อยู่ในชนชั้นทางสังคมต่ำกว่ามักจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการตายก่อนวัยอันควรสูงกว่าผู้อยู่ในชนชั้นทางสังคมที่สูงกว่า โดยความเสี่ยงเปรียบของผู้ที่อยู่ในชนชั้นต่ำกว่าอาจมาจากรายได้ที่ต่ำกว่า การศึกษาที่น้อยกว่า หรือการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ลำบาก ซึ่งการที่อยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากเป็นเวลานาน ย่อมทำให้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้น

2.2 ความเครียด (stress) สถานการณ์ทางสังคมที่ทำให้เกิดความเครียดในระยะยาว มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วย กระบวนการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยาของบุคคล และเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียดเป็นเวลานาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า

2.3 ชีวิตในวัยเด็ก (early life) หมายถึง สภาวะของบุคคลตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ภาวะโภชนาการ และการดูแลสุขภาพของมารดาส่งผลต่อทารก ซึ่งจะมีผลกระทบต่อเด็กไปในช่วงชีวิต เห็นได้ชัดจากเด็กที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยจะมีความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ในขณะนั้น หรือในวัยผู้ใหญ่มากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติการดูแลโภชนาการ การเสริมสร้างพัฒนาการทางกาย สติปัญญา และอารมณ์ของทารกและเด็กเป็นไปตามวัย การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยเด็ก และการให้การศึกษาแล้วแต่ส่งผลกระทบบต่อสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

2.4 การกีดกันทางสังคม (social exclusion) หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มได้รับการกระทำจากสังคมให้รู้สึกแปลกแยกและไม่เท่าเทียมจากการที่มีลักษณะเฉพาะของบุคคลหรือกลุ่มนั้น

เช่น การกีดกันทางเพศ โดยมากมักพบในเพศหญิง ซึ่งจะทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ การกีดกันทางเชื้อชาติ พบในชนกลุ่มน้อย ผู้ยากไร้ ผู้อพยพ แรงงานต่างด้าว และผู้พิการ ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นผลโดยตรงจากสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่ยากลำบากของบุคคลนั้น ร่วมกับเป็นผลโดยอ้อมจากการขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2.5 การทำงาน (work) หมายถึง ลักษณะโครงสร้างทางสังคม และรูปแบบการจัดการขององค์กร ความสัมพันธ์ทางสังคมในที่ทำงานและชนิดของงาน จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนทำงาน นอกจากนี้ การที่มีความเครียดในงานมากและมีโอกาสในการตัดสินใจน้อย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะปวดหลัง และการขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย

2.6 การว่างงาน (unemployment) การที่บุคคลไม่มีงาน ทำให้เกิดปัญหาการขาดรายได้ และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ผลกระทบต่อสุขภาพนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลรู้สึกถึงความไม่มั่นคงในงานที่ทำ ในกลุ่มคนที่มีความไม่มั่นคงในงานและอยู่ในภาวะว่างงานเป็นเวลานาน จะมีอัตราการเจ็บป่วยและมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าบุคคลที่มีความมั่นคงในงานที่ทำ

2.7 การสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือเครือข่ายทางสังคม ความเชื่อมั่นทางสังคม (social cohesion) เป็นปัจจัยป้องกันและส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งในครอบครัวและสังคม

2.8 การเสพติด (addiction) หมายถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพคือ ทำให้เกิดการใช้ความรุนแรง การบาดเจ็บ การตายจากอุบัติเหตุ และการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ยังสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมอื่นๆ คือ ผู้มีพฤติกรรมการเสพติดมักอยู่ในสถานะทางเศรษฐกิจสังคม ตำแหน่งและสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี รวมถึงปัจจัยทางการตลาดของบุหรี่และสุรา ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเสพติดเป็นจำนวนมากขึ้นในประชากร

2.9 อาหารที่มีคุณภาพและมีปริมาณเพียงพอของบุคคล เป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี การขาดแคลนอาหารส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการขาดการเจริญเติบโต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็ก ในทางตรงกันข้ามการบริโภคอาหารเกินโดยรวมหรือบางประเภทส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคอ้วน และฟันผุ เป็นต้น

2.10 การคมนาคม (transport) หมายถึง การเดินทางที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น การเดินหรือการใช้จักรยานเพื่อเดินทางในระยะทางสั้นๆ แทนการใช้รถยนต์ส่วนตัว และการใช้บริการขนส่งมวลชนให้มากขึ้น จะส่งเสริมสุขภาพในแง่การออกกำลังกาย เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชน การลดอุบัติเหตุจราจร และการลดมลพิษทางอากาศ (นิภาพร เอื้อวิณะโชติมา, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาตามแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ ภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย โดย ชลธิชา แก้วอนุชิต (2556) ได้พิจารณาเรื่องสุขภาพะของคนในแง่สุขภาพกาย สุขภาพจิต ตลอดจนการมีชีวิตที่ดี โดยเกิดจาก 2 มิติ ได้แก่ มิติปัจจัยกำหนดสุขภาพ และมิติปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ ทั้งนี้จะเห็นได้ชัดว่ามีความแตกต่างในระดับทฤษฎีของ 2 มิติ โดยแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพจะเป็นทฤษฎีระดับจุลภาคที่เน้นถึงความสำคัญด้านบุคคลเป็นหลัก ในขณะที่

ที่แนวคิดปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพจะเป็นทฤษฎีระดับมหภาคที่เน้นความสำคัญด้านสังคมเป็นหลัก ซึ่งมีรายละเอียดใน 2 มิติ คือ

1) มิติปัจจัยกำหนดสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านระบบบริการสาธารณสุข

2) มิติปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความยากจน (poverty) เป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาทำให้เกิดหนี้สิน ส่งผลต่อปัญหาด้านจิตใจ และอาจนำไปสู่การชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ อันมีปัจจัยสาเหตุมาจากความยากจนที่บุคคลนั้นมีรายได้น้อยไม่เพียงพอค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน และก่อให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เมื่อมีฐานะความยากจน จนนำไปสู่การกู้ยืมเงินทั้งภายในระบบและนอกระบบของรัฐ จนเกิดปัญหาด้านสุขภาพทั้งกายและสุขภาพจิต (2) ความไม่เสมอภาค และไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (health inequality and inequity) ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ ฐานะทางสังคม ความพิการ ลักษณะพื้นที่อาศัย ทำให้เกิดความไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรด้านสาธารณสุข กระแสโลกาภิวัตน์ที่ผ่านมามีส่วนทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในสุขภาพ ในเรื่องชนชั้นในสังคม เช่น คนรวยมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรด้านสาธารณสุขได้มากกว่าคนจน รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสาร ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของประชากรโลก และโครงสร้าง การเมือง เศรษฐกิจ สังคม ทำให้เกิดการกระจายทางด้านสถานะสุขภาพและบริการสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม (3) ความมั่นคงปลอดภัยด้านอาหาร (food safety) การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัยย่อมเกิดภัยอันตรายต่อสุขภาพ โดยเริ่มจากกระบวนการผลิตอาหารทุกขั้นตอน อันเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความมั่นคงปลอดภัยด้านอาหาร อันนำไปสู่ผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาหารเป็นพิษ เป็นต้น (4) การถูกกีดกันในสังคม (social exclusion) บุคคลที่มักถูกกีดกันในสังคม เช่น คนจน คนว่างงาน บุคคลที่มักถูกกีดกันในสังคม เช่น คนจน คนว่างงาน แรงงานต่างชาติดนพิกการ เป็นต้น ทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา ต้องทำงานที่มีภาวะเสี่ยงสูง แต่รายได้ต่ำ ไม่มีโอกาสเลือกงานและไม่มีสวัสดิการรักษายาบาลที่เพียงพอ เพราะถูกสังคมกีดกัน ส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมในสังคมด้านสุขภาพ (5) ที่อยู่อาศัย (housing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความสะอาด เช่น ชุมชนเมืองที่แออัด มักจะมีสิ่งแวดล้อมที่พิ้ออาศัยก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต การจัดดูแลที่อยู่อาศัยให้มีสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเหมาะสม ทำให้บุคคลที่อยู่อาศัยเหล่านั้นมีสุขภาพกายและจิตดีด้วย (6) เงื่อนไขของการทำงาน (job condition) การจ้างงานที่ไม่เป็นธรรมทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การเอาเปรียบของนายจ้างต่อลูกจ้าง ลักษณะของอาชีพ และสิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ของลูกจ้าง ปัจจัยสังคมที่มีผลเสียต่อสุขภาพทำให้บุคคลเกิดภาวะเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตเช่นกัน (ชลธิชา แก้วอนุชิต, 2556) กรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของประเทศแคนาดา การวิจัยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาได้เผยให้เห็นความแตกต่างที่สำคัญอย่างมาก ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กและผู้ใหญ่ โดยพิจารณาจากปัจจัยทางสังคม เช่น รายได้และความมั่งคั่ง การศึกษาและกลุ่มเชื้อชาติหรือชาติพันธุ์ ความแตกต่างด้านสุขภาพเหล่านี้ เริ่มต้นในช่วงต้นชีวิต แม้กระทั่งก่อนเกิดและสะสมตลอดอายุขัย สุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ มากมาย อาจจะแบ่งตามโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางสังคม สิ่งแวดล้อมในการทำงาน หรือแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ โดยยึดที่ตัวบุคคล เช่น ปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน/สังคม ประเทศ และยัง

แบ่งย่อยเป็นปัจจัยในวัยต่างๆ ได้แก่ วัย เด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และเพศ หรือแบ่งตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพตามสภาวะทาง เศรษฐกิจ-สังคม ได้แก่ ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม (รายได้) ความไม่เท่าเทียมกัน ในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และการส่งต่อบริการทางการแพทย์ ความไม่เท่าเทียมกันในการเกิดโรคใหม่ๆ ความไม่เป็นธรรมในการตายจากโรคที่ไม่เป็นที่ยอมรับในการรักษาทางการแพทย์ ไม่ได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิผล ปัจจัยต่างๆ ที่แบ่งแยกนั้น สามารถเชื่อมโยงกับปัจจัยสำคัญ เช่น ความยากจน ทูพโภชนาการ ไม่ได้รับการศึกษา การไม่มีเครือข่ายทางสังคม และปัจจัยที่เป็นผลประโยชน์ และลักษณะเฉพาะของบุคคลที่เรียกว่า ความเสี่ยงของปัจเจกบุคคล (เช่น ยีน วัฒนธรรม และแบบแผนการดำเนินชีวิต) ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ โครงสร้างทางสังคมประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลักที่สำคัญ คือ สภาวะทางวัตถุ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สามารถแจกแจงรายละเอียด ของปัจจัยต่างๆ ในโครงสร้างทางสังคม

## บทที่ 2

### ผลการศึกษา

#### ข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 12

##### ข้อมูลลักษณะทางภูมิศาสตร์<sup>9</sup>

เขตสุขภาพที่ 12 ตั้งอยู่ภาคใต้ตอนล่าง ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ จังหวัดตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี นราธิวาส และยะลา ทิศเหนือติดจังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดกระบี่ ส่วนทิศใต้ติดกับประเทศมาเลเซีย มีลักษณะภูมิประเทศเป็นคาบสมุทรที่มีทะเลขนานทั้งสองด้าน คือ ฝั่งตะวันออกด้านอ่าวไทย ได้แก่ จังหวัดสงขลา พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส ฝั่งตะวันตกด้านอันดามัน ได้แก่ จังหวัดตรัง สตูล มีเพียงจังหวัดยะลาที่ไม่มีพื้นที่ติดต่อกับทะเล และเป็นที่ยราบในบางพื้นที่สลับแนวภูเขา โดยมีทิวเขาสันกาลาคีรี ซึ่งทอดตัวยาวต่อเนื่องจากเทือกเขานครศรีธรรมราชเป็นพรมแดนกั้นระหว่างประเทศไทยกับประเทศมาเลเซีย สำหรับแม่น้ำที่สำคัญคือ แม่น้ำปัตตานี แม่น้ำตรัง แม่น้ำสายบุรี โดยแม่น้ำโก-ลก เป็นพรมแดนธรรมชาติที่กั้นเขตแดนระหว่างประเทศไทยกับมาเลเซีย และยังมีทะเลสาบสงขลาเป็นทะเลสาบแห่งเดียวในประเทศไทย ลักษณะภูมิอากาศของเขตสุขภาพที่ 12 เป็นแบบร้อนชื้นแถบมรสุม คือ มีฝนตกชุกสลับกับฤดูแล้งสั้นๆ เนื่องจากมีพื้นน้ำขนาบอยู่ทั้งทางด้านตะวันตก และทางด้านตะวันออก จึงทำให้มีฝนตกตลอดปีจึงได้รับปริมาณน้ำฝน มากทั้ง 2 ฤดู คือ ฤดูร้อน และฤดูฝน อีกทั้งเป็นแหล่งปลูกพืชเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศไทย เช่น ยางพารา ปาล์มน้ำมัน ผลไม้ เป็นต้น ซึ่งเป็นพืชเมืองร้อนที่ต้องการความชื้นสูง



ภาพที่ 2 แผนที่จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12<sup>10</sup>

เขตสุขภาพที่ 12 พื้นที่แห่งการพัฒนาและอยู่ร่วมกันอย่างยั่งยืน พรมแดนมาเลเซีย-ไทย มีทั้งชายแดน ระหว่างประเทศทั้งบนบกผ่านคาบสมุทรมลายู และทางน้ำทางช่องแคบมะละกา รวมไปถึงอ่าวไทย/ทะเลจีนใต้ มาเลเซียทอดตัวยาวอยู่ทางตอนใต้ของประเทศไทย มีแม่น้ำโกลกเป็นพรมแดนระหว่างประเทศ มีความยาวประมาณ 95 กิโลเมตร กั้นประเทศไทยและมาเลเซีย โดยประเทศไทยอยู่ทางเหนือ และประเทศมาเลเซียอยู่ทางใต้ รัฐพรมแดนระหว่างประเทศของมาเลเซีย ซึ่งได้แก่ (เรียงจากตะวันตก

ไปตะวันออก) ปะลิส (Perlis) เกอดะฮ์ (Kedah) เประกั (Perak) และกลันตัน (Kelantan) กับ 4 จังหวัดพรมแดนระหว่างประเทศของไทย คือจังหวัดสตูล จังหวัดสงขลา จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส โดยมีจุดผ่านแดนถาวรไทย-มาเลเซีย ดังนี้

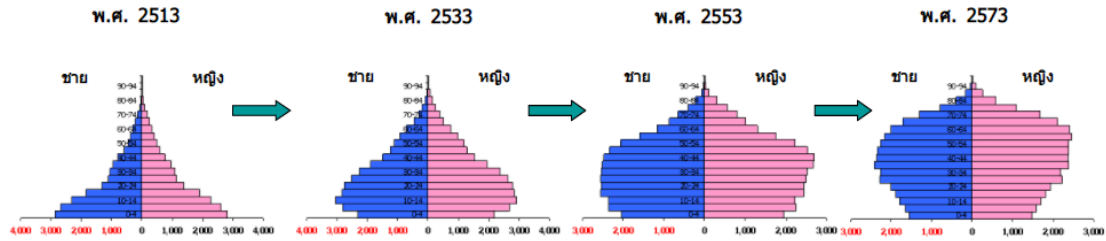
1. จังหวัดสงขลาพื้นที่ของไทย ด้านสะเดา อ.สะเดา พื้นที่ของมาเลเซีย ด้านbukit kayu hitam รัฐเคดาห์
2. จังหวัดสงขลาพื้นที่ของไทย ด้านปาดังเบซาร์ อ.สะเดา พื้นที่ของมาเลเซีย ด้านปาดังเบซาร์ (Padang Besar) รัฐเปอร์ลิส
3. จังหวัดสงขลาพื้นที่ของไทย ด้านบ้านประกอบ อ.นาทวี พื้นที่ของมาเลเซีย ด้านบ้านคูเรียนบูรัง (Kota Putra, Durian Burung) อ.ปาดังเตอรัน รัฐเคดาห์
4. จังหวัดนราธิวาสพื้นที่ของไทย ด้านสุโหงโกลก อ.สุโหงโกลกพื้นที่ของมาเลเซีย ด้านรันตูปนยัง (Rantau Panjang) รัฐกลันตัน
5. จังหวัดนราธิวาสพื้นที่ของไทย ด้านตากใบ (ท่าเรือ) อ.ตากใบ พื้นที่ของมาเลเซีย ด้านเบ็งกอลันกูโบ (Pangkalan Kubur) รัฐกลันตัน
6. จังหวัดนราธิวาสพื้นที่ของไทย ด้านบูเก๊ะตา อ.แว้ง พื้นที่ของมาเลเซีย ด้านbukit bunga รัฐกลันตัน
7. จังหวัดยะลาพื้นที่ของไทย ด้านเบตง อ.เบตง พื้นที่ของมาเลเซีย ด้านbukit ปือราปีต (Pengkalan Hulu) รัฐเคดาห์
8. จังหวัดสตูลพื้นที่ของไทย ด้านวังประจัน อ.ควนโดน พื้นที่ของมาเลเซีย ด้านวังเกลียน (Wang Kelian Checkpoint) รัฐเปอร์ลิส
9. จังหวัดสตูลพื้นที่ของไทย ด้านสตูล (ท่าเรือ) อ.เมืองสตูล พื้นที่ของมาเลเซีย ท่าเรือกัวลาเปอร์ลิส (Kuala Perlis) รัฐเปอร์ลิส-ท่าเรือเจดติแก้ว ลังกาวิ รัฐเคดาห์-ท่าเรือเทลก อีควาลังกาวิ รัฐเคดาห์ สถิติการค้าชายแดนไทย-มาเลเซีย มีมูลค่าสูงที่สุด คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 32.32 ของมูลค่าการค้าชายแดนรวม โดยข้อมูลปี 2563 (ม.ค.-พ.ย.) การค้าชายแดนไทย-มาเลเซีย มีมูลค่าการค้ารวม 222,872 ล้านบาท สินค้าส่งออกที่สำคัญของไทยไปมาเลเซีย ได้แก่ ยางพารา เครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์และส่วนประกอบ และรถยนต์ อุปกรณ์และส่วนประกอบ โดยในปี 2562 มีสถิติผู้ผ่านแดนเข้า-ออกจาก 9 ด้านถาวร จำนวนรวม 12,106,725 คน มากที่สุดที่ด่านศุลกากรสะเดา ด้านศุลกากรปาดังเบซาร์ด้านสุโหงโกลก ตามลำดับ (ข้อมูลจากรายงานสรุปสถิติการค้า เดินทางเข้า-ออก จุดผ่านแดนของไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย ปี 2562)<sup>9</sup>

กรอบแนวคิด พัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดเมืองต้นแบบ “สามเหลี่ยมมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” โดยพัฒนา เศรษฐกิจในพื้นที่ 3 อำเภอ ได้แก่ อ.หนองจิก จ.ปัตตานี อ.สุโหงโกลก จ.นราธิวาส และ อ.เบตง จ.ยะลา ให้เป็นเมืองต้นแบบที่มีการพัฒนาในลักษณะพื้นที่พัฒนาพิเศษเฉพาะ ให้มีการลงทุนจากภาคเอกชนที่สามารถสร้างงานและสร้างรายได้ไปยังพื้นที่ใกล้เคียง และเพิ่มพื้นที่ปลอดภัยได้มากยิ่งขึ้น เป้าหมายพัฒนา อ.หนองจิก จ.ปัตตานี เป็น “เมืองต้นแบบอุตสาหกรรมแปรรูปการเกษตร” พัฒนา อ.สุ

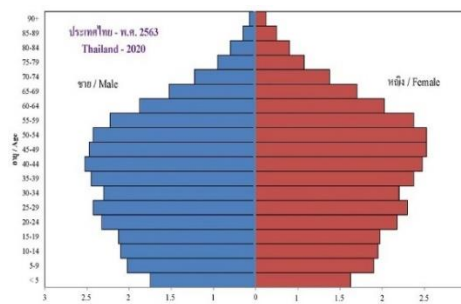
ไฮงโก-ลก จ.นราธิวาส เป็น “ศูนย์กลางการค้าขาย แดนระหว่างประเทศ” พัฒนา อ.เบตง จ.ยะลา เป็น “เมืองต้นแบบการพัฒนาที่พึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน”

ประชากร

จำนวนประชากรประเทศไทย

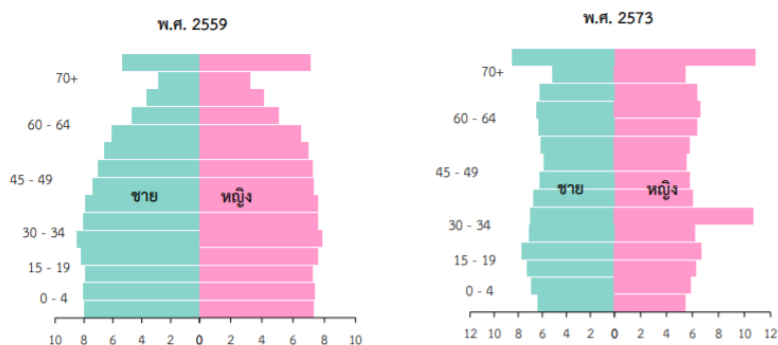


ภาพที่ 3 พีรามิตประชากรไทย 2513-2573<sup>24</sup>



ภาพที่ 4 พีรามิตประชากรไทย 2563<sup>13</sup>

ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2564 ประชากรไทยมีจำนวน 66.680 ล้านคน เป็นชาย 32.176 ล้านคน หญิง 34,504 ล้านคน แบ่งเป็นประชากรเขตเมือง (ประชากรที่อยู่ในเขตเทศบาลและเมืองทุกประเภท) 39.014 ล้านคน เขตชนบท (ประชากรที่อยู่นอกเขตเมือง) 27.666 ล้านคน กทม. 8.393 ล้านคน ภาคกลาง 19.685 ล้านคน ภาคเหนือ 17.035 ล้านคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 18.304 ล้านคน ภาคใต้ 9.263 ล้านคน<sup>14</sup>





## ภาพที่ 5 พีรามิดประชากร เขต 12<sup>15</sup>

อัตลักษณ์ของเขตสุขภาพที่ 12 เขตสุขภาพที่ 12 ตั้งอยู่ภาคใต้ตอนล่างมีประชากรประมาณ 4.9 ล้านคน มีประชากรนับถือศาสนาอิสลามมากที่สุดของประเทศ และมีพื้นที่ติดกับประเทศมาเลเซีย จากสภาพพื้นที่ที่มีความจำเพาะทางภูมิศาสตร์ และประวัติศาสตร์ ทำให้ภาคใต้ตอนล่างเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมที่มีความแตกต่าง หลากหลายทั้งทางเชื้อชาติ ภาษา ศาสนา และวัฒนธรรม จากปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ เป็นความท้าทายของเขตสุขภาพที่ 12 ที่ต้องพัฒนาการเสริมสร้างสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน

### ข้อมูลทั่วไปของเขต 12

เขตสุขภาพที่ 12 ตั้งอยู่ภาคใต้ตอนล่าง ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี นราธิวาส และยะลา มีประชากรประมาณ 4.9 ล้านคน มีประชากรนับถือศาสนาอิสลามมากที่สุดของประเทศและมีพื้นที่ติดกับ ประเทศมาเลเซีย เป็นแหล่งปลูกพืชเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ เช่น ยางพารา ปาล์มน้ำมัน มีลักษณะภูมิอากาศ เป็นแบบร้อนชื้นแถบมรสุม คือ มีฝนตกชุกสลับกับฤดูแล้งสั้นๆ จากสภาพพื้นที่ที่มีความจำเพาะทางภูมิศาสตร์ และประวัติศาสตร์ ทำให้ภาคใต้ตอนล่าง เป็นสังคมพหุวัฒนธรรมที่มีความแตกต่าง หลากหลายทั้งทางเชื้อชาติ ภาษา ศาสนา และวัฒนธรรม จากปัญหา สถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ เป็นความท้าทายของเขตสุขภาพที่ 12 ที่ต้องพัฒนาการเสริมสร้างสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและ ความต้องการของประชาชน<sup>9</sup>

### สุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ 12

#### 1. อัตราเจริญพันธุ์



ภาพที่ 6 อัตราการเจริญพันธุ์<sup>16</sup>

อัตราการเจริญพันธุ์<sup>16</sup> (Fertility Rate) หรือค่าเฉลี่ยการมีบุตรของผู้หญิงหนึ่งคน สามารถบ่งบอกถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรเกิดใหม่ สถานการณ์อัตราการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยในปัจจุบันพบว่า มีแนวโน้มลดลงอย่างมาก ในปี 2517 พบว่า อัตราการเจริญพันธุ์อยู่ที่ 5.09 คน และลดลงอย่างต่อเนื่องอยู่ที่ 1.51 คน ในปี 2564 นั้นหมายถึง ประชากรเด็กแรกเกิดในประเทศไทยมีจำนวนน้อยลงส่งผลให้ในอนาคต ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรลดลงเป็นอย่างมาก

ตารางที่ 1 อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rates - TFR) ทั่วประเทศและรายภาค ปี พ.ศ. 2553 – 2583

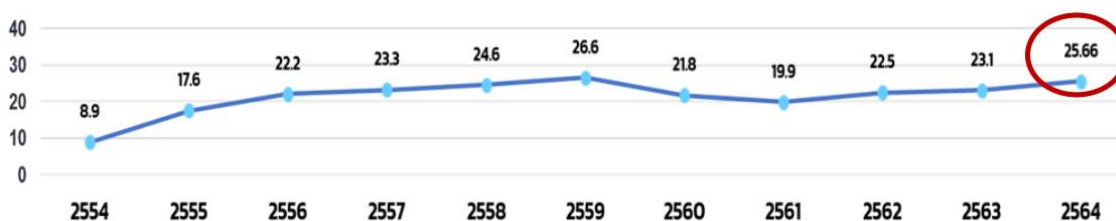
ภาคปี	2553	2558	2563	2568	2573	2578	2583
ทั่วราชอาณาจักร	1.62	1.58	1.53	1.47	1.41	1.36	1.3
กรุงเทพมหานคร	1.28	1.26	1.21	1.17	1.12	1.08	1.03
ปริมณฑล	1.01	0.99	0.95	0.92	0.88	0.85	0.81
ภาคกลางส่วนกลาง	1.5	1.48	1.42	1.37	1.32	1.26	1.21
ภาคตะวันออก	1.79	1.76	1.69	1.63	1.57	1.51	1.44
ภาคตะวันตก	1.72	1.69	1.63	1.57	1.51	1.45	1.39
ภาคเหนือ	1.56	1.54	1.48	1.43	1.37	1.32	1.26
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.93	1.9	1.83	1.76	1.7	1.63	1.56
ภาคใต้	2.09	2.06	1.98	1.91	1.84	1.76	1.69

ที่มา: รายงานการศึกษาข้อสมมติเพื่อใช้ในการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 (ฉบับปรับปรุง) (สศช., 2562ข)<sup>17</sup>

## 2. ภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ทารก และเด็ก

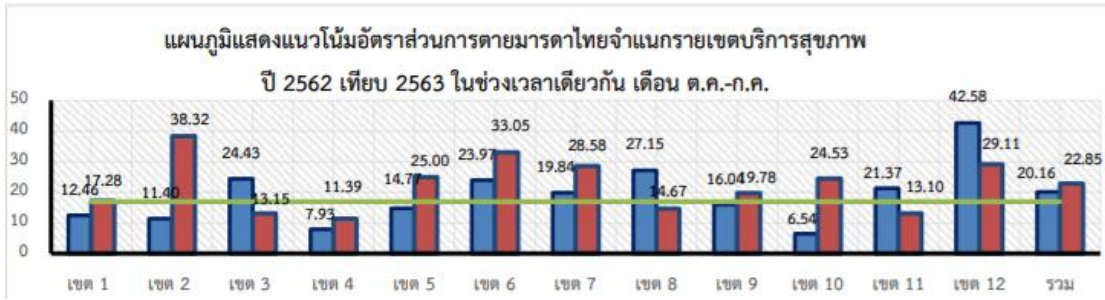
### 2.1 สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก

องค์การสหประชาชาติกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ในส่วนของการพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ เป้าหมาย MDG+ กำหนดให้ลดอัตราการตายของมารดาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้ลดลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2558 คือให้เหลือ 21 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในขณะที่ผลการดำเนินงานในปี 2558 พบอัตราส่วน 55.1 สูงกว่าเป้าหมาย MDG+ เกือบ 3 เท่า และสูงกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 15 เกือบ 4 เท่า การลดอัตราการตายของมารดาในเขตสุขภาพที่ 12 เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดา และเพื่อลดอัตราการตายของมารดาในภาพรวมของประเทศ

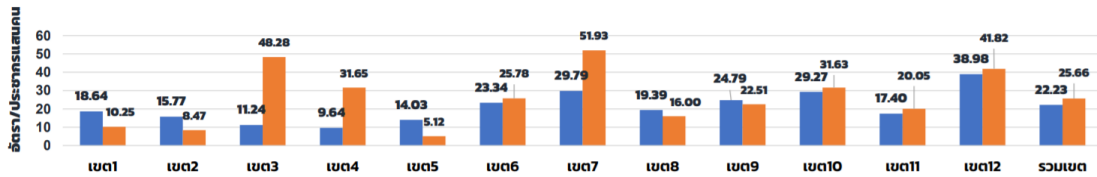


ภาพที่ 7 แนวโน้มอัตราการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปี 2554-2564<sup>18</sup>

ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา อัตราส่วนการตายมารดาในระดับประเทศ มีแนวโน้มลดลงจนถึงปี 2562 แต่ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี 2562 ในปี 2563 พบอัตราการตายมารดา 22.85 และในปี 2564 พบอัตราการตายมารดา 25.66 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

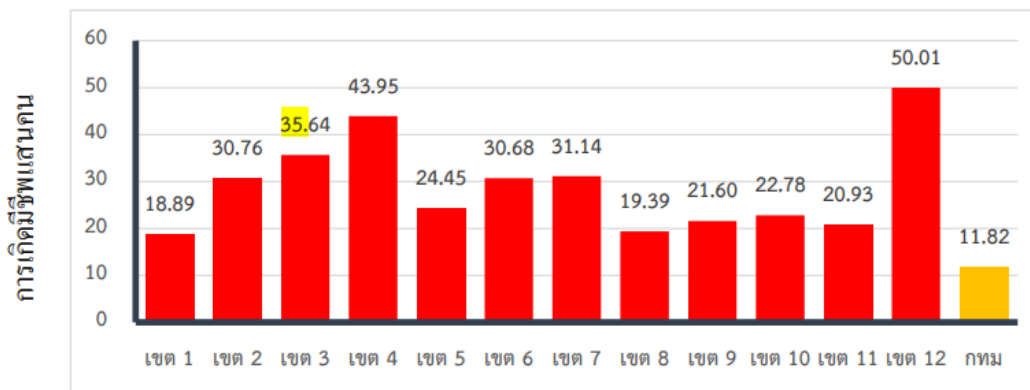


ภาพที่ 8 แผนภูมิแสดงแนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตบริการสุขภาพ<sup>19</sup>



ภาพที่ 9 แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทย จำแนกรายเขตบริการสุขภาพ ปี 63,64 ในช่วงเวลาเดียวกัน<sup>18</sup>

อัตราส่วนการตายมารดา เดือนตุลาคม 63 – เดือนกรกฎาคม 64



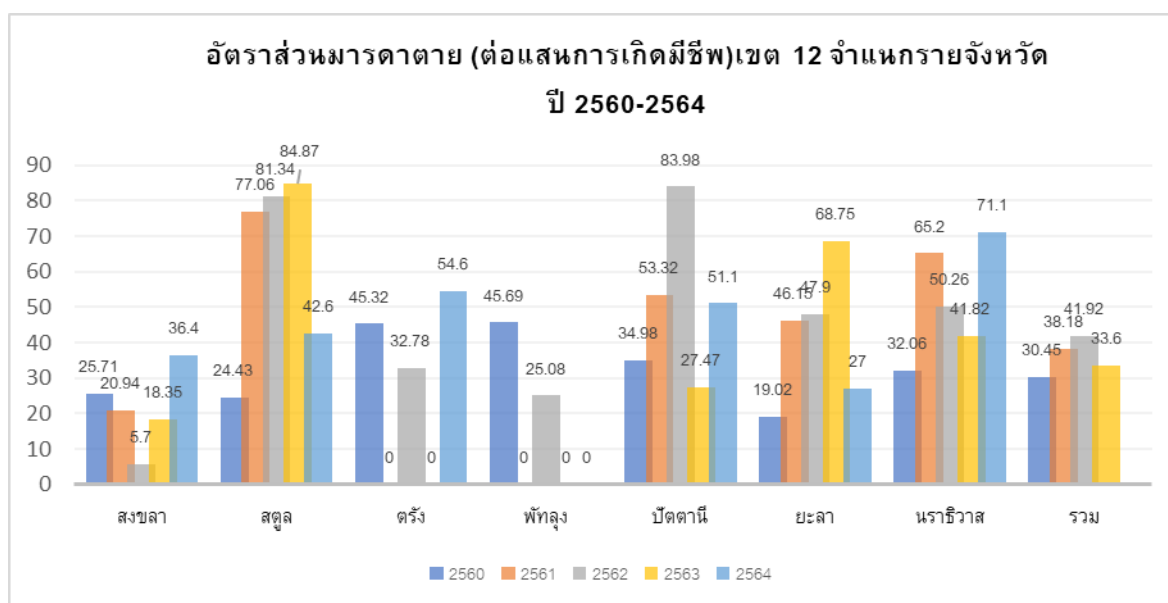
แผนภูมิที่ 1 อัตราส่วนการตายมารดา เดือนตุลาคม 63 – เดือนกรกฎาคม 64<sup>20</sup>

[https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2564-S/IDC1\\_6/opdc\\_2564\\_IDC1-6\\_02.pdf](https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2564-S/IDC1_6/opdc_2564_IDC1-6_02.pdf)

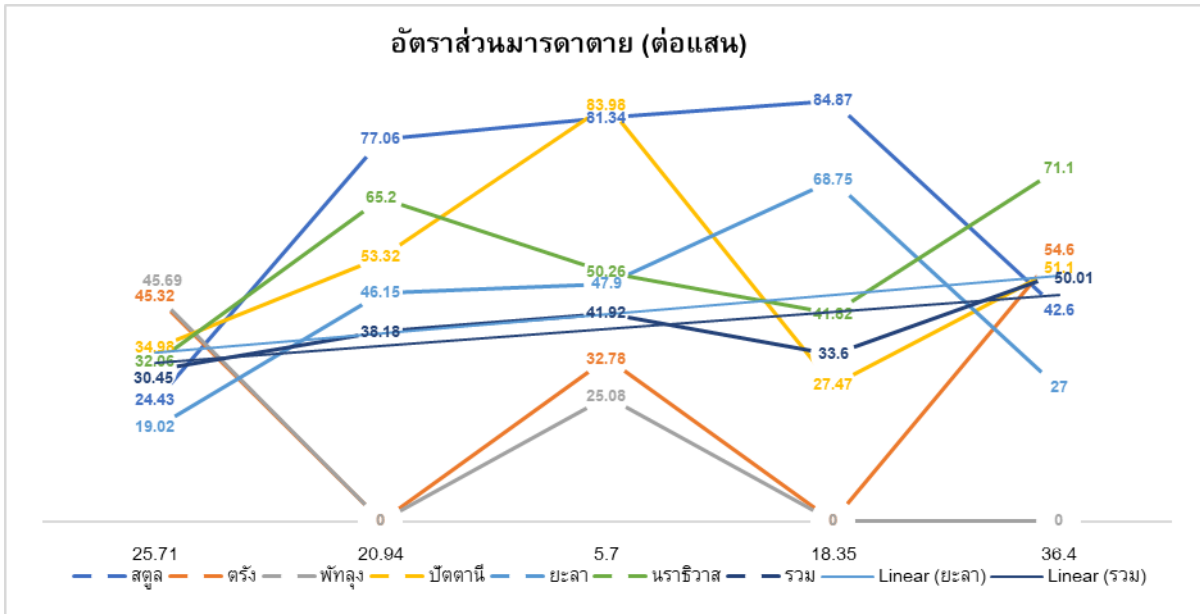
จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (Maternal Death Surveillance and Response, MDSR) (MDSR System) ซึ่งมีเป้าหมายหลักของการเฝ้าระวังมารดาตาย คือ การลดการตายมารดาจากเหตุที่ป้องกันได้ ผ่านกระบวนการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ใช้กระบวนการเรียนรู้จากการทบทวนหาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการตายมารดาที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Modifiable factors) นำมาพัฒนาให้เกิดข้อเสนอแนะ (Recommendation) เป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำรอยเดิม โดยกรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลักพบว่า อัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศ ที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย และผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือนแรก (ต.ค. 63-มี.ค. 64) ในปีงบประมาณ 2564 จากระบบเฝ้า

ระวังมารดาตาย (MDSR system) พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 25.66 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยใน 2564 ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่า มีเพียง 4 เขตสุขภาพ ที่มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด คือ อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 (10.25) เขตสุขภาพที่ 2 (8.47) เขตสุขภาพที่ 5 (5.12) และเขตสุขภาพที่ 8 (16.00) เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 7 (51.93), 3 (48.28), และ 12 (41.82) ตามลำดับ (ข้อมูลเดือน (ต.ค. 63-มี.ค.64)) และเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันกับปีที่ผ่านมาพบว่า เขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 2, 5, 8 และ 9<sup>18</sup>

อัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานเดือน ต.ค. 63-ก.ค. 64 พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 27.63 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน แสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยใน 2564 ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่าไม่มีเขตสุขภาพใดเลยที่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้คือไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ส่วนเขตสุขภาพที่มีมารดาตายสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 (50.01), 4 (43.95), และ 3 (35.64)<sup>20</sup>

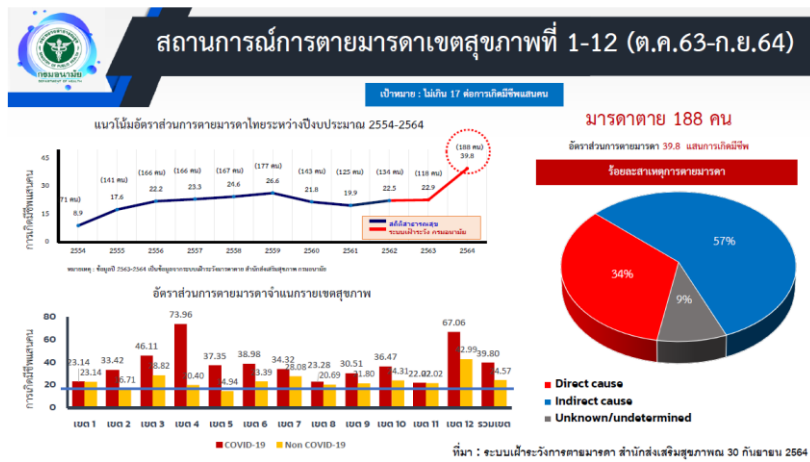


ภาพที่ 10 อัตราส่วนมารดาตาย (ต่อแสนการเกิดมีชีพ)เขต 12 จำแนกรายจังหวัด ปี 2560-2564<sup>21</sup>

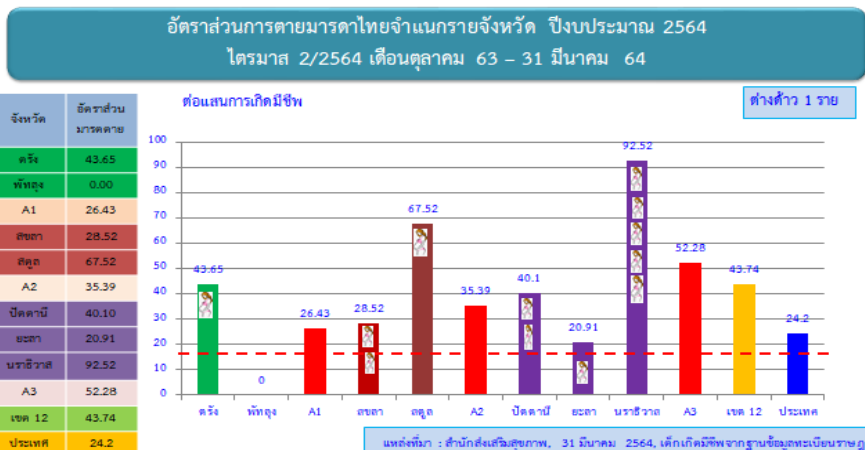
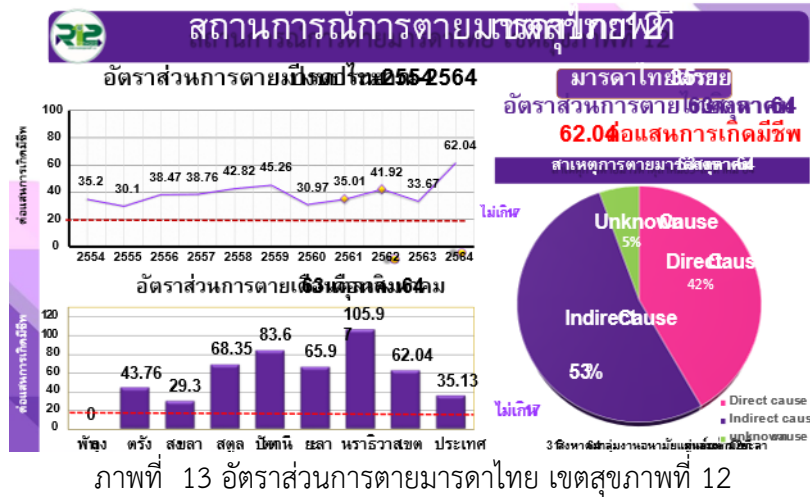


ภาพที่ 11 อัตราส่วนมารดาตาย (ต่อแสน)<sup>21</sup>

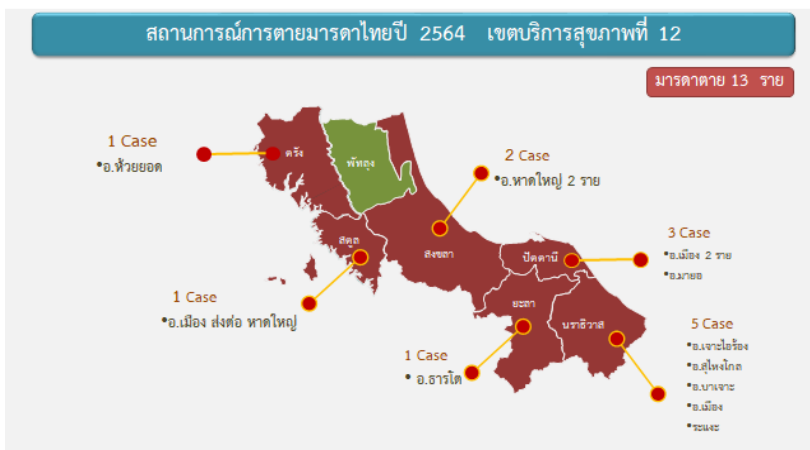
เมื่อพิจารณาในเขตสุขภาพที่ 12 ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของเขต 12 พบว่า จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสตุล เป็นจังหวัดที่มีอัตราส่วนมารดาตายสูงเกินเกณฑ์กำหนดทุกปี และยังมีแนวโน้มที่จะลดลง



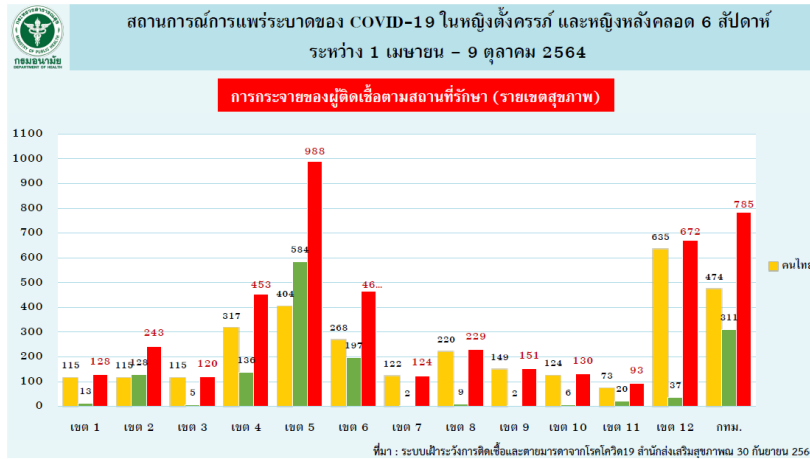
ภาพที่ 12 สถานการณ์การตายมารดา เขตสุขภาพที่ 1-12 (ต.ค.63-ก.ย.64)



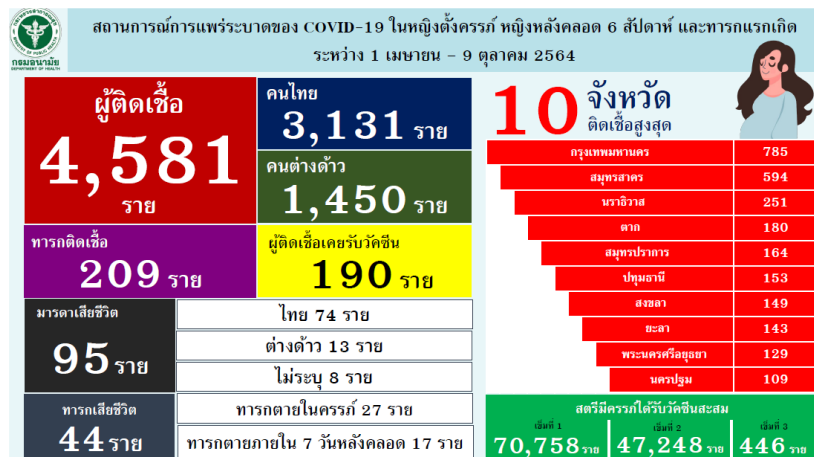
ภาพที่ 14 อัตราส่วนการตายมารดาไทย เขตสุขภาพที่ 12 จำแนกรายจังหวัด



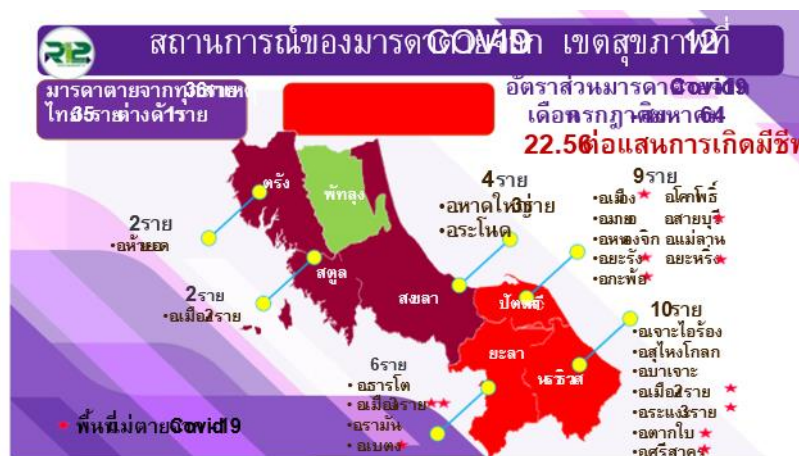
ภาพที่ 15 สถานการณ์การตายมารดาไทยปี 2564 เขตบริการสุขภาพที่ 12



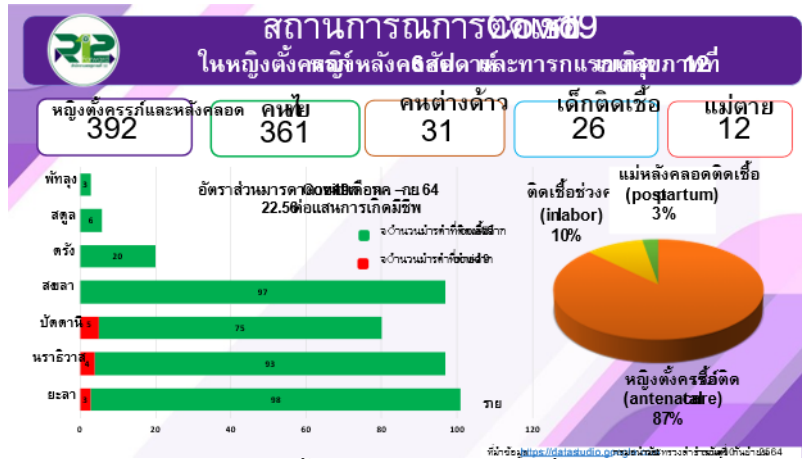
ภาพที่ 16 สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด ระหว่างวันที่ 1 เม.ย.-9 ต.ค. 64 (การกระจายของผู้ติดเชื้อตามสถานที่รักษา)



ภาพที่ 17 สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด ระหว่างวันที่ 1 เม.ย.-9 ต.ค. 64



ภาพที่ 18 สถานการณ์ของมารดาตาย COVID-19 เขตสุขภาพที่ 12



ภาพที่ 19 สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 12



ภาพที่ 20 ความรุนแรงของอาการ หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ COVID-19



ภาพที่ 21 สถานการณ์เด็กอายุ 0-5 ปี ติดเชื้อ COVID-19 เขตสุขภาพที่ 12



## 2.2 สถานการณ์ระดับเขตบริการสุขภาพที่ 12

### สถานการณ์การตายของมารดาเขต 12 ปี 2564 (ตุลาคม-31 มีนาคม 2564)<sup>22</sup>

เขตสุขภาพที่ 12 แบ่งเขตการดูแลเป็น 3A โดย A1 ประกอบด้วย จังหวัดตรัง และพัทลุง มีอัตราส่วนมารดาตาย 26.34 ต่อแสนการเกิดมีชีพ A2 ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา และสตูล มีอัตราส่วนมารดาตาย 35.39 ต่อแสนการเกิดมีชีพ A3 ประกอบด้วยจังหวัด 3 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส มีอัตราส่วนมารดาตาย 52.28 ต่อแสนการเกิดมีชีพ มีอัตราตายสูงทุกปี และอัตราส่วนมารดาตาย 43.24 ต่อแสนการเกิดมีชีพ มีมารดาเสียชีวิต จำนวน 13 ราย จากสาเหตุทางตรง จำนวน 6 ราย (46.15%) Amniotic Embolism (ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดดำในปอด) 2 ราย Transfusion related acute lung injury (TRALI) (ภาวะที่ปอดได้รับบาดเจ็บเฉียบพลันหลังจากได้รับเลือด และส่วนประกอบของเลือดภายใน 6 ชั่วโมง) PIH และ Acute fatty liver (Pregnancy-induced hypertension: PIH ภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์) Acute fatty liver ภาวะไขมันเกาะตับเฉียบพลัน 2 ราย สาเหตุทางอ้อม จำนวน 6 ราย (53.84%) Severe SLE (Systemic Lupus Erythematosus รุนแรง SLE คือ โรคที่เกิดจากมีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน) CHT (Congenital Hypothyroidism ภาวะบกพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน) Prosthetic valve thrombosis (การเกิดลิ่มเลือดลิ้นหัวใจเทียม) Epilepsy (โรคลมชัก) ไม่ทราบสาเหตุ 1 ราย (7.69%) ในจำนวน 13 ราย พบว่า เสียชีวิตที่บ้าน 3 ราย สาเหตุส่วนหนึ่ง คือ ผู้รับบริการขาดการบริการติดตามเชิงรุกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลวิเคราะห์ Three delay Model พบว่า Delay in seeking care 38.10% พบว่า มารดาขาด Health Literacy ไม่ให้ความสำคัญกับสุขภาพตนเอง ชีต ไม่รับประทานยาบำรุงเลือด Poor compliance (การปฏิบัติตัวไม่ดี) ไม่ควรตั้งครรภ์เนื่องจากมีความเสี่ยงสูง ปฏิเสธการรักษา ขอลกลับบ้าน ปฏิเสธการผ่าตัด ไม่มาตามนัด ไม่ทานยา ความเชื่อ และ Delay in receiving adequate health care (ความล่าช้าในการได้รับบริการที่ถูกต้องและมีคุณภาพ) 69.90% พบว่า ความล่าช้าในการได้รับบริการที่ถูกต้องและมีคุณภาพ ที่ขาดทักษะการดูแลคนไข้ ภาวะช็อค การให้การรักษาไม่เหมาะสมการให้เลือดไม่มีข้อบ่งชี้ ระบบการบริหารจัดการยาไม่พร้อม รถฉุกเฉินไม่พร้อมใช้อุปกรณ์หมดอายุ ทักษะและความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการช่วยชีวิตไม่ตามมาตรฐานไม่เพียงพอ การจำหน่ายผู้ป่วยเร็วเกินไป ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (ไม่ได้รับยา warfarin ก่อนจำหน่ายจาก รพ.) ความล่าช้าในการส่งต่อ ระบบการส่งต่อระหว่าง รพช. รพท. และรพศ. การสื่อสารข้อมูลไม่เชื่อมโยง ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (COC) ไม่ได้คุณภาพในติดตามหลังคลอด (คนไข้ที่มีประวัติครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe pre-eclampsia) ขาดการติดตามหลังคลอด) ความไม่พร้อมของทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ช่วยเหลือในสถานการณ์วิกฤติ

ทุกจังหวัดมีระบบเฝ้าระวัง ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา และมีระบบติดตามวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตาย มีมาตรการลดการตายมารดาที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่และแนวทางปฏิบัติ (Recommendation) เพื่อแก้ไขปัญหา และป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ เพื่อลดมารดาตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด การค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early detection) ในราย placenta adherence ป้องกัน Uterine atony ในห้องคลอด และวางแผนการผ่าตัดคลอด ใน รพ.จังหวัด ปรับ CPG ป้องกันมารดาตาย PPH PIH Standing order for PPH/ PIH fast track for รพช.

และแนวทางการให้ยา uterotonic agents ในการรักษาตกเลือดหลังคลอด ในปี 2564 ไม่มีมารดาตายจากการตกเลือด แต่มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และโรคทางอายุรกรรมตั้งครรภ์มากขึ้น แต่การส่งรายงานการตายมารดาส่วนใหญ่ ยังล่าช้า ไม่ตามกำหนดเวลาเพราะต้องรอแพทย์ สรุปรายงานการวิเคราะห์ระดับเขตลงในแบบวิเคราะห์การตายมารดา พบว่า มีตัวชี้วัดบางตัวไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีมารดาตายหลังคลอด และผลจากการเยี่ยมหลังคลอดเขต 12 ไม่ได้ตามเป้าหมายได้ ร้อยละ 69.54 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 77.77 แต่จากการสุ่มลงพื้นที่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับยาไตรเพอร์ดีนครบ ร้อยละ 100 สาเหตุเกิดจากการกำหนด template และการดึงข้อมูลจากส่วนกลางช้าซ้อน ซึ่งอยู่ระหว่างการปรับปรุง สำหรับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทั้งจังหวัดทำได้ไม่เกินเป้าหมาย ร้อยละ 14.02 พบ ชีตสูงสุดที่จังหวัดปัตตานี ร้อยละ 19.98 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ 12 ไตรมาส 2 ปี 2564<sup>21</sup>

อำเภอ	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์
เป้าหมาย	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	ร้อยละ 16
สงขลา	87.89	88.31	78.12	68.51	16.29
สตูล	92.46	78.59	89.39	63.92	13.14
ตรัง	82.98	81.94	75.57	79.84	7.51
พัทลุง	84.21	75.23	82.5	81.23	10.37
ปัตตานี	82.96	83.24	73.44	71.22	19.98
ยะลา	87.8	77.91	79	76.63	12.83
นราธิวาส	84.71	80.16	73.41	70.96	13.74
รวม	<b>85.91</b>	<b>75.98</b>	<b>77.05</b>	<b>72.32</b>	<b>15.16</b>
ประเทศ	<b>82.23</b>	<b>88.31</b>	<b>69.54</b>	<b>77.77</b>	<b>14.02</b>
ผ่าน/ไม่ผ่าน	/	/	x	x	/

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 25 มีนาคม 64 )

เมื่อวันที่ 19 ต.ค. 2564 กระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปข้อมูล 6 เดือน พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ COVID-19 สะสม 4,778 คน เสียชีวิต 78 คน ส่วนใหญ่อยู่ใน กทม.ปริมณฑล และ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ส่วนทารกในครรภ์เสียชีวิต 46 คน พบหญิงตั้งครรภ์ 95% ไม่ได้ฉีดวัคซีน ทัวโลกมีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ

COVID-19 พบว่าสัดส่วนการเสียชีวิตสูงขึ้นกว่าภาวะปกติถึง 50-60% และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในหลายประเทศ ในยุโรปและสหรัฐอเมริกาพบ 25% ส่วนไทย ตั้งแต่ ต.ค.63-ก.ย.64 มีหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตทั้งหมด 192 คน จำนวนนี้เสียชีวิตจาก COVID-19 ถึง 78 คน คิดเป็น 38% ซึ่งถือว่าสูงมาก ทารกติดเชื้อจากแม่ 226 คน หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต 95 คน ทารกที่อยู่ในครรภ์เสียชีวิต 46 คน

จากการทบทวนและวิเคราะห์การตายมารดา พบประเด็นปัญหาที่ทำให้งานลดการตายมารดาไม่บรรลุเป้าหมาย คือ การวินิจฉัยและรักษาล่าช้า หญิงตั้งครรภ์/ครอบครัวขาดความรู้ (Health Literacy) ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ทำให้ตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า หญิงตั้งครรภ์รับวัคซีนไม่ครอบคลุม ทำให้หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อและตายจาก COVID-19 เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์กังวลเรื่องความปลอดภัยของวัคซีน และประสิทธิภาพของวัคซีน ขาดความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนทางสื่อสังคมออนไลน์ การขาดความตระหนักคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงและมีโอกาสติดเชื้อน้อย วัคซีนไม่เพียงพอ การกระจายวัคซีนให้กลุ่มที่มีโรคประจำตัวยังไม่ครอบคลุม บุคลากรบางส่วนยังขาดความเชื่อมั่นในวัคซีน ระบบกำกับติดตามเยี่ยมหลังคลอดไม่มีคุณภาพ และขาดการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามกระบวนการของระบบ MDSR system

จากการทบทวนและวิเคราะห์การตายมารดา พบประเด็นปัญหาที่ทำให้งานลดการตายมารดาไม่บรรลุเป้าหมาย<sup>20</sup> ดังนี้

1. การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดการติดเชื้อและการตายเนื่องจากการติดเชื้อ เพิ่มมากขึ้น พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ COVID-19 ติดเชื้อ 1,801 ราย ปอดอักเสบ 395 ราย เสียชีวิต 31 ราย และการติดเชื้อและการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น

2. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดโรค COVID-19 มีความเสี่ยงที่โรคจะรุนแรงกว่าคนทั่วไป มีโอกาสต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive care unit, ICU) เพิ่มขึ้น 3 เท่า การใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) เพิ่มขึ้น 2.9 เท่า

3. การติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มความเสี่ยงต่อผลการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ เลือดแข็งตัวผิดปกติ กระตุ้นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม (เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง) ให้มีความรุนแรงมากขึ้น คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ มีโอกาสเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า และน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้น 9 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ไม่ติดเชื้อ(2)ส่งผลให้การตายมารดาเพิ่มขึ้น

4. เข้าสู่ระบบบริการได้ยากและล่าช้า เมื่อการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบบริการได้ยากและล่าช้า และหากโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ห้องคลอดหลายๆ แห่งต้องปิดให้บริการเนื่องจากการติดเชื้อของบุคลากร หรือแม้กระทั่งจำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้ารับบริการได้

5. หญิงตั้งครรภ์/ครอบครัว ตัดสินใจเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลล่าช้า เนื่องจากปัญหาทางสังคม และครอบครัวขาดความตระหนักรู้ ในการเฝ้าระวังและดูแลตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การขาดทักษะ ความชำนาญ ในการคัดกรอง ณ จุดคัดกรองผู้รับบริการที่เข้าข่ายสงสัยติดเชื้อ

6. ขาดทีมแพทย์ที่มีความชำนาญในการวินิจฉัย และดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ มีความล่าช้าในการตัดสินใจปรับแผนการรักษา รวมทั้งขาดช่องทางขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่สามารถติดต่อประสานงานขอคำปรึกษา และการส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง

7. การบริหารจัดการเกิดความผิดพลาดที่จุดคัดกรอง ระบบติดตามผู้ป่วยที่ติดเชื้อกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีความล่าช้า การส่งต่อผู้ป่วยภาวะวิกฤตไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

### 2.3 การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในการแก้ปัญหาเพื่อลดการตายมารดา<sup>20</sup>

1) พัฒนาระบบบริการ จัดระบบเครือข่ายการดูแลและส่งต่อในเขตกรุงเทพมหานครที่ชัดเจน กำหนดโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย พร้อมทั้งบังคับใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งภาครัฐและเอกชน สื่อสารสร้างความเข้าใจแก่โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ให้เห็นความสำคัญของการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการรุนแรง เน้นให้มีช่องทางการส่งต่อแบบ fast track เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Teleconsultation) ในกรณีหญิงตั้งครรภ์มีอาการบ่งชี้ เช่น มีไข้ ไอ น้ำมูก ให้ทำการตรวจ PCR ในหญิงตั้งครรภ์ทันที โดยออกผลการตรวจแบบเร่งด่วน ในกรณีหญิงตั้งครรภ์มีความจำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัว ณ รพ.ให้ตรวจ PCR ทุกราย เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อแก่หญิงตั้งครรภ์รายอื่น เนื่องจากปกปิดข้อมูล วางแผนการดูแลและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด กำหนด Individual plan ที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของอาการ พร้อมรักษาการตัดสินใจที่รวดเร็วในกรณีฉุกเฉิน การยุติการตั้งครรภ์ในกรณี severe pneumonia หรืออยู่ในภาวะวิกฤต ให้ถือประโยชน์ที่จะเกิดกับหญิงตั้งครรภ์เป็นหลัก ทั้งนี้ให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย การติดเชื้อโควิด-19 ไม่ใช่ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด แต่การผ่าตัดคลอดช่วยให้สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยได้ดีและง่ายขึ้น ดังนั้น การผ่าตัดคลอดขึ้นอยู่กับวิจาร์ณญาณและแนวปฏิบัติของหน่วยบริการ เพื่อประโยชน์สูงสุดของหญิงตั้งครรภ์ จัดตั้ง Multidisciplinary consultation ระดับเขต ผ่านระบบ Online ในการดูแล โดยมี MCH Board เขตเป็นเจ้าภาพในการจัดตั้ง group line consult ผู้เชี่ยวชาญระดับเขต เพื่อปรึกษาข้อมูลการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 แบบรายวัน/รายเคส แก่ทีมภายในเขต ประกอบด้วย สูติแพทย์ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ สหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายภายในพื้นที่ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19

2) การสื่อสารสร้างความรอบรู้ สร้างความตระหนักรู้ให้หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชน ในการป้องกันโรคโควิด-19 กรมวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดทำสื่อในรูปแบบต่างๆ เผยแพร่สื่อสารแก่ประชาชน ให้เกิดความเข้าใจว่าหญิงตั้งครรภ์ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงได้หากติดเชื้อ สื่อสารขอความร่วมมือสถานประกอบการ ให้เห็นความสำคัญของการลดการทำงานของหญิงตั้งครรภ์ ณ สถานที่ตั้ง หรือลดการทำงานที่ต้องพบปะคนจำนวนมาก โดยการปรับเปลี่ยนหน้าที่ให้ทำงานในส่วนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยลง

3) การฉีดวัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์ รมรงค์ ประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์ให้ครบถ้วน สร้างความเชื่อมั่นในการฉีดวัคซีนที่มีการจัดสรรในปัจจุบัน และเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนในคลินิกฝากครรภ์ จัดช่องทางพิเศษในการรับวัคซีนให้แก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ลดการรวมตัวหรือสัมผัสกับผู้รับวัคซีนทั่วไป มีการติดตามอาการข้างเคียง และผลของการตั้งครรภ์ในระยะยาว พื้นที่บริหารจัดการวัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยพิจารณาจัดลำดับความสำคัญเช่นเดียวกับบุคคลเสี่ยง 7 กลุ่มโรค และมีการให้ข้อมูลผลประโยชน์และความเสี่ยงก่อนตัดสินใจ ติดตามอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์จากการการฉีดวัคซีน COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์และให้ครบถ้วน และการคลอด

4) ทบทวนและวิเคราะห์แนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยโรคโควิด-19

5) จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากร

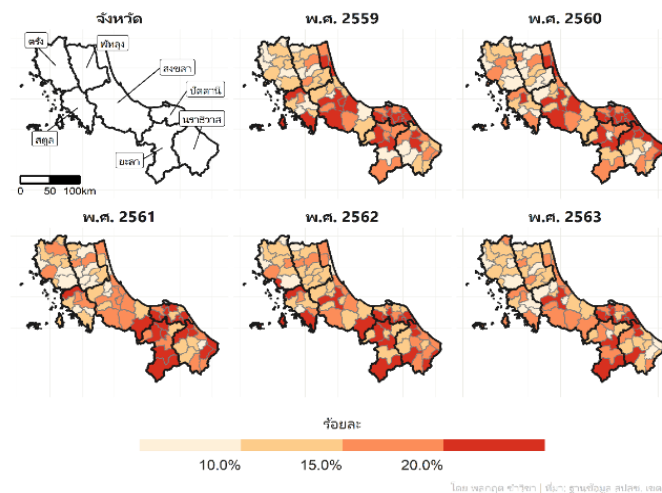
วนิดา สุขชี และคณะ (2563) ได้ศึกษาการป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12: รูปแบบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการบริหารงานสาธารณสุข และมีประสบการณ์ด้านแม่และเด็ก จำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปประเด็น ผลการวิจัยพบว่า การป้องกันมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 12: รูปแบบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการบริหารงานสาธารณสุข ประกอบด้วยมาตรฐานการดำเนินงาน 9 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ทิศทางการนำ 2) การวางแผนกลยุทธ์ 3) ทรัพยากรบุคคล 4) มาตรฐานการดำเนินงาน 5) การจัดการความเสี่ยงและการออกแบบระบบที่สำคัญ 6) เชิงรุกและภาคีเครือข่าย 7) ข้อมูลสารสนเทศ 8) การจัดการความรู้ Health Literacy และ 9) ผลลัพธ์และกระบวนการพัฒนา ผลการวิจัยสะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานเพื่อให้ได้คุณภาพมาตรฐาน

#### 2.4 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก คือ ภาวะที่ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัม% หรือปริมาตรอัดแน่นเม็ดเลือดแดงต่ำกว่า 33% ภาวะซีดทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อบ่อย เพิ่มอันตรายและอัตราการตายของมารดาสูงขึ้น โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ผลต่อทารกมักพบร่วมกับทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ทารกตายในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย ทำให้อันตรายและอัตราการตายทารกสูงขึ้น

## ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ในเขต 12<sup>25</sup>

ร้อยละของการมีภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ในเขตสุขภาพที่ 12  
ข้อมูลจากปีงบประมาณ 2559 - 2563 [เกณฑ์ สบ. <20]



ภาพที่ 22 ร้อยละการมีภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ในเขตสุขภาพที่ 12<sup>25</sup>

ข้อมูลจาก health data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 12 ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ปี 2561-2563 มีจังหวัดพัทลุงจังหวัดเดียวที่ความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์สูงไม่เกินร้อยละ 20 ในทุกพื้นที่อำเภอของทุกปี อำเภอที่มีความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์สูงเกินร้อยละ 20 (สีแดงเข้ม) ในปีงบประมาณปี พ.ศ. 2560 2561 และ 2562 ได้แก่ อำเภอกะพ้อ อำเภอโคกโพธิ์ อำเภอทุ่งยางแดง อำเภอแม่ลาน อำเภอยะรัง อำเภอยี่งอ อำเภอสายบุรี อำเภอทุ่งหว้า อำเภอยะหา อำเภอบาเจาะ อำเภอเบตง อำเภอเมืองยะลา และอำเภอสะบ้าย้อย โดยข้อมูลมีความชัดเจนที่สุดว่ามีความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์สูงในพื้นที่ดังกล่าว เนื่องจากข้อมูลทั้ง 3 ปี งบประมาณใกล้เคียงกันได้สมบูรณ์ที่สุด

### 3. วัคซีนในเด็ก

ประชากรณ์ หลังปูเต๊ะ และคณะ (2563) ผลสำรวจในปี 2559 พบว่า เด็กอายุ 1-2 ปีมีเพียงร้อยละ 71.6 ที่ได้รับวัคซีนครบ และลดลงเหลือร้อยละ 68 ในกลุ่มอายุ 2-3 ปี ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกชนิดในกลุ่มเด็กตามเขตรอยต่อชายแดน โดยเฉพาะพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้อยู่ที่ร้อยละ 30-60 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 90 ทำให้เกิดการระบาดของโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนสูงสุด และเป็นเหตุให้มีการเสียชีวิตและเกิดความพิการ

การศึกษาพบปัจจัยที่มีผลต่อการนำเด็กมารับวัคซีน และการพัฒนาระบบบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรค ได้แก่ การกลัวผลข้างเคียงของวัคซีน และประสบการณ์ทางลบเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีน โดยเฉพาะอาการไข้หลังรับวัคซีน เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ปกครองไม่นำบุตรหลานมารับวัคซีนมากที่สุด สาเหตุรองลงมาคืออาการบวมแดงบริเวณที่ฉีด ผลข้างเคียงจากการได้รับวัคซีนในเด็กดังกล่าว ทำให้ผู้ปกครองเครียด วิตกกังวล และส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจครอบครัวอีกด้วย เนื่องจาก

ต้องหยุดทำงานเพื่อดูแลบุตรหลานที่มีอาการดังกล่าว **ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน** พบว่าสาเหตุที่ผู้ปกครองปฏิเสธวัคซีน เนื่องจากมีความสงสัยในส่วนของประกอบของวัคซีน หรือมีการรับรู้ที่วัคซีนนั้นไม่ปลอดภัย ในขณะที่ผู้ปกครองที่นำเด็กมารับวัคซีนนั้น มีความเชื่อว่าหากไม่ได้รับวัคซีนทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และหากเกิดโรคก็จะมีอาการรุนแรงมาก ผู้ปกครองที่นำบุตรหลานไปรับวัคซีนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า บุตรหลานสมควรฉีดวัคซีน เพราะเป็นสิ่งที่ดีและสามารถป้องกันโรคได้ สิ่งที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับวัคซีนของผู้ปกครองเกี่ยวข้องกับภาษาที่ใช้สื่อสารในพื้นที่ซึ่งเป็นภาษามลายูนั้น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรือวัคซีนจากหน่วยงาน หรือบุคลากรสาธารณสุขซึ่งใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่ำ ในขณะที่ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูงกลับพบว่า สื่อต่างๆ รวมทั้งสื่อโซเชียลมีเดีย มีอิทธิพลต่อการปฏิเสธวัคซีนของผู้ปกครอง เนื่องจากได้รับข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับวัคซีนจากกลุ่มต่อต้านวัคซีน เป็นต้น การนำเด็กไปฉีดวัคซีน อาจไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียวในการตัดสินใจ ดังเช่น บริบท วัฒนธรรมในพื้นที่ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต วิถีชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีน อีกทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชน เป็นกลุ่มพิเศษที่มีบทบาทสำคัญในการแก้ไขหรือซ้ำเติมปัญหาของการปฏิเสธการรับวัคซีนของประชาชน **พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่และระบบบริการ** ปัจจัยนี้มีผลต่อการที่ผู้ปกครองจะนำบุตรหลานมารับวัคซีน โดยพบว่า ผู้ปกครองให้ความสำคัญกับการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน รวดเร็ว ยิ้มแย้ม แจ่มใส เข้าใจและใส่ใจผู้รับบริการ เนื่องจากพฤติกรรมบริการเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ปกครองรู้สึกมั่นใจและพึงพอใจที่จะนำบุตรหลานมารับวัคซีน ความสัมพันธ์ที่ไม่น่าเชื่อถือ หรือไม่ไว้วางใจกันระหว่างชาวบ้านกับบุคลากรสาธารณสุข สืบเนื่องจากพฤติกรรมบริการและการสื่อสารที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของวัฒนธรรมพื้นที่ ส่งผลต่อการนำบุตรหลานมารับวัคซีนของผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดบริการของเจ้าหน้าที่ที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนมีผลต่อการนำบุตรหลานไปรับวัคซีน เช่น การกำหนดให้มีวันฉีดวัคซีนเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เฉพาะในช่วงเช้าเท่านั้น ซึ่งเป็นช่วงของการทำงาน และปัญหาทางให้บริการวัคซีน คือ จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ขาดความรู้การบริหารงบประมาณ และแบ่งพื้นที่ รับผิดชอบไม่เหมาะสม เป็นเหตุให้ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในพื้นที่ต่ำ

### 3.1 ความไม่ครบถ้วนของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 5 ปี<sup>25</sup>

ข้อมูลการได้รับการฉีดวัคซีนในเด็กอายุ 5 ปี จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 ซึ่งประกอบด้วยวัคซีน BCG MMR OPV DTPHB LAJE RV1 RV2 DTP HBV และ JE ตามลำดับ โดยพิจารณาความครบถ้วนจากการได้รับวัคซีน ดังนี้

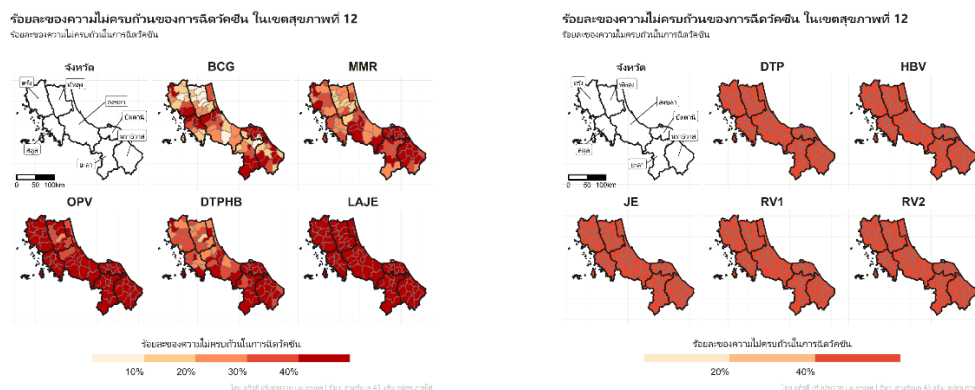
ตารางที่ 3 ชนิดวัคซีน และจำนวนครั้งของความครบถ้วนในการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 5 ปี

ชนิดวัคซีน	ชื่อย่อ วัคซีน	จำนวนครั้งของ การได้วัคซีน
วัคซีนสำหรับวัณโรค	BCG	1 ครั้งเมื่อแรกเกิด
วัคซีนป้องกันโรคคางทูม หัด และหัดเยอรมัน	MMR	2 ครั้ง
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ	OPV	5 ครั้ง
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรน	DTP	5 ครั้ง
วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตัวยักเสปบีและโรคติดเชื้อฮิบ	DTPHB	3 ครั้ง
วัคซีนไข้มองอักเสบเจีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์	LAJE	2 ครั้ง
วัคซีนโรคไข้มองอักเสบเจีชนิดเชื้อตาย	JE	3 ครั้ง
วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี	HBV	3 ครั้ง
วัคซีนไวรัสโรต้า ชนิดหยอด 2 ครั้ง	RV1	2 ครั้ง
วัคซีนไวรัสโรต้า ชนิดหยอด 3 ครั้ง	RV2	3 ครั้ง

คำนวณร้อยละของความไม่ครบถ้วนของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิด โดยคำนวณจากจำนวนเด็ก 5 ปีที่ได้รับวัคซีนครบต่อจำนวนเด็กอายุ 5 ปีทั้งหมดที่มารับวัคซีน แบ่งกลุ่มร้อยละของความไม่ครบถ้วนในแต่ละอำเภอสำหรับเด็กที่ได้รับวัคซีน BCG MMR OPV DTPHB และ LAJE

อำเภอที่เด็กอายุ 5 ปี ได้รับการฉีดวัคซีน BCG ไม่ครบถ้วนสูงสุด คือ อำเภอจะนะ (90%) รองลงมา คือ อำเภอศรีสาคร (85%) อำเภอสุไหงปาดี (83%) และ อำเภอบาเจาะ (81%) ทั้งหมดอยู่ใน จังหวัดนราธิวาส สำหรับวัคซีน MMR อำเภอที่ไม่ครบถ้วนสูงสุด คือ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา (79%) รองลงมา คือ อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี (64%) อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส (63%) อำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส และ อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี มีร้อยละเท่ากัน คือ 61% ตามลำดับ สำหรับวัคซีน OPV อำเภอที่ครบถ้วนสูงสุด คือ อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี (96%) รองลงมา คือ อำเภอสายบุรีและอำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี ร้อยละเท่ากัน คือ 94% และอำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส (92%) ตามลำดับ สำหรับวัคซีน DTPHB อำเภอที่ไม่ครบถ้วนสูงสุด คือ อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี (83%) รองลงมา คือ อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส (81%) อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี (80%) และอำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี (76%) ตามลำดับ สำหรับวัคซีน LAJE อำเภอที่ไม่ครบถ้วนสูงสุด คือ อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี (97%) รองลงมาคือ อำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส (95%) และอำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี (93%) ตามลำดับ โดยสรุป การได้รับวัคซีน BCG MMR และ DTPHB ไม่ครบถ้วนของเด็กอายุ 5 ปี พบสูงในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ส่วนวัคซีน OPV และ LAJE พบว่าได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วนสูงในทุกจังหวัด





ภาพที่ 23 ร้อยละของความไม่ครบถ้วนในการฉีดวัคซีน BCG MMR OPV DTPHB และ LAJE DTP HBV JE RV1 และ RV2 ในเด็กอายุ 5 ปี แยกตามรายอำเภอในแต่ละจังหวัด<sup>25</sup>

ส่วนใหญ่เด็กอายุ 5 ปี ได้รับการฉีดวัคซีน DTP, HBV และ JE ไม่ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 85 ในทุกอำเภอของทุกจังหวัด เด็กอายุ 5 ปี ได้รับการฉีดวัคซีน RV1 และ RV2 ไม่ครบถ้วนร้อยละ 100 ในทุกอำเภอของทุกจังหวัด<sup>22</sup>

1. ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
2. ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า
3. ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ
4. ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
5. ร้อยละ 62 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงติสมส่วน

#### 4. สถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 12<sup>22</sup>

ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 12 ดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM เดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน 2563 เด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ครอบคลุมร้อยละ 93.18 โดยเมื่อแยกเป็นรายจังหวัดพบว่า ส่วนใหญ่สามารถคัดกรองพัฒนาการได้ตามเป้าหมาย โดยมีจังหวัดสตูล คัดกรองได้สูงสุด ร้อยละ 96.93 รองลงมาคือ ตรัง ร้อยละ 96.89 โดยมีจังหวัดที่คัดกรองที่ยังได้ต่ำกว่าเป้าหมาย คือ จังหวัดสงขลาร้อยละ 89.61 และนราธิวาส ร้อยละ 89.53 พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 25.54 โดยจังหวัดส่วนใหญ่คัดกรอง พบสงสัยล่าช้าตามเป้าหมายโดยพบสงสัยล่าช้าสูงสุด คือ จังหวัดสงขลา ปัตตานี และพัทลุง (ร้อยละ 27.58, 27.11 และ 25.09 ตามลำดับ) โดยจังหวัดที่พบสงสัยล่าช้าต่ำกว่าเป้าหมาย คือ สตูล ร้อยละ 19.62 การกระตุ้นและติดตามเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าภายใน 30 วัน ดำเนินการติดตามได้ร้อยละ 93.03 ซึ่งจังหวัดส่วนใหญ่ ติดตามได้ตามเป้าหมาย จังหวัดที่ติดตามเด็กให้มาตรวจซ้ำได้สูงสุด คือ จังหวัดปัตตานี สตูล และสงขลา (ร้อยละ 98.44, 95.24 และ 94.23 ตามลำดับ) ในภาพรวมเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 12 มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.03 (ข้อมูล HDC ณ วันที่ 6 มีนาคม 2564)

การเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย ดำเนินการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ (ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง) ครอบคลุมร้อยละ 81.43 จังหวัดที่ดำเนินการได้ครอบคลุมมากที่สุดคือ คือ สตูล ร้อยละ 93.52 เด็กสูงดี

สมส่วน ร้อยละ 61.15 ซึ่งได้ต่ำกว่าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 62 เด็กมีปัญหาทุพโภชนาการ คือ เตี้ย ร้อยละ 14.90 ผอมร้อยละ 6.03 อ้วน ร้อยละ 8.6 ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก 6 เดือน-1 ปี พบร้อยละ 25.8

เด็ก 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 51.74

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 12 (ไตรมาสที่ 1 ปี 2564)

ลำดับ	จังหวัด	คัดกรอง (ร้อยละ)	สงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	ติดตามได้ (ร้อยละ)	สมวัย (ร้อยละ)
เป้าหมาย		มากกว่า 90	ไม่น้อยกว่า 20	ไม่น้อยกว่า 90	85
1	สงขลา	89.61	27.58	94.23	87.77
2	สตูล	96.93	19.62	95.24	95.67
3	ตรัง	96.89	24.95	90.16	93.96
4	พัทลุง	94.21	25.09	92.56	91.77
5	ปัตตานี	95.47	27.11	98.44	94.62
6	ยะลา	95.80	21.67	92.8	94.04
7	นราธิวาส	89.53	27.33	92.28	87.11
เขตสุขภาพที่12		93.18	25.54	94.03	91.31

ที่มา: HDC 6 มีนาคม 2564

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละ การเจริญเติบโตเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 12 (ไตรมาสที่ 1 ปี 2564)

ลำดับ	จังหวัด	ชั่งน้ำหนัก/ วัดส่วนสูง (ร้อยละ)	สูงดีสมส่วน (ร้อยละ)	เตี้ย (ร้อยละ)	ผอม (ร้อยละ)	อ้วน (ร้อยละ)
เป้าหมาย		90	62	ไม่เกิน 12	ไม่เกิน 5.5	ไม่เกิน 9.5
1	สงขลา	82.85	63.11	11.50	4.52	8.84
2	สตูล	93.52	53.28	18.72	7.30	11.22
3	ตรัง	80.63	56.99	16.01	4.63	13.23
4	พัทลุง	88.43	61.04	13.12	5.11	11.90
5	ปัตตานี	88.18	67.52	12.42	5.54	4.44
6	ยะลา	91.34	58.03	18.45	6.68	8.33
7	นราธิวาส	82.96	54.69	19.00	8.73	8.25
เขตสุขภาพที่12		81.43	61.15	14.90	6.03	8.61

ตารางที่ 6 แสดงร้อยละภาวะโลหิตจาง การได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและฟอสฟอรัสในเด็กปฐมวัยจังหวัดสงขลา

ลำดับ	อำเภอ	โลหิตจาง (ร้อยละ)	ได้รับยาเสริม ธาตุเหล็ก(ร้อย ละ)	เด็ก 18 เดือน ฟอสฟอรัส(ร้อยละ)	เด็ก 3 ปีฟอสฟอ (ร้อยละ)
เป้าหมาย		ไม่เกิน 20	80		27
1	สงขลา	27.25	51.74	6.42	38.09
2	สตูล	23.67	85.80	7.35	54.43
3	ตรัง	34.29	70.05	4.68	27.99
4	พัทลุง	13.71	44.68	7.46	41.72
5	ปัตตานี	38.24	80.38	1.64	28.38
6	ยะลา	26.63	54.36	4.07	35.43
7	นราธิวาส	24.61	26.52	5.59	50.29
เขตสุขภาพที่12		25.8		6.42	40.7

ที่มา: HDC 6 มีนาคม 2564

### 5. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ อัตราคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15-19 ปี<sup>22</sup>

อัตราคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2561-2563 พบว่า อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 32.39 27.09 และ 25.17 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และในปี 2563 ยังไม่เกินเป้าหมาย ร้อยละ 27 ที่กระทรวงกำหนด (HDC วันที่ 23 มี.ค. 2564)

ปี 2564 ข้อมูลจาก HDC ไตรมาส 1 (1 ต.ค. 63-31 ธ.ค. 63) มีจำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี คลอดมีชีพจำนวน 659 คน และมีจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 155,647 คน ทำให้อัตราการคลอดอยู่ที่ 24.63 ต่อพัน (ไม่เกิน 27 ต่อพัน) อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 พันคน พบว่า ไตรมาส 1 มีจำนวนหญิง อายุ 10-14 ปี คลอดมีชีพ 20 คน คิดเป็น 0.63 ต่อพัน (ไม่เกิน 1.0 ต่อพัน) การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยังมีข้อมูลตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี และการคุมกำเนิดหลังคลอด หรือแท้งในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี (คุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ และกึ่งถาวร) ดังตารางที่ 7 และ 8

ตารางที่ 7 ข้อมูลร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี (ไม่เกินร้อยละ 13.5)

อำเภอ	จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า	จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20	ร้อยละ
-------	-----------------------	--------------------------	--------

	20 ปี ที่มารับบริการด้วย การคลอด/แท้งบุตร	ปี ที่มารับบริการด้วยการ คลอด/แท้งบุตร ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	
สงขลา	320	51	15.94
สตูล	118	20	16.95
ตรัง	148	15	10.14
พัทลุง	84	6	7.14
ปัตตานี	172	37	21.51
ยะลา	240	40	16.67
นราธิวาส	283	53	18.73
<b>เขตสุขภาพที่ 12</b>	<b>1,365</b>	<b>222</b>	<b>16.26</b>
<b>ระดับประเทศ</b>	<b>17,130</b>	<b>2,368</b>	<b>13.82</b>

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 23 มี.ค. 64

ตารางที่ 8 ข้อมูลร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งได้รับการคุมกำเนิด

อำเภอ	จำนวนหญิงอายุ น้อยกว่า 20 ปี ที่มา รับบริการด้วยการ คลอด/แท้งบุตร	จำนวนหญิงอายุ น้อยกว่า 20 ปี รับ บริการคุมกำเนิด วิธีสมัยใหม่ (ร้อย ละ80)	ร้อยละ	จำนวนหญิงอายุน้อย กว่า 20 ปี รับบริการ คุมกำเนิดวิธีกึ่งถาวร (ร้อยละ 80)	ร้อยละ
สงขลา	320	51	15.94	52	16.25
สตูล	118	20	16.95	32	27.12
ตรัง	148	15	10.14	26	17.57
พัทลุง	84	6	7.14	20	23.81
ปัตตานี	172	37	21.51	4	2.32
ยะลา	240	40	16.67	1	0.42
นราธิวาส	283	53	18.73	10	3.53
<b>เขตสุขภาพที่ 12</b>	<b>1,365</b>	<b>283</b>	<b>20.73</b>	<b>145</b>	<b>10.62</b>
<b>ระดับประเทศ</b>	<b>16,887</b>	<b>6,816</b>	<b>40.36</b>	<b>4,596</b>	<b>27.22</b>

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 23 มี.ค. 64

## 6. กลุ่มวัยทำงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<sup>27</sup>

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปี พบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง

ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 66 มีมติรับรองกรอบการติดตามการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อภายใต้การมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิก เพื่อติดตามแนวโน้มและประเมินความก้าวหน้า ในการดำเนินงาน ซึ่งกรอบดังกล่าวประกอบไปด้วย 9 เป้าหมายระดับโลก และ 25 ตัวชี้วัดระดับโลก ซึ่งครอบคลุมตามปัจจัยหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) เป้าหมายด้านอัตราการตายและอัตราราย
- 2) เป้าหมายด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก ทั้งปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยา และ
- 3) เป้าหมายด้านระบบบริการระดับชาติ โดยวัดความสำเร็จของการดำเนินงานฯ ในปี พ.ศ. 2568 ด้วยการเทียบกับข้อมูลอ้างอิงพื้นฐานในปี พ.ศ. 2553

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อต่ำสุด เมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEARO) จากข้อมูลปี พ.ศ.2559 โรคไม่ติดตอยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรค และอัตราการเสียชีวิต อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2559 หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยและคงที่ในปี พ.ศ. 2561 โดยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุดเท่ากับ 44.3 รายต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ชายสูงกว่าเพศหญิง

ประเทศไทยได้กำหนดตัวชี้วัดสถานการณ์โรคไม่ติดต่อโดยคณะผู้เชี่ยวชาญทางด้านนโยบายผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็นโรค และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 คือ 1) ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิต ที่อายุ 30-70 ปี จากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ลดลงจาก 15.3 % ในปี 2550 เป็น 15.1% และ 14.1 % ในปี

2553, 2557 ตามลำดับ (ที่มา: Thai BOD, IHPP) หากพิจารณาเป็นอัตราตายตามอายุ พบว่า อัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ไทยเพิ่มขึ้นจาก 343.06 ต่อแสนคนในปี พ.ศ.2552 เป็น 355.30 ต่อแสนคนในปี พ.ศ.2556 2) ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น จาก 6.7 ลิตร/คน/ปี จากปี พ.ศ. 2552 เป็น 6.91 และ 6.95 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 (กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง) 3) ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.5 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 19.2 ในปี พ.ศ.2557 (การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย: NHES) 4) การบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากร อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ยังไม่มีการรายงานผลการสำรวจครั้งใหม่ ในปี พ.ศ. 2557 ยังคงใช้ผลการสำรวจ พ.ศ.2552 ที่ 3,246 มก./วัน (NHES) 5) ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ.2557 และร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2560 (การสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่ และดื่มสุรา สำนักงานสถิติแห่งชาติ) 6) ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 (NHES) 7) ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2557 และความชุกของภาวะอ้วนในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.7 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 37.5 ในปี พ.ศ.2557 (NHES) ส่วนตัวชี้วัดที่ 8 และ 9 ยังไม่มีการสำรวจอย่างเป็นทางการ แต่ด้วยระบบการดำเนินงานด้านระบบบริการ สาธารณสุขที่ครอบคลุมรวมถึงระบบหลักประกันสุขภาพที่ดี ประเทศไทยจึงน่าจะบรรลุเป้าหมายทั้งสองข้อนี้ได้

### 6.1 สถานการณ์โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญตามกรอบ 5 มิติ

บททวนจากฐานข้อมูลที่สำคัญหลากหลายฐานในประเทศไทยในอดีตถึงปี พ.ศ.2562 ความชุกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2557 เท่ากับร้อยละ 24.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 1.8 ล้านคน โดยเพศชายมีความชุก และอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศหญิง ภายหลังจากปี พ.ศ.2558 ความชุกของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุก และอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศชาย ภายหลังจากปี พ.ศ.2558 ในปี พ.ศ.2561 ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 36.5 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 49.8 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเช่นกัน แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ 1) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 2) แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) 3) แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน พ.ศ. 2553-2562 4) แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ.2554-2563 5) แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559-2562 6) ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือ

และโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 7) แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 ถึงปี พ.ศ.2558 สถานการณ์ความชุกของปัจจัยเสี่ยงในระดับประชากรที่ลดลง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการกินผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน

## 6.2 ภาวะอ้วนลงพุง และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

ความชุกของภาวะอ้วน ( $BMI \geq 25$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 34.7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 37.5 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.1 ซึ่งสะท้อนถึงความไม่สมดุลของการบริโภค และการมีกิจกรรมทางกาย นอกจากนั้น การบริโภคอาหารที่มากขึ้นยังสะท้อนว่าประชาชนไม่เพียงจะได้รับน้ำตาลและไขมันในปริมาณที่มากขึ้นแล้ว ยังอาจจะได้รับปริมาณเกลือโซเดียมที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ระหว่างปี พ.ศ. 2556–2560 คนไทยบริโภคไขมันเฉลี่ย 45.6 กรัม/คน/วัน เด็กอายุ 6-14 ปี มีแนวโน้มของการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ลดลงจากร้อยละ 12.0 เป็นร้อยละ 7.9 และภายหลังประกาศกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ.2562 ปริมาณไขมันทรานส์เฉลี่ยของทุกผลิตภัณฑ์อยู่ในช่วง 0.09-0.31 กรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค ซึ่งไม่เกินปริมาณที่องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) และองค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้บริโภคต่อวัน นอกจากนั้นปริมาณไขมัน ทรานส์สูงสุดที่พบในทุกผลิตภัณฑ์มีปริมาณลดลงระหว่างปี พ.ศ. 2560–2562 การบริโภคน้ำตาลทรายมีปริมาณใกล้เคียงกันที่ปริมาณ 2.5–2.6 ล้านตันต่อปี และในปีพ.ศ. 2562 คนไทยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ย 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) ต่อวัน โดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง และพบว่าในกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี เป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากที่สุด มาตรการเพิ่มการจำกัดเก็บภาษีน้ำตาลทำให้ธุรกิจเครื่องดื่มมีการปรับตัวโดยปรับสูตรเครื่องดื่ม แต่มาตรการภาษี ดังกล่าวนั้นไม่ครอบคลุมธุรกิจเครื่องดื่มรายย่อย ซึ่งยังมีปริมาณน้ำตาลสูง เช่น ชานมไข่มุก ที่ส่วนใหญ่มีปริมาณน้ำตาลต่อแก้วเกิน 6 ช้อนชา และมีการเติบโตนตาลสูงชัน โดยคนไทยดื่มชานมไข่มุกเฉลี่ย 6 แก้วต่อเดือน

## 6.3 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 12<sup>22</sup>

ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลจากแฟ้ม NCDScreen ข้อมูลผลการดำเนินงานคัดกรองภาวะอ้วน โดยการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 18-59 ปี ในพื้นที่ 7 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 12 พบว่า ประชาชนอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9 กก./ตรม.) เมื่อพิจารณาข้อมูลแยกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดสงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี BMI ปกติ ร้อยละ 40.65, 41.50, 43.06, 38.30, 41.93, 41.13 และ 37.46 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายในทุกจังหวัด (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 50) และในภาพรวมของเขตร้อยละ 40.59 ข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่าสถานการณ์ภาวะอ้วนของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ช่วงอายุ 18-59 ปี ในภาพรวมยังคงเป็นปัญหาของพื้นที่ทั้ง 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 12 และเมื่อพิจารณาข้อมูลความครอบคลุมในการคัดกรองประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ผลการดำเนินงานมีความครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมาย ร้อยละ 90) ในทุกจังหวัด เมื่อแยกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดสงขลา สตูล ตรัง พัทลุง

ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 48.52, 51.27, 59.61, 57.85, 47.25, 48.00, 43.80 ความครอบคลุมของการคัดกรองในภาพรวมของเขต ร้อยละ 49.94 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ข้อมูลประชาชนวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 12 (เป้าหมาย: ร้อยละ 50)

อำเภอ	ประชากรใน เขตรับผิดชอบ อายุ 18-59 ปี	ซึ่งน้ำหนักวัด ส่วนสูง	ร้อยละความ ครอบคลุม	BMIปกติ ( $\geq 18.5$ ถึง $< 23$ )	ร้อยละ
สงขลา	670,830	325,496	48.52	132,308	40.65
สตูล	151,303	77,573	51.27	32,196	41.5
ตรัง	292,967	174,651	59.61	75,199	43.06
พัทลุง	215,048	124,406	57.85	47,653	38.3
ปัตตานี	350,004	165,370	47.25	69,337	41.93
ยะลา	261,318	125,424	48	51,593	41.13
นราธิวาส	379,965	166,424	43.8	62,348	37.46
<b>เขตสุขภาพที่ 12</b>	<b>2,321,435</b>	<b>1,159,344</b>	<b>49.94</b>	<b>470,634</b>	<b>40.59</b>
<b>ประเทศ</b>	<b>26,159,407</b>	<b>14,027,891</b>	<b>53.62</b>	<b>6,719,865</b>	<b>47.90</b>

ที่มา: HDC ณ วันที่ 24 มี.ค. 2564

ข้อมูลสถานการณ์ภาวะอ้วนของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 12 ดังกล่าว สอดคล้องกับข้อมูลผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อม ที่ส่งผลต่อสุขภาพ วัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) เขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2563 ผลการสำรวจในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 12 พบว่า มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.70, 17.30 และ 10.50 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกายของประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี พบว่า มีภาวะ ผอม ปกติ ท้วม อ้วน และอ้วนอันตราย คิดเป็นร้อยละ 7.30, 37.30, 20.70, 23.90 และ 10.80 ตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้น ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และมีความสัมพันธ์กับข้อมูลพฤติกรรมที่พึงประสงค์ พบว่า ประชากรอายุ 15-59 ปี ที่กินผักเพียงพอ (5 ทัพพี/วัน) กินทุกวัน ร้อยละ 37.40 การเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหาร ส่วนใหญ่เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง ร้อยละ 61.30 การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ส่วนใหญ่ ดื่ม 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 58.40 ดื่ม 4-6 วัน/สัปดาห์ และดื่มทุกวัน ร้อยละ 16.80 และ ร้อยละ 8.70 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อมูลพฤติกรรมการ มีกิจกรรมทางกาย พบว่า ร้อยละของประชากรอายุ 15-59 ปี ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 63.60 ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจดังกล่าว จะ



สัมพันธ์กับข้อมูลจากรายงานของระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า อุบัติการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้นๆ ของเขตสุขภาพที่ 12 ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการผลักดัน/ขับเคลื่อนการป้องกันส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการดำเนินงานด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนระบบการกำกับติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน และปรับกลยุทธ์ดำเนินงานการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้เกิดการบูรณาการเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

ข้อมูลการดำเนินงานตัวชี้วัด จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย โดยพิจารณาจากข้อมูลการลงทะเบียนเข้าสู่ระบบลงทะเบียนโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จากการรายงานผลการลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม “ก้าวทำใจ season3” ในระบบรายงาน ฐานข้อมูลครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย ระบบรายงานในแอปพลิเคชันไลน์ “ก้าวทำใจ season 3” โดยปี 2564 กำหนดค่าเป้าหมายระดับประเทศ จำนวน 5,000,000 ครอบครัว ระดับเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 353,907 ครอบครัว โดยกำหนดค่าเป้าหมายจำนวนประชากรในภาพรวม เขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 564,925 คน พบว่า มีผลการดำเนินงาน จำนวน 77,895 คน คิดเป็นร้อยละ 13.79 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มีนาคม 2564) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ข้อมูลผลการลงทะเบียน 10 ล้านครอบครัวไทยฯ + ก้าวทำใจ ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 12 (เป้าหมายปี 2564: 564,925 คน )

จังหวัด	เป้าหมาย ปี 2564	ผลการลงทะเบียน	ร้อยละ
สงขลา	161,884	18,534	11.45
สตูล	36,725	4,001	10.89
ตรัง	72,587	7,548	10.40
พัทลุง	59,273	21,256	35.86
ปัตตานี	82,269	7,662	9.31
ยะลา	61,032	7,401	12.13
นราธิวาส	91,155	11,493	12.61
<b>เขตสุขภาพที่ 12</b>	<b>564,925</b>	<b>77,895</b>	<b>13.79</b>

ที่มา: ข้อมูลรายงานการลงทะเบียนก้าวทำใจ season 3 ณ วันที่ 30 มีนาคม 2564

## 7. กลุ่มสูงอายุ<sup>22</sup>

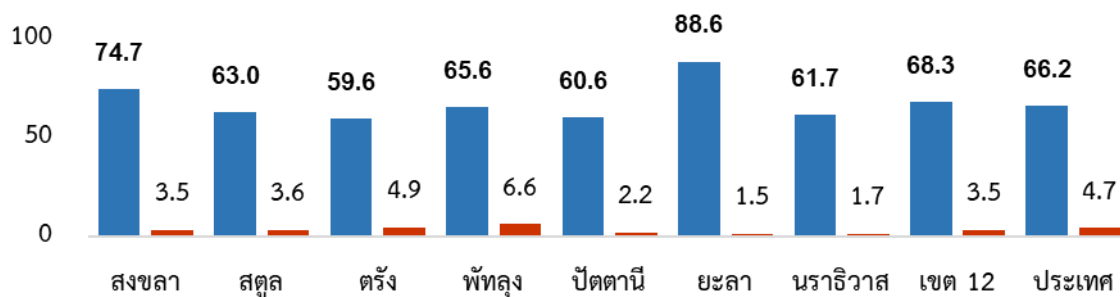
### 7.1 สถานการณ์ด้านประชากรและการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

เขตสุขภาพที่ 12 มีประชากรสูงอายุ จำนวน 631,986 คน คิดเป็นร้อยละ 16.1 จังหวัดที่มี สัดส่วนประชากรสูงอายุสูงสุด ได้แก่ จังหวัดพัทลุง ร้อยละ 22.8 รองลงมา ได้แก่ จังหวัดตรัง ร้อยละ 18.9 และจังหวัดสงขลา ร้อยละ 17.9 สำหรับ 3 จังหวัดตอนล่างในเขต ได้แก่ ปัตตานี ยะลาและ นราธิวาส มีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่ำกว่าจังหวัดตอนบน คือ ร้อยละ 13.2, 12.6 และ 12.1 ตามลำดับ (HDC 4 มี.ค. 64)

ผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวนทั้งหมด 473,987 คน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 631,986 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 พบว่า เป็น กลุ่มที่ 1 (ช่วยเหลือตัวเองได้และ/หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้) จำนวน 456,037 คน ร้อยละ 96.2 กลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตัวเองและดูแลตนเองได้บ้าง) จำนวน 14,222 คน ร้อยละ 3.0 กลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) จำนวน 3,728 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 (HDC 4 มี.ค. 64)

สถานการณ์กลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้ม ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม จำนวน 431,328 คน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 631,342 คน คิดเป็นร้อยละ 68.3 จังหวัดที่มีการคัดกรองได้สูงสุด ได้แก่ จ. ยะลา ร้อยละ 88.6 ต่ำสุดที่ จ.ตรัง ร้อยละ 59.6 จากการคัดกรองภาวะหกล้ม พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้ม ร้อยละ 3.5 สูงสุดที่ จ.พัทลุง ร้อยละ 6.6 ต่ำสุดที่ จ.ยะลา พบกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 1.5 รายละเอียด ตามแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 2 แสดงสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้ม

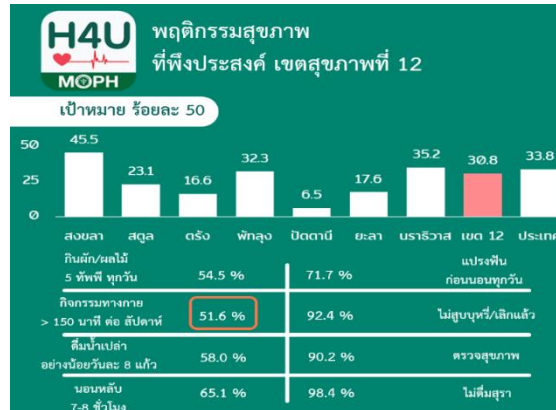


● คัดกรอง ● กลุ่มเสี่ยง

ที่มา: รายงานประชากรในระบบ HDC (ณ วันที่ 16 กรกฎาคม 2564)

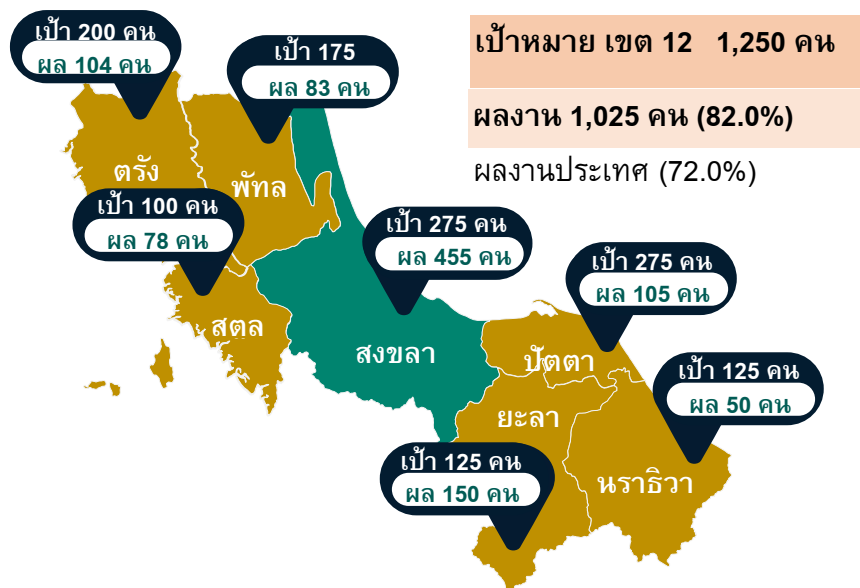
### 8. สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์<sup>28</sup>

แผนภูมิที่ 3 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์<sup>28</sup>



เขตสุขภาพที่ 12 มีผู้สูงอายุได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จำนวน 66,485 คน คิดเป็นร้อยละ 10.3 (เป้าหมายสำรวจ ร้อยละ 5) ภาพรวมการสำรวจเกินเป้าหมาย แต่บางพื้นที่ยังมีการสำรวจต่ำกว่าเป้าหมาย เช่น จ.ปัตตานี ผลการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ครบทั้ง 8 ข้อ จำนวน 20,477 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 (เป้าหมายร้อยละ 50)

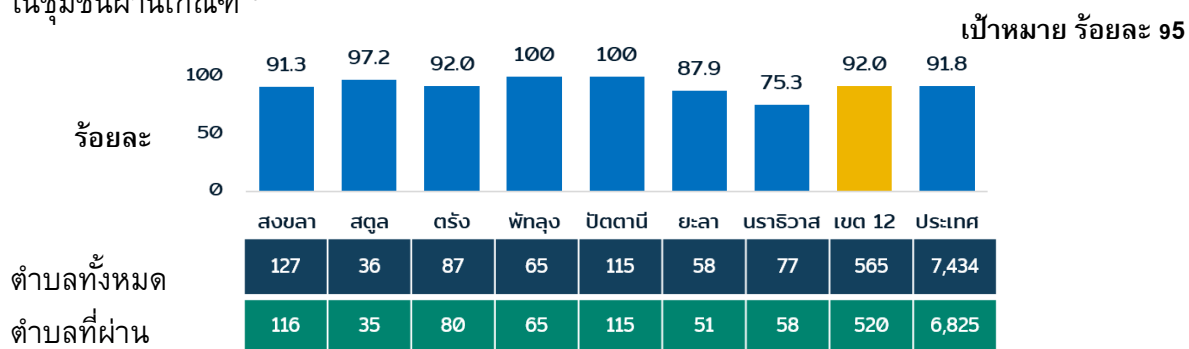
#### 8.1 ผลการดำเนินงานการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan: IWP)



ภาพที่ 24 การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล<sup>28</sup>

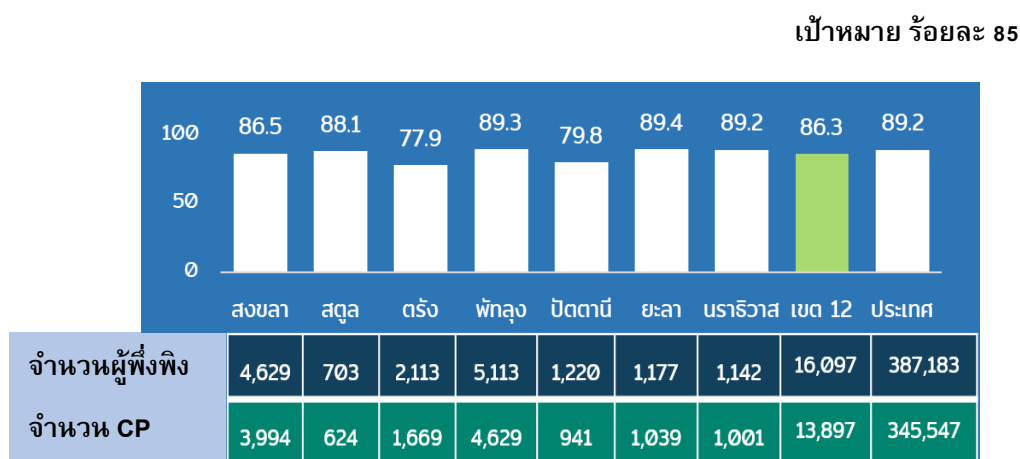
การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan: IWP) เป็นเครื่องมือสร้าง Health Literacy ทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ในชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพดำเนินงานได้ 1,025 คน จังหวัดที่มีการดำเนินงานได้สูงสุด ได้แก่ จ.สงขลา มีการขับเคลื่อน IWP ทุกอำเภอ

แผนภูมิที่ 4 แสดงร้อยละตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์<sup>28</sup>



จากแผนภูมิที่ 3 พบว่า เขตสุขภาพที่ 12 มีตำบลทั้งหมด 565 ตำบล มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบของตำบล Long Term Care ผ่านเกณฑ์ จำนวน 520 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 92 โดย จ.พัทลุงและ จ.ปัตตานี มีตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ส่วน จ.นราธิวาส และจ.ยะลา มีตำบลผ่านเกณฑ์ต่ำสุด คือ ร้อยละ 75.3 และ 87.9

แผนภูมิที่ 5 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan<sup>28</sup>



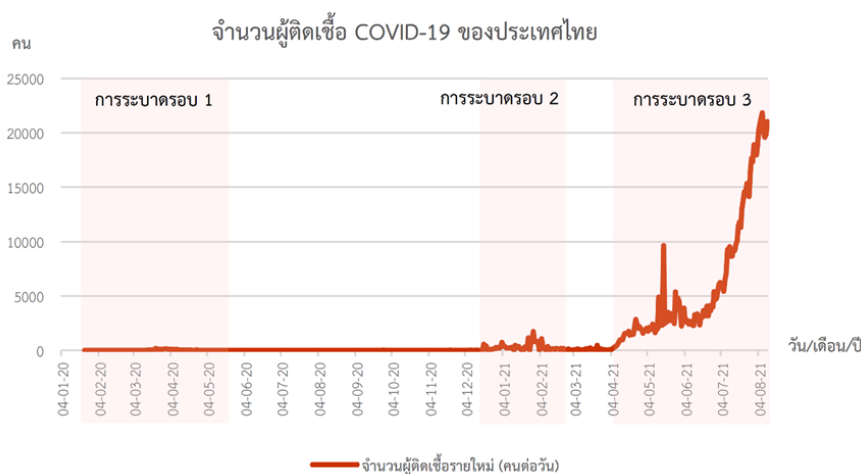
จากแผนภูมิที่ 4 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ข้อมูลสะสม ปี 2561-2564 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ 3C จำนวน 17,097 คน ได้รับความดูแลตาม Care Plan จำนวน 13,897 คน คิดเป็นร้อยละ 86.3 ผลการดำเนินงานผ่านเป้าหมาย 5 จังหวัด ได้แก่ จ.

ยะลา พัทลุง นราธิวาส สตูล และสงขลา สำหรับ จ.ตรัง และปัตตานี มีผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care Plan ต่ำกว่าเป้าหมาย คือร้อยละ 77.9 และ 79.8 ตามลำดับ

## ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และ แนวโน้มเศรษฐกิจในระยะถัดไป

(ผลกระทบ COVID-19 ระบาดรอบ 2 ต่อเนื่องรอบ 3 กับทิศทางตลาดแรงงานไทย, TDRI 2) ประเทศไทยหลังโควิด-19 ตอนที่ 1: ผลกระทบเศรษฐกิจและตลาดแรงงานไทย, Economic Intelligence Center ธนาคารไทยพาณิชย์ 3) แกลงข่าวผลการประชุมคณะกรรมการนโยบายการเงิน ครั้งที่ 5/2564, ธนาคารแห่งประเทศไทย และ 4) สองตลาดแรงงานไทยฟื้นตัวแค่นั้นหลังเปิดเมือง, ธนาคารแห่งประเทศไทย)

สถานการณ์ COVID-19 เป็นวิกฤตที่กระทบรุนแรงกว่าที่เคยเกิดขึ้นก่อนหน้านี้ เพราะเป็นวิกฤตที่แพร่กระจายส่งผลกระทบไปทั่วโลก ต่างจาก Hamburger Crisis ในปี 2008 ที่มีผลเฉพาะสหรัฐฯ และยุโรป แต่ด้านเอเชียยังคงอยู่ และวิกฤตต้มยำกุ้ง ในปี 1997 ที่กระทบแค่กับไทยและประเทศเอเชีย ไม่ไปถึงยุโรปและสหรัฐฯ แต่วิกฤต COVID-19 กระจายรุนแรงไปทั่วโลก



การระบาดรอบที่ 1 เริ่มวันที่ 20 มกราคม 2563: คนขับแท็กซี่ติดเชื้อในประเทศรายแรก  
 การระบาดรอบที่ 2 เริ่มวันที่ 17 ธันวาคม 2563: แม่ค้ากึ่งที่ตลาดมหาชัย ในจังหวัดสมุทรสาคร  
 การระบาดรอบที่ 3 เริ่มวันที่ 4 เมษายน 2564: ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีประวัติเดินทางไปเที่ยวสถานบันเทิงแถวทองหล่อ 40 ราย (ผลกระทบ COVID-19 ระบาดรอบ 2 ต่อเนื่องรอบ 3 กับทิศทางตลาดแรงงานไทย, TDRI)

### 1) ผลกระทบต่อประเทศไทย

จากผลกระทบจากต่างประเทศ การล็อกดาวน์ และมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ในประเทศ ส่งผลกระทบต่อการส่งออกสินค้าและบริการ การใช้จ่ายในประเทศ โดยเฉพาะธุรกิจที่เป็น Face-to-Face เช่น การท่องเที่ยว เดินทาง นันทนาการ โรงแรม รวมถึงสินค้าคงที่มีราคาสูง เช่น

รถยนต์ ที่ส่วนใหญ่หดตัวลง จะมีที่ปรับดีขึ้นบ้างคือ ธุรกิจพวกออนไลน์ อาหารที่ส่งเดลิเวอรี่ เมื่อพิจารณารายสาขาพบรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 11 การขยายตัวของเศรษฐกิจไทย รายไตรมาส พ.ศ. 2561- 2563<sup>29</sup>

ภาค	ไตรมาส				เฉลี่ยรายปี
	1	2	3	4	
<b>ภาคเกษตร</b>					
2561	8.8	10.7	3.4	1.4	5.8
2562	1.5	-2.0	2.1	-3.1	-0.6
2563	-9.9	-3.1	-1.1	0.9	-3.4
<b>ภาคอุตสาหกรรม</b>					
2561	3.2	2.8	1.6	3.9	2.9
2562	0.6	1.3	0.0	-1.9	0.0
2563	-1.7	-14.2	-5.8	-2.3	-5.9
<b>ภาคบริการ</b>					
2561	5.5	4.8	4.0	4.3	4.7
2562	4.2	3.5	4.0	3.8	3.9
2563	-1.2	-12.1	-7.2	-5.9	-6.5
<b>GDP (CVM)</b>					
2561	5.1	4.6	3.2	3.8	4.2
2562	2.8	2.4	2.7	1.3	2.3
2563	-2.1	-12.1	-6.4	-4.2	-6.1

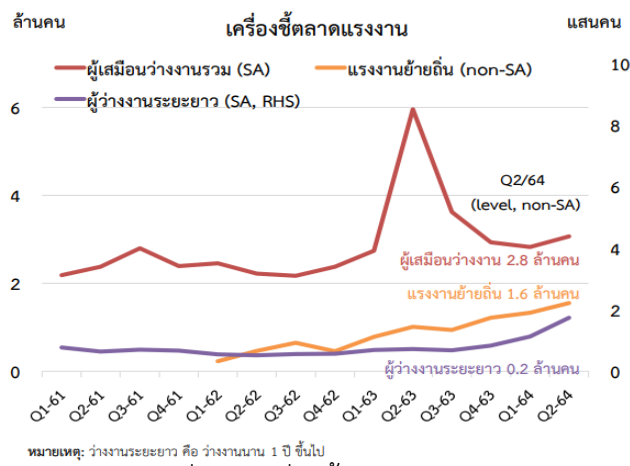
ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2563  
จากผลกระทบ COVID-19 ระบาดรอบ 2 ต่อเนื่องรอบ 3 กับทิศทางตลาดแรงงานไทย, TDRI

**ภาคการท่องเที่ยว** เป็นภาคเศรษฐกิจที่ได้รับผลกระทบที่มากที่สุด ตัวเลขรายได้จากนักท่องเที่ยวต่างชาติซึ่งคิดเป็นประมาณ 12% ของ GDP ไทย ซึ่งสถานการณ์โควิดและการล็อกดาวน์ตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 ที่ผ่านมา ทำให้รายได้การท่องเที่ยวจากนักท่องเที่ยวต่างชาติติดลบเกือบ -100% เทียบกับระยะเดียวกันกับปีก่อน และคาดว่าจะได้รับผลกระทบต่อเนื่องไปจนถึงปี 2564 ถึงแม้ว่าจะมีการเปิดประเทศรับนักท่องเที่ยวเป็นบางจุด เช่น Phuket Sandbox ก็สามารถเพิ่มรายได้บางจังหวัดยังไม่กระจายอย่างทั่วถึง จึงทำให้ภาคบริการที่ขยายตัวทางเศรษฐกิจได้ติดลบปี 2562 ได้ผลกระทบจากการระบาดของ COVID-19 ที่ยืดเยื้อไปตลอดทั้งปี 2563 ทำให้การขยายตัวของภาคบริการติดลบทุกไตรมาส 1.2% ถึง 12.1% ส่งผลไปถึงตลอดทั้งปี 2563 การขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมสาขาบริการทั้งปีติดลบถึง 6.5% (ดูตาราง 11 ประกอบ)

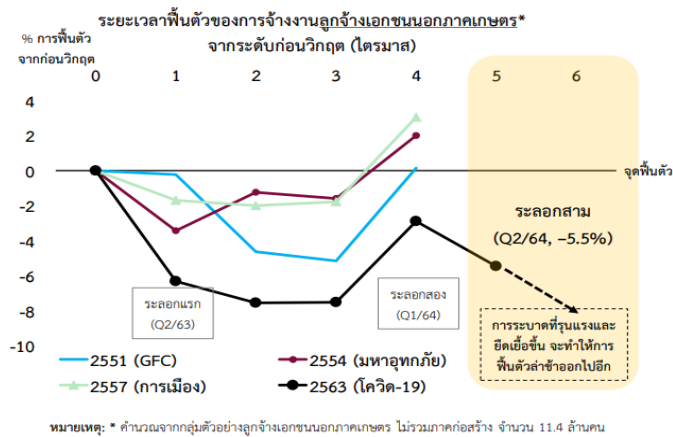
**ภาคการส่งออก** รายได้จากการส่งออกคิดเป็นประมาณ 50% ของ GDP ไทย จากเศรษฐกิจโลกที่ถดถอย ทำให้กระทบถึงภาคอุตสาหกรรมที่มีการขยายตัวในอัตราต่ำอยู่แล้วใน ปี 2562 การขยายตัวทั้งปีเป็นศูนย์และเมื่อเกิดการระบาดของ COVID-19 ต่อเนื่องทั้งปี จึงส่งผลกระทบต่อภาคอุตสาหกรรมรุนแรงในทุกไตรมาสตลอดปี ติดลบไปถึง 5.9% ในปี 2563 แต่อย่างไรก็ตามในปี 2564 พบว่า ภาคการส่งออกและภาคอุตสาหกรรมในหลายๆ ผลิตภัณฑ์เริ่มปรับดีขึ้นตามเศรษฐกิจโลกที่ฟื้นตัว

ภาคเกษตรในปีปกติ เริ่มติดลบมาตั้งแต่ปี 2562 ประมาณ 0.6% แต่เมื่อเกิดการระบาด ปี 2563 ติดลบมากขึ้นทั้งปีถึง 3.4% โดยเป็นผลจากสถานการณ์ภัยแล้งและความต้องการที่ลดลงจากการระบาดของ COVID-19

**ผลกระทบต่อตลาดแรงงาน** การระบาดของ COVID-19 มีผลกระทบต่อทุกสาขาการผลิตหลักของประเทศ ส่งผลต่อเนื่อง ทำให้ตลาดแรงงานมีความเปราะบาง โดยเฉพาะสาขาที่พึ่งพาตลาดประเทศ เช่น การท่องเที่ยว ได้รับผลกระทบรุนแรงและฟื้นตัวช้ากว่าสาขาอื่นๆ ในช่วงแรกของการระบาดรอบที่ 1 พบผู้เสมือนว่างงาน (ผู้มีงานทำแต่ทำงานไม่ถึง 4 ชม. ต่อวัน) เพิ่มขึ้นสูงที่สุดเป็นประวัติการณ์ แม้หลังจากนั้นผู้เสมือนว่างงานจะลดลง แต่เป็นการเพิ่มขึ้นของผู้ว่างงานระยะยาว และแรงงานที่เคลื่อนย้ายกลับภูมิภาคอื่น ซึ่งโดยส่วนใหญ่ยังคงตกงาน ขณะที่ผู้หางานใหม่ได้ส่วนใหญ่ จะกลับเข้าสู่สาขาที่มีผลิตภาพและรายได้ต่ำ โดยเฉพาะภาคเกษตร หลังจากการระบาดรอบที่ 3 ทำให้ตลาดแรงงานเปราะบางมากขึ้น พบผู้เสมือนว่างงานเพิ่มขึ้นครั้งแรกในรอบปี มีแรงงานเคลื่อนย้ายกลับภูมิภาคอื่นเพิ่มขึ้น และผู้ว่างงานระยะยาวมีการเร่งตัว (ภาพ 25) โดยการฟื้นตัวของการทำงานลูกจ้างมีลักษณะเป็น W-shaped และอาจใช้ระยะเวลายาวนานขึ้น (ภาพ 26)



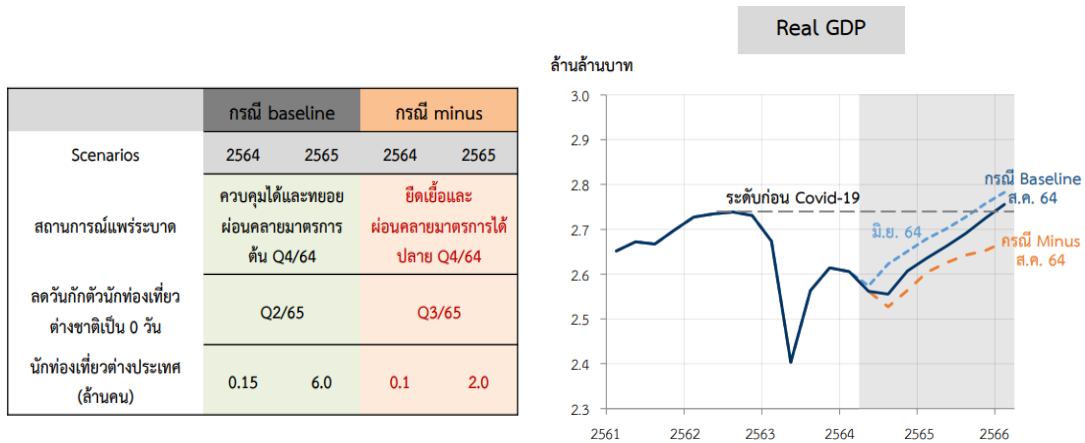
ภาพที่ 26 เครื่องชี้ตลาดแรงงาน<sup>30</sup>



ภาพที่ 27 ระยะเวลาฟื้นตัวของการจ้างงานลูกจ้างนอกภาคเกษตรจากระดับก่อนวิกฤต<sup>30</sup>

## 2) แนวโน้มเศรษฐกิจในระยะถัดไป

เศรษฐกิจไทย ได้รับผลกระทบเนื่องจากการแพร่ระบาดของที่ 3 ของ COVID-19 จากผลการประชุมคณะกรรมการนโยบายการเงิน ครั้งที่ 5/2564 ประเมินเศรษฐกิจมีแนวโน้มขยายตัวร้อยละ 0.7 และ 3.7 ในปี 2564 และ 2565 ตามลำดับ โดยเป็นการปรับประมาณการลดลงจากที่ให้ไว้ในการประชุมครั้งก่อน ที่ให้แนวโน้มเศรษฐกิจขยายตัวร้อยละ 1.8 และ 3.9 ในปี 2564 และ 2565 ตามลำดับ สาเหตุมาจากการบริโภคภาคเอกชนที่ได้รับผลกระทบมากในปีนี้ และแนวโน้มนักท่องเที่ยวต่างชาติที่ปรับลดลงมากในปีหน้า ด้านตลาดแรงงานเปราะบางมากขึ้นโดยเฉพาะภาคบริการและผู้ประกอบอาชีพอิสระ อย่างไรก็ตาม เศรษฐกิจไทยยังมีแรงสนับสนุนเพิ่มเติมจากแนวโน้มการใช้จ่ายภาครัฐที่สูงขึ้นจาก พ.ร.ก. เงินกู้ล่าสุด และการส่งออกสินค้าที่ขยายตัวดี แม้ภาคการผลิตบางส่วนได้รับผลกระทบจากการระบอบในโรงงานและการขาดแคลนวัตถุดิบชั่วคราว



ภาพที่ 28 ประมาณการเศรษฐกิจ<sup>30</sup>

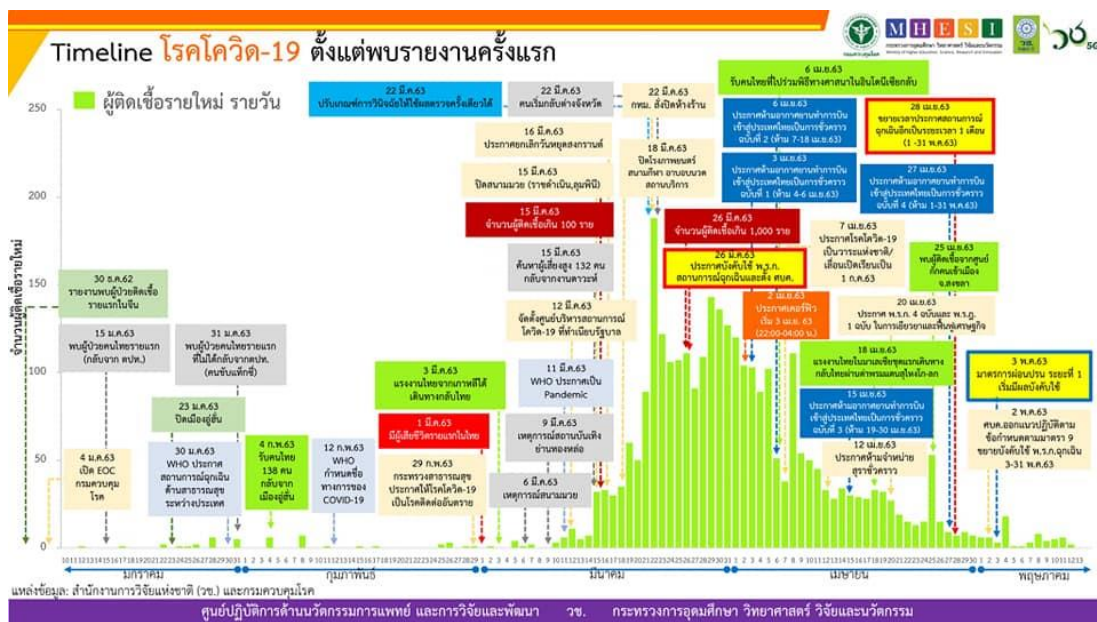
ในระยะข้างหน้า ประเด็นสำคัญที่ส่งผลกับเศรษฐกิจได้แก่การระบอบภายในประเทศและ พัฒนาการด้านวัคซีน ทั้งประสิทธิภาพและการกระจายวัคซีน ซึ่งจะส่งผลต่อการเปิดประเทศรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ โดยกรณี baseline ซึ่งหมายถึงสถานการณ์แพร่ระบาดสามารถควบคุมได้ และทยอยผ่อนคลายมาตรการได้ในต้นไตรมาสที่ 4 ปี 2564 จะสามารถเปิดรับนักท่องเที่ยวต่างชาติโดยไม่ต้องกักตัวได้ในไตรมาสที่ 2 ปี 2565 และคาดว่าในปี 2565 จะมีนักท่องเที่ยวต่างชาติประมาณ 6 ล้านคน (สถานการณ์ปกติปี 2562 มีนักท่องเที่ยวต่างชาติประมาณ 61 ล้านคน, กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา) แต่หากสถานการณ์การระบาดยืดเยื้อและสามารถผ่อนคลายมาตรการได้ปลายไตรมาสที่ 4 ปี 2564 (กรณี minus) คาดว่านักท่องเที่ยวต่างชาติจะลดลงเหลือแค่ 2.0 ล้านคน นอกจากนี้หากมองเศรษฐกิจในภาพรวม ในกรณี Baseline คาดว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมที่แท้จริง (Real GDP) จะสามารถกลับเข้าสู่ระดับก่อนเกิด COVID-19 ได้ในปี 2566 แต่หากสถานการณ์การระบาดยืดเยื้อเป็นกรณี minus ในปี 2566 ก็ยังไม่สามารถกลับเข้าสู่ระดับก่อนเกิด COVID-19 ได้



หากพิจารณาถึงแนวโน้มของเศรษฐกิจในกลุ่มจังหวัดภาคใต้ชายแดน จากข้อมูลข้างต้น ได้แสดงให้เห็นว่า การขยายตัวของเศรษฐกิจในกลุ่มจังหวัดภาคใต้ชายแดน จะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของภาคใต้ และค่าเฉลี่ยของประเทศ ดังนั้น จึงมีแนวโน้มว่าการขยายตัวของเศรษฐกิจในกลุ่มจังหวัดภาคใต้ชายแดนหลังการระบาดของสถานการณ์ COVID-19 จะฟื้นตัวได้ช้ากว่าการขยายตัวของเศรษฐกิจในประเทศ

### สถานการณ์ COVID-19 ประเทศไทยและเขตสุขภาพที่ 12

สถานการณ์ไวรัสโคโรนาระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (2019-nCoV) ที่เริ่มขึ้นในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน และขยายวงกว้างจนทางการจีนต้องสั่งปิดเมือง ห้ามการคมนาคมเข้า-ออก และต่อมาเริ่มระบาดไปยังประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยด้วย จากการเดินทางของนักท่องเที่ยวชาวจีน ช่วงเริ่มต้นการระบาดในต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2563 องค์การอนามัยโลกส่งทีมผู้เชี่ยวชาญไปยังเมืองอู่ฮั่น เพื่อศึกษาและเก็บข้อมูลของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่นี้ และในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563 รายงานจาก WHO ก็ได้ถูกเผยแพร่ออกมา โดยบอกถึงความรุนแรงของโรค โดยพบว่า ร้อยละ 80 มีอาการไม่หนักและสามารถหายเองได้ ขณะที่อีกร้อยละ 20 มีอาการพอสมควร ต้องมาโรงพยาบาล เช่น มีไข้สูง ไอ ระบบหายใจไม่ดี โดยผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้ ร้อยละ 5 อาการหนักต้องเข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) และประมาณร้อยละ 2-3 เสียชีวิต



ภาพที่ 29 timeline โรคโควิด-19<sup>31</sup>

สถานการณ์ประเทศไทย ตั้งแต่มีผู้ป่วยรายแรก เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 และการระบาดได้แพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง วันที่ 1 มีนาคม กระทรวงสาธารณสุขรายงาน พบผู้เสียชีวิตรายแรกของประเทศ วันที่ 6 มีนาคม 2563 สนามมวylumพินีเป็นคลัสเตอร์ระบาดหลัก รัฐบาลมีนโยบายให้ปิดสถานที่ที่มีคนมารวมตัวกันเป็นกิจวัตร ซึ่งเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อได้ง่าย โดยสถาบันการศึกษา สถาบันกวดวิชา ร้าน

นวด ผับ สถานบันเทิง สถานบริการ นวดแผนโบราณ และโรงมหรสพ ในพื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑล ให้ปิดตั้งแต่ 18–31 มีนาคม 2563 ขณะที่สนามมวย สนามกีฬา สนามม้า ให้ปิดทันทีจนกว่าสถานการณ์จะคลี่คลาย และให้งดการจัดกิจกรรมรวมคนจำนวนมากที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรค และให้ทุกหน่วยงานพิจารณามาตรการเหลื่อมเวลาทำงาน และการทำงานที่บ้าน วันที่ 23 มีนาคม ประชาชนในกรุงเทพฯนครทยอยเดินทางกลับต่างจังหวัด และในวันที่ 25 มีนาคม 2563 รัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม-30 เมษายน มีการจัดตั้ง “ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” (ศบค.) เป็นหน่วยงานพิเศษเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างๆ เป็นกรรมการ มีการแถลงข่าวจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และสื่อสารต่อประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทุกๆ วัน

วันที่ 3 เมษายน 2563 รัฐบาลประกาศห้ามประชาชนออกนอกเคสสถานในยามวิกาล (เคอร์ฟิว) ทั่วประเทศ ระหว่างเวลา 22.00–04.00 น. วันที่ 9 เมษายน 2563 อธิบดีกรมควบคุมโรค แถลงว่ามีการค้นหาโรคเชิงรุก (Active case finding) และกำลังเฝ้าติดตามคนไทยที่เดินทางมาจากต่างประเทศ นอกจากนี้ ยังระบุว่าได้ชี้เป้าหมายให้จังหวัดภูเก็ตดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค หลังพบผู้ป่วยในจังหวัดภูเก็ต 158 ราย ตั้งแต่กลางเดือนมีนาคมที่ผ่านมา ทางจังหวัดมีมาตรการปิดสถานบันเทิง ร้านนวดขยายทั้งจังหวัด และปิดช่องทางเข้าออก

รายงานการศึกษาพฤติกรรมคนไทยในช่วงล็อกดาวน์จัดทำโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข<sup>32</sup> ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า คนในเขตเมืองปฏิบัติตามคำแนะนำของรัฐค่อนข้างดีมากกว่า ร้อยละ 75 ทุกมาตรการ แต่คนยากจนในเขตเมืองและคนชนบทยังปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมได้น้อย เนื่องจากเสี่ยงพื้นที่แออัดไม่ได้ และคนชนบทยังมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันอยู่ งานวิจัยพบว่า ร้อยละ 89 ของกิจกรรมเกิดขึ้นในบ้านพักตนเองหรือญาติ ประชาชนติดตามข่าวสารน้อยลง และมีความตั้งใจปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ลดลงมากหลังจากล็อกดาวน์ 2 สัปดาห์ และพบว่าหากมีการล็อกดาวน์ต่อ ความตั้งใจในการปฏิบัติตามอาจไม่กลับสู่ค่าเดิมในช่วงแรกของการล็อกดาวน์ได้อีก

วันที่ 25 เมษายน 2563 ศบค. เปิดเผยว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 42 รายจากการตรวจหาเชื้อในแรงงานข้ามชาติ ณ ศูนย์กักขังที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง อ.สะเดา จ.สงขลา และในวันที่ 3 พฤษภาคม 2563 ได้เริ่มบังคับใช้มาตรการผ่อนปรนระยะที่ 1 ใน 6 กลุ่มกิจกรรมในโซนสีขาว ให้กลับมาดำเนินการได้ปกติ ได้แก่ ตลาด ร้านจำหน่ายอาหาร กิจการค้าปลีก-ส่ง กีฬาสนันทนาการ ร้านตัดผมและเสริมสวย และร้านตัดผมและฝากเลี้ยงสัตว์ ของ ศบค. มีผลวันเดียวกัน จังหวัดยะลาพบจำนวนผู้ป่วยจากการตรวจหาผู้ป่วยใหม่เชิงรุกจำนวน 23 คน ด้านโฆษก ศบค. แถลงว่า จากกระแสข่าวที่ตรวจพบผู้ป่วยใหม่ 40 รายก่อนหน้านี้ นั้น เป็นตัวเลขสัดส่วนที่มากผิดปกติ จึงสั่งให้มีการทบทวนใหม่ก่อน และยืนยันว่าจะไม่มีการปกปิดข้อมูล

วันที่ 4 พฤษภาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 18 ราย ที่ศูนย์กักคนเข้าเมือง อ.สะเดา จ.สงขลา วันเดียวกัน ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยว่า

สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทยอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ในวันที่ 13 พฤษภาคม 2563 ศบค. แถลงว่า ประเทศไทยไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เป็นวันแรก และเป็นวันที่ 17 ที่จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อต่ำกว่าวันละ 10 คน นอกจากนี้ ภายใน 28 วันที่ผ่านมา มี 50 จังหวัดที่ไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่ม โดยจำนวนผู้ป่วยสะสมยังคงมากในกรุงเทพมหานครและภาคใต้ และเริ่มใช้มาตรการผ่อนปรนในระยะที่ 2 ตามประกาศของ ศบค. มีผลบังคับโดยอนุญาตให้เปิดห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า สถานออกกำลังกายบางส่วนในปลายเดือน คณะรัฐมนตรีมีมติต่อ พรก. ฉุกเฉินต่อ รวมทั้งการผ่อนปรนระยะที่ 3 และลดระยะเวลาเคอร์ฟิวเป็น 23.00–3.00 น.

วันที่ 19 ธันวาคม 2563 พบการระบาดคลัสเตอร์ใหม่ในจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นแรงงานเข้าเมืองจากประเทศพม่าเป็นหลัก ซึ่งเป็นแรงงานสำคัญในอุตสาหกรรมประมงของประเทศ มีผู้ติดเชื้อกว่า 1,300 คน ใน 27 จังหวัด ที่เชื่อมโยงจากคลัสเตอร์นี้ และต้นเดือนเมษายน 2564 พบคลัสเตอร์การระบาดใหม่จากคริสตัลคลับ สถานบันเทิงย่านทองหล่อ กรุงเทพมหานคร และยังพบคลัสเตอร์อีกแห่งหนึ่งที่เรือนจำราชวินิต มีการเปิดเผยว่า โควิด-19 ระลอกนี้เป็นสายพันธุ์กลายพันธุ์ในประเทศอังกฤษ (B117) ซึ่งระบาดเร็วขึ้น 1.7 เท่า เมื่อเทียบกับสายพันธุ์ก่อนหน้านี้ (ได้แก่ สายพันธุ์ S และ GS)

วันที่ 6 เมษายน 2564 มีรายงานผู้ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 274,354 ราย และผู้ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 ครบตามเกณฑ์มีทั้งหมด 49,635 ราย เท่ากับว่ามีการกระจายวัคซีนฉีดให้ประชาชนครบ 2 เข็มไปแล้วร้อยละ 10.45 ของวัคซีนที่จัดสรรทั้งหมด

วันที่ 14 เมษายน 2564 เป็นวันที่ยอดผู้ติดเชื้อใหม่เพิ่มขึ้นจากวันก่อนเกิน 1,000 ราย เป็นวันแรก นักวิชาการจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเปิดเผยว่า อัตราขยายเชื้อ (Reproductive rate) ของโควิด-19 ในประเทศไทยสูงสุดในโลกที่ 2.27 (เฉลี่ยผู้ติดเชื้อ 1 รายจะแพร่เชื้อต่อให้ผู้อื่น 2.27 ราย) วันที่ 23 เมษายน 2564 เป็นวันแรกที่ยอดผู้ติดเชื้อใหม่เกิน 2,000 คนต่อวัน วันที่ 24 เมษายน พบผู้ป่วยเป็นผู้เดินทางเข้าประเทศจากอินเดีย ทำให้เกิดความกังวลว่า อาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์เบงกอล (B 1618) ที่มีความรุนแรงหรือแพร่กระจายสูงด้วย รวมทั้งทำให้เกิดกระแสวิจารณ์ว่าไทยไม่พร้อมรับรักษาผู้ป่วยที่จะเดินทางเข้าประเทศมาเพื่อรักษาโควิด-19

วันที่ 7 มิถุนายน 2564 เป็นวันแรกที่เริ่มปูพรมฉีดวัคซีนโควิด-19 ทั่วประเทศ ใช้เวลาเพียงครึ่งวัน พบฉีดไปได้แล้วกว่า 140,000 ราย บีบีซีไทยรายงานว่ามีข้อขัดข้องเรื่องจำนวนวัคซีน ทำให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเลย ยกเลิกใบนัดหมายฉีดวัคซีนก่อนหน้านี้ ก่อนกลับมาชี้แจงว่าได้รับจัดสรรวัคซีนเพิ่มแล้ว ในวันเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขแถลงว่า ในบรรดาตัวอย่างไวรัสในการระบาดรอบนี้ 3,595 ตัวอย่าง พบว่า 235 ตัวอย่างเป็นโควิดสายพันธุ์อินเดีย ซึ่งแพร่ขยายเร็ว วันที่ 17 มิถุนายน มีคำสั่งปลัดกระทรวงมหาดไทยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัดจัดหาวัคซีนให้พนักงานไทยเบฟเวอเรจและครอบครัว 7.1 หมื่นคนทั่วประเทศ ประมาณปลายเดือนมิถุนายน พบผู้ติดเชื้อเป็นบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลเชิงราชบุรี นครราชสีมา แม้ฉีดวัคซีนซิโนแวคแล้ว 2 เข็ม จำนวนหลายสิบราย ทำให้ศาสตราจารย์นายแพทย์ยง ภู่วรวรรณ เสนอให้ฉีดวัคซีนซิโนแวคเป็นเข็มที่ 3 เชื่อว่าจะมีประสิทธิภาพพอๆ กับวัคซีนไฟเซอร์ 2 เข็ม

วันที่ 23 มิถุนายน 2564 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตเกิน 50 รายเป็นวันแรก ในช่วงนี้ โรงพยาบาลหลายแห่งแจ้งว่ามีภาระเกินตัว ทำให้ต้องงดตรวจหาเชื้อ และบางแห่งงดตรวจผู้ป่วยนอก

งานวิจัยของวิโรจน์ ณ ระนอง ระบุว่า หลังจากรัฐบาลใช้มาตรการเด็ดขาดในการระบอบแรก หากมีข่าวที่ตื่นตระหนกก็จะเกิดวิกฤตความเชื่อมั่น และมีผลกระทบทางเศรษฐกิจวงกว้าง อีกทั้งเสนอให้รัฐบาลต้องขยายมาตรการช่วยเหลือกลุ่มที่เปราะบางทางเศรษฐกิจในช่วงที่เศรษฐกิจยังไม่ฟื้นตัว มาตรการที่ให้ลงทะเบียนก่อนเข้าสถานที่นั้น ก่อให้เกิดคำถามเรื่องความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว เนื่องจากมีการนำข้อมูลส่วนตัวไปใช้ในทางที่ผิด วันที่ 2 มกราคม 2564 หลังมีการระบอบใหม่ในเดือนธันวาคม 2563 ศบค. ได้แบ่งพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศตามความเสี่ยง การปกปิดโคม์ไลน์การเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ถือเป็นความผิดตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีโทษทั้งจำทั้งปรับ ช่วงที่มีโควิด-19 ระบอบแต่ละครั้ง มักมีคำสั่งให้เปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ ซึ่งประสบปัญหาต่างๆ ทั้งด้านความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ วิธีการของกระทรวงศึกษาธิการที่ ผลักภาระไปให้โรงเรียนต่างๆ รับผิดชอบกันเอง ทำให้ประสิทธิภาพการศึกษาลดลงมาก อีกทั้งไม่คำนึงถึงความพร้อมในการเรียนออนไลน์ในพื้นที่ห่างไกลและยากจน

ปลายเดือนมิถุนายน 2564 หลังพบคลัสเตอร์ค่ายคนงานก่อสร้างในกรุงเทพมหานคร ทำให้มีคำสั่งล็อกดาวน์จังหวัดในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และ 4 จังหวัดภาคใต้ เวลา 01.00 น. มีข่าวออกมาต่างๆ ว่า หลายโรงพยาบาลขาดแคลนบุคลากรการแพทย์อย่างหนัก และมีการส่งหนังสือถึง ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอสนับสนุนบุคลากร บุคลากรด่านหน้ามีภาระงานล้นมือ ปัญหาเตียงโรงพยาบาลไม่เพียงพอ ธนาคารแห่งประเทศไทยได้อนุมัติเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำแก่ผู้ประกอบการเอสเอ็มอี แล้ว 63,342 ราย คิดเป็นมูลค่า 103,750 ล้านบาท หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 20 ของวงเงิน มาตรการ “คนละครึ่ง” และโครงการ “เรารักกัน” ซึ่งเป็นการชดเชยแก่ผู้ประกอบการตามมาตรา 33 ของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ของกระทรวงแรงงาน หัวละ 4,000 บาท

วัคซีนลอตแรกถึงไทย เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2564 และเริ่มฉีดให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ แผนกระจายวัคซีนลอต 2 แบ่งเป็นกลุ่มพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่ท่องเที่ยว ศบค. มีการจัดสรรวัคซีนใหม่ โดยเปลี่ยนจากโควต้าจองมาเป็นการจัดสรรให้กับพื้นที่ระบาดก่อน วัคซีนที่ขึ้นทะเบียนกับ ออย. แล้ว ได้แก่ ชิโนแวค แอสตราเซนเนกา วัคซีนจอห์นสันแอนด์จอห์นสัน โมเดอร์นา ชิโนฟาร์ม และไฟเซอร์



ภาพที่ 30 จำนวนผู้ติดเชื้อรายวัน กทม.และปริมณฑล ชายแดนใต้ จังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และต่างจังหวัดระลอกเมษายน 2564<sup>33</sup>



ภาพที่ 31 กราฟเปรียบเทียบตัวเลขคาดการณ์ กับจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่รายวันที่ได้รับรายงานในสถานการณ์จริง<sup>34</sup>

กระทรวงสาธารณสุข เพิ่ม 6 จังหวัดรวม 4 จังหวัดชายแดนใต้ เป็น 10 จังหวัด (Watch List) ที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด หลังมีแนวโน้มผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นและมีความเสี่ยง ศบค. รายงานสถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทย ระบุว่า แม้ประเทศจะมีตัวเลขผู้ติดเชื้อใหม่เพิ่มต่ำกว่าหมื่น แต่ก็ยังต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยจังหวัดชายแดนใต้ รวมถึงกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เริ่มมีแนวโน้มผู้ติดเชื้อลดลง ขณะเดียวกัน เริ่มมีการรายงานคลัสเตอร์จากงานศพ งานบั้งไฟ งานแต่งงาน รวมถึงคลัสเตอร์โรงเรียน และแรงงานต่างชาติที่ลักลอบเข้าเมือง ยังพบผู้ติดเชื้อต่อเนื่อง มีการจับตามอง 10 จังหวัด (Watch List) ที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีแนวโน้มผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นและมีความเสี่ยง ได้แก่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช เชียงใหม่ ตาก ระยอง จันทบุรี และขอนแก่น ซึ่งจะมีการเพิ่มมาตรการเพื่อเฝ้าระวังอย่างเข้มงวดและควบคุมโรคต่อไป ส่วนการฉีดวัคซีนขณะนี้ฉีดไปแล้วกว่า 75,710,277 โดส เป็นเข็มแรก ร้อยละ 58.8 ของจำนวนประชากร และเป็นเข็มที่ 2

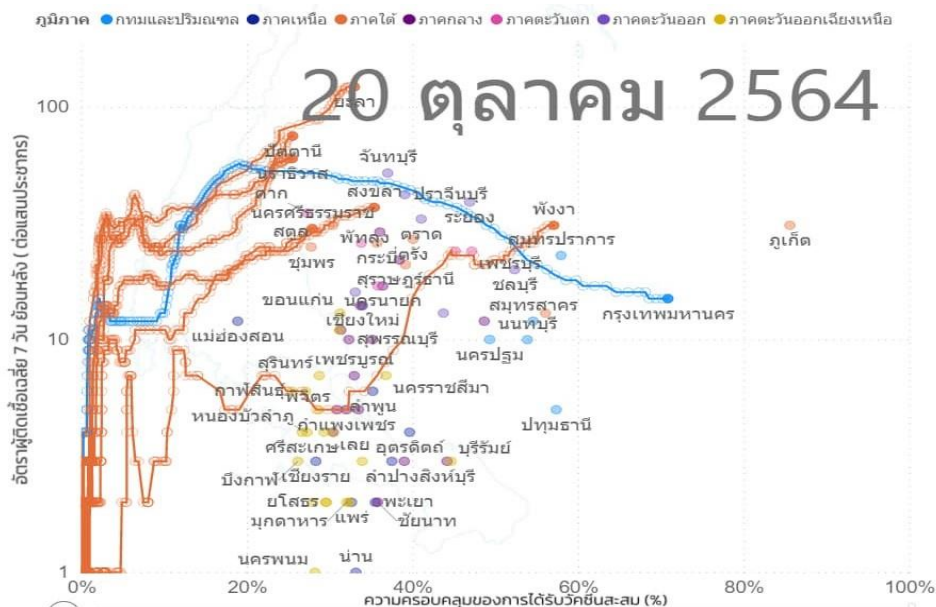
ร้อยละ 42.9 ของจำนวนประชากร กลุ่มที่ต้องเร่งรัดให้ได้วัคซีนโดยเร็วที่สุด นอกเหนือจากในพื้นที่ระบาด คือ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งขณะนี้ฉีดครบ 2 เข็มไปได้เพียงร้อยละ 11.9 จากเป้าหมาย 500,000 คน เท่านั้น



ภาพที่ 32 10 จังหวัดติดเชื้อโควิด-19 สูงสุด เมื่อวันที่ 22 ต.ค.2564<sup>35</sup>



ภาพที่ 33 สถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทยระลอกใหม่<sup>33</sup>



ภาพที่ 34 อัตราผู้ติดเชื้อเฉลี่ย 7 วัน ย้อนหลัง (ต่อแสนประชากร) เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2564<sup>36</sup>

“ภาคใต้ตอนล่างระบาคควบคู่มาพร้อมในกรุงเทพฯ มาตลอด” ตั้งแต่เดือน มิ.ย.-ส.ค. จนถูกจัดเป็นพื้นที่สีแดงเข้ม 2 และ 4 จังหวัดภาคใต้เป็นการระบาดสายพันธุ์เบตา ด้วยสภาพชุมชนแน่นหนาอยู่กันอย่างแออัด “บ้านเรือนค่อนข้างขนาดเล็ก” อยู่กันหลายคนในหลายช่วงอายุ แล้วมักมี “ฐานะยากจนติดอันดับท้ายของประเทศมาตลอด” ส่งผลให้เอื้อต่อการแพร่เชื้อรวดเร็ว มีทั้งติดเชื้อยกบ้านจนถึงยกชุมชน ทำให้ควบคุมโรคระบาดได้ยาก ไม่อาจใช้มาตรการโฮมไอโซเลชันในพื้นที่นี้ได้จาก “บ้านแต่ละหลังมีขนาดเล็กไม่มีสัดส่วนแยกเป็นห้อง” ต้องเปิด รพ.สนามเข้ามาช่วยแก้ปัญหา

เดือน ก.ค.-ส.ค. 2564 “วัคซีนที่มีอยู่ในไทยเกือบทั้งหมด” ถูกเทให้พื้นที่กรุงเทพฯ ทำให้สถานการณ์ดีขึ้นขณะที่ “ภาคใต้ตอนล่าง” ได้รับความระมัดระวังในระดับต่ำกว่า 40% ของจำนวนประชากรในพื้นที่ที่ไม่เพียงพอต่อการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่” เมื่อมีวัคซีนน้อยการระบาดเดลตาก็เข้ามาครองส่วนแบ่งในพื้นที่เพิ่มขึ้น ตั้งแต่เดือน ก.ย.มา “เบตาก็หมดไป” เพราะเติบโตกระจายเชื้อช้ากว่า “เดลตา” ติดเชื้อง่ายระบาดค่อนข้างแรงมี “ผู้ป่วยหนักสูง” ก็ปรากฏคนไข้บางรายสมัครใจขอไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ “อันเป็นวิถีวัฒนธรรมพื้นถิ่น” ยินดีกลับไปอยู่ในอ้อมกอดพระผู้เป็นเจ้า บัจฉัยหนึ่งเพราะคนไข้อายุ 70-80 ปี หากเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลก็ยังมีอัตราการเสียชีวิต 70-80% เช่นเดิมหรือแม้แต่รอดชีวิตหายป่วยโอกาสกลับมาแข็งแรงมีน้อย ทำให้ห้องไอซียูไม่หนาแน่นจนต่อรอคิวอันเป็นความต่างจากการระบาดในกรุงเทพฯ ในช่วงที่ผ่านมา พื้นที่ภาคใต้ตอนล่างมีผู้ป่วยหนักค่อนข้างมาก<sup>37</sup> ราชกิจจานุเบกษา เผยแพร่คำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 21/2564 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2564 เรื่อง จัดตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีเนื้อหาระบุว่า ตามที่ได้มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 และได้ขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินออกไปต่อเนื่อง เป็นลำดับ โดยมีคำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 5/2563 เรื่อง การจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเพื่อปฏิบัติหน้าที่ ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-

19 เป็นหน่วยงานพิเศษเพื่อปฏิบัติหน้าที่ ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 นั้น เพื่อให้การบริหารจัดการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นไปอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสภาพเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในเขตพื้นที่ดังกล่าว สมควรกำหนดให้มีการจัดตั้งศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ประสานงานกับส่วนราชการต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการบูรณาการการปฏิบัติราชการให้สามารถขับเคลื่อน ติดตาม และแก้ไขปัญหาสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นการเฉพาะและชั่วคราว อาศัยอำนาจตามความในข้อ 4 (3) ของคำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่5/2563 เรื่องการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563<sup>38</sup> การจัดสรรวัคซีนเพิ่มใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อลดปัญหาการระบาดที่แพร่กระจายไปเป็นวงกว้าง และเร่งฉีดให้ประชาชนครอบคลุม 2 เข็ม เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ การฉีดวัคซีนให้ประชาชนได้เฉลี่ยวันละ 4-50,000 โดส ใน 4 จังหวัด ครอบคลุมประมาณร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้ติดเชื้อรายใหม่ค่อนข้างมาก บุคลากรทางการแพทย์ก็ทำงานเชิงรุกระดมตรวจคัดกรองแยกผู้ติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการกักตัวรักษาโดยเร็ว ความเห็นของ นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ และประธานชมรมแพทย์ชนบท กล่าวว่า ภาพรวมการระบาด 4 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างค่อนข้างหนักใกล้ถึงจุดพีคสุดโดยเฉพาะเดือน พ.ย.นี้ แล้วในเดือน ธ.ค. ก็จะช่วยๆ ลดระดับลง จนมาถึงเดือน ม.ค. 2565 สถานการณ์มีแนวโน้มคลี่คลายดีขึ้น แพทย์ พยาบาลมีจำกัด และต้องทำงานหลายหน้าที่ไม่ได้มีเฉพาะการฉีดวัคซีน การให้บริการงาน ด้านอื่นอีกมากมาย<sup>37</sup>

**จังหวัดระบดใหม่<sup>38</sup>** ที่มีการฉีดวัคซีนต่ำแล้วการจัดสรรวัคซีนก็มีสัดส่วนน้อยด้วย เพราะถูกเทมาที่ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงนำไปสู่การระบาดใหญ่ในเวลาอันใกล้ก็ได้ ดูเหมือนว่าพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างเป็นเสมือนดั่งขงประเทศไทย ถ้ามีโควิดระบาดหนักก็ไม่กระทบกระเทือนต่อการเปิดประเทศของภาคกลาง ภาคอีสาน ภาคเหนือ ทั้งระยะทางก็ห่างไกลกันมากวิถีชีวิตคนภาคใต้ตอนล่าง มักไม่เดินทางไปพื้นที่ตอนบน ส่วนด่านพรมแดนทางบกก็ยังไม่อนุญาตให้เปิด แนนอนว่าอาจมีผลต่อ การเปิดโรงเรียน 1 พ.ย.ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องชะลอออกไป 1-2 เดือน ส่วนภูมิภาคอื่นน่าจะเปิดเรียนได้ในพื้นที่ที่ระบดน้อยแล้ว บุคลากรทางการศึกษา นักเรียนผู้ปกครองได้รับการฉีดวัคซีนครอบคลุมเกือบทุกคน ถ้าหากไม่เปิดเรียนตอนนี้จะเปิดโรงเรียนในช่วงใด





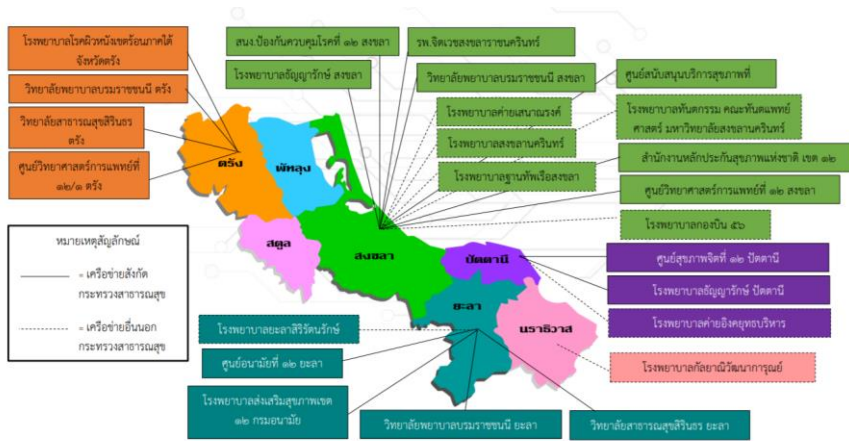
มิติการจัดการโรคระบาดนี้ มีมากกว่าการควบคุมโรคที่ต้องอยู่กับโควิดให้ได้ การคำนึงถึงความรู้ที่เด็กสูญเสียไปโดยไม่ได้ไปโรงเรียน ด้วยเหตุในการเรียนผ่านออนไลน์ค่อนข้างมีปัญหามากมาย โดยเฉพาะเด็กตามพื้นที่ชนบท เป็นกลุ่มนำเสนอสารจากปัจจัยขาดแคลนอุปกรณ์จนเรียนไม่ได้ เมื่อย้อนกลับไปดูข้อกังวลหลังเปิดประเทศที่น่าเป็นห่วงอยู่หลายเรื่อง ในหลายพื้นที่ได้รับการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันระดับต่ำเกือบทุกจังหวัด ทำให้สายพันธุ์เดลตาสามารถเข้ามาได้ง่าย “โควิด” จะอยู่กับเราตลอดไปถ้า “คนไทย” มีภูมิคุ้มกันแล้วติดเชื้ออาการจะเป็นเหมือนไข้หวัด แต่หากไม่มีภูมิคุ้มกันโอกาสป่วยหนักก็มีมาก โดยเฉพาะผู้มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุ มักทำให้เสียชีวิตอยู่เสมอ ตอนนี้ต้องเจออุปสรรควัคซีนมีน้อย สิ้นปี 2564 ประชาชนได้วัคซีน 2 เข็ม ร้อยละ 70 อีกร้อยละ 30 รอฉีดปี 2565 ทั้งที่จริงเราเคยทำสถิติฉีดได้วันละ 1 ล้านโดส ถ้าวัคซีนมีพอใช้เวลา 2 เดือนก็น่าจะฉีดให้คนไทยทั้งหมดได้

### ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านระบบและกลไกทางสังคม

ภารกิจเพื่อไปสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ต้องอาศัยกลไกการทำงานอย่างบูรณาการจากทุกภาคส่วน ไม่เพียงเฉพาะหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพเท่านั้น และต้องการความร่วมมือทั้งในระดับพื้นที่และระดับโลก เพื่อกำหนดนโยบายการพัฒนาที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และเป็นธรรมด้านสุขภาพ ไม่ซ้ำเติมประชากรกลุ่มเปราะบาง รวมถึงต้องอาศัยการลงมือทำของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ ทั้งระดับโลก ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น เพื่อเข้าไปจัดการสาเหตุของปัญหาที่เป็นรากลึกที่สุดของการจะมีสุขภาพดี ซึ่งอาจถูกสังคมกำหนดไว้ตั้งแต่คุณยังไม่ลืมตาดูโลก ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้ถมช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพให้คนไทยอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างทางสุขภาพที่เป็นความท้าทายอยู่อีกไม่น้อย ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น คนเร่ร่อน คนพิการ จิตเวช ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ต้องขัง ตลอดจนคนไร้สถานะในประเทศรวมถึงการพัฒนา นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่จัดการที่ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ด้วย

### ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านระบบและกลไกเขตสุขภาพที่ 12

ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านระบบและกลไก หมายถึงขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยอาศัย บุคลากร ทรัพยากร กฎเกณฑ์ มาตรการ แนวปฏิบัติ และปัจจัยต่างๆ เป็นกลไกให้การดำเนินงาน บรรลุเป้าหมาย ในที่นี้หมายความว่าถึง สถานบริการภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษาและเครือข่าย ระบบบริการสุขภาพที่ทำงานเชื่อมโยงกัน ในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 12 มีสถานบริการ สุขภาพหลายสังกัด และมีสถาบันการศึกษาและหน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานเชื่อมโยงกัน ดังภาพที่ 35



ภาพที่ 35 เครือข่ายบริการสุขภาพในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 12

หน่วยงานและองค์กรในกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขในระดับต่างๆ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ 12 สำนักงานควบคุมโรคที่ 12 (สคร.12) เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 12 สำนักงานสาธารณสุขเขตพื้นที่ 12 นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานอื่นๆ ที่ทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นต้น ในที่นี้จะ กล่าวถึงบางหน่วยงาน เช่น

### 1. สำนักงานสาธารณสุขเขตพื้นที่ 12

จุดเน้นการพัฒนาก้าวแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ (ยุทธศาสตร์ 5 โรค 5 ระบบ 5 สนับสนุน) ได้แก่ มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและครอบคลุม โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (seamless health service network) และได้กำหนดยุทธศาสตร์ “5 5 5” เป็นจุดเน้นการพัฒนาเขตสุขภาพในทุกมิติ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงของเขตสุขภาพ ซึ่งทุกหน่วยงานในสังกัดจะต้องขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุข เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 12 “ประชาชนสุขภาพดี เครือข่ายเข้มแข็ง ระบบสุขภาพยั่งยืน เจ้าหน้าที่มีความสุข” โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (4 Excellence) และค่านิยมองค์กร (MOPH)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เขตสุขภาพที่ 12 กำหนดประเด็นเข็มมุ่งการพัฒนาโดยใช้รูปแบบของ House Model ที่เรียกว่า “5 5 5” อันเป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน เป็นเครื่องมือในการ กำหนดประเด็นการปฏิบัติงานและติดตามประเมินผล ประกอบด้วย 5 กลุ่มโรค/ระบบที่เป็นปัญหาสำคัญของเขตสุขภาพที่ 12 ได้แก่

- 1) กลุ่มโรค/ระบบ Prima-NICS ได้แก่ ระบบบริการปฐมภูมิ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ระบบบริการสุขภาพระยะกลาง Intermediate Care กลุ่มโรคไต CKD โรคหลอดเลือดสมอง Stroke และโรคหัวใจ (STEMI)
- 2) กลุ่มโรค/ระบบที่ต้องติดตามอย่างเร่งด่วน ได้แก่ มารดาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (High Risk Pregnancy) และกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

- 3) กลุ่มการดูแลทารกแรกเกิด
- 4) กลุ่มโรคมะเร็ง (Cancer)
- 5) กลุ่มการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตที่เกิดจากอุบัติเหตุและฉุฉกฉุน (Trauma)

ระบบการดำเนินงานที่สำคัญ สอดคล้องนโยบายทุกระดับ คือ

- 1) ความครอบคลุมวัคซีน (Vaccine)
- 2) โครงการราชทัณฑ์ปันสุข/โครงการตามพระราชดำริ
- 3) นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่
- 4) ปัญหาเรื่องพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก Growth and Development Vaccine 5) การดำเนินงานเรื่องกัญชาทางการแพทย์/กัญชง

สนับสนุน คือ ระบบการทำงานที่จะสนับสนุนและขับเคลื่อนเขตสุขภาพที่ 12 ให้นำไปสู่รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ คือ

- 1) ประเด็น Health Literacy, New Normal และ Seamless Refer ขับเคลื่อนโดย

คณะกรรมการ CPPO และคณะกรรมการ CSO

- 2) การจัดทำ HR Blueprint โดยคณะกรรมการ CHRO
- 3) การขับเคลื่อนประเด็น HIE (Health Information Exchange) โดยคณะกรรมการ CIO
- 4) Financial Early Evaluation Detection และ เศรษฐกิจสุขภาพ โดยคณะกรรมการ CFO 5) คุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานในประเด็น HA, PMQA, HNA, 2PSafety และ รพ.สต. ติดดาว โดยคณะกรรมการ CGO

## 2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรของรัฐ ตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุขในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช. ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

สปสช. ได้พัฒนาโครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับพื้นที่ โดยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต จำนวน 12 แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วยความสัมพันธ์แบบ partnership ในฐานะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ทั้งนี้เพื่อก้าวไปให้ถึงจุดมุ่งหมายตามวิสัยทัศน์ขององค์กร คือ มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข<sup>39</sup>

“การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับคนไทย” เป็นหนึ่งในนโยบายที่รัฐบาลให้ความสำคัญมาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกลไกหลักในการดูแลประชาชนที่ไม่มีสิทธิ

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม หรือสวัสดิการการรักษายาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น ทั้งในหน่วยบริการในชุมชน หรือที่บ้าน โดยครอบคลุมทั้งบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคการรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่าย แม้ว่าจะเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสูง

กรอบแนวทางการดำเนินงานตามความเห็นชอบของคณะกรรมการฯ มา ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน ทั้งสิ้น 3 แผน<sup>40</sup> ประกอบด้วย

ระยะแรก เส้นทางเดิน (roadmap) สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2546-2550 โดยมีจุดเน้นในการสร้างความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนชาวไทย ผ่านกลไกการมีส่วนร่วม การสร้างความรู้ ความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ ทั้งของประชาชน และบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ ควบคู่กับการหนุนเสริมการจัดระบบบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวกและทั่วถึง

ระยะที่ 2 ยุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2551-2554 โดยมีจุดเน้นที่ให้ความสำคัญกับการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน รวมทั้งการคุ้มครองสิทธิของทุกฝ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการภายในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้มแข็งมากขึ้น

ระยะที่ 3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555-2559 โดยมีจุดเน้นทิศทางที่มุ่งสู่ความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้น มีมุมมองด้านความครอบคลุมทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยอย่างถ้วนหน้า (Universal Coverage) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ (Ownership) และความสอดคล้องกลมกลืนกันในระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Harmonization) โดยเน้นสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และบุคลากรของระบบ

บทบาทหน้าที่ของ สปสช. ในการดูแลสุขภาพประชาชน สปสช. มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545<sup>41</sup> ดังนี้

1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุม คุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน

2) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการให้บริการสาธารณสุข

3) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ

4) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

5) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 46

6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

7) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำและการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ

8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายบริการในการให้บริการสาธารณสุข ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

- 9) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่างๆ
- 10) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใดๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน
- 11) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน
- 12) มอบให้องค์กรอื่น หรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน
- 13) จัดทำรายงานประจำปี เกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และเผยแพร่ต่อสาธารณชน

14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน หรือตามที่คณะกรรมการ หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมาย

### **บทบาทของ สปสช. ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19**

บทบาทของ สปสช. ในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 5 ประการ<sup>42</sup> ได้แก่

- 1) จัดสิทธิประโยชน์/บริการที่จำเป็นเหมาะสมสำหรับประชาชน (ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง & รักษาพยาบาล)
  - 2) สื่อสาร ให้ข้อมูล ประสานหาเตียง และส่งต่อเข้ารับการรักษา รับเรื่องร้องเรียนต่างๆ
  - 3) การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีน COVID-19
  - 4) สนับสนุนระบบบริการอำนวยความสะดวก เพิ่มการเข้าถึงบริการ
  - 5) สนับสนุนดำเนินงานร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.)
- โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
- 1) จัดสิทธิประโยชน์/ บริการที่จำเป็น เหมาะสมสำหรับ ประชาชน (ตรวจคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง & รักษาพยาบาล)

#### **สำหรับคนไทยทุกคนทุกสิทธิ**

- คัดกรองความเสี่ยง ค่าตรวจ Lab & ค่าบริการที่เกี่ยวข้อง
- กรณี Quarantine ค่าตรวจ Lab + ค่าดูแล รวมอาหาร 3 มื้อ วันละไม่เกิน 1,500 บาท/ไม่เกิน 14 วัน
- ค่าฉีดวัคซีนโควิด 19 ค่าฉีดเหมาจ่ายครั้งละ 40 บาท
- การชดเชยความเสียหายเบื้องต้นจากการฉีดวัคซีนโควิด 19
  - เสียชีวิต 400,000 บาท
  - พิการ/ทุพพลภาพ 240,000 บาท
  - บาดเจ็บต่อเนื้อ 100,000 บาท

#### **สำหรับประชาชนสิทธิบัตรทอง กรณีรักษา (หน่วยบริการ)**

- (1) กรณี OP (1.1) ค่าตรวจ lab และค่าบริการ (1.2) ค่าบริการเก็บตัวอย่าง (1.3) ยา covid-19 (1.4) ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย และค่ายาฟ้าทะลายโจร
- (2) กรณี IP/IP PUI

- Hospital และ หอเฉพาะกิจ

(2.1) ค่าตรวจ lab และค่าบริการ (2.2) ค่าบริการเก็บตัวอย่าง (2.3) ยา covid-19 (2.4) PPEรักษา/และการป้องกันแพร่เชื้อ (2.5) ค่าห้องรวม ค่าอาหาร (2.6) ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย และค่ายาฟ้าทะลายโจร

(3) อาการไม่พึงประสงค์

OP: เหม่าจ่าย 150 บาท/ครั้ง

IP: ตามระบบ DRGs และจ่ายเพิ่มเติมกรณี VITT 1) CBC อัตราไม่เกิน 50 บาท 2) Heparin-PF4 antibody (IgG) ELISA assay อัตราไม่เกิน 1,550 บาท 3) Heparin induced Platelet activation test (HIPA) อัตราไม่เกิน 1,550 บาท 4) ยา IMIG ระบบ VMI

2) สื่อสารให้ข้อมูลประสานหาเตียง และส่งต่อเข้ารับการรักษารับเรื่องร้องเรียนต่างๆ สายด่วน สปสช. 1330 (ตลอด 24 ชั่วโมง) สปสช. ทำงานร่วมกับสายด่วนกรมการแพทย์ (1668) และศูนย์ เอรวัฒน์ กทม. (1669) ขยายเพิ่มคู่สาย Call Center จาก 300 เป็น 1,600 คู่สาย รองรับการทำเตียงให้ผู้ป่วยโควิดและบริการอื่นๆ ทั่วไป โดยตั้งเป้าหมายไม่ให้มีสายหลุด (Abandon = 0%) โดยมีสายเข้า Call center 1330 เฉลี่ย 500-800 สายต่อวัน

3) การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีน COVID-19 คนไทยทุกคนทุกสิทธิ สามารถยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจาก สปสช. ได้ ตามนโยบายรัฐบาล กระบวนการพิจารณา ดังนี้

(1) ยื่นคำร้อง

(2) คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาคำร้อง

(3) ลงมติว่าเห็นชอบที่จะจ่ายเงินช่วยเหลือหรือไม่ จำนวนเท่าใด

(4) กรณีมีมติให้จ่าย สปสช. จะโอนเงินเข้าบัญชี ภายใน 5 วันหลังจากที่คณะอนุกรรมการ

มีมติ

(5) ยื่นคำร้องได้ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย ทั้งนี้ต้องเป็นวัคซีนที่รัฐจัด

ให้ฟรีเท่านั้น

**อัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น**

- ตาย/ทุพพลภาพถาวร เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรักษาตลอดชีวิต 5(1) ไม่เกิน 4 แสนบาท
- สูญเสียอวัยวะ/พิการ 5(2) ไม่เกิน 2.4 แสนบาท
- บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง 5(3) ไม่เกิน 1 แสนบาท

“เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อบรรเทาความเดือนร้อน ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ถือเป็นเหตุสุดวิสัย”

4) สนับสนุนระบบบริการ อำนวยความสะดวก เพิ่มการเข้าถึงบริการ

สนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการฯ

- ปรับระบบการเบิกจ่ายเงินให้เร็วขึ้น เพื่อเพิ่มสภาพคล่องให้กับโรงพยาบาล ลดเวลาการจ่ายชดเชย ค่าบริการ จากเดิม 30 วัน เป็น 15 วัน
- จัดสายด่วนสำหรับหน่วยบริการฯ ให้คำปรึกษาเรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการต่างๆ โดยไม่เรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยโควิด-19
- สนับสนุนนวัตกรรม/เทคโนโลยีที่ผลิตโดยคนไทย เช่น หุ่นยนต์ส่งยาภาคสนาม โดย สปสช. ช่วยเป็น กลไกกลางและนำไปทดลองใช้ในหน่วยบริการ
- **อำนวยความสะดวกประชาชนในการรับบริการ**
- การจัดส่งยาทางไปรษณีย์
- ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ใกล้บ้าน
- การตรวจ Lab นอกหน่วยบริการ
- การทำกายภาพบำบัดนอกหน่วยบริการ
- การให้บริการยาเคมีบำบัดสำหรับรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home chemo)
- บริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth และ Telemedicine) สายด่วนสุขภาพจิต
- อำนวยความสะดวกให้ประชาชน และลดความแออัด ของโรงพยาบาลในช่วงแพร่ระบาดของโรค COVID-19

5) สนับสนุนดำเนินงานร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.)

สปสช. ร่วมกับ อปท. กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) กว่า 7,700 ตำบลทั่วประเทศ ร่วมดำเนินการป้องกันโรคโควิด 19 เช่น การรณรงค์ให้ความรู้ จัดหาอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมโรค คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และควบคุมเฝ้าระวังผู้เดินทางมาจากต่างถิ่น เป็นต้น

### 3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)

#### เขตพื้นที่ 12

เป็นองค์กรสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นตามมาตราว่าด้วยการมีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม มีเป้าหมายคือ “ประชาชนและชุมชน” สามารถพึ่งตนเองได้ มีสุขภาพดี เป็นคนดีและไม่ทอดทิ้งกัน มีรายได้พอดี โดยมีเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ในปี พ.ศ. 2559 พื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 7 พื้นที่ คือ อ.ตากใบ จ. นราธิวาส อ.หนองจิก จ.ปัตตานี อ.รามัน จ.ยะลา อ.ละงู จ.สตูล อ.นาทวี อ.เทพา และอ.หาดใหญ่ จ. สงขลา 67 ตัวอย่างโครงการในจังหวัดสงขลา ได้แก่ ระบบงานหมอครอบครัว อำเภอนาทวี พัฒนาระบบ care giver อำเภอบางกล่ำ การดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบางกล่ำ อำเภอนาหม่อม

ตัวอย่างกรณีศึกษาการจัดการโควิด-19 โรงพยาบาลเทพาและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รูปแบบการจัดการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID -19 ในสถานที่แออัด

#### 1) ตลาดพระพุทธรูปใหม่

เริ่มจากการค้นหาคนที่ใช่ มีใจเดียวกัน มีเป้าหมายเดียวกันในพื้นที่ โดยการชวนคิดชวนคุย และดำเนินการตามกรอบแนวคิดการดำเนินงานป้องกัน COVID-19 ร่วมกับประธานบัณฑิตอาสาอำเภอ เทพา คณะกรรมการตลาดพระพุทธ อปต. อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา อีกทั้ง จากการมองเห็นปัญหาในชุมชน โดยผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่ ได้ร่วมกันกำหนดมาตรการในการ ดำเนินการ ได้มาตรการ ดังนี้

- 1.1) มีป้ายประชาสัมพันธ์ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ที่จับจ่ายซื้อของในตลาดสี่แยกพระพุทธ เพื่อ ป้องกัน และลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- 1.2) ตั้งจุดคัดกรองวัดไข้พร้อมเจลล้างมือ 2 จุด หัว-ท้ายตลาด โดยทีม อป.พร. อปต.เทพา และคณะกรรมการตลาด
- 1.3) คัดกรองคนก่อนเข้าตลาด จะต้องใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าทุกคน และให้เดินเข้า ทางที่กำหนดทางเดียว (one way) และมีการเว้นระยะห่าง(Social Distancing) 1-2 เมตร
- 1.4) ล้างมือก่อนเข้าร้านและหลังเข้าร้าน
- 1.5) ระหว่างเลือกซื้อของภายในร้านต้องเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร
- 1.6) จัดระเบียบแถวร้านขายของใหม่ ไม่ให้หันหน้าเข้าชนกัน เพื่อลดความแออัดในช่วงการ จับจ่ายตลาด
- 1.7) กั้นเชือกห้ามจอดรถมอเตอร์ไซค์กลางถนนขาออก เพื่ออำนวยความสะดวกในการเดิน จับจ่ายตลาด ลดความแออัด และแก้ปัญหาจราจร
- 1.8) ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติตัวของพ่อค้าแม่ค้า และลูกค้าทุกวัน โดยประธานตลาดพระ พุทธ
- 1.9) พ่อค้า-แม่ค้า งดขายสินค้าให้กับลูกค้าที่ไม่ปฏิบัติตามกฎข้อใดข้อหนึ่ง “หากไม่ปฏิบัติ ตามกฎ ข้อใดข้อหนึ่ง เราจะไม่ขายของให้ท่าน”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเทपालงพื้นที่ตลาดพระพุทธร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายดำเนินการ กำหนด เส้นทางเดินซื้อของแบบ One Way พร้อมทั้งเครื่องหมายทิศทางเดิน เน้นการเว้นระยะห่าง (Social distancing) มีการดำเนินการ ได้แก่

- 1.1) ตั้งจุดคัดกรอง โดยมี อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน(อปพร.) และ อสม. วันละ 3 คน ทำหน้าที่ ตรวจวัดอุณหภูมิ บริการแอลกอฮอล์เจลล้างมือ ตรวจการสวมใส่หน้ากาก ให้ คำแนะนำการเว้นระยะห่าง
- 1.2) ร่วมด้วยช่วยกันในการทำสิ่งปดตีใหม่ โดยกำหนดกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในการ ซื้อ - ขาย ของในตลาดพระพุทธร คือ การใส่หน้ากาก การล้างมือ การเว้นระยะห่าง การไม่สัมผัสของ ร่วมกัน
- 1.3) เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม โรงพยาบาลเทพา ร่วมกับ



คุณอะคน สอเต็น (บังแอ) ประธานตลาดพระพุทธรูปประชาสัมพันธ์เสียงตามสายให้ความรู้เรื่อง COVID – 19 และการเดินซื้อของแบบทางเดียว ไม่เดินสวนทาง

1.4) จัดทำ Clip VDO ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติตัวในสถานการณ์ COVID-19 และเน้นการปฏิบัติตัวให้เป็นแบบปกติวิถีใหม่ “New Normal” เพื่อเป็นตลาดพระพุทธรูปวิถีใหม่ โดยได้รับความร่วมมือจาก คุณอารี มะโชะ นักวิชาการศึกษาปฏิบัติการ กองการศึกษา เทศบาลตำบลเทพา มาร่วมบิน Drone นำไปใช้ในการทำสื่อประชาสัมพันธ์ และติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment) อย่างต่อเนื่อง ในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรมจะมีการพูดคุยออกแบบโดยทีมนำก่อน ดำเนินการ (Before Action Review=BAR) และหลังดำเนินการ(After Action Review=AAR) พร้อมทั้งประชุมสะท้อนผลการดำเนินงาน (Reflection ) และหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงเพื่อหาโอกาสพัฒนา Opportunity For Improvement (OFI)

เมื่อเริ่มมีการเกิดการระบาดของ COVID-19 ระลอกใหม่ ในพื้นที่ต่างจังหวัด ชุมชนก็มีความตื่นตัวของทีม พชต.จิตอาสา ที่มีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเทพา จึงได้มีการลงเยี่ยมการจัดการตลาดในวันที่ 8 เมษายน 2564 และได้มีการวิเคราะห์ร่วมกัน

#### สิ่งดีที่เกิดขึ้น

- (1) พชต. จิตอาสา มีความตื่นตัว มองเห็นโอกาสพัฒนา รายงานหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม รพ.เทพา เพื่อทราบปัญหา และร่วมดำเนินการกับเจ้าหน้าที่
- (2) พชต. จิตอาสา (บังหย่า) มาช่วยคัดกรอง และแนะนำวิธีการใส่ mask ที่ถูกวิธี และให้ปฏิบัติตาม DMHTT

- (3) ภาคิเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมด้วยช่วยกันดำเนินการ
- (4) ผู้ที่มาใช้บริการที่ตลาด ใส่หน้ากากมาจากบ้าน ร้อยละ 100
- (5) พ่อค้าแม่ค้าใส่หน้ากาก ร้อยละ 100 และใส่ถูกต้อง
- (6) มีจุดคัดกรอง 3 จุด มีการให้ลงทะเบียน และสแกนไทยชนะ
- (7) มีการเดิน one way และเว้นระยะห่าง
- (8) พ่อค้าแม่ค้า ให้ความร่วมมือ ปฏิบัติตาม D-M-H-T-T เป็นอย่างดี

#### ผลการดำเนินงาน

จากการเสริมพลังและร่วมดำเนินการเฝ้าระวัง และป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ตลาดพระพุทธรูป พ่อค้าแม่ค้า และผู้มาใช้บริการในตลาด มีการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T อย่างเคร่งครัด ปฏิบัติตามคำสั่งของจังหวัด ไม่พบการระบาด ไม่พบการติดเชื้อ หรือผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดขึ้นในตลาด เนื่องจากได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในการร่วมด้วยช่วยกัน เพื่อให้เกิดเป็น “ตลาดวิถีใหม่ New Normal” เป็นตลาดแห่งสุขภาวะ ประชาชนในชุมชนสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนจากการจะต้องปิดตลาด ส่งผลให้ระบบเศรษฐกิจไม่ถูกระทบ ชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดี ไม่มีคนตกงาน ในมิติของระบบตลาด ไม่สร้างความเดือดร้อนที่จะต้องพึ่งพารัฐ ประชาชนดูแลกันเองได้โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

## 2) ธนาคารวิถีใหม่ (ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร(ธกส.) และธนาคารออมสิน สาขาเทพา)

ตามที่มีโครงการ “เราไม่ทิ้งกัน” จ่ายเงินเยียวยา 5, 000 บาท เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2563 มีประชาชนไปรับบริการหนาแน่นทั้ง 2 ธนาคาร มีการยื่นเบียดกันติดแน่น ไม่เว้นระยะห่าง โรงพยาบาลเทพา ดำเนินการ ดังนี้ 2.1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเทพา ลงพื้นที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ที่มาทำธุรกรรมทางการเงิน เรื่องการปฏิบัติตนเองตามมาตรการ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร

2.2) ประสานงานปรึกษาหารือกับผู้บริหารธนาคาร พร้อมทั้ง การเข้าพบและทางโทรศัพท์ เพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับมาตรการการเฝ้าระวัง การจัดระเบียบ และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ร่วมกัน ในระยะแรกทุกวัน เมื่อทุกอย่างลงตัวก็ปรึกษาหารือเป็นระยะๆ ตลอดช่วงของการให้บริการจนกระทั่งเข้าสู่แบบปกติวิถีใหม่ “New Normal” (ผู้รับบริการรู้และปฏิบัติเกี่ยวกับการใส่หน้ากาก การล้างมือ การเว้นระยะห่าง)

2.3) ธนาคาร มีการจัดระเบียบ โดยการใช้พื้นที่ของธนาคาร คือ ใต้ถุนอาคารจัดเก้าอี้ให้ผู้รับบริการนั่งรอคิวและเว้นระยะห่างชัดเจน 1-2 เมตร

2.4) จัดโรงจอดรถเป็นที่นั่งรอรับบริการ จัดเก้าอี้ให้ผู้รับบริการนั่งรอคิว และเว้นระยะห่างชัดเจน 1-2 เมตร

2.5) จัดบริการตั้งเต็นท์ จัดเก้าอี้ให้ผู้รับบริการนั่งรอคิวและเว้นระยะห่างชัดเจน 1-2 เมตร เมื่อมีผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ที่นั่งรอรับบริการไม่เพียงพอ ธนาคารก็จัดบริการเพิ่มเติมที่ให้เพียงพอตามเกณฑ์การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร

2.6) ดำรวจ สถานีตำรวจภูธรเทพา ช่วยจัดระเบียบ เว้นระยะห่างร่วมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน

2.7) เมื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเทพาถอย โดยติดตามดูการเคลื่อนไหวทุกวัน พบว่า ผู้รับบริการหนาแน่นขึ้น ไม่ค่อยจะเว้นระยะห่าง เจ้าหน้าที่ธนาคารยังไม่สามารถจัดการได้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเทพาจึงปรับกลยุทธ์ โดยร่วมกับเทศบาลตำบลเทพา สร้างความรอบรู้ ให้มีความตระหนัก ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายที่เทศบาลตำบลเทพา และมีการ Video call ผ่านทาง Line เพื่อดูการเคลื่อนไหว พบว่า No Distancing บางคนไม่ใส่หน้ากาก ใส่หน้ากากไว้ใต้คาง เจ้าหน้าที่ที่ประชาสัมพันธ์ก็พูดคุยกับผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการแปลกใจว่าเสียงมาจากไหน ทำไม่รู้พฤติกรรมของเขา จึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการดำเนินการทุกวัน จนกระทั่งเข้าสู่ แบบปกติวิถีใหม่ “New Normal”

2.8) ธนาคารตั้งจุดคัดกรอง มี อสม.จาก หมู่ที่ 1 5 และหมู่ที่ 8 ตำบลเทพา มาปฏิบัติงาน ณ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) และ อสม. หมู่ที่ 3 4 และหมู่ที่ 6 ตำบลเทพา มาปฏิบัติงาน ณ ธนาคารออมสิน ทำหน้าที่ตรวจวัดอุณหภูมิ บริการแอลกอฮอล์เจลล้างมือ และให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนในการป้องกัน COVID-19

จากการติดตาม Coaching & Empowerment โดยใช้ GROW Model และการทบทวนด้วย PDCA เมื่อย้อนดูเวลาที่ผู้รับบริการมาถึงธนาคาร พบว่า ผู้รับบริการจะมาก่อนที่ธนาคารจะเปิด

ดำเนินการหลายชั่วโมง พบว่า มีชาวบ้าน เริ่มมาเวลา 04.00 น. ขับรถมอเตอร์ไซด์ฝ่า Curfew มาจากบ้าน เมื่อถึงธนาคาร ปลอดภัยจาก Curfew ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 1 ตำบลเทพา และทีมผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านจึงมาช่วยจัดระเบียบ และแจกคิวที่ทำขึ้นมาเอง 100 คน/วัน ช่วยให้คนที่ไม่ได้คิวทราบว่าจะต้องกลับไปบ้าน ช่วยให้ลดความแออัดและลดเวลาการรอคอย มีการเว้นระยะห่าง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเทพา สร้างความรอบรู้ แนวทางการป้องกัน การปฏิบัติตัวในสถานการณ์ COVID -19 สอนวิธีการล้างมือ อสม. ม.1 ตำบลเทพา มาช่วยวัดอุณหภูมิ และให้ความรู้

จากการสอบถามข้อมูลด้าน COVID-19 จากประชาชนที่มารับบริการ พบว่า ทุกคนที่มารับบริการที่ธนาคารให้ความร่วมมือดี ปฏิบัติตามมาตรการทุกอย่าง ชาวบ้านชื่นชมว่า บริหารจัดการแบบนี้ เป็นสิ่งที่ดีทำให้เกิดความเป็นระบบ อยากให้พื้นที่อื่นๆ เป็นแบบนี้ด้วย ชาวบ้านได้ชื่นชมผู้ใหญ่บ้านและทีมว่า มีความเสียสละ และฝากให้ดูแลสุขภาพด้วย ไม่มีผู้ฝ่าฝืน Curfew เข้าสู่ ธนาคารวิถีใหม่ “New Normal”

2.9) เยี่ยมติดตาม เสริมพลังอย่างต่อเนื่อง

2.10) ในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรมจะมีการพูดคุยออกแบบโดยทีมนำก่อน

#### **ผลการดำเนินงาน**

จากการดำเนินงานการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 สรุปผลการดำเนินงานได้ ดังนี้

(1) ไม่มีเกิดผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยโรค COVID-19 เกิดขึ้นในพื้นที่ดำเนินการ

(2) เกิดรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สิ่งที่เรียกว่า “ปกติวิถีใหม่” หรือ “New Normal” เป็นการปฏิบัติที่เป็นบรรทัดฐานใหม่ของสังคม ได้แก่ สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร การล้างมือบ่อยๆ การพกพาเจลแอลกอฮอล์

#### **ผลลัพธ์**

จากการถอดบทเรียนด้วย Body paint ผลลัพธ์สรุปได้ ดังนี้

(1) ได้รูปแบบการดำเนินงานการจัดการการแพร่ระบาดโรค COVID-19 ในสถานที่แออัดระดับชุมชน อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย คือ ตลาดพระพุทธรูปวิถีใหม่ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร(ธกส.)วิถีใหม่ สาขาเทพา และธนาคารออมสินวิถีใหม่ สาขาเทพา

(2) ประชาชน/ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการ และให้ความร่วมมือดี ปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด

(3) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ชื่นชมคณะทำงาน และผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 1 ตำบลเทพา ที่ร่วมบริหารจัดการเป็นแบบอย่างที่ดี มีความเสียสละ ทำให้เกิดความเป็นระบบ อยากให้พื้นที่อื่นๆ เป็นแบบนี้ด้วย และฝากความหวังไว้ให้คณะทำงานทุกท่านดูแลสุขภาพตนเองด้วย

#### **วิจารณ์และข้อเสนอแนะ**

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เป็นผลมาจากการร่วมมือร่วมใจของภาคีเครือข่ายอย่างครบคลุม คนในชุมชนให้ความสำคัญ มีความตื่นรู้ มีความตระหนัก มีความหวังซึ่งกันและกัน ความรู้สึกร่วมในการ

เป็นเจ้าของ และมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อแก้ปัญหาด้านความแออัดในการรับมือกับการระบาดของ COVID-19 ชุมชนมีความสามารถในการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ของชุมชน สามารถออกแบบการบริหารจัดการ เพื่อช่วยให้ผู้มารับบริการในสถานที่ที่มีความแออัด มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากโรคระบาด COVID-19 อีกทั้ง ชุมชนมีการส่งเสริม และดำเนินการตามมาตรการของรัฐในการรับมือกับการระบาดของ COVID-19 อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความรัก ความสามัคคี ความเสียสละ ไม่ทอดทิ้งกัน ร่วมกันสร้างความเป็นปกติวิถีใหม่ “New Normal” ได้อย่างลงตัว ถึงแม้ว่า จะมีการระบาดในระลอกใหม่ สิ่งต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติก็ยังสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ไวต่อการรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นทุกขณะ เนื่องจากชุมชน ภาคีเครือข่ายมีความพร้อม มีความตระหนักรู้ และมีความรอบรู้ สามารถดูแลซึ่งกันและกันอย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ

### สรุป

จากการดำเนินกิจกรรม พบว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้ PHC Model เป็นกรอบการดำเนินงาน ในการจัดการ การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในสถานที่แออัดระดับชุมชน อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา ทำให้ประสบผลสำเร็จ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดปกติวิถีใหม่ “New Normal” อย่างเป็นรูปธรรม เมื่อมีการระบาดในระลอกใหม่ ตลาดก็ยังสามารถเปิดให้บริการประชาชนได้ ซึ่งประชาชนที่มารับบริการในตลาดพระพุทธรูมมีทั้งประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเทพา อำเภอใกล้เคียง รวมถึง 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ถึงแม้ว่า จะมีการระบาดในพื้นที่เหล่านั้น ตลาดพระพุทธรูมก็ยังสามารถรองรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ และไม่มีการติดเชื้อเกิดขึ้น

สำหรับในส่วนธนาคารมีการจัดบริการ D-M-H-T-T ทั้งผู้ให้บริการ และประชาชน ปฏิบัติตนแบบวิถีใหม่ “New Normal” หน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ต้องลงแรงเพิ่ม ช่วยลดภาระงาน และช่วยให้ทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยจาก COVID-19 ร่วมกัน

### 3) การบริหารจัดการศาสนสถาน (วัด มัสยิด) ในสถานการณ์ COVID-19

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โควิด-19 ได้ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม โดยนำ PHC Model (Primary Care and Holistic Care Model) มาปรับใช้ในการดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วม ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในศาสนสถาน วัด และมัสยิด ในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลเทพา โดยการชวนคิด ชวนคุย และดำเนินการตามกรอบแนวคิดการดำเนินงานป้องกัน COVID-19 ร่วมกับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม ผู้รับผิดชอบงานศาสนสถาน ผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน ผู้นำศาสนา คณะกรรมการวัด มัสยิด อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา และประชาชนในพื้นที่ ได้ร่วมกันกำหนดมาตรการในการดำเนินการให้มีการสวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) วัดอุณหภูมิตั้งแต่ก่อนให้เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่เกิดจากการมาประกอบศาสนกิจร่วมกัน (New Normal Religious place) ได้มีทีมลงไปเยี่ยมติดตามเสริมพลัง ในเรื่องมาตรการ D-M-H-T-T

การลงไปเยี่ยมติดตามเสริมพลัง ได้เห็นถึงปัญหาในการจัดการตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น การเว้นระยะห่าง หลีกเลี่ยงการสละมด้วยการสัมผัสมือ การสวมกอด และการ

สัมผัสกัน โดยให้ยกมือสalamกันเท่านั้น เมื่อมาละหมาดที่มีสยิดในช่วงแรก คณะกรรมการมัสยิดไม่คอยให้ความร่วมมือ ผู้รับผิดชอบงานศาสนสถานต้องลงไปสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเว้นระยะห่าง มีการอธิบายให้เห็นถึงความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 จากการยืน สัมผัสใกล้ชิดกัน และได้นำประกาศของสำนักจุฬาราชมนตรี มาสื่อสารกับคณะกรรมการมัสยิด และประชาชนในพื้นที่ ความว่า

3.1) จัดให้มีการทำความสะอาดอุปกรณ์และบริเวณที่มีผู้สัมผัสปริมาณมาก เช่น ราวบันได ลูกบิดประตูห้องน้ำ ด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือน้ำผงซักฟอก และแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ อย่างสม่ำเสมอและบ่อยกว่าปกติ

3.2) หมั่นทำความสะอาดมัสยิด หรือสถานที่ละหมาด พรหมปุละหมาดในมัสยิด ผ้าปูสำหรับละหมาด ตลอดจนชุดที่เตรียมไว้สำหรับใส่ละหมาด ด้วยผงซักฟอกหรือน้ำยาฆ่าเชื้อ หรืองดการใช้และเก็บชุดและพรหมดังกล่าว

3.3) จัดหาเจลล้างมือแอลกอฮอล์ และหน้ากากอนามัยไว้บริเวณภายในมัสยิด เช่น ประตูทางเข้า จุดประชาสัมพันธ์ ห้องสุขา จุดปฐมพยาบาล เป็นต้น

3.4) หลีกเลี่ยง หรืองดการจัดกิจกรรมสาธารณกุศล การจัดค่ายอบรมเยาวชน การจัดประชุมสัมมนา หรือกิจกรรมอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นจะต้องจัดกิจกรรมให้ผู้จัดเตรียมความพร้อมในการคัดกรองผู้เข้าร่วมกิจกรรม และมีมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคที่เข้มงวด สำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง และปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่ระบาดของอย่างเคร่งครัด

3.5) ศาสนาอนุญาตให้สวมใส่หน้ากากอนามัยขณะละหมาดในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ และหากมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก แม้จะมีอาการไม่มาก ให้งดการไปร่วมละหมาดญะมาอะฮ์ หรือละหมาดวันศุกร์ที่มีสยิด

3.6) งดการรับประทานอาหารแบบใส่ถาดรวม ให้แบ่งใส่ภาชนะที่ใช้เฉพาะของตนเอง และงดการรับประทานแบบใช้มือป้อน โดยให้ใช้ช้อนที่ใช้เฉพาะของตนเอง หรือล้างมือให้สะอาด และใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร

3.7) งดการอาบน้ำละหมาดในบ่อน้ำ หรืออ่างใหญ่ร่วมกัน โดยให้ใช้ภาชนะส่วนตัวซัก หรือใช้ก๊อกรักษาแทน

3.8) ให้ทุกคนมีความอดทนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและวิงวอนขอคุณูอาร์ (ขอพร) จากอัลลอฮ์ พระผู้เป็นเจ้า ให้การทดสอบครั้งนี้ผ่านพ้นไปด้วยดี หมั่นขออภัยโทษต่อพระองค์ เพราะการขออภัยโทษเป็นประจำจะทำให้ภัยพิบัติต่าง ๆ หดหายไป และทำให้มีความแข็งแกร่งขึ้นในการเผชิญกับภัยพิบัติเหล่านั้น

เนื่องด้วยการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ได้แพร่กระจายเป็นวงกว้าง มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จึงถือได้ว่าเป็นโรคระบาดที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ดังเจตนารมณ์ของหลักนิติศาสตร์อิสลามที่ว่า

“ปิดป้องสิ่งที่จะก่อให้เกิดความเสียหายก่อนที่จะกระทำในสิ่งที่เกิดประโยชน์” และ  
 “ให้แบกรับความเสียหายส่วนตน เพื่อปกป้องมิให้เกิดความเสียหายต่อส่วนรวม”

และวาทะศาสนตามุฮัมมัด (ช.ล.) ความว่า

“เมื่อรู้ว่าแผ่นดินใดเกิดโรคระบาด ก็จงอย่าได้เข้าไปยังแผ่นดินนั้น และหากแผ่นดินที่อาศัยอยู่เกิดโรคระบาด ก็จงอย่าได้ออกจากแผ่นดินนั้น” (รายงานโดย อิหม่ามบุคอรี)

ดังนั้น การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น ในการระวังป้องกันมิให้โรคระบาดดังกล่าวแพร่กระจาย ถือเป็นศาสนบัญญัติที่จำเป็นต้องปฏิบัติตาม ดังพจนารถแห่งอัลลอฮ์ (ช.บ.) ความว่า

“และพวกเจ้าอย่าได้สังหารตนเอง โดยกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดลงไป อันเป็นเหตุให้พวกเจ้าต้องเสียชีวิตในโลกนี้ แท้จริงอัลลอฮ์นั้นทรงโปรดปรานยิ่งต่อพวกเจ้าในประการที่ทรงห้ามพวกเจ้ามิให้สังหารตนเอง” (บทอันนิซาอ์ โองการที่ 29)

และอัลลอฮ์ พระผู้เป็นเจ้า มิได้ให้เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาแก่ป่าวของพระองค์ ดังพจนารถแห่งพระองค์ ความว่า

“อัลลอฮ์ทรงเลือกเฟ้นพวกเจ้าแล้วให้เป็นกลุ่มชนแรกที่นำศาสนาของพระองค์สู่ชาวโลกทั้งมวล และพระองค์มิได้ให้พวกเจ้าเกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา” (บทอัลฮัจญ์ โองการที่ 78)

สำหรับการบริหารจัดการสถานการณ์ COVID-19 ในวัดได้ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากพระครูเมตตาธรรมรัต ท่านเจ้าคณะอำเภอเทพา และพระครูภัทรคุณาภรณ์ ท่านเจ้าอาวาสวัดสุริยาราม ในการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T อย่างเคร่งครัด ได้นำเรื่องมาตรการการป้องกัน COVID-19 ไปเทศน์ให้กับญาติโยมที่มาร่วมศาสนพิธี จากการลงไปเยี่ยมติดตามเสริมพลังในแต่ละครั้ง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนกับท่านเจ้าคณะอำเภอ ในเรื่องมาตรการป้องกันโควิด-19 และได้มีพิธีพระราชทานเพลิงศพอาจารย์สุภา โครตเศรษฐี เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2563 ณ วัดสุริยาราม ได้นำมาตรการ D-M-H-T-T มาใช้ภายในพิธี ก่อนเข้ามาภายในวัดสุริยาราม จะมี อสม. ตำบลเทพา ผลัดเวรกันมาช่วยคัดกรองโควิด-19 มีการตรวจเข้มในเรื่องการสวมหน้ากากผ้า หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง อสม. ที่มาปฏิบัติงานร่วมกับ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลเทพา ได้มีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ที่มาร่วมศาสนพิธีในครั้งนี้ ปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด

### ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในศาสนสถาน สรุปผลการดำเนินงานได้ ดังนี้

(1) ไม่มีผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยโรค COVID-19 เกิดขึ้นในพื้นที่ดำเนินการ ที่มาร่วมศาสนพิธีทั้งวัด และมัสยิด

(2) เกิดรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สิ่งที่เรียกว่า “ศาสนสถานวิถีใหม่” หรือ (New Normal Religious place) เป็นการปฏิบัติที่เป็นบรรทัดฐานใหม่ของสังคม ได้แก่ สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร การล้างมือบ่อยๆ และการพกพาเจลแอลกอฮอล์

### ผลลัพธ์

จากการถอดบทเรียนด้วย Body paint ผลลัพธ์สรุปได้ดังนี้

- (1) ได้รูปแบบการดำเนินงานการจัดการการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในศาสนสถาน (วัด มัสยิด)
- (2) มีคูปบะห์ (การเทศนาธรรมในอิสลาม) เกี่ยวกับ COVID-19
- (3) พระภิกษุมีการเทศนาธรรม เรื่อง COVID-19 ให้กับญาติโยมที่มาฟังธรรม
- (4) ผู้ที่มาละหมาดวันศุกร์ที่มัสยิด พระภิกษุ และผู้ไปร่วมศาสนพิธีที่วัด ในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม มีการสวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) วัดอุณหภูมิตั้งแต่ไม่ก่อให้เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่เกิดจากการละหมาดร่วมกัน (New Normal Religious place)
- (5) ผู้ที่มาละหมาดวันศุกร์ที่มัสยิด พระภิกษุ และผู้ไปร่วมศาสนพิธีที่วัด ในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม มีความพึงพอใจ ชื่นชม คณะทำงาน ที่ร่วมบริหารจัดการเป็นแบบอย่างที่ดี มีความเสียสละ ทำให้เกิดความเป็นระบบ อยากให้พื้นที่อื่นๆ เป็นแบบนี้ด้วย และฝากความหวังไว้ให้คณะทำงานทุกท่านดูแลสุขภาพตนเองด้วย

#### 4) การบริหารจัดการสถานศึกษา ในสถานการณ์ COVID-19

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม โดยนำ PHC Model (Primary Care and Holistic Care Model) มาปรับใช้ในการดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในสถานศึกษา ในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเทพา โดยการชวนคิด ชวนคุย และดำเนินการตามกรอบแนวคิด การดำเนินงานป้องกันโรค COVID-19 ร่วมกับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน และผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน คณะครู และผู้ปกครอง ได้ร่วมกันกำหนดมาตรการในการดำเนินการมีการสวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) วัดอุณหภูมิตั้งแต่ไม่ก่อให้เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในสถานศึกษา ทางสถานศึกษาทุกแห่งต้องประเมินตนเองในระบบ Thai stop Covid Plus (TSC Plus) เพื่อประเมินความพร้อมก่อนเปิดภาคเรียน และได้มีทีมลงไปเยี่ยมติดตามเสริมพลัง ตามมาตรการหลัก DMHT-RC และมาตรการเสริม SSET-CQ

6 มาตรการหลัก (DMHT-RC) ได้แก่ 1) เว้นระยะห่าง (Distancing) เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1-2 เมตร 2) สวมหน้ากาก (Mask wearing) สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่ในสถานศึกษา 3) ล้างมือ (Hand washing) ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำ นาน 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ 4) คัดกรองวัดไข้ (Testing) วัดไข้ สังเกตอาการ ชักประวัติผู้สัมผัสเสี่ยงทุกคนก่อนเข้าสถานศึกษา 5) ลดการแออัด (Reducing) ลดแออัด ลดเข้าไปในพื้นที่เสี่ยง กลุ่มคนจำนวนมาก และ 6) ทำความสะอาด (Cleaning) ทำความสะอาดบริเวณพื้นผิวสัมผัสร่วม อาทิ ที่จับประตู ลูกบิดประตู ราวบันได ปุ่มกดลิฟต์ ฯลฯ

6 มาตรการเสริม (SSET-CQ) ได้แก่ 1) ดูแลตนเอง (Selfcare) ดูแลใส่ใจ ปฏิบัติตน มีวินัย รับผิดชอบต่อตนเอง ปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด 2) ใช้ช้อนกลางส่วนตัว (Spoon) ใช้ช้อนกลางของตนเองทุกครั้ง เมื่อต้องกินอาหารร่วมกัน ลดสัมผัสร่วมกับผู้อื่น 3) กินอาหารปรุงสุกใหม่ (Eating) กินอาหารปรุงสุกใหม่ร้อนๆ กรณีอาหารเก็บเกิน 2 ชม. ควรนำมาอุ่นให้ร้อนทั่วถึงก่อนกินอีกครั้ง 4) ไทย

ชนะ (Thai chana) ลงทะเบียนตามที่รัฐกำหนดด้วย app ไทยชนะ หรือลงทะเบียนบันทึกการเข้า-ออก อย่างชัดเจน 5) สํารวจตรวจสอบ (Check) สํารวจบุคคล นักเรียน กลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง เพื่อเข้าสู่กระบวนการคัดกรอง และ 6) กักกันตัวเอง (Quarantine) กักกันตัวเอง 14 วัน เมื่อเข้าไปสัมผัส หรืออยู่ในพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาดโรค

การลงไปเยี่ยมติดตามเสริมพลัง ได้เห็นถึงปัญหาในการจัดการของสถานศึกษาตามมาตรการที่ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการกำหนด เช่น การเว้นระยะห่าง บางโรงเรียนพื้นที่คับแคบ จึงมีการแบ่งให้นักเรียนมาเรียนวันเว้นวัน เพื่อลดความแออัดในห้องเรียน และห้ามใช้พื้นที่ส่วนรวมใน โรงเรียน จุดล้างมือไม่เพียงพอ แต่ละโรงเรียนมีการเพิ่มจุดล้างมือ และคิดค่านวัตกรรมอ่างล้างมือตาม ความพร้อมของแต่ละโรงเรียน จุดคัดกรองวัดไข้ ทางโรงเรียนได้ขอความร่วมมือ อสม. ในพื้นที่ มาช่วย คัดกรองตอนเช้าร่วมกับคุณครูประจำวัน เพื่อจะได้คัดกรองได้ทุกคน และครอบคลุม

#### ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในสถานศึกษา สรุปผลการดำเนินงานได้ดังนี้

- (1) ไม่มีผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยโรค COVID-19 เกิดขึ้นในพื้นที่สถานศึกษาในเขตที่รับผิดชอบ ทั้ง 16 แห่ง
- (2) เกิดรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สิ่งที่เรียกว่า “สถานศึกษาวิถีใหม่ New Normal” เป็นการปฏิบัติที่เป็นบรรทัดฐานใหม่ของสังคม ได้แก่ สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย การเว้น ระยะห่าง 1-2 เมตร การล้างมือบ่อยๆ การพกพาเจลแอลกอฮอล์ และสแกนไทยชนะก่อนเข้าสถานศึกษา

#### 4. ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.)

ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) เป็นหน่วยงานเทียบเท่ากองใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในส่วนภูมิภาค ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2549 มีภารกิจในการ อำนวยการ สั่งการ และประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ปัญหาใน 57 พื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และเบ็ดเสร็จ พัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามแนวทางและข้อเสนอแนะ คณะกรรมการ และ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จัดทำข้อเสนอแสวงหาทรัพยากร เพื่อสนับสนุนการ ดำเนินการ กำกับ ติดตามและประเมินผล เพื่อให้สนองต่อการบรรลุนโยบายยุทธศาสตร์ สรุปและ รายงานผลการดำเนินงานพัฒนา และการแก้ไขปัญหา เสนอผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เป็นประจำและต่อเนื่อง ทั้งนี้ กรอบแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการศูนย์บริหารการพัฒนา สุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) ได้วางภารกิจการดำเนินงาน 7 ภารกิจและมี Focal Point รับผิดชอบในแต่ละภารกิจ โดยจะมีผู้แทนจากกรม กองที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจากพื้นที่ 5 จังหวัด เข้าร่วม ดำเนินการในแต่ละภารกิจ ดังนี้

1) ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ บุคลากร การเงิน ครุภัณฑ์ เป็นต้น รับผิดชอบโดย คณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขเขต

2) ด้านการพัฒนาระบบความปลอดภัยของบุคลากรและสถานบริการ แกนประสานโดย นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดสงขลา



3) ด้านการพัฒนาระบบส่งต่อและการแพทย์ฉุกเฉิน แกนประสานโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
หาดใหญ่

4) ด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและข้อมูล Violent Injury Surveillance แกนประสานโดย  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปัตตานี

5) ด้านการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ จากสถานการณ์ ความไม่สงบ แกนประสานโดย  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

6) ด้านการพัฒนาระบบบริการและความเข้มแข็งของชุมชน แกนประสานโดย นายแพทย์  
สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

7) ด้านการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ แกนประสานโดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา  
ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีภารกิจสำคัญในการเป็นหน่วยงาน  
สาธารณสุขส่วนหน้าของจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในการพัฒนาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับวัคซีน  
ได้ครบถ้วน พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบศาสนกิจในปอเนาะ วัด มัสยิด การต่อต้านยาเสพติด  
พัฒนาโรงครัวของโรงพยาบาลให้มีครัวฮาลาล และพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชนในด้านอื่นๆ โดยมี  
อีกบทบาทสำคัญ ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ไปประกอบพิธีฮัจย์และอุมเราะห์ ให้มีความพร้อมก่อน  
เดินทางไป ขณะประกอบศาสนกิจ ณ ประเทศซาอุดีอาระเบีย และการเฝ้าระวังโรคติดต่ออันตรายหลัง  
เดินทางกลับประเทศภูมิลำเนา

### 5. หน่วยงานด้านการศึกษา เพื่อสุขภาวะ

ในพื้นที่ 7 จังหวัด มีหน่วยงานทางด้านวิชาการหลายลักษณะ หน่วยงานที่เป็น  
สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา ได้แก่

5.1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มี 2 วิทยาเขตที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่  
12 ได้แก่ วิทยาเขตหาดใหญ่ และวิทยาเขตปัตตานี ณ วิทยาเขตหาดใหญ่ มีคณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ  
โดยตรง ได้แก่ ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะการแพทย์แผน  
ไทย คณะเทคนิคการแพทย์ ณ วิทยาเขตปัตตานี คณะพยาบาลศาสตร์เป็นคณะเดียวที่เกี่ยวข้องกับ  
สุขภาพโดยตรง ในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีหน่วยงานอิสระที่ทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ  
ประชาชนในพื้นที่ ได้แก่

1) สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สนส. ม.อ.)

2) สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จัดตั้งขึ้น  
เมื่อเดือนมกราคม 2547 เพื่อเป็นหน่วยงานหลักด้านวิชาการในการพัฒนาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะใน  
สังคมภาคใต้ โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานกองทุน  
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ม.อ.) มีวิสัยทัศน์ คือ เป็น  
องค์กรแบบอย่างด้านการสร้างองค์ความรู้ พัฒนานักวิชาการชั้นสูงเพื่อการวิจัยและพัฒนาสุขภาพใน  
พื้นที่ส่วนภูมิภาค มีพันธกิจในการพัฒนาและเสริมความเข้มแข็ง ขยายบทบาท และขับเคลื่อน  
ความสามารถของนักวิชาการให้มีการวิจัย และพัฒนาทางสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของภาคใต้  
อย่างต่อเนื่อง ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน คือ

(1) สร้างความเข้มแข็งให้แก่ หน่วยงานเครือข่ายที่มีอยู่เพื่อให้ได้ทรัพยากรมนุษย์และผลงานด้านวิชาการและการพัฒนาสุขภาพ และ

(2) ขยายความร่วมมือกับหน่วยงานวิชาการ ด้านสร้างเสริมสุขภาพในระดับประเทศและนานาชาติในปัญหาพร้อมด้านสุขภาพของพื้นที่และนานาชาติ

การดำเนินงานในระยะแรก (มกราคม 2547-พฤศจิกายน 2552) วพส. ได้มีส่วนร่วมแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพของภาคใต้ โดยการสนับสนุนและเสริมความเข้มแข็ง ด้านวิชาการของหน่วยระดับวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ม.อ. และสาขาวิชาอื่นๆ พร้อมพัฒนาระบบจัดการงานวิจัยและการจัดการความรู้ของชุดโครงการวิจัยให้ทำงานร่วมกับหน่วยส่งเสริมวิจัยในภูมิภาค เพื่อเปิดช่องทางการสื่อสารทางวิชาการกับชุมชนโดยตรง อีกทั้ง ได้สร้างผลงานการพัฒนาวิชาการเพื่อพัฒนาชุมชนด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพและกระบวนการเยี่ยมเยียนเพื่อสันติภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ เป็นปัญหาเรื้อรัง และต้องการสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการในพื้นที่ในระยะยาว นำไปสู่การดำเนินงานในระยะที่สอง (ธันวาคม 2552-พฤษภาคม 2556) โดย วพส. ได้ดำเนินงานต่อเนื่องจากระยะแรก ซึ่งการดำเนินงานในระยะนี้ ได้ระดมนักวิชาการ ขยายบทบาทของมหาวิทยาลัย สนับสนุนและขับเคลื่อนนักวิชาการและเครือข่ายดำเนินกิจกรรมเพื่อวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ โดยเน้นการเยี่ยมเยียนสมานฉันท์ และสร้างสรรค์กำลังคน ผลงานโดยรวม เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สำหรับการดำเนินงานในระยะที่สาม (มิถุนายน 2556-พฤษภาคม 2559) เน้นการสร้างทรัพยากรมนุษย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ซึ่งมีการส่งเสริมสุขภาพเป็นแกน) ตลอดจนสร้างผลงานสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพด้านการวิจัยและด้านการพัฒนา โดยเน้นพื้นที่ภาคใต้เป็นสำคัญ แต่อาจต่อเนื่องเกี่ยวข้องกับระดับชาติและนานาชาติ ทั้งนี้ ได้มีการเชื่อมโยงและเรียนรู้ร่วมกันระหว่างการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนางานวิชาการ เพื่อพัฒนาเป็นโมเดลศูนย์วิจัย ซึ่งเป็นตัวอย่างสำหรับภาคอื่นๆ ของประเทศ

จากระยะที่ผ่านมา สามารถสรุปผลการดำเนินงานที่น่าสนใจ ดังนี้

1) การสร้างทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ ได้แก่

- นักวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพ เน้นที่นักวิชาการระดับอาจารย์และนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ทั้งระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ให้มีศักยภาพด้านการทำงานวิชาการร่วมกับชุมชน นักวิชาการกว่า 100 คน ที่ วพส. เข้าไปมีส่วนร่วม สนับสนุนจากหลายสถาบัน ได้แก่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ใน 3 วิทยาเขต มหาวิทยาลัยทักษิณ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา โดยความร่วมมือและการสนับสนุนจากหน่วยงานวิชาการในส่วนอื่นๆ ของประเทศ นักวิจัยเหล่านี้ ได้รับประสบการณ์ตรงในการวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพ/สร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงทักษะการทำงานร่วมกับชุมชน ผลงานวิชาการบางส่วนถูกนำไปต่อยอดพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติด้านการสร้างสุขภาพ/ส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ และระดับประเทศ

- นักสร้างเสริมสุขภาพ/ส่งเสริมสุขภาพ ในระดับมืออาชีพ (โครงการบัณฑิตอาสา ม.อ. เดิม) และระดับเยาวชนและคนทั่วไปไปตามกระบวนการจิตอาสา บุคคลเหล่านี้ จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนภาคใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะเน้นในส่วนที่เป็นวัตถุประสงค์หลักของ สสส. การดำเนินงานในระยะนี้ สามารถผลิตนักสร้างเสริมสุขภาพชุมชน 54 คน ที่เข้าไป

กระตุ้นชุมชนให้ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง จนส่งผลให้ชุมชนสามารถจัดการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนได้ นอกจากนี้ กระบวนการทำงานดังกล่าว ยังช่วยกระตุ้นให้แกนนำชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพและเกิดการเชื่อมโยงกับนักวิชาการในพื้นที่อีกด้วย

## 2) การสร้างผลงานการสร้างสุขภาวะ ประกอบด้วย

- งานวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ซึ่งส่วนใหญ่ ผ่านหน่วยระบาดวิทยา และวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ และงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทั่วไป เช่น สภาพแวดล้อม สังคม สันติภาพ ฯลฯ โดยอาศัยนักวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการส่งเสริมสุขภาพ ผลงานวิชาการที่น่าสนใจและมีผลกระทบต่อชุมชนอย่างเห็นได้ชัด เช่น การลด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการตกเลือด การจัดตั้งทะเบียนมะเร็งในจังหวัดปัตตานี การพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับฯ และการคัดกรองมะเร็งเต้านม

- ผลงานการพัฒนาสุขภาวะของพื้นที่ภาคใต้ นักวิชาการ และนักสร้างเสริมสุขภาพ ชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาวะประชาชนในพื้นที่ภาคใต้ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น อนามัยสตรีตั้งครรภ์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ การลดการบริโภคยาสูบ และการจัดการขยะในระดับชุมชนเมือง เป็นต้น นอกจากนี้ เครือข่ายในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังเน้นเข้าไปเยียวยาปัญหาที่เกิดจากความรุนแรงของสถานการณ์ความไม่สงบ ด้วยกระบวนการเยียวยา และการสร้างความสมานฉันท์ผ่านศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ (ศวชต.) หรือมูลนิธิเพื่อการเยียวยา และสร้างความสมานฉันท์ชายแดนใต้ (มยส.) มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักเยียวยาจากภาคประชาสังคมและภายในระบบสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ของรัฐ ก่อให้เกิดการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ เกิดแนวทางการเยียวยารูปแบบใหม่ เช่น การส่งเสริมอาชีพ การรวมกลุ่มเยียวยาของชุมชน การพัฒนาศักยภาพผู้พิการหรือสตรีที่ได้รับผลกระทบ การพัฒนาการสร้างสมานฉันท์ภายใต้แนวคิด Health as a Bridge to Peace ซึ่งการดำเนินงานทั้งหมด ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภาครัฐและประชาสังคมในพื้นที่

3) ความเชื่อมโยงระหว่างนักสร้างเสริมสุขภาพและนักวิจัย นักสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งทำงานในพื้นที่จะค้นหาปัญหาสุขภาพ/สุขภาพจากพื้นที่ นักวิจัยจะทำการวิจัยทางด้านลึก วพส. นำองค์ความรู้ที่ได้ไปแก้ปัญหาในพื้นที่ โดยกิจกรรมบางส่วนจะกลับไปเป็นงานของนักสร้างเสริมสุขภาพ และบางส่วนเป็นของเครือข่ายอื่นๆ นอกจากนี้ ยังมีผลงานที่ได้ นอกเหนือจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดย วพส. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีผลงานเด่นๆ ได้แก่

3.1) การสร้างความเข้มแข็งด้านการวิจัยและพัฒนาให้กับอาจารย์ นักวิชาการ ม.อ. ทั้ง 5 วิทยาเขต โดย วพส. สนับสนุนการเขียนบทความทางวิชาการเพื่อตีพิมพ์ระดับนานาชาติ ร่วมพัฒนาข้อเสนอโครงการวิจัยและพัฒนา เป็นที่ปรึกษาให้คำปรึกษาแก่หน่วยงาน และอาจารย์รุ่นใหม่ สนับสนุนให้อาจารย์และนักศึกษาเข้าร่วมแลกเปลี่ยนกับประเทศเพื่อนบ้าน อีกทั้ง ขยายศักยภาพ มหาวิทยาลัยด้านวิชาการและสันติสุขภาวะระหว่างประเทศ ผลการดำเนินงานในระยะนี้ของ วพส. ส่วน

ใหญ่ เป็นไปตาม แผนงานที่กำหนดไว้ แม้ว่ามีบางโครงการที่อาจล่าช้าไปบ้าง เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปิดโครงการย่อยซ้ำ ภารกิจของอาจารย์ และปัญหาจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงทำให้ผลงาน หรือผลการดำเนินงานบางอย่าง ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ด้านความยั่งยืนของภาคีเครือข่ายนั้น บางองค์กรมีความมั่นคง ทั้งทางด้านทรัพยากรบุคคล และงบประมาณ เช่น ศวชต. บัณฑิตา ที่ได้รับการสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน จนเป็นองค์กรชั้นนำด้านการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ แต่ยังมีบางองค์กรที่แม้มีการดำเนินงานดี แต่ยังต้องได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณบางส่วนในระยะต่อไป เพื่อเตรียมพร้อมให้องค์กรได้แสวงหาความยั่งยืน

โดยสรุป วพส. ดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดที่ให้ไว้กับ สสส. ในการสร้างและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ผลงานวิชาการ และผลงานการพัฒนาด้านสุขภาวะ โดยเน้นพื้นที่ภาคใต้ เพื่อเป็นองค์กรแบบอย่างด้านการสร้างองค์ความรู้ พัฒนานักวิชาการชั้นสูงเพื่อการวิจัยและพัฒนาสุขภาวะในพื้นที่ส่วนภูมิภาคต่อไป

3) มูลนิธิสุขภาพภาคใต้ ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2549 ตามแนวคิดของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธาดา ยิบอินซอย มูลนิธินี้ ทำงานในพื้นที่โดยใช้งานวิชาการ และการบริหารจัดการในการวางทิศทางและประสานแนวทางการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งระดับ นโยบายในส่วนกลาง นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติในพื้นที่ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพในจังหวัดชายแดนใต้ โดยมีวิสัยทัศน์ เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาาระบบสุขภาพ ที่ตอบสนองความต้องการของบริบทพื้นที่ ส่วนพันธกิจสำคัญ คือ การแก้ไขปัญหาและพัฒนาาระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงนโยบาย และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของบริบทพื้นที่ โดยใช้ความรู้สหวิทยาการและเครือข่ายความร่วมมือหลายภาคส่วนในการขับเคลื่อน การดำเนินการของมูลนิธิมี วัตถุประสงค์เพื่อ (1) บริหารจัดการและสนับสนุนการสร้างและใช้ความรู้สหวิทยาการ ในการแก้ไข ปัญหาและพัฒนาาระบบสุขภาพ เพื่อสร้างและประสานเครือข่ายความร่วมมือหลายภาคส่วนในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาาระบบสุขภาพที่ใช้ความรู้เป็นฐาน และ (2) ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพในการบริหารจัดการที่อยู่บนฐานของความรู้ เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาาระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย (1) การพัฒนาที่ใช้ความรู้เป็นฐาน (2) การสร้าง จัดการ และใช้ความรู้สหวิทยาการ (3) การเชื่อมโยงนโยบายวิชาการ และการปฏิบัติ (4) การหนุนเสริมและพัฒนา ศักยภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (5) การขับเคลื่อนงานโดยเครือข่ายความร่วมมือหลายภาคส่วน และ (6) การ สื่อสารสาธารณะ

5.2 มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงตั้งอยู่ที่วิทยาเขตพัทลุง ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา และโครงการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์

5.3 มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส

5.4 มหาวิทยาลัยราชภัฏ ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

5.5 มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

5.6 วิทยาลัยพยาบาลที่สังกัดสถาบันบรมราชชนก 2 แห่ง คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

5.7 วิทยาลัยฟาฏอนี

6. องค์กร เครือข่ายทางสังคม

องค์กร เครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่

6.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6.2 เครือข่ายทางสังคม โดยมีตัวอย่างองค์กร ดังนี้

1) มูลนิธิชุมชนสงขลา

มูลนิธิชุมชนสงขลา มีแนวคิดการทำงานสู่ความความยั่งยืน โดยคำนึงถึงองค์ประกอบหรือภาคที่สำคัญ หรือเรียกว่าการทำงานอย่างน้อย 4 ชาติที่เสมอกัน ได้แก่

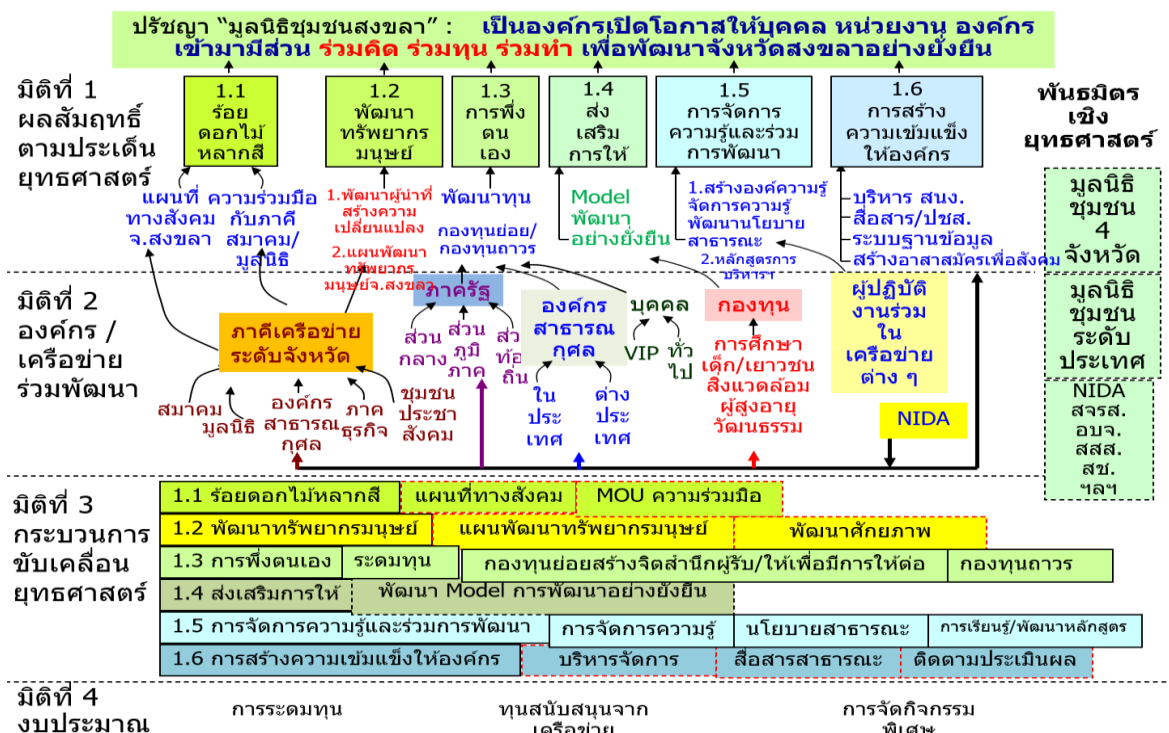
(1) ส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย ตัวแทนกระทรวงต่างๆ และพ่อเมืองรับนโยบายจากส่วนกลางนำมาสู่การปฏิบัติ หรือนำปัญหาจากพื้นที่ไปสู่การแก้ปัญหาเชิงนโยบาย

(2) ส่วนท้องถิ่นและท้องที่ ในฐานะองค์กรภาครัฐส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ดูแลประชากรของตน โดยมีผู้บริหารที่เป็นนักการเมืองผ่านการเลือกตั้ง และกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ภายใต้ทิศทางพัฒนาในระดับตำบลเดียวกัน ยึดโยงกับประชากรทุกกลุ่มวัย

(3) ส่วนวิชาการ ทำหน้าที่ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ใช้ความรู้ในการจัดการปัญหาหรือยกระดับการพัฒนา ซึ่งหมายรวมถึงภูมิปัญญา ราชัญชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ

(4) ส่วนประชาสังคมและเอกชน ในฐานะองค์กรทางสังคม กลุ่ม ชมรม เครือข่ายสมาคม มูลนิธิ ที่จะมืบทบาทมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานตามประเด็นปัญหาและศักยภาพของตน<sup>43</sup>

แผนภูมิที่ 6 การทำงานของมูลนิธิชุมชนสงขลา



ข้อมูล: มุลินธิชุมชนสงขลา<sup>44</sup>

## การทำงาน “การบูรณาการโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน” มุลินธิชุมชนสงขลา กับ กขป.12 ที่ผ่านมา

ชาคริต โภชะเรือง (2564) บทเรียนการดำเนินงานคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขต 12 พบว่า หากต้องการประสานทรัพยากร ลดช่องว่างการทำงานในเชิงพื้นที่ ซึ่งยังแยกส่วนต่างคนต่างทำ สามารถดำเนินการได้ โดยมีแนวทางสำคัญ ดังนี้

1) การทำงานร่วมในลักษณะ แก้อี 4 ขา เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการทำงาน เสริมหนุนกันไว้ โดยมีภาคส่วนสำคัญที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เข้ามาทำงานร่วมกัน ได้แก่ ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น ส่วนวิชาการ ส่วนเอกชน/ประชาสังคม/ชุมชน แต่ละพื้นที่และประเด็นไม่เหมือนกัน ส่วนใดที่เกินศักยภาพ ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของภาครัฐ ภาคประชาชนหรือเอกชนจะเข้ามาเสริมเติม

2) การพัฒนากลไกขับเคลื่อน มี 2 ระดับ ได้แก่ ระดับอำนาจการ และปฏิบัติการ โดยพิจารณาให้ยึดโยงกับกลุ่มเป้าหมาย อำนาจหน้าที่ รวมถึงกลไกในระบบปกติที่มีการดำเนินการกันอยู่ เพิ่มเติมในส่วนที่เป็นช่องว่างการดำเนินงาน การได้มาขององค์กรหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีทั้งมาโดยตำแหน่ง มาจากการคัดเลือกกันเอง การสมัคร โดยคำนึงถึงการยึดโยงกับกลุ่มเป้าหมายและอำนาจหน้าที่ สามารถดำเนินการในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ

3) ระบบข้อมูลกลางหรือสารสนเทศกลาง แต่ละองค์กรจะมีฐานข้อมูลของตนเอง ต่างระบบ ต่างเทคนิค บางส่วนระบบกลางจะอยู่ส่วนกลาง ทำให้เกิดปัญหาการประสานงาน และการติดตามผล ที่ไม่อาจประมวลผลทั้งเพื่อประกอบการทำแผนงานโครงการ และการติดตามผล การสร้างระบบข้อมูลกลางแบบครบวงจรเช่นนี้ โดยท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ (ขึ้นอยู่กับประเด็น) โดยใช้โปรแกรมกลางที่สามารถดึงข้อมูลพื้นฐานจากแต่ละองค์กรเข้ามาสู่ระบบกลาง และนำมาสู่การจัดทำแผนร่วม การรายงานผลร่วม จะช่วยลดปัญหาความซ้ำซ้อน ต่างคนต่างทำ โปรแกรมเมอร์จะเข้ามาแก้ปัญหาทางเทคนิคพร้อมกัน

4) การปรับความคิดในการทำงาน เปลี่ยนแนวคิดก็เปลี่ยนแปลงได้ การทำงานร่วมกันเพื่อสร้างประสบการณ์ใหม่และปรับแนวคิดร่วมกัน โดยมีพื้นที่ต้นแบบหรือโครงการที่สามารถทำให้ครบวงจรเห็นผลเป็นรูปธรรม จะช่วยสร้างความเชื่อมั่น ก่อนที่จะนำไปสู่นโยบายสาธารณะ ขยายผลต่อไป

### 2) กลุ่มองค์กรสตรีในเครือข่ายสตรีจังหวัดชายแดนใต้

กลุ่มองค์กรสตรีในเครือข่ายสตรีจังหวัดชายแดนใต้ ตัวอย่างเช่น เครือข่ายผู้หญิงยุติความรุนแรงแอสสันติภาพ 3 จังหวัดชายแดน เครือข่ายชุมชนสตรีทากัมปงตักวา สมาคมผู้หญิงเพื่อสันติภาพ เครือข่ายการช่วยเหลือเด็กกำพร้าภาคใต้ เครือข่ายผู้หญิงภาคประชาสังคมเพื่อสันติภาพชายแดนใต้ เครือข่ายทรัพยากรธรรมชาติชายแดนใต้ ศูนย์เยาวชนฟ้าใส เครือข่ายสตรีชายแดนใต้เพื่อสันติภาพ เครือข่ายชาวพุทธเพื่อสันติภาพ สมาคมสตรีไทยมุสลิมปัตตานี สมาคมสวัสดิการมุสลิม จังหวัดยะลา ชมรมผู้นำมุสลิมะห์ จังหวัดนราธิวาส สมาคมสตรีจังหวัดชายแดนใต้เพื่อสันติภาพ (ดีพีพีท) สมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทย (ยมท.) มุลินธิศูนย์ทนายความมุสลิม กลุ่มด้วยใจ ศูนย์ช่วยเหลือทางวิชาการแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงจังหวัดชายแดนใต้(ศวชต.) คณะกรรมการพัฒนาบทบาทสตรีจังหวัด (กพ

สจ.) กองทุนพัฒนาบทบาทสตรีจังหวัด สมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี มูลนิธิเด็กกำพร้าปัญญาเลิศบ้านสุโขทัย ปาแน กลุ่มซอซิก และสมาคมเด็กและเยาวชนเพื่อสันติภาพชายแดนใต้ (กลุ่มลูกเหรียญ)

### 3) สมาคมอาสาสร้างสุขภาคใต้

สมาคมอาสาสร้างสุขภาคใต้ เป็นองค์กรภาคประชาสังคมอีกองค์หนึ่ง ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสังคมระดับรากหญ้าผู้ด้อยโอกาส กลุ่มคนเปราะบาง ผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 ต่างๆ ตัวอย่างกิจกรรมของสมาคม ได้แก่ โครงการส่งเสริมทักษะอาชีพด้านเกษตรให้กับผู้สูงอายุและคนพิการในอำเภอบางกล่ำ โครงการจัดมุมหนังสือให้ผู้อพยพที่โรงพยาบาลสนาม กิจกรรมพลังอาสาสมัครกับงานบริการประจำจุดฉีดวัคซีนเซ็นทรัลหาดใหญ่ และสมาคมฯ เป็นคณะทำงานด้านสังคม Hatyai Care ชุมชนปลอดภัย ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ภายใต้การดำเนินงานโครงการ “Hatyai Sandbox Plus” ดำเนินการเครือข่ายร้านอาหารปันสุข โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 36 กรอบแนวคิดเครือข่ายร้านอาหารปันสุข

## สถานการณ์กับฉากทัศน์ (scenarios) ของคุณภาพชีวิตของประชาชนใน เขต 12

จากสถานการณ์สุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 12 ตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้แก่ การปกครอง การกระจายอำนาจ เศรษฐกิจกิจ ความยากจนในกลุ่มเปราะบาง กลุ่มชาติพันธุ์ ความเหลื่อมล้ำ การศึกษา วัฒนธรรม ถิ่นที่อยู่อาศัย และระบบและกลไกทางสังคมในมิติต่างๆ ที่รวบรวมและวิเคราะห์ สามารถตั้งสมมุติฐานประเมินสถานการณ์โดยทำฉากทัศน์ (scenarios) 3 ระดับด้วยกัน ดังนี้

**ฉากทัศน์ที่ 1** มีผลกระทบไปเสริมสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ให้รุนแรงมากขึ้น เช่น ความไม่สงบประทุเพิ่มขึ้น COVID-19 ระบาดอีกหลายระลอก เกิดภัยพิบัติอุทกภัยอย่างรุนแรง งบประมาณของหน่วยงานติดลบมีข้อจำกัดในการทำงาน ประชาชนไร้เงิน แ่่งงาน ย้ายถิ่น รอรับการเยียวยาอย่างเดี่ยว

**ฉากทัศน์ที่ 2** สถานการณ์ และข้อมูลเป็นเหมือนปัจจุบัน แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถแก้ปัญหาและพัฒนาตามศักยภาพกำลังคน แผนงานงบประมาณ และการสนับสนุนของรัฐบาล

แก้ปัญหาบางเรื่องได้ดี บางปัญหายังเหมือนเดิม และพร้อมที่จะเกิดรุนแรงมากขึ้น (เหมือนข้อมูลที่ปรากฏ)

**จากทัศน์ที่ 3** สถานการณ์ และข้อมูลเหมือนปัจจุบัน แต่ถูกสังเคราะห์ร่วมกันให้เห็นถึงแนวโน้มอนาคต หน่วยงานรัฐ การศึกษา อปท. เอกชน ประชาสังคม มีการบูรณาการทั้งแผนยุทธศาสตร์และทรัพยากร เพื่อรับมือทั้งระยะสั้นและระยะยาว ร่วมสร้างแบบอย่างที่ดีทั้งประเด็นและพื้นที่เป็นตัวตั้ง เพื่อขยายผลสู่ระดับเขตได้

### สถานการณ์ที่ท้าทาย

การขับเคลื่อนของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต 12 (กขป. 12)

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต 12 ได้กำหนดประเด็นการขับเคลื่อนที่สำคัญจากฐานข้อมูลและองค์ความรู้ของสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่เขต 12 ในภาพรวมของปัจจัยกำหนดสุขภาพ ปัจเจก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านกลไก ในระยะที่ 1 ที่ผ่านมา ได้ดำเนินการใน 4 ประเด็น ได้แก่

1. ประเด็นบุหรี่ยาเสพติดและปัจจัยเสี่ยง
2. สุขภาพแม่และเด็กในพท.จังหวัดชายแดนใต้
3. สุขภาวะกลุ่มชาติพันธุ์และกลุ่มเปราะบางทางสังคม
4. เกษตรและอาหารสุขภาพ

ผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรูปธรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็น รูปแบบ และวิธีการการทำงานของ กขป. 12 ในระยะต่อไป ดังต่อไปนี้

#### 1. ประเด็นบุหรี่ยาเสพติดและปัจจัยเสี่ยง

##### 1.1 ผลการดำเนินงาน

ประเด็นบุหรี่ยาเสพติดและปัจจัยเสี่ยง มีการกำหนดเป้าประสงค์ในแผนปฏิบัติการไว้ 2 ข้อ คือ เพื่อสกัดนักสูบหน้าใหม่และลดจำนวนผู้เสพยาเสพติด และลดปัญหาในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ โดยใช้ยุทธศาสตร์ พัฒนาแหล่งเรียนรู้ ระบบข้อมูลและสารสนเทศ โดยการ mapping ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงในเขต 12 ทั้งข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลภาคีเครือข่าย 7 จังหวัด ค้นหาแหล่งเรียนรู้ระดับพื้นที่และนวัตกรรมมาขยายผล

ผลการดำเนินการ พบว่า มีการ Mapping เครือข่ายการทำงานด้านบุหรี่ยาเสพติด มีการจัดเวทีย่อย โดยเชิญภาคีเครือข่ายองค์กรทั้ง 7 จังหวัด ในเขตมาร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ทีมอนุกรรมการประเด็นคัดเลือกพื้นที่ในการขับเคลื่อน โดยใช้พื้นที่ อ.รามัน จ.ยะลา เป็นพื้นที่นำร่อง พื้นที่ร่วมปฏิบัติการ มี อบต. ยานซื่อ จ.สตูล อบต.คองหงส์ จ.สงขลา อบต.หนองตรุด จ.ตรัง เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน มีการนำตัวอย่างที่ดีในพื้นที่ ต.ฉลุง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา และรูปธรรมการทำงานในพื้นที่ของมูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย นำมาสู่การกำหนดทิศทางการทำงานร่วมกัน โดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน จะเป็นระดับหมู่บ้านหรือตำบลก็ได้ และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความสัมพันธ์ของสังคม วิถีวัฒนธรรม การสร้างเครื่องมือ และสร้างกลไก



รองรับ เช่น กลไกการทำงานนโยบาย การตั้งเป้าหมายร่วม การจัดเก็บข้อมูล การคัดกรอง โดยจะพัฒนา แอปพลิเคชัน เรื่องบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่มีการคัดกรองระดับบุคคล ทำให้เรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องของ ประชาชน ให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูล มีระบบเยี่ยมบ้านที่จะเชื่อมต่อกับหน่วยงานต่างๆ การใช้ฐาน บุคคลเป็นตัวตั้ง เป็นการต่อยอดปัจจัยที่เข้ามาส่งผลกระทบ การสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพภาคี เครือข่าย หน่วยสนับสนุนเรื่องการเลิกบุหรี่ คือ รพ.รามัน และคณะเภสัชศาสตร์ ม.อ. แนวทางการ ดำเนินงานมีระบบคัดกรอง ระบบประเมินด้วยตนเอง มีแนวคิดที่จะพัฒนาระดับเป็นแอปพลิเคชันใน การเก็บข้อมูล พัฒนาระบบข้อมูลกลางรายบุคคล เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกันระหว่างองค์กรระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด มีการขับเคลื่อนในพื้นที่ อ.ตากใบ จ.นราธิวาส โดยร่วมกับศูนย์ฟ้าใสโรงพยาบาล ตากใบ 4 ตำบล จำนวน 60 กว่าคน จ.ปัตตานี มีพื้นที่นำร่องในบ้านโสร่ง ภายใต้โครงการของชุมชนนำ อยู่ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ และมีการเชื่อมโยงกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ มีการจัดกิจกรรมศึกษาดูงาน พบปะแบบไม่เป็นทางการ ค้นหาประเด็นร่วม เสริมการทำงานในแต่ละ จังหวัด เชิญองค์กรภาคีมาเป็นอนุกรรมการจังหวัดปัตตานี ให้นำประเด็นบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงเข้าสู่ สมัชชาจังหวัด เพื่อผลักดันเข้าสู่นโยบายระดับจังหวัด เพื่อให้ผู้ว่าราชการจังหวัดนำไปสู่การประกาศ เป็นนโยบายต่อไป มีการวางแผนร่วมกับท้องถิ่น และกระบวนการระดับตำบลต่อไป มีองค์ความรู้ สมุนไพรเลิกบุหรี่ แต่ยังไม่พบร่องรอยของการนำองค์ความรู้ไปขยายผลยังภาคีที่เกี่ยวข้อง และการ ดำเนินการในเป้าประสงค์ ข้อที่ 2 คือการลดปัญหาในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่

ข้อสังเกตสำคัญในการดำเนินการประเด็นปัจจัยเสี่ยงและบุหรี่ การมีจุดแข็งของภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะภาคี สสส. ที่ดำเนินการเรื่องปัจจัยเสี่ยงหลักบุหรี่ในพื้นที่เขต 12 มีมาก มีหน่วยงานภาครัฐที่ ทำหน้าที่และภารกิจหลักหลายหน่วยงาน เช่น ศูนย์อนามัยที่ 12 สคร.12 รพ.ธัญรักษ์สงขลา สสจ.รพท. รพช.สสอ. รพ.สต. แต่อาจมีข้อติดขัดในการกำหนดเป้าหมาย และจัดทำแผนขับเคลื่อนร่วมกัน การมี ตัวแทนของ สสส. ที่เป็นบุคลากรมหาวิทยาลัยอาจจะเป็นแบรนต์ทดแทนที่ไม่สามารถเทียบได้กับแบ รนต์แท้ได้ในช่วงเวลาของการปรับการทำงานในรูปแบบ กขป. และการรับรู้ของภาคีเครือข่ายในฐานะ องค์กรการศึกษา การนำข้อมูลจากการ Mapping ภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านบุหรี่อาจจะไม่ได้ถูก นำมาใช้กับการดำเนินงานในรูปแบบ กขป. ที่ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า ทำให้ดูเหมือนว่าการ ขับเคลื่อนประเด็นนี้ เกือบจะเริ่มนับหนึ่งใหม่ ทั้งๆ ที่มีต้นทุนจำนวนมากและกระจายอยู่ในพื้นที่เขต 12 นอกจากนี้ ในยุทธศาสตร์สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย แผนปฏิบัติการได้กำหนดภาคี เครือข่ายในสถาบันการศึกษาภาคใต้ 7 แห่ง สภาเทคนิคการแพทย์ หน่วยงานราชการที่สามารถเชื่อม ร้อย ประสาน และเสริมพลังในการทำงานกันได้ เช่น ศูนย์อนามัยที่ 12 สคร.12 สสจ./สสอ./รพ.สต. สปสช. อบจ. หรือองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ที่มีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายสำคัญในพื้นที่สามา จังหวัดชายแดนใต้ คือ สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งหากได้มีการดำเนินการตาม แผน น่าจะให้เห็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ คือ การลดนักสูบหน้าใหม่ และอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาจจะยังมีหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการหลักในเรื่องนี้ เช่น โรงพยาบาลธัญรักษ์ สงขลา ที่พบว่า เพิ่งเข้ามาร่วมในวงจรปรับกระบวนการทำงานในช่วงท้ายของระยะการทำงาน

การขับเคลื่อนประเด็นบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์ จะมีความเป็นไปได้มากขึ้น หากได้มีการนำข้อเสนอจากที่ประชุม กขป. ในการปรับกระบวนการทัศน์ของผู้สูบท้งรายใหม่และรายเก่า ทั้งมิติของพี่น้องไทยพุทธ โดยใช้ธรรมนูญพระสงฆ์ ใช้กับพระในวัด พัฒนาตามวัดต้นแบบ หรือในบริบทมุสลิม ในการใช้ความรู้มิติศาสนา และความรู้ด้านวิทยาศาสตร์มาเชื่อมโยงกัน ทำความรู้ให้เป็นความรู้สาธารณะ เชื่อมโยงความรู้สู่พื้นที่รูปธรรม มัสยิด โรงเรียน เพื่อขับเคลื่อนให้มีการขยายผล การปรับพฤติกรรมส่วนบุคคล การปรับสภาพแวดล้อม และการปรับในเชิงกฎหมาย น่าจะเป็นทิศทางที่จะทำให้เกิดความสำเร็จของการทำงานอีกแนวทางหนึ่ง การกำหนดนโยบายรับคนไม่สูบบุหรี่เข้าทำงาน การตรวจสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อคัดกรองผู้สูบบุหรี่ หรือกรณีบุหรี่ไฟฟ้าที่มีแนวโน้มมากขึ้น

## 1.2 สถานการณ์ที่เกิดขึ้น

การสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นพฤติกรรมส่งผลต่อสุขภาพของคนไทยมาช้านาน ข้อมูลการสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงเห็นความแตกต่างระหว่างภาคอย่างชัดเจน โดยคนในจังหวัดภาคใต้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงสุด

ภาคใต้	2554	2560
กระบี่	22.7	28.4
ชุมพร	25.8	24.0
ตรัง	26.4	24.2
นครศรีธรรมราช	27.4	27.6
นราธิวาส	25.6	20.1
ปัตตานี	29.1	23.4
พังงา	24.4	23.8
พัทลุง	24.0	24.3
ภูเก็ต	20.4	18.7
ยะลา	24.0	21.9
ระนอง	27.6	25.5
สงขลา	22.8	20.1
สตูล	29.4	27.0
สุราษฎร์ธานี	27.0	24.4

ภาพที่ 37 อัตราการสูบบุหรี่ในประเทศไทยปี 2554 และ 2560<sup>46</sup>

## 1.3 ผลกระทบควันบุหรี่มือสองมือสาม

วารสาร the International Journal of Epidemiology ฉบับเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ได้นำข้อมูลสำรวจระดับประเทศ จำนวน 8 ประเทศ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียใต้ ระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2559 จำนวน 69,142 ครั้ง เรื้อน มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ในพ่อแม่กับการเสียชีวิตของลูกก่อนอายุ 5 ขวบ โดยพบข้อสรุปที่น่าสนใจ คือ การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในทุกรูปแบบของพ่อและแม่ สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของลูกก่อนอายุ 5 ขวบ กล่าวคือ กรณีถ้าแม่สูบบุหรี่ หรือใช้

ผลิตภัณฑ์ยาสูบไร้ควัน โอกาสที่ลูกเสียชีวิตก่อนอายุ 5 ขวบ จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 100% เทียบกับครอบครัวที่แม่ไม่ได้สูบบุหรี่ ส่วนกรณีที่พ่อสูบบุหรี่หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบไร้ควัน เพิ่มความเสี่ยงลูกตายก่อนอายุ 5 ขวบ 30-60% เทียบกับครอบครัวที่พ่อไม่ได้สูบบุหรี่ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยใหม่ๆ ที่บอกว่า การได้สัมผัสควันบุหรี่ ตั้งแต่เป็นทารกในครรภ์จะส่งผลให้สารพันธุกรรมในร่างกายของเด็กมีการเปลี่ยนแปลง (DNA methylation) ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ เช่น โรคทางระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท หรือโรคมะเร็ง โดยการเปลี่ยนแปลงนี้ จะคงอยู่แม้ว่าเด็กจะโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว ส่วนในประเทศไทยพบว่า มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 87.5% ที่ต้องอาศัยในบ้านที่มีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่สูบบุหรี่ และคนกลุ่มนี้ 70% ระบุว่าตนเองมักสูบบุหรี่ในบ้านหรือในขณะที่มีเด็กอยู่ด้วย ซึ่งมีงานวิจัยยืนยันว่ามีการตรวจพบสารโคตินินในปัสสาวะของเด็กที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 คน ถึงร้อยละ 40.7 และในจำนวนนี้ ร้อยละ 3.4 มีปริมาณโคตินินเทียบได้กับที่ตรวจพบในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), 2562)

#### 1.4 รูปธรรมที่เกิดขึ้น “ปลูกพลังบวกสร้างจิตสำนึกภูมิคุ้มกันปัจจัยเสี่ยง”

ตัวอย่างโครงการปลูกพลังบวกสร้างจิตสำนึกภูมิคุ้มกันปัจจัยเสี่ยง เหล้า บุหรี่ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปีงบประมาณ 2561-2563 เพื่อก่อให้เกิดนวัตกรรม ชุดกิจกรรมและคู่มือการใช้ชุดกิจกรรม การปลูกพลังบวกเพื่อสร้างจิตสำนึกภูมิคุ้มกันปัจจัยเสี่ยง เหล้า และบุหรี่ สำหรับเด็กปฐมวัย ชุดสื่อสารความรู้สู่ผู้ปกครองนำไปสู่การทดลองใช้ถอดบทเรียนจากโรงเรียนทดลอง จนนำไปสู่การตั้งโรงเรียนต้นแบบ การจัดกิจกรรมปลูกพลังบวกเพื่อสร้างจิตสำนึกภูมิคุ้มกัน ปัจจัยเสี่ยงสำหรับเด็กปฐมวัย 4 ภูมิภาค ภูมิภาคละ 3 แห่ง สังกัดละ 1 แห่ง คือ สังกัด สพฐ. สข. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำข้อตกลงความร่วมมือการขยายผลเผยแพร่ต่อไป วัตถุประสงค์ของชุดกิจกรรม เพื่อให้บุคลากรทางการศึกษาปฐมวัยใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ให้ปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยงเหล้าและบุหรี่ เพื่อให้บุคลากรทางการศึกษาระดับปฐมวัย มีความรู้และทักษะการจัดกิจกรรมปลูกพลังบวก สร้างจิตสำนึกภูมิคุ้มกันปัจจัยเสี่ยงสำหรับเด็กปฐมวัย เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในการปลูกพลังบวกสร้างจิตสำนึกภูมิคุ้มกันปัจจัยเสี่ยงสำหรับเด็กปฐมวัย และลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ปกครองจากเหล้าและบุหรี่ อย่างไรก็ตาม พบว่า ประเทศไทยพบปัญหาต่างๆ หลายด้าน เช่น ปัญหาด้านสังคม ปัญหายาเสพติด ปัจจัยเสี่ยงของเด็ก เยาวชน ในด้านต่างๆ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านสุราและบุหรี่ (สุนันโณ จินารงค์, 2562)

#### 1.5 แนวทางการขับเคลื่อนประเด็นในอนาคต

การขับเคลื่อนประเด็นบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์ จะมีความเป็นไปได้มากขึ้น หากได้มีการนำข้อเสนอจากที่ประชุม กขป. ในการปรับกระบวนการทัศน์ของผู้สูบทั้งรายใหม่และรายเก่า ทั้งมิติของพี่น้องไทยพุทธ โดยใช้ธรรมนูญพระสงฆ์ ใช้กับพระในวัด พัฒนาตามวัดต้นแบบ หรือในบริบทมุสลิม ในการใช้ความรู้มิติศาสนา และความรู้ด้านวิทยาศาสตร์มาเชื่อมโยงกัน ทำความรู้ให้เป็นความรู้สาธารณะเชื่อมโยงความรู้สู่พื้นที่รูปธรรม มัสยิด และโรงเรียน เพื่อขับเคลื่อนให้มีการขยายผลการปรับพฤติกรรมส่วนบุคคล การปรับสภาพแวดล้อม และการปรับในเชิงกฎหมายน่าจะเป็นทิศทางที่

จะทำให้เกิดความสำเร็จของการทำงาน อีกแนวทางหนึ่ง การกำหนดนโยบายรับคนไม่สูบบุหรี่เข้าทำงาน การตรวจสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อคัดกรองผู้สูบบุหรี่ หรือกรณีบุหรี่ไฟฟ้าที่มีแนวโน้มมากขึ้น

## 2. สุขภาพแม่และเด็กในพท.จังหวัดชายแดนใต้

### 2.1 ผลการดำเนินงาน

ประเด็นสุขภาพของกลุ่มช่วงวัย สธ. กรรมการประเด็นสุขภาพตามช่วงวัย มีการกำหนดเป้าประสงค์เพื่อลดการตายในแม่ โดยมีแนวทางในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในภาวะเสี่ยง (โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ไทรอยด์ ความดัน โรคเอดส์ อ้วน ธาลัสซีเมีย ลมชัก) โดยข้อมูลจากการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิต การตายมีความเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ซ้ำ และถึ กำหนดแนวทางการเตรียมความพร้อมในการแต่งงาน โดยเพิ่มข้อมูลในเรื่องข้อจำกัด เรื่องของโรค และภาวะเสี่ยงให้กับคู่ที่เตรียมความพร้อม ด้วยการเชื่อมโยงการทำงานอย่างบูรณาการกับกฐชส และสมาคมผู้หญิงสามจังหวัดชายแดนใต้ กรรมการประเด็นได้กำหนดการพัฒนาระบบ กลไก ที่ให้ชุมชน ผู้นำศาสนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคประชาสังคม ท้องถิ่น หรือคนที่คนไข้เชื่อถือ เข้ามามีส่วนร่วมกับการคุมกำเนิด หรือยุติการตั้งครรภ์ หรือไม่ให้ตั้งครรภ์ในครั้งต่อไป โดยมีพื้นที่นำร่องอย่างน้อย 1 พื้นที่เป้าหมาย Smart Kids มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน มีการจัดวงคุยแลกเปลี่ยนและศึกษาชุมชนต้นแบบ คือ ชุมชนกะมียอ ต.กะมียอ อ.เมือง จ.ปัตตานี และ Mapping เครือข่ายร่วมกับมูลนิธิสุขภาพภาคใต้ พชอ. สปสช. รวมทั้ง พัฒนากลไกการทำงานร่วมกับเขตสุขภาพที่ 12 โดยพัฒนา กลไกพื้นที่ทำงานหลัก ขยายผลไประดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด ได้มีการจัดทำแผนการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย โดยเน้นหนักไปที่ประเด็นแม่และเด็ก ในประเด็นนี้ยังไม่ได้มีการประชุมเพื่อสรรหาอนุกรรมการ แต่ได้มีการประสานการทำงานระหว่างเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและ กขป. ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งเป็นปัญหาร่วมกัน กระทรวงสาธารณสุขสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยเปิดโอกาสให้องค์กรภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ร่วมกับศูนย์ประสานงานด้านเด็กและสตรี และศอบต. หลังจากนั้นจะดำเนินการในการจัดสรรงบประมาณร่วมกัน โดยในการดำเนินการเบื้องต้น ใช้หลักมหัศจรรย์พื้นวันในการทำงาน บูรณาการด้านการรับวัคซีนร่วมกับการรณรงค์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ลดอัตราการตายของแม่

### 2.2 สถานการณ์ที่เกิดขึ้น

กรมอนามัยได้รายงานอัตราส่วนการตายมารดาจำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2560-2562 ดังนี้

ตารางที่ 12 อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2560-2562

จังหวัด	จำนวนมารดา ตายปี 2560	จำนวนมารดา ตาย ปี 2561	จำนวนมารดา ตายปี 2562
สงขลา	25.7	20.9	5.7
สตูล	24.4	77.1	81.3

จังหวัด	จำนวนมารดา ตายปี 2560	จำนวนมารดา ตาย ปี 2561	จำนวนมารดา ตายปี 2562
ตรัง	45.3	0.0	32.8
พัทลุง	45.7	0.0	25.1
ปัตตานี	35.0	44.4	84.0
ยะลา	19.0	46.2	47.9
นราธิวาส	32.1	65.2	50.3
เฉลี่ย	30.4	36.7	41.9

ที่มา: กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพที่ 12 มีจำนวนมารดาเสียชีวิตสูงสุด สาเหตุการตาย พบว่า ในปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 65 เสียชีวิตจากสาเหตุทางตรง และอีกร้อยละ 33 เสียชีวิตจากสาเหตุทางอ้อม โดยมีสาเหตุการตายหลัก ได้แก่ การตกเลือดและความดันโลหิตสูง

### 2.3 รูปธรรมที่เกิดขึ้น

**โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ในเขตสุขภาพที่ 12** การสร้างคนไทยรุ่นใหม่ ที่แข็งแรง ต้องให้ความสำคัญกับโภชนาการในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต คือ ช่วงตั้งครรภ์มารดา 270 วัน ช่วงแรกเกิดจนถึง 6 เดือน (180 วัน) และช่วงสุดท้ายคือหลัง 6 เดือนไปถึง 2 ปี หรือ 550 วัน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ในเขตสุขภาพที่ 12 มีการดำเนินการโดยประกาศนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ควบคู่กับการขับเคลื่อนตำบลพัฒนาการดี สูงดีสมส่วน พันไม่ผูก

การขับเคลื่อนในพื้นที่ใช้แนวคิดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน นำเสนอมาตรการแนวทางการดำเนินงานผ่านช่องทาง MCH board ระดับเขต และ MCH board ระดับจังหวัด มีหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 12 สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการแม่คุณภาพสู่ smart 4.0 เขต 12 และโครงการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต โดยการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อปัญหาภาวะทุพโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัย 89 ตำบล และขยายสู่ตำบลส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน พันไม่ผูก พัฒนาการดี

ในปีงบประมาณ 2562 เขตสุขภาพที่ 12 มีการดำเนินงานและจัดทำนวัตกรรม มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ได้แก่ ขับเคลื่อนงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ด้วยกลไก SRRT แม่และเด็ก เพื่อป้องกันภาวะซีด แก้ปัญหาลดอัตราการฝากครรภ์ช้า และเพื่อคุณภาพ มหัศจรรย์ 1,000 วันแรก ครอบคลุมระดับอำเภอ: อ.กงหรา จ.พัทลุง การขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ตำบลโคกเนียน อ.สะเดา จ.สงขลา WCC Mobile: รพ.สต.ม่วงงาม อ.สิงหนคร จ.สงขลา ไชเล่ นิทานเคลื่อนที่ในชุมชน: ต.ลานา อ.มายอ จ.ปัตตานี การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยเชิงรุกแบบมีส่วนร่วม

ร่วมของชุมชน: อ.แว้ง จ.นราธิวาส พัฒนา อสม. พัฒนาการเด็ก ผู้นำศาสนา และครูผู้ดูแลเด็ก โครงการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการแม่อาสา และจัดอบรมครู แม่ครัวในการทำอาหาร: จ.ยะลา เครือข่ายในควนร่วมสร้างสุขภาพดี: รพ.สต.ตำบลโพรงจระเข้ อ.ห้วยยอด จ.ตรัง ด้วยการจ่ายเงินเลี้ยงดูจากกองทุนสวัสดิการชุมชนรายละ 1,000 บาท หากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน และคณะกรรมการพัฒนาเด็กจังหวัดสนับสนุนงบประมาณ แก้ปัญหาทุพโภชนาการเด็ก: จ.สตูล ผลลัพธ์การดำเนินงาน ศูนย์อนามัยขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ครบทั้ง 7 จังหวัด

#### 2.4 แนวทางการขับเคลื่อนประเด็นในอนาคต

ข้อสังเกตต่อกระบวนการทำงานในประเด็นสุขภาพตามช่วงวัย ประเด็นแม่เสียชีวิตและเด็กไม่ได้รับวัคซีน เป็นปัญหาที่มีปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับความยากจน และความเชื่อทางศาสนา การขับเคลื่อนงานนี้ ต้องอาศัยกระบวนการที่สอดคล้องกับบริบทของสุขภาพ การสร้างรายได้ การสร้างอาชีพที่ลดรายจ่าย กขป.12 น่าจะใช้กลยุทธ์ที่ทำให้ภาคีหลัก ที่มีแรงผลักดันสำคัญมาช่วยกันขับเคลื่อนในประเด็นนี้ได้อย่างไร เพื่อให้ไปสู่เป้าหมายจำเป็นต้องอาศัยภาคีเครือข่ายสำคัญที่มีพลังและศรัทธาในมิติศาสนา เช่น การเชิญศูนย์ประสานงาน สำนักจุฬาราชมนตรีประจำภาคใต้ สมาคมจันทร์เสี้ยวทางการแพทย์และสาธารณสุข คณะกรรมการอิสลามในแต่ละระดับ โดยเฉพาะพื้นที่ที่พบแม่เสียชีวิตและความครอบคลุมของวัคซีนต่ำ เพื่อดำเนินการในการให้ข้อมูล สร้างความเข้าใจ ลดข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการรับวัคซีนที่เป็นประเด็นทางศาสนา และเผยแพร่ไปยังมัซยิดต่างๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักว่าการป้องกันโรคเป็นสิ่งจำเป็น สิ่งที่ใช้ป้องกันโรคแม้จะมาจากสิ่งที่ไม่ฮาลาล ก็อนุญาตให้สามารถใช้ได้ จะสามารถสร้างความเข้าใจได้มากยิ่งขึ้นและหาก กขป. มีบทบาทเข้าไปขับเคลื่อน จะทำให้เกิดการสร้าง ความเข้าใจในระดับพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น หรือข้อมูลความรู้จาก สปสช. เขต 12 เรื่องวัคซีน ใน YouTube ก้าวใหม่ สปสช.

### 3. สุขภาวะกลุ่มชาติพันธุ์และกลุ่มเปราะบางทางสังคม

#### 3.1 ผลการดำเนินงาน

ประเด็นสุขภาวะชาติพันธุ์และกลุ่มเปราะบางทางสังคม เลขานุการร่วม สปสช. มีการนิยามเพื่อแยกกลุ่มเป้าหมาย โดยกลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึง กลุ่มมานิและอูรักลาโว้ย และกลุ่มเปราะบางทางสังคม คือ กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่มเยาวชนที่มีสารเสพติด ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยติดเตียง เด็กกำพร้า/เด็กและหญิงหม้ายที่ได้รับผลกระทบจากความไม่สงบ คนไร้บ้าน ชุมชนแออัด ชาวประมง คนไร้รัฐ คนพิการ ผู้สูงอายุ ถูกทอดทิ้ง กลุ่มที่ไม่ได้แจ้งเกิด ฯลฯ โดยมีเป้าหมาย คือ แก้ปัญหาการเข้าถึงสิทธิในต่างๆ และการเข้าถึงปัจจัยสี่ สปสช. ได้มีการรับฟังความคิดเห็นในกลุ่มมานิและกลุ่มอูรักลาโว้ย มีการประสานองค์กรกลุ่มสิทธิมนุษยชน กลุ่มองค์กรการแพทย์ การร่วมเวทีรวมญาติของกลุ่มมานิในเขตรอยต่อของ จ.พัทลุง สตูล และตรัง เพื่อสร้างความเข้าใจ ภาคีเจ้าภาพหลัก คือ สช. และ สปจ. (ศูนย์ประสานงานภาคีพัฒนาจังหวัดสงขลา ภาคประชาสังคม) จังหวัดสงขลา มีข้อมูลคนยากลำบาก พัฒนาเป็นระบบข้อมูลกลางเพื่อเชื่อมโยงการทำงานของหน่วยงานต่างๆ ในรูปแบบแอปพลิเคชัน สามารถนำบทเรียนมาขยายผลต่อได้ สปสช. มีการดำเนินงานใน 5 ยุทธศาสตร์ การผลักดันให้เข้าถึงสิทธิบัตรทองของกลุ่มชาติพันธุ์ และกลุ่มเปราะบาง

ทางสังคม เป็นยุทธศาสตร์หนึ่ง กลุ่มชาติพันธุ์ในเขต 12 คือ กลุ่มมานิ และกลุ่มอูรักลาโว้ย มีการเจ็บป่วย ซึ่งต้องพึ่งการรักษาสิทธิหลักประกันต้องใช้บริการในหน่วยบริการที่ระบุไว้เท่านั้น แต่วิถีชีวิตของมานิ อาศัยอยู่ทั่วไปในบริเวณป่า ทำให้ไม่สามารถใช้สิทธิได้ตรงกับหน่วยบริการกลุ่มมานิเป็นกลุ่มหลักที่ สปสข. ค้นหาและจัดเวที่รับฟังความคิดเห็น โดยทำงานร่วมกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพจังหวัดสตูล การดำเนินงานเบื้องต้น คือ การให้ได้รับสิทธิ เข้าถึงการรักษาพยาบาล ปัจจุบันมีกลุ่มที่ได้สิทธิอยู่บ้างแล้ว ในพื้นที่ละงู จ.สตูล และป่าบอน จ.พัทลุง ประมาณ 800 ราย ในพื้นที่เทือกเขาบรรทัด และเทือกเขาสนการาคีรี ได้รับสิทธิประมาณ 400 ราย กระทรวงมหาดไทยมีหนังสือแจ้งชัดเจนไม่ต้องทำการพิสูจน์สิทธิแล้ว เนื่องจากชี้ชัดในเรื่องลักษณะ รูปร่าง โดยสืบค้นจากนามสกุล เช่น ศรีมันัง ศรีธารโต ฯลฯ มีการบรรจุสิทธิเพิ่มเติมคือเพิ่มช่องทางให้ สามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลที่ รพ.สต. ที่ไหนก็ได้ กรณีเด็กเกิดใหม่สามารถเข้าถึงสิทธิบัตรประชาชน และสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทองได้ทันที ส่วนเด็กโต หรือคนที่ไม่มียบัตรประจำตัวประชาชน ต้องเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลของ สปสข. ก่อนและใช้สิทธิได้เลย คณะกรรมการกำหนดแนวทางการจ่ายเงินกองทุน หลักประกันสุขภาพ (5x5) กรณีมานิบางส่วนที่อาจรับบริการข้ามเขตข้ามจังหวัด เนื่องจากวิถีชีวิต ของมานิที่ต้องโยกย้ายเปลี่ยนที่อยู่ไปเรื่อย ไม่สามารถจำกัดสิทธิการรักษาพยาบาลที่ใดที่หนึ่งได้ มีการ พิจารณาสันนิษฐานเงินย้อนหลัง 3 ปี และเก็บข้อมูลไปข้างหน้า ที่จะสนับสนุนงบประมาณให้กับ สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มมานิสามารถได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่จาก สปสข. ซึ่งเป็น มิติ การทำงานที่พยายามดำเนินการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของ มานิให้มากที่สุด สิ่งที่ยังเป็นปัญหา คือ มานิกกลุ่มที่ไม่มีการลงทะเบียนใดๆ แต่เข้ารับบริการ ทำให้มี งบประมาณที่ไม่ได้ตั้งไว้ ซึ่งทางโรงพยาบาลต้องทำการสำรองจ่ายไปก่อน ตอนนี้มีตัวเลขค่ารักษา ประมาณ 200,000 บาท ที่หน่วยบริการต้องชดเชยหรือสงเคราะห์ให้ โดยจะนำข้อปัญหาต่างๆ เข้าสู่เวที อนุหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) ต่อไป

กลุ่มโอริงอัสลี ในพื้นที่ จ.ยะลาและนราธิวาส ส่วนใหญ่ยังไม่มีบัตรประชาชน เนื่องจาก เหตุการณ์ความไม่สงบ และไม่มีหนังสือรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่ต้องมีการพิสูจน์อัตลักษณ์ บุคคล ซึ่งหากมีความร่วมมือจาก ศอ.บต. จะสามารถแก้ไขปัญหาบางส่วนได้ กรณีชาวเลส่วนใหญ่มีบัตร ประชาชนแล้ว แต่มีปัญหาในเรื่องของการบุกรุกพื้นที่ ซึ่งเป็นประเด็นที่เครือข่ายต้องเข้าไปดูแลให้มาก ยิ่งขึ้น

### 3.2 สถานการณ์ที่เกิดขึ้นปัจจุบัน

“โอริงอัสลี Orang Asli”<sup>49</sup> สามจังหวัดชายแดนใต้ เงาะป่า หรือโอริงอัสลี ที่ออกมา ปฏิสัมพันธ์กับผู้คน เช่น มารับจ้างทำสวนยาง เป็นแรงงาน สะท้อนให้เห็นว่าวิถีชีวิตเขาค่อยๆ เปลี่ยนไป ในอดีตประมาณปี 2535 ประเทศไทยต้องการช่วยเหลือคนกลุ่มนี้ เนื่องจากเขาอยู่ในป่า โดยเข้าไป ตั้งเป็นนิคมอยู่ที่บ้านธารโต จ.ยะลา เรียกกันว่า “หมู่บ้านซาไก” สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พระราชทานนามสกุลว่า “ศรีธารโต” นี้สะท้อนให้เห็นว่าการบริหารจัดการของรัฐไทยพยายามให้บัตร ประชาชนกับเขา ให้สิทธิกับเขา เพื่อจัดระเบียบ แต่ขณะเดียวกันในความประสงค์ดีกลับส่งผลกระทบต่อ วิถีชีวิต ซึ่งต่อมาหมู่บ้านที่นี้ล่มสลาย ทุกวันนี้แทบไม่มีคนอยู่ ส่วนหนึ่งย้ายไปอยู่ฝั่งมาเลเซีย เพราะ

มาเลเซียตั้งเป็นหมู่บ้านมีนิคม 2-3 แห่ง โดยดูแลพวกเขาดีกว่ารัฐไทย ปัจจุบันเรามักพบเห็นความแปลกแยกของโอรังอัสลีหลายๆ กรณี เช่น การเอาโอรังอัสลีไปแร่แสดงตามงานต่างๆ กลายเป็นเหมือนละครสัตว์หรือเอาเขาไปแสดงโชว์ให้คนเห็นเป็นของแปลก หรือให้เขาไปนั่งตามพื้น โดยไม่ให้เกียรติความเป็นมนุษย์ของพวกเขา และเริ่มมีนักท่องเที่ยวเข้าไปดูพวกเขาเยอะขึ้น

**ชาวพื้นเมืองอูรักลาไวย์<sup>50</sup>** การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ตามช่วงเวลา ก่อเกิดทั้งปัญหาและโอกาสในการปรับตัวของกลุ่มชนเผ่าพื้นเมืองตลอดเวลา ชาวอูรักลาไวย์จึงไม่แตกต่างจากชนเผ่าพื้นเมืองอื่นๆ ที่ยังคงต้องแสวงหาสิทธิขั้นพื้นฐาน ถึงแม้ปัญหาเรื่องสถานะบุคคลและการเข้าถึงบริการของรัฐขั้นพื้นฐานจะมีโอกาสมากขึ้น แต่ยังคงผูกพันอยู่กับสถานการณ์อยู่อาศัย เพราะความไม่มั่นคงด้านที่อยู่อาศัยได้กระทบต่อการเข้าถึงบริการของรัฐขั้นพื้นฐานด้วย ส่วนกิจกรรมการดำรงชีวิตและหาเลี้ยงชีพได้ถูกผลักดันให้เป็นกิจกรรมที่ผิดกฎหมายเนื่องจากการประกาศเขตอนุรักษ์และพื้นที่คุ้มครองทางทะเลการทำมาหากินจากทรัพยากรทางทะเลจึงยากลำบากมากขึ้น

**ประเด็นความเปราะบางทางสังคม** เหตุการณ์สึนามิได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของชาวอูรักลาไวย์ ชุมชนชาวอูรักลาไวย์เริ่มผสมและกลืนหายไปกับชุมชนใหญ่ ดังจะเห็นได้ว่าบนเกาะอาดัง-หลี่เป๊ะ เกาะภูเก็ต เกาะลันตา และเกาะพีพี ชาวอูรักลาไวย์เป็นประชากรกลุ่มน้อย ทั้งๆ ที่เคยเป็นชนพื้นเมืองดั้งเดิม ในพื้นที่ดังกล่าว ข้อมูลร้อยละของประชากรชาวอูรักลาไวย์บนเกาะทั้ง 4 เกาะดังนี้

เกาะอาดัง-หลี่เป๊ะ	29.81
เกาะภูเก็ต	11.39
เกาะลันตา	6.12
เกาะพีพี	2.95

การเป็นประชากรส่วนน้อยของหมู่บ้านในปัจจุบัน ได้ก่อให้เกิดผลกระทบในการตัดสินใจเพื่อการดำรงชีวิตต่างๆ เป็นอย่างมาก ที่สำคัญได้บั่นทอนความเป็นชุมชนที่จะสืบทอดจารีตประเพณีและจิตวิญญาณตามโบราณประเพณีที่ตั้งามลงไป

**ประเด็นความเปราะบางทางเศรษฐกิจ** วิถีชีวิตของการล่องเรือออกทะเลของบรรพบุรุษที่ไม่ยึดติดกับผืนแผ่นดินอยู่อาศัย ประกอบกับภูมิปัญญาการทำกินในผืนทะเลกว้าง ได้ถ่ายทอดสู่รุ่นปัจจุบันที่ปรับเปลี่ยนมาเป็นการทำประมงชายฝั่งนั้น ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของนโยบายและระบบกฎหมายกรรมสิทธิ์ที่ดินทำกินที่ยึดติดกับการลงหลักปักฐานและระบบกรรมสิทธิ์ที่ดิน รวมถึงการรुकคืบและหนักหน่วงของธุรกิจที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการท่องเที่ยวในหลากหลายรูปแบบและไร้ทิศทาง ได้ก่อให้เกิดผลกระทบด้านสิทธิในที่ดินของชุมชนชาวอูรักลาไวย์ที่มีสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

**ประเด็นความเปราะบางทางการเมือง** การเมืองในที่นี้ หมายถึง มุมมองที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรชุมชน หรือการเข้าถึงการยอมรับและปฏิบัติตามของสมาชิกในชุมชนนั้นๆ ปัจจุบันชุมชนชาวอูรักลาไวย์กำลังเป็นชุมชนส่วนน้อยในพื้นที่ปกครองระดับหมู่บ้าน ทำให้ชาวอูรักลาไวย์บางส่วนไม่สามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน และการแบ่งปันผลประโยชน์จากชุมชนหลักได้

### 3.3 รูปธรรมที่เกิดขึ้น



นายประเวศ หมัดเสน ผู้ช่วยเลขาธิการ ศอ.บต. กล่าวว่า การขับเคลื่อนการพัฒนาและดูแลกลุ่มชาติพันธุ์มานี (โอรังอัสลี) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปีนี้ ศอ.บต. มีนโยบายที่จะดูแลกลุ่มคนเหล่านี้ เปรียบเสมือนคนไทยที่อาศัยอยู่ในแผ่นดินไทยเฉกเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปอย่างเต็มความสามารถ ทั้งในเรื่องของการได้รับสิทธิต่างๆ การพิสูจน์สัญชาติให้มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก สิทธิการรักษาพยาบาลยามเจ็บไข้ได้ป่วย แต่หากยังไม่ได้สิทธิในการรักษาพยาบาลนั้น ให้ประสานไปยังกำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อไปขอใช้สิทธิได้เลย อีกทั้งสิทธิของผู้สูงอายุ สิทธิประกันสังคม สิทธิของบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ สิทธิทางการศึกษาของบุตรหลาน และเยาวชน ฯลฯ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มชาติพันธุ์มานี (โอรังอัสลี) เหล่านี้ มีสิทธิเสมือนกับบุคคลทั่วไปในแผ่นดินไทย สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ แต่ยังคงรักษาเอกลักษณ์ตามวิถีชีวิต และวัฒนธรรมแบบท้องถิ่นเช่นเดิมต่อไป

### สปสช.ร่วมยกคุณภาพชีวิต “ชาวโอรังอัสลี”<sup>51</sup>

ชนพื้นเมืองดั้งเดิม ลงทะเบียน “สิทธิบัตรทอง” หลังได้รับบัตรประชาชน ดูแลเข้าถึงการรักษาและบริการสาธารณสุขที่จำเป็น รุกคืบขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของกลุ่มเปราะบาง

ดร.ทพ.วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 12 สงขลา กล่าวว่า การดูแลกลุ่มเปราะบางให้เข้าถึงสิทธิและบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหนึ่งในภารกิจสำคัญของ สปสช. และถูกกำหนดในแผนปฏิบัติการของ สปสช. ระยะ 5 ปี พ.ศ.256-2565 โดยในพื้นที่เขต 12 ประกอบด้วย จ.ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี นราธิวาส และยะลา ยังมีกลุ่มเปราะบางที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่ในพื้นที่ และมีปัญหาการเข้าถึงสวัสดิการของภาครัฐ รวมถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ที่ผ่านมา สปสช. ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดูแลกลุ่มคนไทยเหล่านี้

ทั้งนี้ กลุ่มชาติพันธุ์โอรังอัสลี เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ดั้งเดิมในพื้นที่ป่าลึกทางภาคใต้ ข้อมูลจากการสำรวจโดย ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) พบว่า มีจำนวน 8 กลุ่ม ได้แก่ จังหวัดยะลา 6 กลุ่ม และนราธิวาส 2 กลุ่ม รวมจำนวนทั้งหมด 348 คน โอรังอัสลี เป็นภาษามลายู “โอรัง” แปลว่าคน “อัสลี” แปลว่าดั้งเดิม ด้วยความเชื่อที่ว่าป่า คือ พื้นที่ศักดิ์สิทธิ์ พระผู้เป็นเจ้าจึงมีบัญชาให้ชาวโอรังอัสลีอาศัยอยู่ในผืนป่าตามพระประสงค์ วิถีชีวิตของชาวโอรังอัสลีจึงมีความผูกพันกับผืนป่าอย่างแน่นแฟ้น

ปัญหาหลักของชาวโอรังอัสลี ได้แก่ ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร ชาติที่ติดทำกิน และขาดแคลนปัจจัยสี่ เมื่อวันที่ 22 ก.พ. 2560 สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้ทรงเยี่ยมราษฎรในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และได้พบกับกลุ่มโอรังอัสลี ในเขตพื้นที่ อ.บันนังสตา จ.ยะลา ทรงมีพระราชดำรัสเป็นห่วงในด้านชีวิตของชาวโอรังอัสลี จึงมีพระกระแสรับสั่ง ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปดูแล โดย ศอ.บต. ทำหน้าที่สนับสนุนและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ดำเนินการรับรองสถานะบุคคลเพื่อทำบัตรประชาชน จัดสรรที่ดินทำกิน การศึกษา และบริการสาธารณสุข เพื่อดูแลกลุ่มชาติพันธุ์โอรังอัสลีให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โดย สปสช. เป็นหนึ่งใน

หน่วยงานที่เข้าร่วมดูแลในส่วนของ การเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้ “โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์โอริงอัสลี”

ดร.ทพ.วิรัตน์ เอื้องพุลสวัสดิ์ กล่าวว่า จากการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการประสานงานของ ศอ.บต. ทำให้ชาวโอริงอัสลี ในพื้นที่ จ.ยะลา กลุ่มแรก จำนวน 58 คน นอกจากได้รับบัตรประชาชนที่ยืนยันความเป็นคนไทย ซึ่งเป็นของขวัญปีใหม่ 2564 แล้ว ยังได้รับสิทธิสวัสดิการภาครัฐต่าง ๆ รวมถึง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นของคนไทยทุกคนด้วย โดยชาวโอริงอัสลีสามารถใช้สิทธิเข้ารับบริการที่หน่วยบริการของรัฐได้ทุกแห่ง เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตการเคลื่อนย้ายถิ่น

“เดิมทีคนเหล่านี้เมื่อเจ็บป่วย เบื้องต้นจะดูแลและรักษาตนเองตามภูมิปัญญาชาติพันธุ์ แต่เมื่อมีอาการหนักก็จะนำส่งไปที่ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่พัทลุง แม้ว่าจะไม่มีรายได้อะไร แต่หน่วยบริการให้การดูแลตามหลักมนุษยธรรมด้วยดี ซึ่งการที่ชาวโอริงอัสลีได้รับบัตรประชาชน ได้รับสิทธิบัตรทอง จะทำให้หน่วยบริการสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาและบริการสาธารณสุขเพื่อดูแลตามสิทธิประโยชน์บัตรทองได้อย่างเต็มที่ ทั้งหมดนี้เป็นผลจากความร่วมมือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลการเข้าถึงสิทธิและยกคุณภาพชีวิตที่ดีให้ชาวโอริงอัสลี ชนพื้นเมืองดั้งเดิมในประเทศไทย” ผอ.สปสช. เขต 12 สงขลา กล่าว

ดร.ทพ.วิรัตน์ เอื้องพุลสวัสดิ์ กล่าวว่า ก่อนหน้านี้ในปี 2561 สปสช. ได้ทำการลงทะเบียนสิทธิบัตรทองให้กับกลุ่มชาติพันธุ์มานีเทือกเขาบรรทัดมาแล้วจำนวน 376 คน และการลงทะเบียนสิทธิบัตรทองกลุ่มชาวโอริงอัสลีในครั้งนี้ นับเป็นอีกครั้งหนึ่งของการขับเคลื่อนการดูแลกลุ่มเปราะบางที่เข้าไม่ถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในการดูแลให้คนไทยทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีหลักประกันสุขภาพรองรับ

### 3.4 แนวทางการขับเคลื่อนประเด็นในอนาคต

กลุ่มโอริงอัสลี ในพื้นที่ จ.ยะลาและนราธิวาส ส่วนใหญ่ยังไม่มีบัตรประชาชน เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบ และไม่มีหนังสือรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่ต้องมีการพิสูจน์อัตลักษณ์บุคคล ซึ่งหากมีความร่วมมือจาก ศอ.บต. จะสามารถแก้ไขปัญหามบางส่วนได้ กรณีชาวเลส่วนใหญ่มีบัตรประชาชนแล้ว แต่มีปัญหาในเรื่องของการบูรณาการพื้นที่ ซึ่งเป็นประเด็นที่เครือข่ายต้องเข้าไปดูแลให้มากยิ่งขึ้น

## 4. เกษตรและอาหารสุขภาพ

### 4.1 ผลการดำเนินงาน

1) มีการกำหนดเป้าหมาย ให้ชาวสวนยางพ่าย่อยพอกิน ลดการพึ่งพายางพารามากเกินไป และส่งเสริมเกษตรสุขภาพ ส่งเสริมการตลาดอาหารเพื่อสุขภาพ ในประเด็นนี้มีการดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายสวนยางพาราในจังหวัดสงขลา บนฐานคิดใช้ตลาดและปัญญาการผลิต การสร้างตัวแบบ ใช้หลักการตลาดนำ และชวนผู้ผลิตมาสู่กระบวนการรองรับ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการผลิต ในช่วงต้นหารูปแบบและขยายผลไปพร้อมๆกัน โดยใช้ต้นแบบ 50 ราย เชื่อมโยงการผลิตระดับครัวเรือนและ

การตลาด เชื่อมโยงกับสาธารณสุขให้เป็นอาหารปลอดภัย และปลูกพืชสมุนไพรร่วมยาง สร้างความเชื่อมั่นให้เกษตรกรโดยการทำให้เห็นผลจริง มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโดยมีการจัดทำโครงการ 6 โครงการ คือ โครงการสุขภาพชาวสวนยางและสวนยางยั่งยืน โครงการอนุรักษ์ฟื้นฟูพันธุกรรมพื้นบ้าน โครงการเฝ้าระวังสารเคมีอันตราย โครงการส่งเสริมเกษตรกรเพื่อสุขภาพ โครงการส่งเสริมตลาดเพื่อสุขภาพ และโครงการงานวิจัยพัฒนาและสื่อสารสารสนเทศ ที่มอหุวิชาการประเด็นได้จัดทำกรอบการจัดการความรู้เพื่อประสานการขับเคลื่อน ร่วมสร้างตัวแบบการจัดการในเรื่องการตลาด มีรูปแบบการส่งผักให้กับ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยมีมาตรฐาน 2 มาตรฐาน คือ มาตรฐาน GAP และมาตรฐาน PGS มีผู้ประสานงานของทั้ง 2 มาตรฐาน เพื่อรับผลผลิตเข้าสู่โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลจะมีเมนูอาหารล่วงหน้าในรอบ 3 เดือนจำนวน 9 ชุด ประกอบด้วย ข้อมูลวัตถุดิบรายสัปดาห์ที่ต้องการ โดยมีคนกลางทำหน้าที่เซ็นสัญญา และเป็นคนกลางประสานงาน มาตรฐาน GAP คือ ตัวแทนของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกล้วยหอมทองจากอำเภอระโนด และวิสาหกิจรักษีสัมจุกอำเภอจะนะ ส่วนมาตรฐาน PGS จะมีวิสาหกิจที่ตั้งขึ้นใหม่รับผิดชอบ ทั้งหมดดำเนินการในนามเครือข่ายเกษตรสุขภาพจังหวัดสงขลา และมีการพัฒนาแอปพลิเคชัน green smile มารองรับ และมีการปักหมุด ที่อยู่ รูปแบบ กระบวนการผลิต และผลผลิต สามารถสอบย้อนผลผลิต โดยโรงพยาบาลจะตรวจสอบสุ่มตรวจเดือนละครั้ง ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง คือ สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด เกษตรจังหวัด เกษตรและสหกรณ์ ศวพ.สงขลา โรงพยาบาล ซึ่งได้จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการประเด็นเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ กิจกรรมที่ดำเนินการในระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นการปรับกระบวนการความคิดให้เกิดการวิเคราะห์สถานการณ์ จะทำอย่างไรให้เกิดการแก้ปัญหาที่ทันสถานการณ์จากราคายางพาราตกลงต่ำมาก พืชเศรษฐกิจหลักอื่นๆ เช่น ปาล์มน้ำมัน มะพร้าว กาแฟ ก็มีราคาตกต่ำลง และสถานการณ์ความผันผวนจากภาวะโลกร้อนที่ส่งผลต่อปริมาณน้ำยาง ปริมาณฝนที่มากขึ้น ทำให้การกรีดยางทำได้น้อยลง กระทรวงเกษตรจัดทำแผนเพื่อบรรจุเนื้อหาเกษตรยั่งยืนไว้ในแผน โดยตั้งเป้าหมายไว้ 3 ปี เพิ่มพื้นที่เกษตรอินทรีย์ให้ได้ 1,300,000 ไร่ โดยหลังจากนี้จะจัดสมัชชาเกษตรยั่งยืนร่วมกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อปรับแผนและนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป ช่องทางสื่อสาร คือ มีไลน์เกษตร กขป. การใช้สื่อโทรทัศน์และสื่อออนไลน์อื่นๆ

การผลักดันสู่การพัฒนาในเชิงพาณิชย์ เช่น หมอนยางพารา หรือผลิตภัณฑ์อื่น ควรมีการสร้างความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ ประเด็นที่น่าสนใจที่นอกเหนือจากรายได้ คือ โรคที่เกิดจากการทำงาน เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ทำให้เกิดภาวะเครียด และปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น มีการประสานเชื่อมโยงเครือข่ายสมัชชาเกษตรยั่งยืนภาคใต้ และเครือข่ายสมัชชาเกษตรยั่งยืนสงขลา กรณีสารเคมีและเรื่องพันธุกรรม และแนวทางการทำงานร่วมกับ กขป. ในการขับเคลื่อนประเด็นเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ มีการประชุมกับคณะอนุกรรมการ 4 ครั้ง มีการเสนอโครงการร่วมกับโครงการ node flagship พื้นที่จังหวัดสงขลา การศึกษาวิจัยอยู่ระหว่างรอเซ็นต์สัญญา เป็นการทำงานวิจัยว่าด้วยแผนแม่บทเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยาง ในพื้นที่ 14 จังหวัดภาคใต้ การสร้างตัวแบบสวนยางยั่งยืน โดยจะดำเนินการศึกษาทุกรูปแบบ งานมหกรรมสวนยางยั่งยืน นำเสนอประเด็นในงานสร้างสุขภาพใต้ ส่งเสริมเกษตรกรเพื่อสุขภาพ ได้มีการออกแบบสำรวจพันธุกรรมพืชพื้นบ้าน ร่วมกับเทศบาลเมืองทุ่งตำเสา อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา และกิจกรรมส่งเสริมการอนุรักษ์พันธุกรรมของเครือข่ายเกษตรกรรม

ทางเลือกภาคใต้ ประเด็นข่าวไร่ ได้มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนทั้ง 4 ภาค ที่จังหวัดชุมพร พันธุ์กรรม ทุเรียนพื้นบ้าน ในพื้นที่ 5 จังหวัด ส่งเสริมการตลาดอาหารเพื่อสุขภาพ จังหวัดสตูลมีการถอดบทเรียน วิสาหกิจชุมชนหุ่่นไ่ล่กากรูป การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรกัญชา การบูรณาการร่วมกับงานสร้าง สุขภาคใต้และเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต 11 ประเด็นอาหารและสุขภาพเป็นตัวเชื่อม ซึ่งจะผลักดัน ข้อเสนอเชิงนโยบายและใช้ตลาดสุขภาพเป็นตัวกลางในการขับเคลื่อน

ข้อสังเกตจากการประเมินกระบวนการดำเนินงานในประเด็นนี้ พบว่าจุดแข็งคือ การมี กขป. ที่มีเครือข่ายในกลุ่มเกษตรกรทั้งในระดับพื้นที่และระดับส่วนกลาง มีทุนเดิมด้านความรู้ลึกในด้านเกษตร มีประสบการณ์เกาะติดเรื่องสวนยางมายาวนาน มาร่วมเป็นแกนหลักในการออกแบบ เมื่อมีการเชื่อมต่อ ดำเนินงานกับ รพ. และเครือข่ายเกษตรกร เพื่อพัฒนาให้เกิดอาหารปลอดภัยตั้งแต่ต้นทาง และมีแพลตฟอร์มกลาง Green Smile ที่ช่วยส่งเสริมระบบการตลาด อีกทั้งมี กขป. ที่อยู่ในฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภค และงานเวชกรรมสังคม รพ. ศูนย์ ขนาดใหญ่ การมีทุนเดิมของการจัดการความรู้ เช่น สวนผักคนเมือง ที่พร้อมจะเรียนรู้และเปิดกระบวนการทัศน์ทางความคิดจากมุมมองสุขภาพ เป็นคุณภาพชีวิต ร่วมเรียนรู้แบบ ลงมือทำจริงด้วย การขับเคลื่อนให้เห็นต้นแบบของการทำงานด้านอาหารปลอดภัยทั้งในโรงพยาบาล สอดรับ และสนับสนุนกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เป็นโอกาสที่ทำให้งานในประเด็นนี้มีภาคี สำคัญคือหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขช่วยขับเคลื่อน อย่างไรก็ตามการที่เครือข่ายเกษตรกรกรรม ทางเลือกไม่มีฐานเกษตรกรในพื้นที่ ขาดข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน และระบบข้อมูลของเครือข่าย เกษตรกร งานวิชาการที่จะเป็นฐานรองรับการขับเคลื่อนยังมีน้อย กลุ่มเกษตรกรยังผลิตแบบพอเพียง ผลผลิตไม่เพียงพอ การรวมกลุ่มยังไม่เข้มแข็ง จะเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานในประเด็นนี้ได้ การปรับ เอาจลยุทธสนับสนุนจัดทำฐานข้อมูลทั้งหน่วยผลิต การจัดการความรู้ให้เกิดการผลิตที่ปลอดภัย กระบวนการจำหน่าย เพื่อให้เกิดคุณภาพทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค

#### 4.2 สถานการณ์ที่เกิดขึ้นปัจจุบัน

หัวข้อสรุปผลการศึกษา “ผลกระทบทางเศรษฐกิจ-สังคมของโควิด-19 ต่อครัวเรือนเกษตรกร รายย่อย ในชุมชนเกษตรกรรม”

- เปรียบเทียบแล้ว คนจนเมือง คนที่พึ่งเศรษฐกิจภาคเมือง ภาคบริการ ได้รับผลกระทบที่ รุนแรงกว่าภาคเกษตร
- ภาคเกษตรพาณิชย์เชิงเดี่ยว ได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่า เกษตรที่มีการผลิตหลากหลาย
- ภาคเกษตรที่พึ่งพาดตลาดภายนอก ได้รับผลกระทบรุนแรงกว่าภาคเกษตรที่มีฐานพึ่งตนเอง และการค้า
- ความหลากหลายทั้งด้านทรัพยากร การเศรษฐกิจที่หลากหลาย (ในและนอกเกษตร) การ ผลิต เกษตรที่หลากหลาย การเข้าถึงตลาดที่หลากหลาย ทำให้เกษตรกรสามารถตั้งรับ ปรับตัว กระจายความเสี่ยงได้
- การเข้าถึงทรัพยากรมีส่วนต่อความมั่นคงอาหาร ที่เกษตรกรยังเข้าถึงอาหารจากธรรมชาติ ปลูกพืชผักเพื่อบริโภค

- กลไกทางสังคมของชุมชน ที่ทำหน้าที่จัดสรรทรัพยากร สร้างอำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจ เช่น ตลาดท้องถิ่น การรวมกลุ่มเพื่อขายพืชผล การสร้างระบบแลกเปลี่ยนผู้ผลิตผู้บริโภคในชุมชน ทำให้ชุมชนมีความแข็งแรง
- ความมั่นคงอาหารที่มีหลายฐาน (ธรรมชาติ การผลิต การค้า) ในระดับท้องถิ่นคือหัวใจของระบบเศรษฐกิจวัฒนธรรม

#### 4.3 รูปธรรมที่เกิดขึ้น<sup>52</sup>

**เกษตรกรยุคใหม่หัวใจกล้า “ทำด้วยใจรัก รู้จักใช้เทคโนโลยี” คือเคล็ดลับความสำเร็จ** บทสรุปที่ได้จากกรณีศึกษาพบว่า ชีวิตเกษตรกรยุคใหม่ บางท่านก็เริ่มจากศูนย์ไม่มีที่ดินของตนเอง ตัดสินใจขอผู้นำชุมชนใช้ประโยชน์จากพื้นที่รกร้างสาธารณะมาทำเกษตร ขอยกตัวอย่างจากกรณีศึกษาของ **คุณตั้ม จตุรภัทร** ที่เริ่มต้นจากการปลูกพืชผักสวนครัวขายเลี้ยงชีพ หลังจากที่ชำนาญแล้ว จึงต่อยอดด้วยการทดลอง “ปลูกพืชมูลค่าสูงตามความถนัด” พร้อมกับอัดคลิปสั้นๆ แบ่งปันวิธีปลูกพืชจนเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ชุมชน [FB: จตุรภัทร ฟาร์มสุขปลูกอินทรีย์]

ขณะที่บางท่าน อยากสร้างรายได้หลายช่องทาง จากกรณีศึกษาของ **คุณปอนด์ จีรพงษ์** ที่เริ่มทำการเกษตรพร้อมกับภรรยาตั้งแต่เรียนจบด้วยการเลี้ยงสุกร ปลูกเมล่อนในโรงเรือน พร้อมกับทำคลิปเผยแพร่วิธีการทำเกษตรผ่าน YouTube มีผู้ติดตามกว่า 246,000 คน นอกจากสามารถเพิ่มช่องทางจำหน่ายมากขึ้นแล้ว ยังมีรายได้เสริมที่ได้จากค่าโฆษณาอีกทางหนึ่ง [FB: ปอนด์ ฟาร์มมิ่งไทยแลนด์]

บางท่านที่มีใจรักเป็นเกษตรกร แต่ก็ยังไม่กล้าเสี่ยงที่จะทุ่มสุดตัว จากกรณีศึกษาของ **คุณกระต่าย วุฒิพงษ์** ที่เริ่มต้นจาก“แบ่งเวลางานประจำ” มาทำเกษตรอินทรีย์ เก็บหอมรอมริบจนสามารถซื้อที่ดินเป็นของตนเอง จึงตัดสินใจลาออกมาทำเต็มเวลา จนสามารถปลูกผักสร้างรายได้ขายให้กลุ่มคนรักสุขภาพ [FB: ไทบ้านฟาร์มเมอร์]

สำหรับแรงงานคืนถิ่นที่ตัดสินใจทำเกษตรเป็นทางรอด จากกรณีศึกษาของ **คุณแก้ว เพียงพิศ** ซึ่งเคยเป็นพนักงานในร้านอาหารบนเกาะสมุยที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 จนปิดกิจการ จึงต้องกลับมาตั้งหลักที่บ้านเกิดด้วยอาชีพเกษตร และได้มีโอกาสเข้าร่วมโครงการ “1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย” ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) จากเดิมที่เคยเลี้ยงไก่ปล่อยตามธรรมชาติ เกิดเป็นไอเดียที่จะขยายทำเป็นโรงเรือนเลี้ยงไก่ระบบปิด

#### 4.4 แนวทางการขับเคลื่อนประเด็นในอนาคต

**แนวทางพัฒนา** ควรมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ที่สามารถทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนของการขับเคลื่อน เช่น จำนวนแปลง/พื้นที่ เกษตรอินทรีย์ การเปิดช่องให้ผู้ประกอบการเข้ามาหนุนเสริม เช่น เชื่อมโยงเกษตรกรรุ่นใหม่ รวมกลุ่มฐานเกษตรกรที่คิดในเชิงของผู้ประกอบการ จัดกระบวนการผลิตให้ครบวงจร สร้างพื้นที่ให้กับเกษตรกร การแลกเปลี่ยน การขับเคลื่อนทางสังคมร่วมกัน การเชื่อมกับหน่วยงานเกษตรที่ทำในพื้นที่ เช่น สภาพัฒนาการเกษตร (จังหวัดสตูล) การศึกษาข้อมูลความต้องการของเกษตรกร เพื่อนำมาสู่การกำหนดทิศทางความต้องการของเกษตรกร หรือการ

จัดทำแผนเพื่อขับเคลื่อน ถอดบทเรียนต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ มีใครทำอะไรอยู่บ้าง เช่น ในเรื่องของการบำรุงดิน มีใครบ้างที่เกี่ยวข้อง จัดระบบกลไกร่วมที่คิดเชิงระบบ ในการค้นหาตัวเกษตรกร เพื่อให้มีการขับเคลื่อนเชิงระบบ สร้างโมเดลพื้นที่ต้นแบบ และขับเคลื่อน ออกแบบร่วมกัน ช่องว่างหน่วยงานองค์กรไหนที่จะเข้ามาหนุนเสริมร่วมกัน นอกจากนี้ ควรมีการดำเนินการในมิติทางสุขภาพของเกษตรกรด้วย เช่น การเฝ้าระวังสารเคมีในเกษตรกร เพิ่มภาคีหลักที่สำคัญที่จะมาขับเคลื่อนร่วมกันอย่างจริงจัง เช่น ธกส. รวมทั้งภาคีต่างๆ ทั้งในระดับตำบล อำเภอและระดับจังหวัด สามารถดำเนินการร่วมกันได้ โดยมีกลไกการบริหารจัดการในลักษณะเครือข่าย อาทิ มีแบรนดร่วม กรณีข้าวอินทรีย์มีเครือข่ายแม่และเครือข่ายลูก เพื่อลดปัญหาการผลิตที่ไม่เพียงพอ โดยให้แต่ละเครือข่ายสร้างผู้ประกอบการของตนเอง การใช้กลไกของ กขป. สร้างความเข้าใจต่อ พรบ. เกษตรยั่งยืน และนโยบายอื่นๆ โดย สข. ควรเข้ามามีบทบาทในการประสาน ผลักดันและอภิบาลระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องและนโยบาย หรือโครงการที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพเป็นบทบาทในการสมานฉันท์และหาข้อสรุป รวมทั้ง ทางออกร่วมกันในระดับประเทศ เช่น กรณีการรณรงค์นโยบาย CPTPP การสร้างหลักประกันด้านคุณภาพชีวิต การผลักดันให้เกิดระบบเกษตรสุขภาพ รวมแผนการพัฒนาคน การส่งเสริมด้านอาหาร เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพที่ดีขึ้น โดยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการให้เห็นจริงและมีการติดตามประเมินผลอย่างจริงจัง

#### 5. บทบาทของ กขป.12 กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในสถานการณ์การ

##### ระบาดของ COVID-19

##### สถานการณ์ COVID 19 (ณ. กันยายน 2564)

เมื่อ 27 กันยายน 2564 เว็บไซต์ของฐานเศรษฐกิจ อ้างถึง Worldometer รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลก อยู่ที่ 232,576,465 ราย เพิ่มขึ้น 322,500 ราย ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตจากไวรัสโควิด-19 ทั่วโลก รวมอยู่ที่ 4,761,482 ราย เพิ่มขึ้น 4,852 ราย หายป่วยสะสม 209,190,837 ราย เพิ่มขึ้น 328,933 ราย วันนี้เช่นกันของประเทศไทย ยอดผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นรวม 10,288 ราย มาจากผู้ติดเชื้อรายใหม่ 10,161 ราย ติดเชื้อภายในเรือนจำ/ที่ต้องขัง 127 ราย ผู้ป่วยสะสม (ตั้งแต่ 1 เม.ย. 64) 1,543,063 ราย เสียชีวิตเพิ่ม 101 ราย หายป่วย 12,494 ราย กำลังรักษา 120,156 ราย หายป่วยสะสม (ตั้งแต่ 1 เม.ย. 64) 1,407,975 ราย

##### สถานการณ์ COVID 19 ในเขตสุขภาพที่ 12

สถานการณ์ COVID-19 เขตสุขภาพที่ 12					
ระลอกเมษายน 2564 ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน 2564 - 28 กันยายน 2564					
ข้อมูลวันที่ 28 กันยายน 2564					
ผู้ป่วยรายใหม่วันนี้	ผู้ป่วยยืนยันสะสม	หายป่วย	เสียชีวิต		
+1,517 ราย	107,996 ราย	84,580 ราย	980 ราย		
มาจากต่างประเทศ	ติดเชื้อในประเทศ	หายป่วยสะสม	เสียชีวิตสะสม		
1 ราย	1,516 ราย	เพิ่มขึ้น 1,715 ราย	เพิ่มขึ้น 12 ราย		
		ผู้ป่วยรักษาอยู่ 22,436 ราย	0.91 %		
ผู้ป่วยแยกตามอาการ					
Asymtomatic	Mild	Moderate	Severe		
6,816 ราย	13,151 ราย	2,138 ราย	331 ราย		

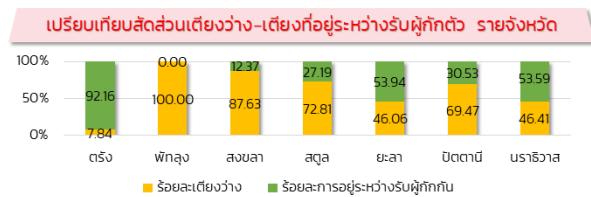
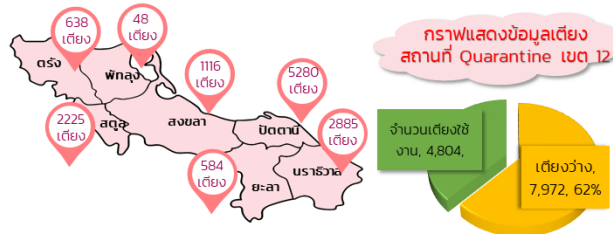
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 38 สถานการณ์โควิด-19 เขตสุขภาพที่ 12 (วันที่ 1 เม.ย.-28 ก.ย. 64)<sup>54</sup>

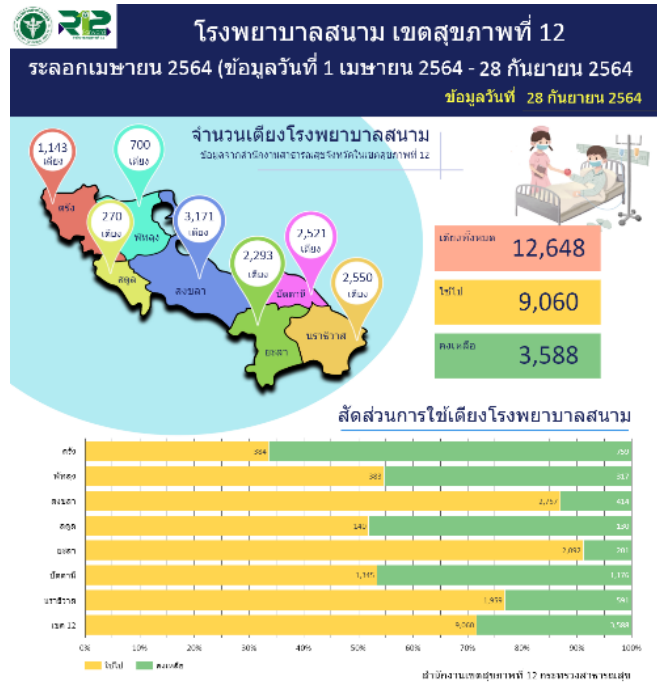


สถานที่ Quarantine เขต 12  
รองรับได้ **รวม 12,776** เตียง  
ระลอกเมษายน 2564 (1 เม.ย.-27 ก.ย. 2564)  
วันที่ 28 กันยายน 2564

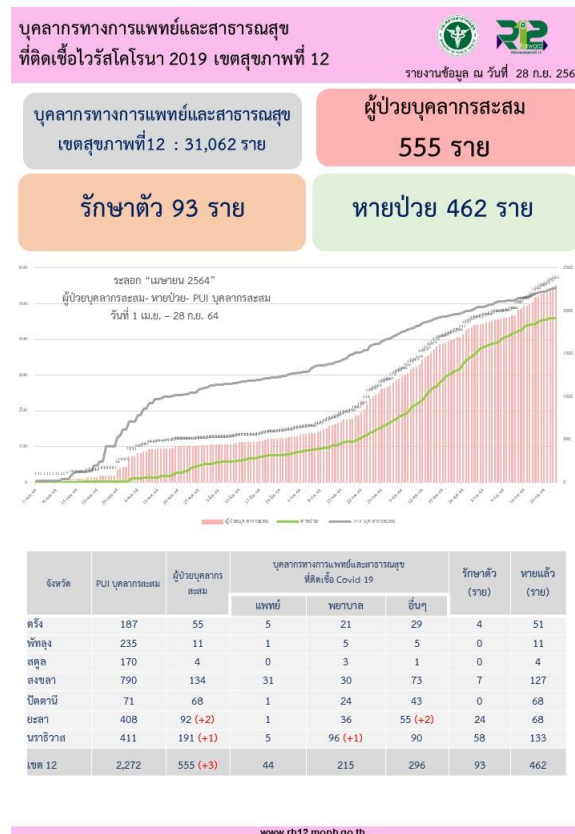
จังหวัด	จำนวนเตียง	อยู่ระหว่างการรับผู้สงสัย	เตียงว่าง
ตรัง	638	588	50
พัทลุง	48	0	48
สงขลา	1,116	138	978
สตูล	2,225	605	1,620
ยะลา	584	315	269
ปัตตานี	5,280	1,612	3,668
นราธิวาส	2,885	1,546	1,339
<b>รวม</b>	<b>12,776</b>	<b>4,804</b>	<b>7,972</b>



ภาพที่ 39 สถานที่ Quarantine เขต 12<sup>54</sup>



ภาพที่ 40 โรงพยาบาลสนาม เขตสุขภาพที่ 12<sup>54</sup>



ภาพที่ 41 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตสุขภาพที่ 12<sup>54</sup>



## 1. ผลกระทบของสถานการณ์ COVID 19

SDGs update (2021) สรุป 17 ประเด็นที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการระบาดโควิด-19 ผ่านกรอบ SDGs ในภาพกว้างระดับโลก<sup>55</sup> ดังต่อไปนี้

- 1) คนจนหน้าใหม่เพิ่มขึ้นครั้งแรกในรอบ 10 ปี
- 2) วิกฤตการณ์อาหารยิ่งทวีความรุนแรง
- 3) การฉีดวัคซีนเพื่อภูมิคุ้มกันของเด็กทั่วโลกต้องหยุดชะงัก
- 4) นักเรียน 1.5 พันล้านคน ต้องหยุดเรียน
- 5) เด็กและผู้หญิงเสี่ยงต่อการที่จะได้รับความรุนแรงในครอบครัวมากขึ้นจากการลือคดวาทน์ การลือคดวาทน์ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องใช้เวลาร่วมกันมากขึ้น ทำให้เด็กและผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมนั้นเสี่ยงที่จะถูกทารุณ หรือได้รับความรุนแรงทั้งจากสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชน
- 6) ประชากรอย่างน้อย 3 พันล้านคน ขาดอุปกรณ์และน้ำสะอาดสำหรับล้างมือที่บ้าน
- 7) 1 ใน 4 ของโรงพยาบาลในบางพื้นที่ของประเทศกำลังพัฒนาไม่มีไฟฟ้าใช้
- 8) เศรษฐกิจโลกถดถอยลงเร็วที่สุดนับแต่ปี 1990
- 9) หลายอุตสาหกรรมตกต่ำ เทคโนโลยีสื่อสารโตก้าวกระโดด แต่ประเทศ LCDS เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ไม่ถึงครึ่ง
- 10) ความเหลื่อมล้ำที่มีอยู่ยิ่งชัดเจนขึ้น กลุ่มเปราะบางยิ่งถูกซ้ำเติมจากภาวะดังกล่าว
- 11) 90% ของผู้ป่วยโควิด-19 กระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง เมืองโตเร็ว แต่บริการสาธารณะโตตามไม่ทันเมื่อเกิดโรคระบาดจึงทำให้รู้ว่า “เมืองเปราะบางกว่าที่คิด และต้องยืดหยุ่นมากกว่าที่เคยเป็น”
- 12) โควิด-19 ทำให้การใช้ทรัพยากรสิ้นเปลืองสูงขึ้น แต่ก็เป็นสัญญาณดีที่ทั่วโลกกำลังดำเนินการเรื่องนี้อย่างจริงจัง
- 13) การปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลง 6% แต่เป็นเพียงช่วงเวลาสั้นๆ และจะดีดกลับมาเมื่อเริ่มปลดล็อกมาตรการ
- 14) ระบบนิเวศทางทะเลฟื้นตัว
- 15) ในช่วงปี 2015 -2020 จะมีป่าไม้ถูกทำลายราว 62.5 ล้านไร่ต่อปี และความหลากหลายทางชีวภาพและสายพันธุ์พืช สัตว์มีแนวโน้มการสูญพันธุ์มากขึ้นเรื่อยๆ
- 16) ความขัดแย้งเดิมยังคงอยู่ สถาบันอ่อนแอ จำนวนผู้คนหนีสงครามการประหัตประหาร และความขัดแย้งเกิน 79.5 ล้านคน สูงสุดเท่าที่บันทึกไว้ หลายประเทศยังคงประสบปัญหาการระบุด่วนในทางทะเลเบียนเพื่อให้สามารถใช้สิทธิต่างๆ อาทิ การรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19
- 17) กลไกการแลกเปลี่ยน และทรัพยากรสำหรับการสร้างความร่วมมือจะลดน้อยลง

## ตัวอย่างผลกระทบทางสังคม covid 19 ในประเทศไทย

ชาคร เลิศนิทัศน์ และดร. สมชัย จิตสุชน (2563) ได้สำรวจผลกระทบทางสังคมของ COVID-19 ต่อครัวเรือนเปราะบาง พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของครัวเรือนเปราะบาง ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดและมาตรการควบคุมของรัฐ และพบมากขึ้นในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ยากขึ้น ซึ่งคาดว่าจะเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น กริ่งเกรงความเสี่ยงในการเดินทางออกนอกที่พักอาศัย ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการโดยสารรถรับจ้างแทนรถสาธารณะ รวมทั้งการปิดให้บริการของสถานพยาบาลบางแห่งที่ต้องรองรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นต้น นอกจากนี้ ในกลุ่มครัวเรือนที่มีเด็กเล็กจะมีปัญหาที่เพิ่มเติม คือ การไม่มีเวลาดูแลของผู้ปกครอง หรือขาดผู้ดูแลเด็กเล็กจากการที่โรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็กปิดให้บริการ ส่วนเรื่องการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ตอบ (ร้อยละ 46.2) ไม่พร้อมเรียนในระบบออนไลน์ เนื่องจากขาดแคลนอุปกรณ์ในการเรียน เช่น คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก หรือแท็บเล็ต (คิดเป็นร้อยละ 23.5 ของครัวเรือนที่ไม่มีความพร้อม) และจากการที่ผู้ปกครองไม่มีเวลาในการช่วยเหลือในการเรียนออนไลน์ (คิดเป็นร้อยละ 18.6) นโยบายด้านการศึกษาในช่วงโควิดจึงต้องคำนึงถึงความไม่พร้อมนี้

**ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือนที่มีกลุ่มเปราะบาง** สสำรวจ พบว่า รายได้ของครัวเรือนที่มีกลุ่มเปราะบางทุกประเภท (ยกเว้นกลุ่มผู้สูงอายุ) ลดลงในช่วงโควิดมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีกลุ่มเปราะบาง ในขณะที่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่มากกว่า ผลการสำรวจ แสดงถึงความเปราะบางต่อโควิดของครัวเรือนที่เปราะบางเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว การที่รายได้ลดลงมากส่วนหนึ่งเป็นเพราะครัวเรือนเหล่านี้ มักมีสมาชิกที่ทำงานรับจ้างไม่ประจำ หรือมีคนที่ต้องช่วยดูแลคนที่เปราะบางในบ้าน จึงเป็นกลุ่มแรกๆ ที่ตกงานหรือถูกพักงานจากผลของโควิด ส่วนรายจ่ายที่เพิ่มมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีคนเปราะบางมาจากหลายสาเหตุ เช่น ครัวเรือนที่มีเด็กเล็กมีค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็กเพิ่มขึ้นจากการที่เด็กไม่สามารถศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนได้ ส่วนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจมีรายจ่ายเพิ่มเนื่องจากไม่สามารถเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยรถสาธารณะได้ และจำเป็นต้องใช้บริการรถรับจ้างซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น การที่รายได้ของครัวเรือนลดลงในขณะที่รายจ่ายเพิ่มมากขึ้นทำให้ระดับหนี้สินของครัวเรือนเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น

กฤษฎา บุญชัย และคณะ (2563) สรุปผลกระทบ COVID-19 ต่อเกษตรกรรายย่อยของประเทศ ไทยว่า เมื่อเปรียบเทียบกับแล้ว คนจนเมือง คนที่พึ่งเศรษฐกิจภาคเมือง ภาคบริการได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่าภาคเกษตร ภาคเกษตรพาณิชย์เชิงเดี่ยว ได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่าเกษตรที่มีการผลิตหลากหลาย ภาคเกษตรที่พึ่งพาสตลาดภายนอก ได้รับผลกระทบรุนแรงกว่าภาคเกษตรที่มีฐานพึ่งตนเอง และการค้า ความหลากหลายทั้งด้านทรัพยากร การเศรษฐกิจที่หลากหลาย (ในและนอกเกษตร) การผลิต เกษตรที่หลากหลาย การเข้าถึงตลาดที่หลากหลาย ทำให้เกษตรกรสามารถตั้งรับ ปรับตัว กระจายความเสี่ยงได้ การเข้าถึงทรัพยากรมีส่วนต่อความมั่นคงอาหารที่เกษตรกรยังเข้าถึงอาหารจากธรรมชาติ ปลูกพืชผักเพื่อบริโภค กลไกทางสังคมของชุมชนที่ทำหน้าที่จัดสรรทรัพยากร สร้างอำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจ เช่น ตลาดท้องถิ่น การรวมกลุ่มเพื่อขายพืชผล การสร้างระบบแลกเปลี่ยนผู้ผลิตผู้บริโภคใน

ชุมชน ทำให้ชุมชนมีความแข็งแกร่ง และความมั่นคงอาหารที่มีหลายฐาน (ธรรมชาติ การผลิต การค้า) ในระดับท้องถิ่นคือหัวใจของระบบเศรษฐกิจวัฒนธรรม

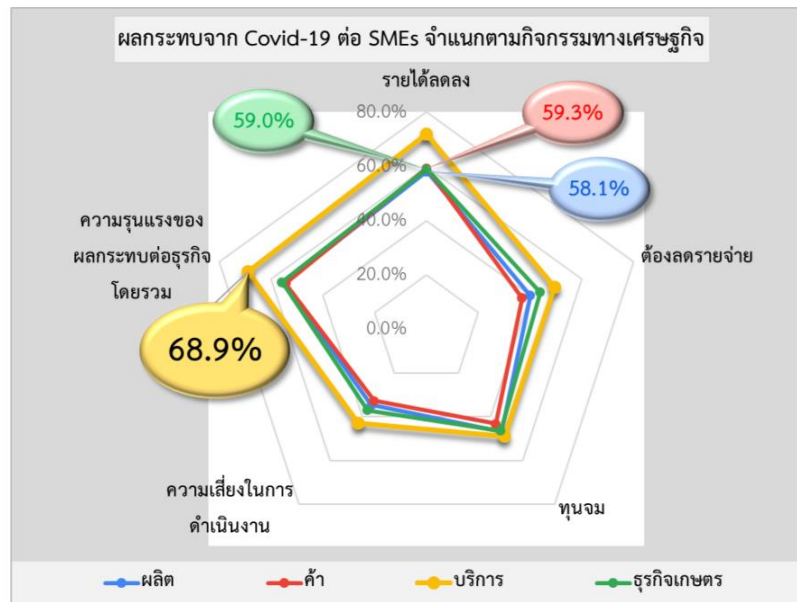
**ผลกระทบต่อผู้ประกอบการรายย่อย(SMEs) ภาครัฐกฤติ นิธิประภา (2564)** ผลกระทบ COVID-19 ต่อ SMEs จำแนกตามขนาดวิสาหกิจ พบว่า ธุรกิจ SMEs ได้รับผลกระทบโดยวิสาหกิจขนาดกลางได้รับผลกระทบมากที่สุด รองลงมา คือ วิสาหกิจขนาดย่อมและวิสาหกิจขนาดย่อยตามลำดับ ทั้งนี้ เนื่องจาก วิสาหกิจขนาดกลางส่วนใหญ่จะมีสินทรัพย์ถาวรในสัดส่วนที่มากกว่าวิสาหกิจอื่นๆ ซึ่งในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 รายได้ลดลงไปมาก หรือไม่มีรายได้เลย ในขณะที่ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสินทรัพย์ดังกล่าว ยังคงต้องจ่ายอยู่ เช่น ค่าเช่า ค่าบำรุงรักษาเครื่องมือ/อุปกรณ์ ยานพาหนะ ซึ่งไม่สามารถลดรายจ่ายในส่วนนี้ได้

วิสาหกิจขนาดย่อย ได้รับผลกระทบจากการลดลงของรายได้มากที่สุด โดยสาขาธุรกิจในการผลิตที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด ได้แก่ ธุรกิจผลิตเครื่องแต่งกายและเครื่องประดับ ผลิตเครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์และ สมุนไพร ตามลำดับ ในขณะที่ธุรกิจภาคการค้ากระทบในสาขาธุรกิจค้าส่งและค้าปลีก และธุรกิจภาคบริการในสาขาธุรกิจบันเทิง/สารสนเทศ/การศึกษา ธุรกิจที่พักแรม/นำเที่ยว และธุรกิจร้านอาหารมีรายได้ลดลงมากที่สุด

วิสาหกิจขนาดย่อม ได้รับผลกระทบจากการลดลงของรายได้มากที่สุด โดยสาขาธุรกิจในการผลิตที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด ได้แก่ ธุรกิจผลิตเครื่องแต่งกาย/เครื่องประดับ และหัตถอุตสาหกรรม/เครื่องเรือน ส่วนธุรกิจภาคการค้า ได้แก่ ธุรกิจค้าปลีก ธุรกิจค้าส่งและค้าปลีก ได้รับผลกระทบด้านรายได้ลดลงมากที่สุด และธุรกิจภาคบริการ ได้แก่ ธุรกิจ สปาและบริการด้านสุขภาพ ธุรกิจที่พักแรม/นำเที่ยว และธุรกิจ ซ่อมบำรุง ได้รับผลกระทบด้านรายได้ลดลงมากที่สุด และมีเงินลงทุนจมต้องลดรายจ่าย

วิสาหกิจขนาดกลาง ได้รับผลกระทบจากการลดลงของรายได้มากที่สุด โดยสาขาธุรกิจในการผลิตที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด ได้แก่ ธุรกิจผลิตเครื่องสำอาง ธุรกิจผลิตยาและสมุนไพร ธุรกิจผลิตเครื่องแต่ง กาย/เครื่องประดับ สำหรับธุรกิจภาคการค้าที่มีรายได้ลดลงมากที่สุด ได้แก่ ธุรกิจค้าปลีก และธุรกิจภาคบริการที่มีรายได้ลดลงมากที่สุด ได้แก่ ธุรกิจที่พักแรม/นำเที่ยว

สำหรับธุรกิจภาคการเกษตร และวิสาหกิจชุมชน ได้รับผลกระทบในระดับปานกลาง และน้อยกว่า ธุรกิจในการผลิตอื่นๆ



ภาพที่ 42 ผลกระทบจาก COVID-19 ต่อ SMEs จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจ

ที่มา: ผนักรุกฤติ นิธิประภา (2564)

## 2. แนวทางและบทบาท กขป.12 ในสถานการณ์ covid-19

เนื่องมาจากผลของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อทุกกลุ่มเป้าหมายและทุกพื้นที่เดิม ใน 4 ประเด็นที่ กขป. 12 ได้ดำเนินงานในระยะเวลาที่ผ่านมาแล้ว ซึ่งมีข้อเสนอให้ดำเนินงานดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ขณะเดียวกันในมิติของการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในเขตสุขภาพที่ 12 ภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ควรดำเนินงานต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมายเดิมในรูปแบบของการป้องกัน การจัดการ และการเยียวยา จากการระบาดของ COVID-19 ที่สอดคล้องกับระดับชุมชน ระดับตำบล เมืองเล็ก เมืองใหญ่ และระดับเขต ภายใต้เงื่อนไขที่สำคัญ ได้แก่ ข้อมูลสถานการณ์เชิงผลกระทบด้านต่างๆ การมีองค์กรหลักขับเคลื่อนและภาคีร่วมมือ โดยผ่านกลไกหรือคณะทำงานเฉพาะพื้นที่หรือประเด็นย่อยต่างๆ การมีแผนยุทธศาสตร์ระยะสั้นและระยะยาว การพัฒนาเครื่องมือ application มาใช้ การใช้ช่วงการพูดคุย การสื่อสารที่สอดคล้องและการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ปฏิบัติการที่สอดคล้องกับสถานการณ์และเงื่อนไขดังกล่าว ในลักษณะของพื้นที่นำร่องหรือพื้นที่ทดลอง (Sandbox) โดยสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ ระดับเขต และคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด

### 2.1 การจัดเวทีธรรมนูญออนแอร์เขต 12 เครือข่ายธรรมนูญสุขภาพจังหวัดยะลา

ธรรมนูญ on air ครั้งที่ 9 วันอังคารที่ 29 มิถุนายน 2564 เครือข่ายธรรมนูญสุขภาพจังหวัดยะลา แกนนำพื้นที่ตำบลที่จะร่วมดำเนินการ จัดทำธรรมนูญสุขภาพมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำธรรมนูญสุขภาพในแต่ละขั้นตอน เชิญชวนตำบลที่สนใจ ร่วมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติร่วมกัน

การทำงานกับเครือข่ายธรรมนูญของจังหวัดยะลา วิธีการทำธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ตำบลและได้เห็นตัวอย่างอื่น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมของเครือข่ายจังหวัดยะลา และมีตำบลใหม่ที่จะเข้ามาสู่กระบวนการทำธรรมนูญ

## 2.2 สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในระดับเขตสุขภาพที่ 12 วันที่ 28 มิถุนายน 2564

ธรรมชาติ on air กรณีการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในเขตสุขภาพที่ 12 เป็นการประมวลผลให้เห็นในแต่ละสัปดาห์ การรายงานสถานการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อในแต่ละจังหวัด ช่วงวันที่ 22-28 มิถุนายน 2564 หลายจังหวัดมียอดผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น จังหวัดสงขลามีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นมาสูงสุดจำนวน 1,548 ราย และมีอีก 3 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 12 ที่ยังมีจำนวนผู้ติดเชื้อ คือ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส เป็น 3 จังหวัด ภาคใต้ทั้ง เพราะฉะนั้น ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองก็อาจจะด้อยลง ทำให้เกิดภาวะที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ถ้าแยกตามจังหวัดต่างๆ ในช่วงสัปดาห์วันที่ 22-28 มิถุนายน 2564

- จังหวัดตรังมีผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์วันที่ 22-28 มิถุนายน 2564 จำนวน 75 คน ซึ่งมีจำนวนลดน้อยลง และมีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด ณ วันที่ 1 เมษายน - 28 มิถุนายน 2564 จำนวน 1,649 คน ยังคงสูงอยู่ แต่แนวโน้มจะสามารถควบคุมได้ สิ่งที่น่าเป็นห่วงก็คือ การรวมกลุ่ม โดยเฉพาะโรงงาน
- จังหวัดพัทลุงมีผู้ป่วยสะสม ตั้งแต่ 1 เมษายน - 21 มิถุนายน 2564 มีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 497 ราย ในช่วงสัปดาห์วันที่ 22-28 มิถุนายน 2564 มีจำนวน 75 ราย รวมทั้งหมด มีจำนวน 572 ราย
- จังหวัดสงขลา สงขลามียอดผู้ป่วยสะสม ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - 21 มิถุนายน 2564 จำนวน 3,758 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อยู่ในหลักร้อยทุกวัน ซึ่งเตียงของผู้ป่วยที่สำรองไว้ตามศูนย์สำรองเตียงหรือโรงพยาบาลต่างๆ แทบจะไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย และผู้ป่วยก็ไม่ได้รับการเคลื่อนย้าย อาจจะต้องมีมาตรการใหม่ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ตีขึ้น ทะลุขึ้น ซึ่งมีเงื่อนไขว่า ถ้าอายุ 60 ปีขึ้นไป ก็ไม่ให้อยู่ที่บ้านต้องอยู่ที่โรงพยาบาลอย่างเดียว อายุต้องต่ำกว่า 60 ปี ก็อยู่บ้านได้ แล้วก็ไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ
- จังหวัดสตูลไม่มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด มาตลอดก่อนหน้านี้ 2 สัปดาห์ จนกระทั่งพบคลัสเตอร์ของมรภัสยะลา กลับมาทำให้ผู้ป่วยสะสม 1 เมษายน - 21 มิถุนายน มีจำนวน 70 ราย ในช่วงสัปดาห์วันที่ 22-28 มิถุนายน 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึง 43 ราย รวมจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 113 ราย ซึ่งสถานการณ์ตอนนี้ น่าเป็นห่วงในหลายๆ จังหวัด แต่ละจังหวัดก็มีมาตรการเข้าออกต้องมีหนังสือขออนุญาต
- จังหวัดปัตตานี มีจำนวนผู้ป่วยสะสมตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - 22 มิถุนายน 2564 1,305 ราย อีกหนึ่งจังหวัดที่น่าเป็นห่วงเหมือนกัน มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลักร้อยกว่าเกือบทุกวัน ในช่วงสัปดาห์วันที่ 22-28 มิถุนายน 2564 มีจำนวน 816 ราย รวมสะสมทั้งหมด 2,124 ราย รองลงมา จากจังหวัดสงขลา และเป็นความน่าเป็นห่วง ความน่าจะเป็นของพี่น้องในจังหวัดปัตตานี
- จังหวัดยะลา มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 924 ราย เกือบหลักร้อยทุกวัน โดยเฉพาะวันที่ 24 มิถุนายน 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด 215 ราย ในช่วงสัปดาห์ที่ 22-28 มิถุนายน 2564 มีจำนวนผู้ป่วย 821 ราย ได้เพิ่มขึ้นมาเกือบ 50% ของผู้ป่วยเดิม รวมแล้ว 1,745 ราย และมีหลายพื้นที่ขาดแคลนเครื่องมือทางการแพทย์ ที่ไม่เพียงพอ และได้มีการเปิดขอรับบริจาค

- จังหวัดนราธิวาส ผู้ป่วยเดิมในช่วงวันที่ 1 เมษายน - 22 มิถุนายน 2564 ผู้ป่วยสะสม 1,560 ราย ในแต่ละวันมีผู้ป่วยเกือบร้อยคนทุกวัน วันที่ 28 มิถุนายน 2564 มีจำนวน 83
- สถานการณ์ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ณ ตอนนี มียอดผู้ป่วยสะสม 9,688 ราย แล้วตั้งแต่ 1 เมษายน - 21 มิถุนายน 2564 ในช่วงสัปดาห์นี้เพิ่มเข้าไปอีก 3,898 ราย ทำให้มียอดรวม 13,586 ราย ยังเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง โดยเฉพาะวันที่ 28 มิถุนายน 2564 มีจำนวน 500 กว่า จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ปรากฏว่าในวันนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 2 ราย คือ จังหวัดสงขลา จำนวน 1 ราย จังหวัดปัตตานี จำนวน 1 ราย ถ้ามาดูผู้ป่วยสะสมปรากฏว่ามีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด จนถึงวันที่ 28 มิถุนายน 2564 มีจำนวน 47 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในเมื่อมีผู้ป่วยมาก คนเสียชีวิตก็ยอมมาก มันแปรผันไปตามกัน จำนวน 54 ราย มาเพิ่มสัปดาห์นี้ จำนวน 13 ราย ที่จังหวัดสงขลา จำนวน 1 ราย วันที่ 23 มิถุนายน 2564 จังหวัดปัตตานี จำนวน 2 ราย วันที่ 23-24 มิถุนายน 2564 จังหวัดปัตตานีกับยะลาจังหวัดละ จำนวน 1 ราย วันที่ 25 มิถุนายน 2564 จังหวัดปัตตานี จำนวน 1 ราย จังหวัดยะลา จำนวน 2 ราย วันที่ 26 มิถุนายน 2564 จังหวัดนราธิวาส จำนวน 1 ราย และวันที่ 27 มิถุนายน 2564 จังหวัดยะลา จำนวน 1 ราย วันนี้สงขลากับปัตตานีจังหวัดละ 1 ราย รวมแล้วก็สัปดาห์นี้ 13 ราย บวกของเดิม 34 ราย รวมแล้ว 42 ราย มีจำนวนไม่สูงถ้าเทียบกับอัตราป่วยตายลดลงรอบที่แล้ว 0.4 รอบนี้เหลือ 0.2 แสดงว่าผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แล้วการดูแลของเจ้าหน้าที่อาจจะดีขึ้น การดูแลตนเองของผู้ป่วยเองอาจจะดีขึ้น ทำให้อัตราการป่วยตาย มันลดลงจาก 0.4 มา 0.2 แต่ยังคงเป็นห่วงพี่น้องต่างจังหวัด 4 จังหวัด

### เรื่องธรรมนูญ

ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องธรรมนูญในพื้นที่ โดยคุณนุชรี ในพื้นที่เริ่มเรียนรู้เรื่องของธรรมนูญ ตั้งแต่ปี 2562 ซึ่งในการเรียนรู้ กะนา จะเป็นแกนนำไปพูดคุยกันในพื้นที่ จากการทำเรื่องชุมชนน่ายู่ เมื่อได้เรื่องชุมชนน่ายู่จึงมาคิดเรื่องวิสัยทัศน์ของตำบล เมื่อได้วิสัยทัศน์ ทางกลุ่มได้พูดคุยและถ้าจะนำมาทำเป็นกติกาตำบล ก็คงจะใหญ่เกินไปจึงมองว่าจะทำเป็นเชิงประเด็น ไม่ได้ทำทั้งตำบลแต่ทำชุมชนเล็กๆ และมีการจัดตั้งสภาผู้นำขึ้นมา 1 ชุดเพื่อวิเคราะห์ปัญหา จนสุดท้ายชุมชนปากการะ ได้มีเป้าหมายคือต้องการเห็นความสุขของคนทั้งตำบล โดยให้ชุมชนและภาคีมาเรียนรู้เรื่องกติกาชุมชน เริ่มจากการกำหนดกติกาเรื่องขยะก่อน โดยมีขั้นตอนในการทำกติกา คือ กำหนดเป้าหมายครัวเรือน 100 กว่าครัวเรือน มาพูดคุย เรื่องประเด็นการแก้ปัญหาขยะยังงี้ ก็ได้มีการเสนอกติกา มา โดยได้กติกาและมีการทดลองทำใน 100 กว่าครัวเรือนเป้าหมายที่สามารถทำได้ก็ไม่ถึงจำนวนที่ตั้งไว้ จึงขอแค่ครัวเรือนต้นแบบประมาณ 50 คนเรือน เข้ามาร่วมโครงการโดยมีกติกาที่กำหนด ดังนี้

1. ทุกครัวเรือนใน 50 ครัวเรือน ต้องคัดแยกขยะ 3 ประเภทอย่างชัดเจน
2. รอบบ้านจะต้องมีการปลูกผักอย่างน้อย 5 อย่างและในการปลูกผัก จะต้องมีการเอาขยะมาโรยไช้เคลมาทำเช่นเศษอาหาร
3. การมีส่วนร่วม ทุกครั้งที่เรียกมาประชุมจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการประชุม

4. ครั้วเรือนทั้ง 50 ครั้วเรือนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีการประเมิน ของแต่ละบ้าน ซึ่งจากการประเมินที่ทำได้จริง ๆ จาก 50 ครั้วเรือนก็มีประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์ จากที่ทำอยู่

ซึ่งจากการที่ชุมชนทำ ทางอบต. ก็ได้สังเกตเห็นความสำคัญว่า ถ้าทำทั้งตำบลจะเป็นไปได้หรือไม่ ถ้าเกิดว่าทางอบต. มีความสนใจก็ขอเชิญชวนเจ้าหน้าที่ทางอบต. เข้ามามีส่วนร่วมด้วย ซึ่งในช่วงนั้นมีโครงการจันทร์เสี้ยว จะมีทีมของอบต. เข้าไปเรียนรู้ เมื่อทีม อบต. เข้ามาเรียนรู้หลังจากนั้นก็ได้ออกไปคิดว่าจะมีการวางแผนกันอย่างไร จึงได้คิดว่าสิ่งแรกที่ต้องทำ คือ การจัดตั้งทีมงานหรือคณะกรรมการทำงาน 1 ชุด ในการทำงานที่จะมาจัดการให้เกิดการมีส่วนร่วมจริงในภาพรวมของตำบล และที่สำคัญเราจะต้องกำหนดเป้าหมายและคิดกันว่าจะทำอย่างไรให้ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งในช่วงนั้นอบต. ได้มีการจัดเวที จึงได้เสริมเรื่องธรรมนูญเข้าไปในเวทีด้วย และได้เอางบจากจันทร์เสี้ยวไปร่วมทำเวทีด้วย จากการลงไปทำงานเกือบครึ่งปีที่ได้ลงไปทำเวทีจะได้ว่า อย่างน้อยธรรมนูญของเราจัดตั้งเป็นชื่ออะไรก็ได้ โดยการโหวตชื่อกันจนสุดท้ายก็ได้เป็นชื่อธรรมนูญของปาดาบาระ 5 ดี วิถีมุสลิม ซึ่งใน 5 ดี ก็จะมีในเรื่องของ (1) การศึกษาดี (2) สิ่งแวดล้อมดี (3) เศรษฐกิจดี (4) อาหารดีและ (5) สุขภาพดี หลังจากได้ 5 ดีมาก็ได้มาประชุมกันว่าจะมีการจัดการอย่างไร นักวิชาการจึงได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ชุมชนสะท้อนออกมาจึงได้เป็นธรรมนูญออกมา 7 หมวด ดังนี้

- หมวดแรกเกี่ยวกับปรัชญาและแนวคิด มี 1 ข้อ
- หมวดที่ 2 การศึกษาดี มี 3 ข้อ
- สิ่งแวดล้อมดี มี 7 ข้อ
- เศรษฐกิจดี มี 6 ข้อ
- อาหารดีมี 2 ข้อ และเพิ่มการคุ้มครองผู้บริโภคอีก 2 ข้อ

หลังจากนั้นได้ร่วมกันเขียนเป็นโครงสร้างขึ้นมา จึงได้จัดทำเวทีและชาวบ้านได้เสนอว่าในเมื่อตัวร่างมันเป็นแนวของวิชาการ เช่น หลักการ แล้วชาวบ้านจะทำอย่างไร จึงได้ฝากข้อคิดแนวคิดให้นักวิชาการได้คิดว่า ถ้าจะทำให้เกิดการปฏิบัติจะมีวิธีการอย่างไร คือยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และยังอยู่ในขั้นตอนการยกร่าง แต่มีแนวโน้มที่จะขยับต่อหลังจากสถานการณ์โควิดดีขึ้น

ปัญหาอุปสรรคในช่วงเริ่มต้น คือการมีส่วนร่วมยังน้อยอยู่ และชาวบ้านยังไม่เข้าใจในเรื่องของธรรมนูญชุมชน โดยชาวบ้านคิดว่าธรรมนูญ คือ กฎหมาย ทางทีมงานจึงลงพื้นที่เข้าไปทำความเข้าใจกับชาวบ้านโดยการพูดคุยและอธิบายว่าธรรมนูญ คือ ข้อตกลงที่ทำให้เป้าหมายที่เราอยากได้นั้นประสบความสำเร็จขึ้นมา ซึ่งได้อธิบายต่อว่า การทำการทำธรรมนูญคือการให้ชุมชนเป็นคนกำหนดข้อตกลง กระบวนการและไม่ใช่กฎหมายซึ่งแนวทางทั้งหมดจะต้องเกิดจากที่ชุมชนกำหนดมา

#### **ธรรมนูญสุขภาพบ้านทุ่งเหียงของเทศบาลตำบลลุมพินี**

ทางปลัดได้มาเล่าเกี่ยวกับธรรมนูญสุขภาพบ้านทุ่งเหียงของเทศบาลตำบลลุมพินีที่ได้ประกาศใช้ไปจะมีกรอบประโยชน์ได้มากน้อยแค่ไหน เพราะว่าพื้นที่ที่มีการปิดหมู่บ้านคือหมู่บ้านทุ่งเหียงซึ่งได้มีการประกาศใช้ธรรมนูญ ส่วนคนที่มีความเสี่ยงของโรคที่ไปยุ่งเกี่ยวในสถานที่ที่มีความเสี่ยงอย่างเช่น มัรกัสและปอเนาะ ซึ่งเป็นเหตุที่ทำให้มีการติดเชื้อมันเกิดขึ้น

ในเรื่องของธรรมนูญสุขภาพบ้านทุ่งเหียงของเทศบาลตำบลยุโรป ได้มีการประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2561 ซึ่งประมาณ 2-3 ปีมาแล้ว เพราะประกาศใช้ตั้งแต่ตอนนั้นมา ซึ่งธรรมนูญจะมีทั้งหมด 6 หมวดในการบังคับ

หมวดที่ 1 ว่าด้วยการศึกษา ซึ่งหมวดของการศึกษาจะมีรายละเอียดที่ได้ทำไว้ ซึ่งจะประกอบไปด้วยจะเก็บข้อมูลด้านสุขภาพของหมู่บ้านปีละ 2 ครั้ง เฉลี่ยแล้วรวม 6 เดือนต่อครั้ง และมีการคืนข้อมูลสุขภาพกับชุมชน และครัวเรือนมีการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพสัปดาห์ละครั้งตามที่ได้ดำเนินการอยู่

หมวดที่ 2 เกี่ยวกับด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ให้ครัวเรือนยึดแนวทางปฏิบัติที่ออกมาคือการยึดแนวทางการดูแลบ้านเรือนของตัวเองให้มีสุขภาพที่ดี ลดการใช้โฟมในพิธีการต่างๆ ลดการใช้ถุงพลาสติก ทุกครัวเรือน ร่วมจัดการขยะในหมู่บ้าน และมีการรณรงค์ให้ศาสนสถานมัสยิดรักษาสภาพแวดล้อมและจัดทำเส้นทางเดินของขยะมูลฝอย

หมวดที่ 3 ว่าด้วยสุขภาพการสาธารณสุขร่วมกันรณรงค์ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ รณรงค์ให้ครัวเรือนปลูกผักปลอดสารพิษบริโภคอย่างน้อยครัวเรือนละ 5 ชนิดและรณรงค์ในเรื่องของการออกกำลังกายและใช้อาหารสุขภาพในการเลี้ยงเวลามีงานเลี้ยงของหมู่บ้าน

หมวดที่ 4 ว่าด้วยเรื่องการมีส่วนร่วม ซึ่งในธรรมนูญได้มีการกำหนดไว้ว่าให้มีตัวแทนที่หลากหลายของหมู่บ้านที่เข้าร่วมกิจกรรมตามที่หมู่บ้านกำหนดอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และมีการจัดทำผังหมู่บ้านเพื่อมีการประสานงานกลุ่มต่างๆ และมีการสร้างความร่วมมือเพื่อลดความขัดแย้งในชุมชนเพื่อให้เกิดความเข้าใจ

หมวดที่ 5 ว่าด้วยเรื่องการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพบ้านทุ่งเหียงโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เรียกว่าคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพบ้านทุ่งเหียงเกิดจากที่ว่าราษฎรคัดเลือกกันเองในหมู่บ้านจำนวนทั้งหมด 6 คณะคณะละ 7 คนใน 7 หมู่บ้าน

หมวดที่ 6 หมวดเฉพาะการในกรณีที่ธรรมนูญสุขภาพที่เรากำหนดไว้นำไปสู่การปฏิบัติและการประเมินผลเป็นระยะทุกๆ 6 เดือนซึ่งในการประเมินผลจะขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละชุมชนว่าจะใช้วิธีการพูดคุยหรือใช้แบบสอบถามและจะนำไปสู่ในเรื่องของการถอดบทเรียนและก็สรุปผล ก็เป็นแนวทางในการบังคับใช้

ในส่วนของผลในตลอดระยะเวลาที่ดำเนินธรรมนูญมาสิ่งที่เห็นได้ชัดก็คือในเรื่องของด้านที่ 1 คือมีการจัดทำข้อมูลสุขภาพของหมู่บ้านโดยมีการร่วมมือกับทาง รพ.สต. ในพื้นที่ในการดำเนินการจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของพี่น้องประชาชน และยังมีข้อมูลทางสถิติเกี่ยวกับประชากรในแต่ละกลุ่มวัยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นโรคไม่ติดต่อ ซึ่งนำไปสู่ในเรื่องของการรณรงค์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมันจะทำให้เห็นว่าผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากโลกที่ว่าจะลดลงตามนัยยะสำคัญตามทางสถิติ และจะมีการลดใช้สารเคมีในการปลูกพืชเยอะมาก และทุกคนจะให้ความสำคัญในการบริโภคอาหารที่ปลอดจากสารเคมี โดยเฉพาะการปลูกพืชทานเอง ที่ได้มีการรณรงค์ว่าให้ปลูกพืชหรือปลูกผักทานเองอย่างน้อย 5 ชนิด ทำให้เกิดความคาดหวัง อาจจะไม่ได้ทำทุกบ้านทุกหลัง แต่มันมีการกระจายไปในแต่ละกลุ่มบ้าน ซึ่งจะทำให้ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของชาวบ้านที่ลดลงและกลุ่มเสี่ยงก็ลดลง ที่ผ่านมาก็ทำให้สุขภาพของชาวบ้าน



ดีขึ้นจากการดูแลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และมีการปลูกผักไว้กินเองตามบ้านซึ่งส่งผลให้เมื่อมีการลื  
อกดาวนั้นจะทำให้ชาวบ้านยังคงมีอาหารกิน

(คุณชาคริต โภชะเรือง) บทเรียนในการสนับสนุนเหมือนกันว่าพื้นที่ไหน ที่พอไปได้ พื้นที่ไหน  
ที่ทำแล้วไม่สำเร็จ คิดว่ามันก็อาจจะไม่ตายตัว คือ กรณีที่ถ้าเกิดว่าแกนนำในพื้นที่ มีคนที่มุ่งมั่นจริงๆ ตัว  
นี้แหละเป็นจุดเริ่มต้นจุดแรก มีแกนที่อยากจะทำเรื่องนี้ แล้วก็มององค์ประกอบที่สมดุลหมายถึงว่า ถ้าเป็น  
แกนนำท้องถิ่น หรือท้องถิ่นมีศักยภาพ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ถ้าทำด้วยตัวเอง เข้าใจและมีศักยภาพใน  
การประสานความร่วมมือและภาคส่วนอื่นๆ มาร่วมกันได้ อันนี้เป็นกระดุมเม็ดแรก ถ้าจะทำเรื่องนี้ได้ก็  
จะเร็วขึ้นแต่ถ้าทำไม่ได้ต้องมีทางออกตัวอื่น หมายความว่าไม่มีแกนนำแล้ว แต่อาจจะไม่มีศักยภาพในการ  
ไปชวนคนอื่น ทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดจะเป็นตัวช่วยได้ หมายความว่าให้เขาชวนคนที่เกี่ยวข้องมาแล้ว  
เราก็ไปชวนคุย เพื่อชี้ให้เห็นว่าประเด็นการทำธรรมนูญมันคืออะไร อันนี้ก็เป็นตัวช่วยด้วยเหมือนกัน  
ว่ากำลังจะทำอะไรกันเพราะบางคนอาจจะตีความว่าไม่เข้าใจ ว่าทำอะไร เขาก็เอาประสบการณ์เดิมๆ  
พูดถึงธรรมนูญ มันเป็นเรื่องของความเข้าใจของผู้คนต่อกระบวนการที่ทำด้วย ตรงนี้จะเป็นกระดุมเม็ด  
แรก ถ้าเกิดทำให้องค์ประกอบที่บอกมีความเข้าใจแต่ละเรื่องที่เราทำอยู่ หาแกนนำองค์ประกอบหลักตรง  
นี้เอาไว้ให้ครบก่อน แล้วก็มาคุยกันเพื่อทำความเข้าใจว่าเรามาทำอะไร แล้วก็มาวิเคราะห์พื้นที่ ว่ามี  
แนวโน้มจะทำเรื่องอะไร ได้เรื่องอะไรที่น่าจะเป็นปัญหาหรือสิ่งดีๆ จะต่อยอดหาประเด็นร่วมให้เจอก่อน  
แล้วค่อยมาวิเคราะห์ว่าใครจะชวนใครเข้ามาต่ออีกแบบนี้จะทำให้เร็วขึ้น หรือถ้าวิเคราะห์แล้ว พร้อมแล้ว  
ก็หาพื้นที่นำร่องที่จะทำก่อนก็เป็นขั้นตอนต่อไป

นี่คือบทเรียนที่ฟังมาของยะลา คิดว่าก็ยังอยู่ในแนวทางแบบนี้ พื้นที่อื่นก็ไม่แน่ว่าต่างกันคือ เป็น  
บทเรียนร่วมและเริ่มต้นด้วยคนที่สนใจอยากทำความเข้าใจต่อธรรมนูญระดับหนึ่ง และเห็นประโยชน์ของ  
การทำเรื่องธรรมนูญ ไม่ว่าจะจากการไปดูงาน หรือการเห็นสื่อเรียน แล้วก็ชวนแกนนำผู้อื่นเข้ามาประกอบ  
ทีมกันให้ได้ก่อน องค์กรประกอบต้องเรียกมาอย่างน้อย 4-5 คน องค์กรประกอบให้สมดุล คิดว่าถ้าทำแบบนี้  
โอกาสเป็นไปได้มีสูง แต่ถ้าไปฝากให้แกนนำคนใดคนหนึ่งเป็นหลัก จึงประสานไม่ได้รอบด้านจริงๆ ก็จ  
จะเป็นเรื่องที่ยาก อันดับแรกคือ หาแกนนำให้เจอ คนที่จะเป็นแกนนำได้ คือใครบุคคลิกจะต้องประสานความ  
ร่วมมือ ได้ชี้แจงได้เข้าใจคนอื่นได้ ส่วนเรื่องความเข้าใจต่อธรรมนูญ อันนี้ทีมพี่เลี้ยงจะช่วยให้  
องค์กรประกอบของพี่เลี้ยงก็จะเข้ามาช่วยเสริมช่วยเติมกันได้ยังเป็นพี่เลี้ยงของหน่วยงานอยู่สามารถที่จะ  
ประสานความร่วมมือได้มีความน่าเชื่อถือ ผู้ใหญ่ที่ทำหน้าคือ แกนนำที่เป็นพี่เป็นคนทำ คือประสาน  
ท้องถิ่น ท้องถิ่นผู้มีอำนาจไม่ได้ก็เลยทำให้องค์ประกอบไม่สมดุล

(คุณชาคริต โภชะเรือง) โฉมหน้าของหลักการเรื่องการทำธรรมนูญสุขภาพ ต้องมีหลักการร่วมใน  
บางอย่าง กรณีธรรมนูญสุขภาพไม่ใช่คำว่าธรรมนูญ จริงๆ มันใช้คำได้เยอะ เพียงแต่ว่าคำตรงนี้มีมันอยู่ใน  
พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ถ้าจะอ้างอิงเรื่องที่ทำมีที่ไปที่ไปอย่างไรก็สามารถหยิบเอา พรบ. สุขภาพ  
แห่งชาติ พ.ศ. 551 เข้ามาเป็นตัวช่วยในงานในการสื่อสาร เพื่อความน่าเชื่อถือว่าได้ผิดกฎหมาย มี  
กฎหมายสนับสนุนให้ทำอยู่ มันจะมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นธรรมนูญตัวแม่ ซึ่งก็อยู่  
ใน พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ปกติการใช้คำที่มาจากเรื่องของแนวคิด เช่น หลักศาสนา ถ้ามว่าเกี่ยวข้อง  
ใหม่ ศีล 5 ของพุทธกรณีศีลของพระ กรณีของทางมุสลิมมันจะมีรูปแบบที่เป็นแนวจารีตตรงนี้เป็น

พื้นฐานที่อยู่ในชีวิตผู้คนอยู่แล้ว เราจะคุ้นชินกับเรื่องนี้อยู่แล้ว เป็นข้อห้ามหรือเป็นแนวปฏิบัติหรือเป็นทิศทางที่เราอยากเห็นเป็นธรรมเนียมมันจะออกมาในรูปแบบ 2-3 รูปแบบนี้

**ส่วนที่ 1** เขียนเพื่อชี้ให้เห็นทิศทางในอนาคตที่จะพัฒนาพื้นที่ ถ้าแผนสุขภาพของพื้นที่ ท้องที่ ทำก็จะเป็นแผนชุมชน ซึ่งมีเจ้าภาพ แต่ถ้ามาทำธรรมนูญสุขภาพ หมายความว่า ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องมาทำด้วยกัน ถ้าคิดในแง่มุมมองของการทำเครื่องมือกลางเพื่อการพัฒนาาร่วมกัน ทุกคนเป็นเจ้าของการทำธรรมนูญสุขภาพในมิติธรรมนูญสุขภาพที่เป็นธรรมเติมเต็มตำบล ก็สามารถที่จะชวนคนที่เกี่ยวข้องมาทำงานด้วยกัน การที่เป็นแผนของคนทั้งตำบลอันนี้ในมุมมองที่เป็นภาพใหญ่ หมายความว่าเราทำเรื่องนี้แล้ว เป็นประเด็นสาธารณะไม่มีใครเป็นเจ้าของยกเป็นเจ้าของ คือ คนทั้งตำบล ส่วนธรรมนูญสุขภาพ ของ พรบ.สุขภาพ ผู้เขียนบอกว่ามีคุณค่าตรงที่ว่า บอกทิศทางในอนาคตของตำบลว่าอีก 3 ปี 5 ปีข้างหน้า ตำบลของเราจะมีหน้าตาเป็นอย่างไร เป็นเครื่องกำหนดในการทำแผนงานโครงการของแต่ละหน่วยงาน บางเรื่องมีเจ้าภาพระบุเลยว่าเรื่องนี้ คือมอบให้ท้องถิ่นไปดำเนินการ เรื่องนี้ให้ท้องที่เป็นคนดำเนินการ เรื่องนี้ให้วัด เรื่องนี้ให้มัชยิต หรือให้โรงเรียน คือ เป็นเชิงของการเขียนในลักษณะของการชี้เป้าหมาย ด้วย ผู้รับผิดชอบโดยตรงนี้ก็ได้ คือ เขียนมาเป็นแนวคิดแนวปฏิบัติที่ให้ประชาชนเอาไปดำเนินการเอง หมายถึงว่าเรื่องนี้ชุมชนเป็นคนทำ ซึ่งบางที่ไม่ต้องใช้ตัวงบประมาณ ข้อดีของธรรมนูญ คือ พอเห็นด้วยทุกคนลงมือทำเองได้เลย ไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณ แต่ถ้าทำให้เกิดการขับเคลื่อนได้เร็วขึ้น รัฐหรือท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถที่จะไปดึงงบประมาณของตัวเองเข้ามาหนุนเสริมเพื่อให้เกิดแนวทางตรงจึงเกิดเป็นผลที่รวดเร็วมากขึ้น แต่ถ้าเกิดคุยกันจนถึงที่สุดแล้ว ประชาชนทำเองได้ใช้เงินของตัวเองได้ เพราะสิ่งที่ทำมันก็เป็นเรื่องที่เป็นเรื่องที่ดีกับชีวิตตัวเอง ไม่ต้องใช้งบประมาณ ข้อดีของกระบวนการนโยบายที่เรากำลังทำอยู่ตรงนี้ใช้งบประมาณน้อย ใช้ความร่วมมือ ใช้ความเข้าใจ ใช้การปรึกษาหารือของคนที่เกี่ยวข้องมาคุยด้วยกันจนได้ข้อสรุปร่วมกันแล้วปฏิบัติด้วยกัน คือพลังของธรรมนูญ หลุดพ้นจากของโครงการก่อน หลุดพ้นจากกรอบของงบประมาณ เราจะทำตอนไหนก็ได้ บางพื้นที่มีเชื่อมีร่างอยู่แล้วก็เดินต่อได้หลายพื้นที่ ประกาศใช้แล้วก็มาทำซ่อมกระบวนการมีส่วนร่วมที่หลังได้ หรือไปทำระหว่งเดินทางของการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติก็ได้เสริมกระบวนการระหว่างทางได้ตลอดเวลาทุกขั้นตอน แนวทางอนาคตหรือปัจจุบันและอนาคตมีแนวโน้มจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง และกำหนดนัดหมาย คือต้องกำหนดว่ากรณีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จะมีการปรับกันทุก ๆ 5 ปี ตอนนี้น่าจะฉบับที่ 3 แล้ว ก่อนทำต้องกำหนดก่อนว่าของเราจะเป็นการใช้เวลาในการดำเนินการ 3 ปี หรือ 5 ปีเพื่อให้เรามีกรอบในการทำให้วิเคราะห์สถานการณ์ได้ว่าถ้าถามเรื่องสุขภาพ แนวโน้มสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในเรื่องสุขภาพมีอะไรบ้าง ซึ่งกรณีสุขภาพแห่งชาติ ให้นิยามคำว่า สุขภาพ คือ สุขภาพสุขภาพะของมนุษย์ที่สมดุลเรื่องของร่างกายจิตใจสติปัญญาและด้านสังคม เวลาไปดูก็ไปดูว่าอะไรที่เกี่ยวข้องใน 4 หมวด แต่ถ้าเกิดบอกว่า อยากทำเรื่องอื่น บางคนจะเน้นเรื่องของประเด็นที่เป็นเฉพาะเรื่องของการออกกำลังกาย เรื่องของอาหารก็ได้ เอามาทำเรื่องนี้ได้ ตรงนี้ไม่มีกฏตายตัว

**ส่วนที่ 2** นิยามศัพท์ จะเห็นว่าจะมีการเขียนอธิบายให้ความหมายกับสิ่งที่ทำว่าอย่างไร อธิบายคำว่าสุขภาพอย่างไร อธิบายคุณภาพชีวิต อธิบายเรื่องของวิถีมุสลิมอย่างไร คำว่าสุขภาพดี สุขภาพดี คืออะไร อาหารดีคืออะไร เราก็สามารถเขียนคำอธิบาย เพื่อให้คนอื่นเข้าใจว่าเราให้ความหมายเรื่องนี้

อย่างไร จึงไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน การทำเรื่องเดียวกันก็จริงแต่ว่าคนละพื้นที่กัน ก็ให้ความหมายไม่เหมือนกันได้ เป็นเรื่องของพื้นที่ ที่จะเป็นคนตัดสินใจเรื่องนี้

**ส่วนที่ 3** ก็พูดถึงหลักการสำคัญของระบบสุขภาพ อันนี้เป็นของระดับชาติต้องพูดถึงตัวแนวคิดของระบบสุขภาพ ถ้าเขียนไปถึงตรงนี้ได้ก็เขียนได้ แต่ว่าต้องหาที่มาอาจจะ เป็น ผอ. โรงเรียนหรือผู้ทรงคุณวุฒิ มาช่วยกันเขียนให้ ตรงนี้จะทำให้แนวคิดของการทำธรรมนูญจะชัดเจนขึ้น อันนี้จะใช้ในการประกอบในการทำงานต่อเนื่องของคุณลักษณะที่พึงประสงค์เป้าหมายของระบบที่อยากเห็นส่วนสำคัญ คือ หมวดของธรรมนูญชาติมี 14 ข้อ 14 หมวด ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นหนึ่งในเรื่องหลักของธรรมนูญของชาติ แล้วจบด้วยภาคผนวก รายชื่อคณะทำงานว่ามีใครบ้าง ใครที่เกี่ยวข้องบ้าง นี่คือหน้าตาของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ลองดูวิธีเขียนของเขาและวิธีเขียนของเรา หมวดเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพกับยกตัวอย่าง เช่น เขาจะเขียนหลักการสำคัญก่อน ว่าหลักการสำคัญตัวนี้ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพต้องการอยากเห็นอะไร แล้วอธิบายเจตนารมณ์ประกอบไปด้วย เพื่อให้การตีความตรงนี้ มีความชัดเจนมากขึ้นว่าหมายถึงอะไร พวกเราอาจจะไม่จำเป็นต้องทำขนาดนี้ เพราะว่าคือเขาทำเป็นธรรมนูญแห่งชาติ จึงใช้กับคนที่เกี่ยวข้องค่อนข้างเยอะ เลยต้องเขียนอะไรที่เป็นอันใหญ่ๆ เขียนสาระที่เป็นหลักการสำคัญ เขียนกลุ่มธรรมนูญพื้นที่ก็เช่นกัน จะเขียนเอาไว้พร้อมเจตนารมณ์เอาไว้แล้วใช้คำว่าข้อตกลง ใช้คำว่าเป็นภาพพึงประสงค์จริงๆ คือข้อตกลง หรือธรรมนูญ หรือกติกาอะไรก็ได้แล้วแต่ ไม่จำเป็นต้องเขียนว่าภาพที่พึงประสงค์ข้อที่ 1 อยากเห็นอะไร แล้วก็เจตนารมณ์ตรงนี้ เขียนกำกับไว้เพื่ออธิบายให้เข้าใจว่าเรามีเจตนารมณ์นี้ เพื่อให้คนอ่าน เขาจะได้เข้าใจว่าสิ่งที่อยากเห็นมันมีเจตนา มีวิธีการ มีวิธีคิดอะไร อย่างไรบ้าง

ในส่วนที่ทางการสนับสนุนพื้นที่ให้ จะมีเงื่อนไข คือ อยากรู้อยากเห็นไปเชื่อมโยงกับเรื่องที่เป็นงานของเขตสุขภาพ คือ อย่างน้อย ถ้าทำเกี่ยวข้องกับเรื่องของปัจจัยเสี่ยง เรื่องของแม่และเด็ก เรื่องของกลุ่มเปราะบางทางสังคม เรื่องเหล่านี้ได้ก็จะดี อยากรู้อยากเห็นมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทำเรื่องนี้ ในแง่ของธรรมนูญสามารถที่จะดำเนินการร่วมกันได้ โดยที่จุดเริ่มต้น กลับไปเตรียมทีมขึ้นมาให้ได้อย่างน้อย 4-5 คน พร้อมดูองค์ประกอบของคนที่เกี่ยวข้องมีท้องถิ่น มีหน่วยงานที่เป็นแกนหลักในพื้นที่ที่พอจะเป็นทีมมาทำงานร่วมกันได้ และประชุมพูดคุยหารือกันก่อน วิเคราะห์กันก่อน ซึ่งในธรรมนูญมันทำอะไรได้บ้าง ไม่จำเป็นต้องเรียกไปคุยมาทำข้อตกลงกัน เราจะใช้คำแบบนี้ได้เลย แล้วเราก็อธิบายย้อนหลังหรือจะอธิบายตั้งแต่แรก อ้างอิงกับ พรบ.สุขภาพ เพื่อให้รู้ว่าเราทำไปภายใต้ พรบ. สุขภาพตำบล อำเภอ จังหวัดก็ได้ ทำเรื่องนี้ได้ทุกระดับในพื้นที่หรือเป็นภูมิภาค เช่น เป็นคลองในพื้นที่เป็นกลุ่มอนุรักษ์เรื่องสิ่งแวดล้อม สามารถทำเรื่องของเครือข่ายภูมิภาคได้ ต้นน้ำในพื้นที่มีไหม หรือการทำธรรมนูญเชิงประเด็น เช่น ประเด็นเรื่องออกกำลังกาย ประเด็นเรื่องสิ่งแวดล้อม ประเด็นเรื่องขยะ ประเด็นเรื่องกลุ่มเปราะบาง ประเด็นเรื่องปัจจัยเสี่ยง ประเด็นเรื่องแม่และเด็ก นี่คือนักเขียนประเด็น หรือเป็นกลุ่มวัย เช่น กรณีเรื่องของคนพิการ กรณีผู้สูงอายุกรณีธรรมนูญเยาวชน เป็นกลุ่มวัยเป็นกลุ่มประชากรเป็นผู้สูงอายุเป็นคนพิการ เป็นพระสงฆ์ เป็นโตะอิหม่าม มัสยิดก็ได้ เป็นธรรมนูญองค์กร โรงเรียน สถานการศึกษา ตรงนี้ก็ทำได้เหมือนกัน มีหลายเรื่องให้ ตัดสินใจว่าจะทำเรื่องอะไรจะต้องปรึกษาหารือกัน จนได้ข้อยุติว่าจะทำเรื่องอะไร หรือมีกระบวนการปรึกษาหารือและค่อยมาขมวดว่าจะทำเรื่องอะไรก็ได้ แต่คิดว่า

จุดเริ่มต้นน่าจะอยู่ที่แกนนำ จะต้องคุยกันให้ตกลงผลึกก่อนว่าจะทำอะไร หลังจากนั้นค่อยมาวิเคราะห์ว่า เรื่องที่เกี่ยวกับข้องกับใครบ้าง วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เอาแกนนำความคิดหลักๆ มาให้ได้ก่อน ส่วนการมีส่วนร่วมนั้น ถ้าสามารถทำได้อย่างกว้างขวางได้ ตรงนี้ก็เป็นที่หัวใจ ถ้าสามารถเชิญชวนอาจจะทำแบบสอบถามไปให้ทุกคนหรือใช้กลุ่มไลน์ กรณีปัจจุบัน อาจจะทำเป็นธรรมนูญออนไลน์ก็ได้ ออกแบบขึ้นมาแล้วก็คุยกันในกลุ่มไลน์ คุยกันจนตกลงผลึก ซึ่งจะให้มาพบกันช่วงโควิดนั้น ไม่สามารถทำได้อยู่แล้ว เราก็ทำธรรมนูญออนไลน์นี่ก็เป็นเทคนิค ในช่วงโควิดได้สร้างการมีส่วนร่วมได้พูดคุยเรื่องสถานการณ์โควิดไปด้วย จัดการเรื่องอื่นไปด้วยตรงนี้ก็ทำได้ การออกแบบการมีส่วนร่วมแบบนี้ที่จะใช้แบบสอบถามแจกให้ทุกคน เพื่อให้ได้สะท้อนปัญหาความต้องการและก็จะยกร่างกติกาขึ้นมาได้หลายแบบ หมายความว่า คือรวบรวมทั้งแกนนำทั้งปัญหา แล้วค่อยมายกร่างหรือมีทีมงานที่ประมวลสถานการณ์โดยคณะทำงานแล้วยกร่างขึ้นมา ทำได้หลายแบบไม่ตายตัวแล้วแต่เรา การทำก็จะมี 3 ส่วน คือ ที่เป็นเรื่องราคาขึ้นก็คือ การก่อกำหนดเป้าหมายที่จะทำก็ปี มีกี่หมวด ก็เรื่อง ก็ข้อ แล้วก็นำไปสู่การตัดสินใจ เข้าเวทีหรือจะให้แต่ละครัวเรือนให้ความเห็นมาเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย หรือจะเป็นกลุ่มไลน์ หรือเป็นอะไรก็ได้แล้วแต่แล้วก็นำไปสู่การประกาศใช้ ประกาศใช้แล้วก็ขับเคลื่อนไป ถ้าเราเขียนชัดว่าเรื่องนี้เราทำเรื่องนี้ เมื่อถึงเวลาติดตามประเมินผลก็มาเล่าสู่กันฟังว่าเป็นยังไงบ้างหรือตั้งทีมตั้งกรรมการขึ้นมาให้มีชุดในการติดตามผลให้อยู่ในธรรมนูญไปด้วยอันนี้ก็จะเป็นเทคนิคแต่ละพื้นที่ที่จะต้องคิดระบบของตัวเองในการทำงานขึ้นมาให้ได้

#### การจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่

- 1) การก่อกำหนด ประกอบด้วย การค้นหาแกนนำ ศึกษาดูงาน จัดตั้งคณะทำงาน 15-20 คน เก็บข้อมูลเรียนรู้ปัญหา
- 2) การยกร่าง ประกอบด้วย รวบรวมข้อมูล รับฟังความคิดเห็น ปรับปรุงร่างธรรมนูญ สื่อสารประชาสัมพันธ์
- 3) การตัดสินใจ ประกอบด้วย จัดส่งร่างธรรมนูญ เปิดเวทีสาธารณะ ปรับปรุงร่างให้สมบูรณ์ ประกาศใช้
- 4) การนำไปปฏิบัติ ประกอบด้วย ประกาศธรรมนูญรายปี ประชาชน หน่วยงานปฏิบัติตามธรรมนูญสุขภาพ และ สื่อสารประชาสัมพันธ์
- 5) การติดตามผล ประกอบด้วย คณะทำงานติดตามผลในระดับครัวเรือน รายงานผลต่อสาธารณะ และสื่อสารประชาสัมพันธ์รูปธรรมกิจกรรม
- 6) การสิ้นสุด ประกอบด้วย ทบทวน ปรับปรุงในบางมาตรการ และประกาศสิ้นสุดในบางมาตรการ

ประสบการณ์ในการทำธรรมนูญเรื่องของเยาวชน จากทั้งหมด 3 พื้นที่ ในการทำเรื่องของธรรมนูญในชุมชน การลงพื้นที่ทำกฏกติกาศุมนั้น ตัวแทนพื้นที่ของหมู่ 2 ตำบลหน้าถ้ำ ก็เอาประสบการณ์ตรงมาเล่าว่าทำในทั้งหมด 3 พื้นที่ เรื่องของเยาวชนระดับความรุนแรงแล้วเอามาเป็นกฎ

ของชุมชนแต่ละชุมชน มีปลัดมาร่วมด้วยในกิจกรรมก็จะมีวัยรุ่นเยาวชน 20 คน ของหน้าถ้ำ 20 คน ของยะหา 20 คน ที่เข้ามาร่วม ทำเป็นข้อตกลงแล้วก็ทำแผนที่เดินดิน ไปรับฟังปัญหา และข้อกำหนดจุดของแต่ละพื้นที่ ในการเก็บข้อมูลนำมาวิเคราะห์ปัญหา แนะนำแผนที่ดีๆ คือสแกนพื้นที่ทั้งหมดเลย ว่ามีกลุ่มไหนบ้าง มีปัญหาอะไรก็มานั่งวิเคราะห์ แล้วก็ตักผลึก ทำเป็นประเด็นขึ้นมาสามารถสรุปได้ทั้งหมด 9 ประเด็น ในเรื่องของประเด็นใหญ่ของเราเรื่องของความรุนแรงของเยาวชนในพื้นที่ แล้วก็มาสรุปมาว่า เยาวชนมีแรงอะไรบ้าง ที่จะทำให้เกิดความรุนแรง ก็แล้วก็ทำเป็นข้อตกลงขึ้นมา หน้าถ้ำได้ทั้งหมด 9 ข้อ ได้มีโอกาสไปร่วม AEC กับของยุโรป ในการจัดสรรวิธีแล้วก็ไปร่วมกับเขาได้มีโอกาสเข้าถึงพื้นที่ทั้ง 3 วัน แล้วก็นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ในตำบลหน้าถ้ำ ประสานเวทีแรกได้เปิดประเด็นความรอบรู้ก็คือไปที่อบต ตำบลหน้าถ้ำเรียนเชิญปลัด แล้วก็ผู้นำในท้องที่ทั้งหมดรวมถึงภาคีเครือข่าย เข้ามาร่วมมาจัดการการ ท้องเที่ยว ก็มาทำเรื่องของปัญหา แล้วก็วิเคราะห์ออกมาเป็นทั้งหมด 9 ข้อ ในเรื่องของทรัพยากรในเรื่อง ของความเป็นอยู่ ในเรื่องของเศรษฐกิจ ในเรื่องของศาสนา แล้วก็ในเรื่องของการอนุรักษ์และในเรื่องของ กลุ่มอาชีพ ทั้งหมดออกมาเป็น 9 ประเด็น ในการวิเคราะห์ออกมา เก็บข้อมูลเพิ่มก็สนับสนุนประเด็น ขึ้นมาอีกใน 9 ข้อที่เรารวบรวมกันทั้งหมด ก็ลงในพื้นที่อีกครั้งหนึ่ง วิเคราะห์สแกนพื้นที่ คือทำแผนที่ เดินดินที่มาเป็นรูปสัญลักษณ์ที่เด่นชัดคือ เพราะว่าข้อมูลที่เรามาวิเคราะห์ว่าชาวบ้านหรือชุมชนไม่ได้รับรู้ ตอนนี้อย่างไรก็คือการลงสแกนในพื้นที่จริงๆ แนะนำว่าเพื่อเอาข้อมูลไปสนับสนุนแล้วก็เขียนมาเป็น แผนผังคือแผนที่ของชุมชน หากร้านน้ำชาอยู่ตรงไหนที่เขานั่ง นั่งวิเคราะห์กัน หามัสยิด วัด แล้วก็ร้านค้า ชุมชน บ้านของผู้มาชุมชนอยู่ไหนไหน เอามาเป็นแผนที่จำลองขึ้นมา แล้วเอาปัญหาตรงนั้นที่ลงไปถาม ข้อมูลของนายก อยู่ตรงไหนไหนของพื้นที่หาข้อมูลอยู่ไหนไหนของพื้นที่ที่เราวิเคราะห์ออกมา แล้วก็ สแกนมาเป็นพื้นที่เลยว่าความใกล้เคียง แล้วสิ่งแวดล้อมอะไรที่มากอดหนุนต่อปัญหา เอามาวิเคราะห์ ทั้งหมดเลยในชุมชน สำหรับพื้นที่คือ ใช้กระบวนการคล้ายๆ การวิจัยชุมชนกระบวนการลักษณะแบบนี้ เก็บข้อมูลแล้วคืนข้อมูลให้ชุมชน เป็นวิธีการการรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลการเรียนรู้ตัวเองใน วิธีหนึ่ง จุดที่จำเป็นคือ ชุมชนเป็นเจ้าของในการทำงานเรื่องนี้ด้วยกันคือ ทำไงให้มันสมดุลระหว่างการลง ไปทำให้กับคนที่ให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูลและเป็นเจ้าของกติกาด้วยตัวเองคือ ทำให้กระบวนการ ศึกษาจากทางบ้านมีส่วนร่วมให้ได้มากที่สุด จุดตรงนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกติกาตรงนั้น แต่ว่าจะทำโดยวิธีไหน คงทำได้หลายวิธีรูปแบบเมื่อกี้ไปเรียนรู้ทำแผนที่เดินดินทำผังชุมชนหรือเก็บ ข้อมูลแบบวิเคราะห์ว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง โดยการทำงานแบบมีส่วนร่วมของตนในชุมชน

### เวทีสร้างสุข จังหวัดพัทลุง (10 กรกฎาคม 2564)

มุมมองในส่วนของ การขับเคลื่อนพัทลุงเมืองแห่งสุขภาวะ

(คุณเคนทร์ หนูฤทธิ์ รองประธานหอการค้าจังหวัดพัทลุง)

เรื่องสุขภาวะคำว่าสุขภาวะนิยาม จะอยู่ไปในแนวทางไหน เข้าใจว่ามันเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาคธุรกิจซึ่งถ้านิยามเมืองแห่งสุขภาวะ คือเมืองแห่งความสุขของทุกคน เพราะฉะนั้นการที่จะมาสร้างความสุขด้วยกัน ต้องรวมถึงทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคเอกชนหรือว่าภาค ธุรกิจเอง มีส่วนร่วมที่จะช่วยส่งเสริม ให้เกิดสุขภาวะในเมืองดีมากขึ้น ต้องมองพื้นฐานของจังหวัดพัทลุง

ก่อน วันนี้จังหวัดพัทลุงจัดให้เป็นเมืองเกษตร ซึ่งเราปฏิเสธไม่ได้ว่าแต่เดิม เราดูเมืองของเราเป็นเมืองเกษตรมาตลอด พื้นฐานทั้งหมดจะมีเกษตรกรรมและวิถีชีวิตแบบเกษตรแพร่ต่อมา เมื่อยุคสมัยมันเปลี่ยนไปเพราะคนพัทลุงเองเริ่มจับในลักษณะของการทำธุรกิจหรือภาคบริการได้ ต่อมาในจังหวัดพัทลุงมีการรวมภาครัฐและภาคเอกชนทำให้เกิดเป็นธุรกิจการท่องเที่ยว ซึ่งทำให้เกิดการส่งเสริมเรื่องการท่องเที่ยวพัทลุง ณ ขณะนั้นนอกจากเป็นภาคของการเกษตรแล้วก็มีของภาคบริการคือ ภาคของการท่องเที่ยว สิ่งที่จะสร้างสุขภาวะในภาคธุรกิจของเกษตรทำอย่างไร ให้เกิดความสุขกับคนพัทลุงได้ด้วย ลักษณะของการท่องเที่ยวเราทำอย่างไร ให้คนพัทลุงมีรายได้แล้วก็มีความสุขในส่วนนี้ขึ้นมาได้ด้วย ในภาคเอกชน ก็มองว่าการที่คนจะมีความสุขได้นอกจากในเรื่องของการที่มีสิ่งแวดล้อมที่ดี การที่มีอาหารการกินที่ดี และคนต้องมีรายได้ที่ดีด้วย เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี นั่นคือในมุมมองของภาคเอกชนที่พยายามอยากผลักดันในหลายๆเรื่องทั้งภาคเกษตรแล้วก็ภาคของการท่องเที่ยวจังหวัดพัทลุง

สุขภาวะในเรื่องของสิ่งแวดล้อมยังโดนทำร้ายน้อยมาก เรายังมีผลกระทบในเรื่องนี้หรือมาแก้ปัญหาในเรื่องนี้น้อยมาก นั่นถือเป็นความโชคดีของพัทลุง แต่ในส่วนของภาคธุรกิจเอง ขนาดนี้หลายๆ ส่วนพยายามเติบโตตามยุคสมัย ถึงแม้กระทั่งมาเจอสถานการณ์โควิด แต่การลงทุนต่างๆ ยังมีนักธุรกิจที่อยากจะมาลงทุน เช่น ธุรกิจของโรงแรม ธุรกิจรีสอร์ท และธุรกิจร้านอาหารที่มีผลกระทบจากสถานการณ์โควิด สิ่งที่เป็นสาระสำคัญนอกจากเรื่องรายได้ ก็ทำให้พัทลุงเป็นเมืองสุขภาวะโดยสมบูรณ์จะต้องมองในลักษณะของการที่จะต้องช่วยสร้างมาตรฐานต่างๆ ให้มันดี ซึ่งในขณะนี้เอง เมื่อวานได้มีโอกาสได้ไปร่วมงานแถลงข่าวโครงการ 360 องศา ของการท่องเที่ยวจังหวัดพัทลุง เรามีมาตรฐานที่เราเรียกว่า ซา ที่ใช้ในสิงคโปร์ฮ่องกง เป็นมาตรฐานในส่วนนี้ใช้ขึ้นมาในสถานการณ์โดยเฉพาะคือ เป็นมาตรฐานในเรื่องของความปลอดภัยในเรื่องของความสะอาดที่ใช้ในมาตรฐานการท่องเที่ยวในพัทลุงตอนนี้มีคนขอรับรองแค่ 20 ราย ของโรงแรม และมีร้านอาหารแค่ 2 ร้านเท่านั้น ที่มีมาตรฐานนี้ ซึ่งมองว่า ณ ขณะนี้ เมื่อทราบที่กำลังจะเปิดเมืองพัทลุง ซึ่งพัทลุงเองพยายามโตแล้ว ถึงเขาบอกว่าพัทลุงเป็นเมืองต้องห้ามพลาด มาตรฐานในช่วงนี้อาจอยากให้คนเข้ามาเที่ยวอยากให้คนมั่นใจ อาจจะต้องใช้มาตรฐานที่เป็นตัวกลางในการสื่อสารให้กับคนภายนอกได้รับทราบในข้อมูลตรงนี้ด้วย มาตรฐานของการท่องเที่ยว เมื่อวานมีการแถลงข่าวท่าน ผอ. ท่องเที่ยว ท่าน ผอ. สุรัตน์ และท่าน สท. มาพูดคุยทำให้เมื่อวานมีแต่คนถามแต่เรื่องมาตรฐานว่าทำอย่างไร ทำอะไร ทำยากไหม เพราะเขาอยากได้คนมาเที่ยวที่ร้านและสร้างความมั่นใจ เพราะว่ามีนักท่องเที่ยวหรือคนมาใช้บริการลดน้อยลง คนพัทลุงเองก็เริ่มต้นตัวในมาตรฐานต่างๆ โดยเฉพาะสถานการณ์ขณะนี้ ซึ่งไปใช้บริการที่ไหนก็ไม่สามารถใช้ได้อย่างมั่นใจ ไปที่ไหนก็มีความกังวล สิ่งนี้ก็จะจะเป็นสิ่งที่การันตีได้ว่าทางร้านเองหรือผู้ประกอบการอื่นก็พยายามที่จะดูแลทั้งร้านแล้วก็ผู้บริโภคที่มาใช้บริการด้วยในวันนี้ ถ้าภาคเอกชนต้องการให้มีการสร้างสุขภาวะให้เกิดขึ้นในเมืองพัทลุง สิ่งที่ดีที่สุดคือ ทำอย่างไรให้ภาคเอกชนมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งด้วย ส่วนหนึ่งในที่นี้หมายความว่าอย่างไร ผมพยายามดูว่าบางเรื่องเขาบอกว่าไม่ใช่เรื่องของเขา สิ่งที่เขาไม่ให้ความร่วมมือบางเรื่องไม่ได้มีผลกระทบกับเขาวันนี้ แต่ถ้าอะไรก็แล้วแต่ที่มันมีผลกระทบต่อองค์กรทำให้เห็นผลที่จะทำให้เกิดผลต่อจังหวัด พัทลุงผมว่าหลายๆ คนที่ให้ความร่วมมือ นั่นคือ สิ่งที่ยุติพยายามอยากสร้างคือ

เหมือนที่ท่านรองอธิบดีพลได้พูดไปคือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สิ่งที่จะทำให้เกิดสุขภาวะได้ก็คือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคเลยไม่ว่าจะเป็นภาคเอกชนภาครัฐแล้วก็ภาคประชาสังคม

(คุณสุนทร คงทองสังข์) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

การบริการการทองเที่ยว เนื่องจากว่ามีการพัฒนาจากปกติ ในส่วนของการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนทุกภาคส่วน เพื่อสู่เป้าหมายแห่งสุขภาวะ เรื่องของกระบวนการในการสร้างสุขของพี่น้องจากพัทลุง ในส่วนของการทรวงสาธารณสุขจริง ชื่อนี้ก็บอกอยู่แล้ว สาธารณสุขคือ สุขภาวะ ตั้งแต่มีแผนพัฒนาประเทศตั้งแต่ 2504 จนถึงปัจจุบัน 2564 ผมเรียนอย่างนี้ว่า ในเรื่องของการขับเคลื่อนงานการดูแลสุขภาพของพี่น้องประชาชนในภาพรวมของประเทศ จะมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแผนที่ 1 เริ่มตั้งแต่ 2504 ตอนนี้อยู่ในช่วงของแผนที่ 2 มากันเป็นลำดับ เราจะมีแผนพัฒนาสุขภาพ ภายใต้แผนพัฒนาประเทศอย่างควบคู่กันมาตั้งแต่ปี 2504 ซึ่งที่ผ่านมา พยายามจะพาประเทศไปสู่ความทันสมัย เริ่มต้นตั้งแต่ต้น โดยดูแม่แบบจากการพัฒนาของประเทศในทางตะวันตก ซึ่งในต้นแผนที่ใหม่ ๆ ของพี่น้องชาวไทยทุกสภาวะของพี่น้องชาวพัทลุงในแง่ของเรื่องของการสุขภาพก็จะเป็นเรื่องของการด้อยโอกาสในการที่จะเข้าถึงการบริการต่างๆ การเจ็บป่วยก็เหมือนกัน จะเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งมีพาหะที่นำโดยแมลงหรือเชื้อโรคต่างๆ เป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นโรคโปลิโอ โรคไข้ทรพิษซึ่งเมื่อก่อนได้จะมีการเร่งสร้างโครงสร้างพื้นฐานทำถนนสร้างไฟฟ้า แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลประจำจังหวัดแล้วก็ไปสร้างโรงพยาบาลในระดับอำเภอ สถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการหนึ่งซึ่งดำเนินการมาประมาณสัก 2-3 ทศวรรษ เรามีการเน้นในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ การเร่งฉีดวัคซีนเร่งในเรื่องของการดูแลตนเอง การดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมาระยะหนึ่ง จนกระทั่งประมาณปี 2534 ถึง 2539 ตรงนี้จะเป็นจุดเปลี่ยนว่าโรคที่ปกป้องกันได้ เริ่มจะหายไปลดน้อยลง ในขณะที่เดียวกันจะมีโรคที่เกิดจากพฤติกรรมนั้นเริ่มเป็นมากขึ้น ซึ่งเริ่มระบาดเข้ามาในช่วงประมาณปี 2534 และ 2539 ตรงนั้นแล้ว ก็จะมีโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เริ่มเจอปัญหาการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ตรงนี้ผมเรียนเป็นเบื้องต้นว่า จริงๆ แล้ววิถีในเรื่องที่ดีคือ แนวคิดในเรื่องของการดูแลสุขภาพตั้งแต่ต้นเนื่องจากว่า บริการส่วนใหญ่จะเป็นบริการที่รัฐจัดให้ เพราะฉะนั้น ในความรู้สึกของพี่น้องประชาชนก็เกิดความรู้สึกว่าอะไรก็ตามที่จะเป็นการเสริมสร้างสุขภาพหรือ การดูแลตนเอง และจะต้องเป็นบริการที่ทางภาครัฐต้องจัดเตรียมให้ การดูแลสุขภาพด้วยตนเองค่อนข้างจะมีความคิดที่อาจจะต้องรอให้รวยก่อน เจ็บไข้ ขึ้นก่อนถึงจะได้มีการรักษา หมายความว่า การดูแลสุขภาพตัวเอง ต้องรีบเจ็บป่วยขึ้นมาก่อน หมายความว่า ต้องให้หนักกว่านี้จึงนึกถึงหมอถึงโรงพยาบาล แล้วค่อยโอนทั้งหมดให้เป็นภาระของคุณหมอหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งต่อมาแนวคิดในการดูแลสุขภาพยุคใหม่เริ่มเห็นแล้วว่า ถ้าเป็นอย่างนี้มันมีข้อจำกัด เพราะเนื่องจากว่าโรคหรือทุกสภาวะที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มันเป็นเรื่องของพฤติกรรมเนื่องจากว่าโครงสร้างพื้นฐานเราดีขึ้น ถนนหนทางเราสบายขึ้น เรื่องของการเข้าถึงบริการต่างๆดีขึ้นแล้วโฆษณาประชาสัมพันธ์การใช้ชีวิตเริ่มเปลี่ยนไป อาหารการกินที่จะใช้การดูแลตนเองก็ เริ่มที่จะไม่ค่อยมีวินัยในตนเอง เริ่มลดน้อยลง รูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปตั้งแต่ในเรื่องของการกิน การที่เราจะมีวัฒนธรรมในเรื่องของการกินแบบเดิม หาไม่ค่อยได้ จะมีเรื่องของ

ความเร็วเข้ามาเกี่ยว จะกินก็ต้องกินแบบด่วน จะหาอะไรก็ต้องหากันแบบด่วน เดินทางนี่ก็ต้องด่วนกันใหญ่ ระยะหลังมาจนถึงทุกวันนี้ ปัญหาหลัก ก็เป็นสาเหตุการตายของคนพัทลุง อันดับต้นๆ ครองมาตลอด 15 ปีที่ผ่านมา คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือโรคมะเร็ง โรคเอดส์ซึ่งเคยเป็นปัญหาหลักตกลงไปอยู่เป็นระดับที่ 5 และลำดับที่ 6 คืออุบัติเหตุทางถนน แต่ที่จะให้ทางรัฐซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องนี่คือ กระทรวงสาธารณสุข มาดูแลกับทุกท่านทุกคนมันเป็นไปได้ เพราะพฤติกรรมนี้มันเป็นเรื่องของตัวบุคคล ซึ่งจริงๆ แล้วแนวคิดที่ผมคิดว่าอาจจะสอดคล้องกับที่ทางทำนองอธิการพูดถึงก็คือ แนวคิดการสร้างความรู้ในเรื่องของการมีสุขภาพที่ดีๆ ขออนุญาตใช้เป็นภาษาระดับใดที่เป็นที่รู้จักกันไปในแวดวงวิชาการความรู้ด้านสุขภาพให้กับพี่น้องประชาชนในการดูแลตนเองเหมือนกับที่เมื่อก่อนเราเคยโดนรณรงค์ในเรื่องของกินของร้อน นอนกางมุ้ง ซึ่งตอนนี้ เรื่องของวิถีชีวิตใหม่เข้ามาทำให้ทุกคนเริ่มที่จะวิ่งเข้าไปหาในเรื่องของสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น ค่านิยมในเรื่องของวัตถุนิยมก็มากขึ้น ทุกคนวิ่งไปหาเงิน ส่วนหนึ่งก็ต้องมีเรื่องของความเครียด เข้ามาเพราะฉะนั้นจังหวัดพัทลุง เป็น 1 ใน 10 จังหวัดของประเทศไทย ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด ขอเรียนว่าในเรื่องการสร้างกลไกคือ สร้างวิธีการเพื่อที่จะให้ลดในเรื่องของความเป็นทุกข์ลงคือต้องเน้นไปที่ตัวบุคคล ต้องเป็นระดับปัจเจกจะต้องมีเรื่องของความรู้ มีเรื่องของทฤษฎีที่ต้อง คือ สัมมาทิฐิ

ในเรื่องของการดูแลตนเองในประเด็นโควิด-19 มาจะเป็นสัญญาณอันหนึ่งที่บ่งบอกถึงเวลาแล้วที่ทุกคนจะต้องมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เป็นพฤติกรรมที่สามารถที่จะดูแลตัวเองให้หยุดยั้งได้ และแทบจะไม่ต้องลงทุนอะไรมาก สาเหตุของคลัสเตอร์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วย เป็นเรื่องของการละเลย เป็นเรื่องของการไม่ยึดถือปฏิบัติ หรือไม่ให้ความสำคัญในเรื่องของการป้องกันแทบทั้งสิ้น แล้วที่น่าเป็นห่วงอยู่ทุกวันนี้ คือ ว่าหลังจากที่ไปสัมผัสมาแล้ว ท่านก็พาไปสัมผัสกับบุคคลในครอบครัว กลายเป็นว่าโควิดที่เกิดขึ้นสำหรับผู้ป่วยเกิดจากบุคคลในครอบครัวไปสัมผัสผู้ป่วยภายนอกแล้วพากลับก็มาติดคนในครอบครัวของตัวเอง อันนี้คือเป็นตัวอย่างอันหนึ่งสำหรับการที่จะสร้างจุดแตกหักให้เกิดขึ้นในเรื่องของการที่จะสร้างสุขภาวะให้กับตัวเอง ครอบครัว และชุมชน ตอนวันประชุมทำแผนพัฒนาจังหวัดเมื่ออาทิตย์ที่แล้ว ได้มีการพูดถึง แนวคิดของแต่ละประเทศที่จะต้องกำหนดให้ดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคกำหนดให้เป็นหน้าที่ของทุกๆ คนที่จะต้องดูแลเหมือนกับการดูแลสุขภาพของตัวเอง ตั้งแต่ตื่นเช้าขึ้นมา ต้องแปรงฟัน ตื่นเช้าขึ้นมาจะต้องดูแลสุขภาพสะอาดส่วนตัวต้องมีหน้าที่ในการกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่การกินอาหารที่มีประโยชน์อาจจะกินได้ไม่ทุกคน ช่วงนี้อาจจะต้องกลับมาทบทวนกันใหม่แล้วก็ต้องมาพูดคุยกันใหม่ เพราะฉะนั้นในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เราได้มีกิจกรรม ได้เข้ามามีส่วนเสริมในเรื่องของการสร้างสุขภาวะให้กับคนพัทลุงด้วย

ในจังหวัดพัทลุงผู้ป่วยโรคคุดทะราดมีจำนวนลดลง เนื่องจากว่ากระบวนการในการดูแลสุขภาพตนเอง กระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงเรียน เรามีหน่วยงานในสังกัดคือโรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกระจายอยู่ทุกอำเภอ มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นส่วนราชการอยู่ภายใต้กำกับของท่านนายอำเภอ ทุกตำบลก็มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งทั้งพี่น้องอสม 10,300 กว่าคน ตรงนี้จะเป็นกำลังสำคัญให้กับพวกเราอยู่แล้ว ที่สำคัญคือ อำเภอเรามีกลไก



ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ซึ่งเป็นกลไกที่เข้มแข็งและก็มีท่านนายอำเภอเป็นหัวเรือใหญ่ บูรณาการหลายอำเภอทำได้ดีค่อนข้างดีที่จะสร้างสุขภาวะให้กับพี่น้องชาวพัทลุงมีความยั่งยืน เพราะว่ามีกฎหมายกำหนดให้ดำเนินการตรงนี้ ที่ดำเนินการมาแล้วนั้นก็เป็นส่วนหนึ่งแต่ที่สำคัญ เหมือนที่ผมเรียนว่าในเรื่องของการสร้างพฤติกรรมที่ดี พฤติกรรมที่ถูกต้องให้กับพี่น้องชาวพัทลุง ก็ยังเป็นเรื่องที่สำคัญ เรื่องการสื่อสารข้อมูลสุขภาวะที่ถูกต้อง ไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ลดความตระหนกได้

เรื่องของสุขภาวะมันไม่ได้วัดกันว่าคนมีเงินมากกว่าจะมีสุขภาวะดีกว่าคนอื่นคนหนึ่ง ซึ่งมีเงินน้อยกว่า แต่จะวัดกันตรงที่ว่าในเรื่องของการดูแลตนเอง ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ ในเรื่องของการที่จะมีความรับผิดชอบต่อสังคมไทยมีมากกว่ากัน แล้วคนคนนั้นก็จะมีสุขภาวะ และที่สำคัญเมื่อมีสุขภาวะที่สมบูรณ์เพียงพอแล้วภายใต้แนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 เราก็สามารถเป็นตัวอย่งที่ดีสามารถที่จะเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงในการสร้างสุขภาวะที่ดี โดยที่ไม่ต้องรอให้มีใครมาเปลี่ยนเรา เราเปลี่ยนตัวเราเองโดยใช้หลักปรัชญาแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีและสร้างสังคมที่ดี

(คุณเสณี จ่าวิสูตร ประธานสมัชชาสุขภาพจังหวัดพัทลุง)

พูดถึงเรื่องราวของภาคประชาสังคมจังหวัดพัทลุงขยับขึ้นมาอย่างไร ผ่านบทเรียนแล้วเราจะไป ยังไงต่อไปในอนาคต จริงๆ แล้วสังคมเกิดการรวมตัวกันอย่างชัดเจนในภายหลังจากการเกิดขึ้นของการลงทุนทางสังคม โครงการจิตอาสาที่ร่วมกันขับเคลื่อนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองขึ้นเยอะมากในช่วงนั้น หลังจากนั้นในช่วงปลายการพัฒนาแผนชุมชนพึ่งตนเองในชีวิตประจำวันได้รณรงค์ อาจารย์จากนครศรีธรรมราชโดยใช้หลักการพึ่งตนเองเป็นหลักการสำคัญที่สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้คนเรียนรู้เรื่องของตนเองนั้นรู้เรื่องของชุมชนสู่การกำหนดอนาคตของตนเอง สำคัญในการขยายผลไปทุกจังหวัดขึ้นมาเป็นโครงการประชาชนในโครงการปี 2548 มากขึ้นในการเปลี่ยนแปลงต่อด้วยการเกิดขึ้นขององค์กรอิสระ การสร้างเสริมสุขภาพ สสส. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องของการพัฒนาโยบายสาธารณะกับเรื่องของหลักประกันสุขภาพ สปสช.

สำนักงานประกันสังคมแห่งชาติ ของสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนล้วนเป็นเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมให้กลุ่มภาคี ภาคประชาชน ภาคประชาสังคม มีความเข้มแข็งมากขึ้น เกิดการรวมกลุ่มกันมากขึ้น เป็นการขยายเครือข่ายเชื่อมร้อย ในขณะที่เดียวกันในการสร้างเสริมสุขภาพ กระจายตัวกันไปมากขึ้น ก็ได้ร่วมในกระบวนการเหล่านี้มาตลอด ความสำเร็จในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพพื้นที่ต้นแบบพื้นที่เครือข่ายที่นำมาสู่การเป็นต้นแบบแห่งการจัดการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการจัดการทรัพยากร สิ่งแวดล้อม ในเรื่องของการดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ ในสังคมมากขึ้น ในปัจจุบัน อาจจะพูดได้ว่าจังหวัดพัทลุงในการทำงานของภาคประชาสังคม ขึ้นมาอยู่ในแถวหน้าในพื้นที่ของภาคใต้ ซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในสังคมปัจจุบัน บทเรียนร่วมที่ร่วมสรุปบทเรียนมาเป็นระยะของภาคประชาชน นั่นคือการทำงานสร้างรูปธรรมความสำเร็จโดยค่อนข้างจะเป็นการทำงานโดยลำพังที่เกิดขึ้นไม่สามารถสอดประสานกับกลไกปกติของทางภาครัฐที่ทำอยู่ได้ ซึ่งเป็นการกำหนดนโยบายจากข้างบนลงมาข้างล่าง ที่ทำงานพื้นที่เขตพื้นที่เป็นหลัก สิ่งที่ถูกสร้างมาโดยนโยบายผ่านกลไกของส่วนราชการมันจะไม่สามารถ

ตอบสนองความต้องการ ทิศทางการจัดการสุขภาพของข้างล่างในหลักพื้นที่ได้อย่างจริงจังเป็นช่องว่างสำคัญที่เรามองเห็นชัดมองเห็น สิ่งที่มีพี่น้องชาวภาคประชาสังคมพัทลุงในปัจจุบันนี้พยายามนำตัวอย่างได้ เกิดการริเริ่มขึ้นมา กรรมการที่มองเห็นถึงตรงนี้ เราจะสามารถเชิญชวนพี่น้องพัทลุงภาคีทุกตอนทุกภาคส่วน ร่วมกันกำหนดทิศทางไป ไหนแรกๆ เพื่อความจริงในกลุ่มของสังคมมีการเริ่มต้นมีจุดเริ่มต้นอย่างปีที่แล้ว เราได้มีการจับมือกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัดพัทลุง จังหวัดพัทลุงให้เกิดขึ้นและกลไกหนึ่งเพื่อที่จะทำการชักชวนพี่น้องจังหวัดพัทลุงและภาควิชาการและภาคประชาสังคมภาคประชาชนเข้ามาร่วมกันคือมันต้องรวมกลุ่มสร้างเป้าร่วมกัน ให้เกิดขึ้นให้ได้ถ้าเราสามารถรวบรวมความคิดได้นำไปสู่การกำหนดว่าเราจะต้องทำอะไรร่วมกัน นั่นคือการกำหนดแผนที่ผ่านมา

(คุณไพฑูรย์ ทองสม)

### หลักการความมั่นคงทางอาหาร

ประเด็นหลัก คือ เรื่องความเพียงพอ การเข้าถึงภาวะโภชนาการ ยั่งยืน เมืองลุงหรือพัทลุง เป็นเมืองแห่งความมั่นคงทางด้านอาหารในการดำเนินงานมา 2-3 ปี โดยเริ่มต้นจากการเอาไปลองวิเคราะห์เรื่องของยุทธศาสตร์ของจังหวัดพัทลุง คือ Phatthalung Green City จังหวัดพัทลุงเองพยายามผลักดันให้พัทลุงเป็นพัทลุงเมืองสีเขียว การจะเป็นพัทลุงเมืองสีเขียวได้ต้องไปดูที่ยุทธศาสตร์จังหวัด พบว่า ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่ดี แต่อาจจะยังมีจุดที่ต้องการเปลี่ยน ยกตัวอย่างเช่น ยุทธศาสตร์ว่าด้วยขีดความสามารถทางการเกษตร ซึ่งไม่ผิดที่จังหวัดจะมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มมูลค่าหรือผลผลิตทางการเกษตร แต่สิ่งที่ภาคประชาสังคม หรือภาคประชาชน หรือเครือข่ายให้ความสำคัญเพิ่มเติม คือเรื่องความปลอดภัย เราผลิตอาหารได้เยอะ แต่ถ้าขาดเรื่องความปลอดภัยจึงอาจจะไม่นำไปสู่เรื่องของคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีได้ ก็นำไปสู่การกำหนดประเด็นของยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนPhatthalung Green City

ตารางที่ 13 ประเด็นของยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนPhatthalung Green City

Phatthalung Green City		
ทรัพยากรธรรมชาติ	สิ่งแวดล้อม	อาหารปลอดภัย
(แหล่งน้ำระบบนิเวศที่ดีขึ้นและทรัพยากรชายฝั่งเพิ่มขึ้น)	(ขยะลดลงร้อยละ 50 มีการใช้ประโยชน์จากขยะร้อยละ 40)	(ครัวเรือนบริโภคปลอดภัย 100 ครัวเรือน พื้นที่ผลิตอาหารปลอดภัยเพิ่ม 300 ไร่)
คลอง เกิดกลไกการจัดการน้ำและปริมาณน้ำในคลองมีเพียงพอเหมาะสมกับแต่ละฤดูกาล	ขยะ ปริมาณขยะในพื้นที่เป้าหมายลดลง 50 % และครัวเรือนเป้าหมายมีการใช้ประโยชน์จาก	ผลิตอาหารปลอดภัย เกิดพื้นที่ผลิตอาหารปลอดภัยไม่น้อยกว่า 300 ไร่ เกิดธนาคารพันธุ์พืชพื้นถิ่น

Phatthalung Green City		
	ชยะ 40%	
ชายฝั่ง เกิดเขตอนุรักษ์และปริมาณสัตว์น้ำที่ จับได้เพิ่มขึ้น คนได้บริโภคสัตว์น้ำ เพิ่มขึ้น		การบริโภคปลอดภัย เกิดต้นแบบผลิตและบริโภค ปลอดภัยในครัวเรือน 700 ครัวเรือน

### การดำเนินการเกี่ยวกับความมั่นคงทางอาหารในพัทลุง

ด้านความเพียงพอ คือ มีอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยในปริมาณที่เพียงพอและหลากหลาย เกี่ยวข้องกับฐานทรัพยากร เช่น ที่ดิน น้ำ การทรัพยากรที่เราสนใจ คือ ยางพารา เนื่องจากตอนนี้มี ครัวเรือนที่ปลูกยางพาราจำนวน 66,892 ครัวเรือน เนื้อที่ปลูก 1,001,978 ไร่ กรีดแล้ว 842,463 ไร่ ถ้าวันนี้พื้นที่ในการปลูกอาหารถูกแย่งชิง พื้นที่ในการปลูกยางพาราหรือปาล์มเพิ่มมากขึ้นทำให้พื้นที่ในการปลูกนาข้าวลดลง

**มิติที่ 1 เพียงพอ** ฐานทรัพยากร เช่น ที่ดิน น้ำ เกิดพื้นที่ผลิตพืชอาหารในสวนยางพารา มากกว่า 1,500 ไร่ เกิดพื้นที่นาอินทรีย์หรือนาปลอดภัยมากกว่า 400 ไร่ มีเครือข่ายการจัดการป่าร่วม ยาง เช่น วิสาหกิจชุมชนบ้านขาม เครือข่ายคนตัดยาง เครือข่ายป่าร่วมยางโคกไทร เครือข่ายป่าต้นน้ำ ตะโหมด

**มิติที่ 2 การเข้าถึง** ความหลากหลายทางชีวภาพ พันธุ์ข้าวพื้นเมืองของพัทลุงเริ่มสูญหายไป พันธุ์พืชพื้นถิ่นหลายชนิดเริ่มหายไป หรือประชาชนไม่รู้จักการใช้ประโยชน์ จึงเกิดเป็นกระบวนการฟื้นฟูพันธุ์ข้าวพื้นเมืองได้ 5 สายพันธุ์ เกิดแปลงผลิตพันธุ์พืชพื้นถิ่นพัทลุง มีเครือข่ายด้านการอนุรักษ์พันธุ์กรรมพืช เช่น เครือข่ายยาไส้ยาใจ เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกพัทลุง เครือข่ายอนุรักษ์พันธุ์พืชเขาบรรทัด เครือข่ายโรงนาร้านยาแดง เครือข่ายวิษชาลัยรวงข้าว

การเข้าถึงการกระจายอาหารในตลาด ราคาอาหาร จากผลกระทบจากโควิด ทำให้ตลาดเกษตร ที่ขึ้นชื่อของจังหวัดพัทลุงต้องหยุดดำเนินการ เช่น ตลาดใต้โหนด ตลาดต้นไผ่ เป็นต้น เกิดการแลกเปลี่ยนอาหารกันในชุมชน มีตลาดชุมชนเพิ่มขึ้น เช่น ในตำบลเขาปู่ เกิดตลาดแลกเปลี่ยนอาหารทะเลในตำบลเกาะหมาก ซึ่งทำให้ประชาชนหรือชาวบ้านได้มาแลกเปลี่ยนกับชาวประมง

### มิติที่ 3 ภาวะโภชนาการ

พฤติกรรมบริโภคอาหาร คือ การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย กินด่วน กินไม่เลือกนำไปสู่ การเกิดโรคความดันเบาหวานและโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและโรคมะเร็ง จากการดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้เกิดครัวเรือนลดหวานมันเค็ม ผ่านโครงการครัวเรือนปรับเปลี่ยนของ สสจ. และผ่านโครงการที่ สนับสนุนโดย Node Flagship พัทลุง คนพัทลุงบริโภคผักมากกว่า 400 กรัม มากกว่า 2500 ครัวเรือน มี ครัวเรือนปลูกผักปลอดภัยไว้บริโภคมากกว่า 1000 ครัวเรือน

### มิติที่ 4 มิติตความยั่งยืน

เกี่ยวกับการปรับตัวและการตั้งรับของภาคเกษตรในภาวะวิกฤตต่างๆ เนื่องจากวิกฤตโควิดทำให้หลายพื้นที่ที่ถูกล็อกดาวน์นั้น ไม่สามารถเข้าถึงอาหารจากนอกพื้นที่ได้ เกิดกองทุนอาหารทะเลที่ปากพะยูน เกิดเครือข่ายเกลือเขา เกลอนา เกลอเล ที่จะเป็นเครือข่ายในการ support หรือเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนอาหารปลอดภัยต่างๆ ให้กับชุมชน

**Model หนาลปลอดภัย** คือ พื้นที่หนาลปลอดภัย หมายถึงเกิดพื้นที่ปลอดภัย คนได้บริโภคข้าวปลอดภัยมาตรฐานของสมาพันธ์เกษตรมาตรฐาน คือ กลุ่มรับรองเองว่าปลอดภัย ลูกเรากินได้ พ่อแม่กินได้ เพราะเราจะได้ไม่ต้องรอ ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ปัจจัยหลักคือ 1) กลุ่มทำนาต้องมีความเข้มแข็ง 2) จะต้องมีระบบสนับสนุนการผลิตที่ดี ซึ่ง 2 ปัจจัยนี้จะสำเร็จได้คือ ส่วนที่ 1 การที่กลุ่มมีความเข้มแข็งจะต้องมีฐานข้อมูล มีการทำกติกากลุ่ม มีความรู้การทำนา ซึ่งอาจจะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาการทำนาของแต่ละพื้นที่ ในส่วนที่ 2 ในส่วนของการสนับสนุนการผลิตที่ดีจะต้องมีการร่วมกันผลิตปุ๋ยหรือสารทดแทนที่ปราศจากสารเคมี และจะต้องมีการวางแผนการปลูกและการปรับปรุงดิน และขั้นตอนสุดท้ายคือ การตรวจเยี่ยมแปลงหรือติดตามการตรวจแปลง ซึ่งหลายพื้นที่ใช้วิธีในการวนการไปเยี่ยมแปลง หรือวนกันไปดูแปลงเพื่อน ซึ่งจะเป็นการตรวจไปในตัว ซึ่งถ้าไม่มีการเยี่ยมหรือการตรวจจะไม่มีการเฝ้าในการควบคุม ซึ่งถ้าหากเราต้องการนำไปทำที่หมู่บ้านตำบลอย่างน้อยทีมที่จะทำงานจะต้องประกอบไปด้วย 3 ทีมได้แก่ ทีมปฏิคม ทีมติดตามประเมินผล และทีมวิชาการ

Model หนาลปลอดภัย เกิดจากการทดลองทำนาจาก 3 พื้นที่ก็คือพื้นที่ตะโหมด พื้นที่พนาตุง และพื้นที่นาท่อม โมเดลนี้ก็ได้ไม่ได้เหมาะกับการทำนาในทุกพื้นที่ ซึ่งพื้นที่ที่จะทำตามโมเดลนี้ได้ จะต้องเป็นพื้นที่ที่เกษตรกรรายย่อยมาทำนาร่วมกันโดยเกษตรกรแต่ละรายมีพื้นที่การทำนาประมาณ 3-5 ไร่ ต้องเป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตชลประทาน เกษตรกรที่จะนำโมเดลนี้ไปขยายผลต้องเน้นปลูกเพื่อบริโภคไม่แนะนำสำหรับเกษตรกรที่เน้นปลูกเพื่อขายทำกำไร ต้องมีการรวมกลุ่มกันมาก่อนและกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของตนเอง

### **Model การอนุรักษ์ทรัพยากรชายฝั่งแบบเครือข่ายหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง**

เราลองทำโมเดลนี้มา 2 ปี โดยเริ่มที่บ้านช่องพิน บ้านช่องพินทำโมเดลนี้ขึ้นมาแล้วก็ส่งต่อมาที่มออีก 5 หมู่บ้านในอำเภอเขาชัยสน แล้วก็อำเภอปากพะยูน กระบวนการที่ใช้คือ ร่วมกันทำความเข้าใจร่วมมือกับประมงจังหวัดและศูนย์เพาะพันธุ์กล้าไม้ และศูนย์เพาะพันธุ์สัตว์น้ำ กิจกรรมสำคัญที่ทำให้เกิดสิ่งนี้สิ่งนี้เกิดขึ้นก่อนถ้าทำตามโมเดลนี้สิ่งที่จะเกิดขึ้นคือ ชาวบ้านจะจับปลาได้มากขึ้น ชาวบ้านจะมีรายได้มากขึ้น คนจะได้กินปลามากขึ้น นี่คือนี่ที่เกิดขึ้นและคนจับปลาได้มากขึ้น เราจะรู้ได้อย่างไร หลายคนอาจจะเพิ่มขึ้นในทะเลสาบ หลายคนก็ถามผมว่ารู้ได้ยังไงปลาในทะเลสาบมากขึ้น ไปวิ่งนับหรือเปล่า คือเราดูจากข้อมูลที่ชาวประมงออกไปหาปลาหน้าที่จะใช้โมเดล ชาวบ้านไปหาปลาครั้งหนึ่งเขาจะได้เงินประมาณ 500 บาท คือ จับปลาได้แล้วนำไปขายได้ประมาณ 500 บาท และหลังใช้โมเดลนี้ไป 1 ครั้ง ชาวบ้านกลับไปจับปลาแล้วนำมาขายได้เงินประมาณ 2,000 บาท และยังใช้ระยะเวลาน้อยลง และขายในราคาเดิมเท่ากับครั้งที่แล้ว นั้นหมายความว่าถ้าผู้เข้าร่วมจะเอาต้องมีก็ดำเนินการดังนี้

- 1) จะต้องมีการกำหนดเขตห้ามจับปลาระยะ 1 กิโลเมตรจากชายฝั่ง

- 2) ทำบ้านปลาเพิ่ม (ที่อยู่ปลาเวลาคืบคลานแรง)
- 3) ชาวบ้านจิตอาสาเฝ้าระวังการจับปลาในเขตหวงห้าม
- 4) กระชังอนุบาลปลาก่อนปล่อยเป็นจุดจุด

ผลลัพธ์จากการทำโมเดลนี้ ประมงขนาดเล็กหาปลาได้มากขึ้น มีปลามากขึ้นในเขตอนุรักษ์ ชาวบ้านที่ไม่มีอาชีพประมงกว่า 100 ครัวเรือน (จาก 300 ครัวเรือน) จับปลาขายฝั่งเพื่อทำอาหารใน ครัวเรือนมากขึ้น ค่าใช้จ่ายครัวเรือนในการซื้อวัตถุดิบประกอบอาหารลดลง

### ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- ข้อเสนอต่อเครือข่าย
  - ขอให้เครือข่ายเกษตรกรในจังหวัดพัทลุงร่วมกันรณรงค์ เผยแพร่ให้เด็กและเยาวชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของพืชพันธุ์พื้นบ้านและพืชอันตรายของสารเคมีทางการเกษตร
  - ขอให้เครือข่ายระดับพื้นที่จัดทำบันทึกประวัติความเป็นมา ลักษณะทางพันธุกรรมของพรรณพืชพื้นบ้านและจัดทำฐานข้อมูลระดับพื้นที่
  - ขอให้มึระบบการตลาดรวมในระดับชุมชนที่รวบรวมผักพื้นบ้านที่เหลือจากบริโภคใน ครัวเรือนมารวมและจัดเป็นชุดผักราคาถูกของชุมชน
- ข้อเสนอต่อหน่วยงานและภาคียุทธศาสตร์
- ขอให้จังหวัดพัทลุงนำแผนนโยบาย Green City มาใช้อย่างจริงจัง
- ขอให้สำนักงานจังหวัดพัทลุงนำโมเดลที่ได้จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานของ Node Flagship บรรจุในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด
- ขอให้จังหวัดพัทลุงร่วมกับภาคีเครือข่ายกำหนดมาตรฐานอาหารปลอดภัยของจังหวัดพัทลุง
- สนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการผลิต รวมทั้งนำการผลิตด้านการเกษตรไปเชื่อมโยงกับเรื่องอื่นๆ เพื่อสร้างรายได้ให้ชุมชน เช่น การส่งเสริมการท่องเที่ยวด้านการเกษตรของชุมชนผ่านวัฒนธรรมด้านการเกษตรและอาหาร
- ส่งเสริมให้เกิดการสร้างคลังอาหารชุมชนเพื่อรองรับภาวะวิกฤต
- ขอให้สาขาแพทย์แผนไทยมหาวิทยาลัยทักษิณร่วมกับ สสจ.พัทลุง โรงพยาบาลพัทลุง และเครือข่ายหมอพื้นบ้านพัฒนาสูตรอาหารเป็นยาตำรับเมืองลุง เพื่อเป็นแนวทางให้ชุมชนนำตำรับอาหารเป็นยาไปใช้ในชุมชน
- ขอให้ภาคเอกชนสนับสนุนกลไกการสร้างอาหารปลอดภัยและตลาดอาหารปลอดภัยในระดับชุมชน

### สถานการณ์และการจัดการปัญหาขยะจังหวัดพัทลุง

ปัจจุบันมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ มีการประกาศให้เป็นวาระการจัดการขยะของพัทลุงเมื่อ 2-3 ปีที่แล้ว เพราะว่าปัจจุบันนี้สถานการณ์ขยะ วันนี้มีปริมาณขยะที่เราสร้างขึ้นในแต่ละวันในพื้นที่มี

**ปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นทั้งหมด**

ประมาณวันละ 516 ตัน แยกเป็น ขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในเขตเทศบาล 322 ตัน ในองค์การบริหารส่วนตำบล 194 ตัน

#### การรวบรวม/การกำจัดขยะ

- มีการเก็บขนขยะมูลฝอยไปกำจัดประมาณวันละ 182 ตันต่อวัน
- ขยะมูลฝอยกำจัดที่ถูกหลักวิชาการประมาณ 32 ตันต่อวัน
- ขยะมูลฝอยกำจัดไม่ถูกหลักวิชาการ 150 ตันต่อวัน
- มีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกหลักวิชาการจำนวน 1 แห่งตั้งอยู่ในเขตตำบลลำป่า
- มีปริมาณขยะสะสมตกค้างประมาณ 19,421 ตัน

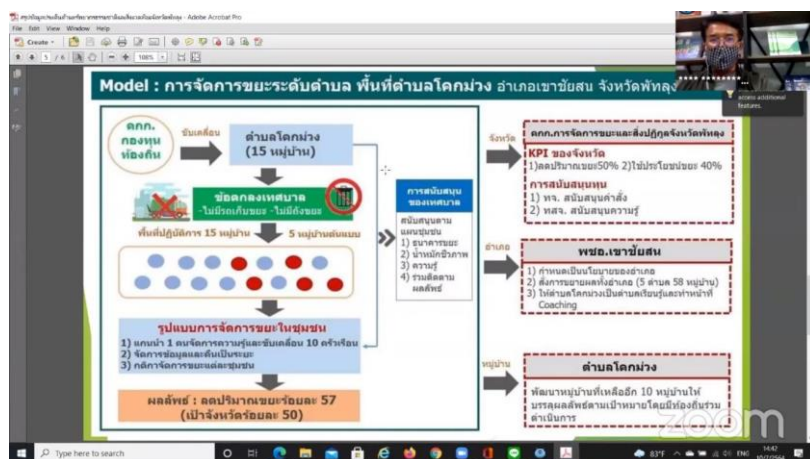
**Model:** การจัดการขยะระดับตำบลพื้นที่ตำบลโคกม่วงอำเภอเขาชัยสนจังหวัดพัทลุง  
ตำบลโคกม่วง มีทั้งหมด 15 หมู่บ้าน แต่มีหมู่บ้านต้นแบบที่ประสบความสำเร็จดีเยี่ยมมีความน่าจะเป็นต้นแบบของการจัดการขยะ มี 5 หมู่บ้าน

#### รูปแบบการจัดการขยะในชุมชน

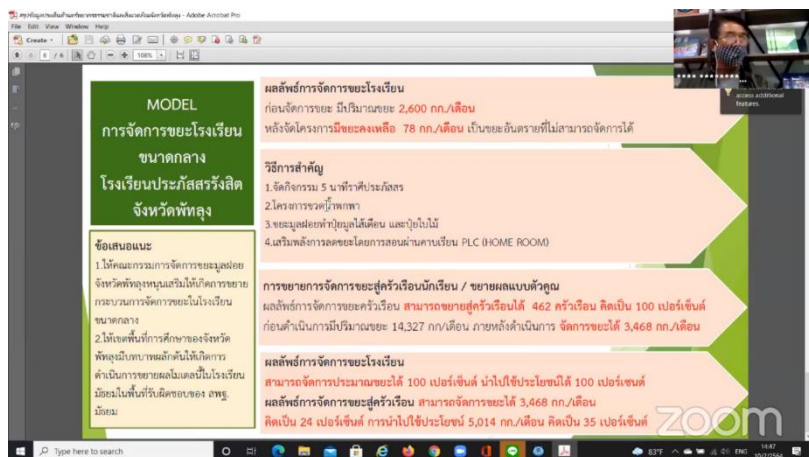
- 1) แกนนำ 1 คนจัดการความรู้และขับเคลื่อน 10 ครั้ง/เดือน
- 2) จัดการข้อมูลและคืนเป็นระยะ
- 3) กติกาจัดการขยะแต่ละชุมชน

ผลลัพธ์จากการจัดการขยะในชุมชน: สามารถลดปริมาณขยะร้อยละ 57 (เป้าจังหวัดร้อยละ 50)

การสนับสนุนของเทศบาล: สนับสนุนในเรื่องของการจัดทำแผนชุมชน ได้แก่ ธนาคารขยะน้ำหมักชีวภาพความรู้ และร่วมติดตามผลลัพธ์



ภาพที่ 43 Model: การจัดการขยะระดับตำบล พื้นที่ตำบลโคกม่วง อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง



ภาพที่ 44 Model : การจัดการขยะโรงเรียนขนาดกลางโรงเรียนประภัสสรรังสิตจังหวัดพิจิตร

คุณสุนทร คงทองสังข์ รองนายกแพทยสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

แนวทางและข้อมูลที่เป็นรูปแบบของการจัดการขยะ ซึ่งดำเนินงานทางโรงเรียนประภัสสรรังสิตได้ ยินชื่อมานานแล้ว ในมุมมองของผมเองที่ดำเนินการในเรื่องนี้มาเป็นระยะเวลาอันยาวนานพอสมควร เพราะ ว่าในเรื่องของงานทางด้านสาธารณสุข เรื่องของสุขภาพสิ่งแวดล้อมการจัดการขยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดการขยะติดเชื้อ ได้ดำเนินการมาเป็นลำดับ แต่ในมุมมองที่คิดว่าจะเป็นการแก้ปัญหาได้อย่าง ยั่งยืนจริงๆ เหมือนที่ตั้งแต่ต้น ทุกท่านเคยถามตัวเองไหมว่าวันหนึ่งตัวเราเองประดิษฐ์ขยะอะไร ขึ้นมา แล้วท่านได้มีส่วนร่วมในการจัดการขยะเหล่านั้นมากน้อยแค่ไหน เพียงใด หรือท่านจัดการ เพาะเมล็ดทุกอย่างไปให้กับเทศบาล ท่านโยนทุกอย่างที่เป็นขยะไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น หมายความว่า เรากำลังจะต้องกลับมาทบทวนในเรื่องของวินัยของตัวเองใหม่เอาไว้ ตั้งแต่ต้นที่ผมพูด เรื่อง Health literacy เป็นความรู้ด้านสุขภาพดีมันเป็นความสามารถในการคิดและตัดสินใจที่จะทำ เรื่องใดเรื่องหนึ่งบนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบุคคลนั้น เรื่องของขยะ หากคนทุกคน คิดว่าเรายังไม่ควรขยะกับคนอื่น เรากิน เราใช้ เราผลิต เราต้องมีหน้าที่ในการที่จะจัดการขยะ เหล่านั้น ต้องฝึกมาตั้งแต่เด็กๆ ระดับอนุบาล หลายประเทศฝึกเด็กของเขาให้วินัยเรื่องการดูแล เรื่อง ของการจัดการให้มีความรับผิดชอบตั้งแต่ตั้งแต่วัยอยู่ในบ้าน ตั้งแต่เขาอยู่ในโรงเรียน เพราะฉะนั้นถ้า ชาวคุณว่าด้วยเรื่องขยะ มันเกิดจากคน ถ้าเราทุกคนร่วมกันคิด กลไกที่จะสามารถจะไปเสริมกับโมเดล ของที่จะนำเสนอหรือที่หลายๆ คนเขาทำอยู่ มันจะทำให้การแก้ปัญหาพวกนี้สามารถที่จะแก้ปัญหาได้ อย่างยั่งยืน และสามารถที่จะช่วยกันเสริมเอาขยะที่หลายๆ คนคิดว่ามันเป็นสิ่งไม่ดีสิ่งที่สกปรก นำ กลับมาใช้ในสังคมของเราเป็นการทดแทนทรัพยากรบางอย่างได้อย่างมีคุณค่า

ผศ.อนงค์ ภีบาล รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ทักษิณ

สุขภาวะผู้สูงอายุของจังหวัดพิจิตร นวัตกรรมชุมชน การสร้างแรงบันดาลใจในการร่วมมือเพื่อ สร้างสุขภาวะผู้สูงอายุของจังหวัดพิจิตร สถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดพิจิตร ก็จะเป็นในเรื่องของ จุดเด่นของจังหวัดพิจิตรเชื่อมโยงเกี่ยวกับสุขภาวะผู้สูงอายุของจังหวัดพิจิตรว่ามีอะไรบ้าง มีเรื่องของ

การทำความร่วมมือ ระหว่างมหาวิทยาลัยทักษิณจังหวัดพัทลุง และสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ในการขับเคลื่อนมหาลัยผู้สูงอายุในการเป็นต้นแบบในจังหวัดภาคใต้ ในส่วนของความเป็นมาของการขับเคลื่อนมหาลัยผู้สูงอายุของมหาวิทยาลัยทักษิณที่ร่วมกับสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และจังหวัดพัทลุง เริ่มต้นในเรื่องของการสร้างแรงบันดาลใจในการทำความร่วมมือ ตอนนั้นเราก็ได้ภาคีมาเป็นในส่วนของบัญชีหลักคือ 3 หน่วยงาน เชิงวิชาการก็จะเป็นมหาวิทยาลัยทักษิณ และสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนจังหวัดพัทลุง ซึ่งมาช่วยเราในส่วนของพื้นที่ ซึ่งวันนี้จะมีท่านรองสุนทร ซึ่งเป็นรองของที่ได้ไปร่วมกันขับเคลื่อนตั้งแต่ต้น อยู่ภายใต้การนำของท่านรองณัฐพงษ์ ซึ่งได้ให้ขับเคลื่อนมหาลัยผู้สูงอายุ จากการขับเคลื่อนนี้คิดว่าแรงบันดาลใจในการที่จะให้ทุกท่านเข้ามาร่วมในภาคีของเราเองก็ได้ทำในส่วนของความร่วมมือมาคิดว่าพอสมควร ก็จะมีอยู่ในส่วนของการสร้างแรงบันดาลใจ 3 อย่าง คือ การให้ความหมายเป้าหมายชีวิตคนเราทุกคน วันนี้จะมาพูดถึงเรื่องการสร้างสุขภาพของคนที่เมืองกรุงต้องมีเป้าหมายในการขับเคลื่อนไป ซึ่งจะขับเคลื่อนอย่างไร อาจารย์ก็ได้เป็นส่วนหนึ่งในผู้ประสานงานขับเคลื่อนให้สุขภาพที่ดี ในส่วนนี้เป้าหมายที่สำคัญมันจะเกิดขึ้นไม่ได้ภายในวันสองวัน ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจที่จะให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ความหมายของชีวิตคิดว่าหลายท่านก็ได้พูดถึงแต่ในเรื่องของนโยบายของรัฐบาล และภาคเอกชน และการมีส่วนร่วมในส่วนของการทำงานจัดชยะสร้างความมั่นคงทางอาหาร แล้วการมีส่วนร่วมทั้งภาคเอกชน ท่านรองฯ หอการค้าที่ได้มาพูดกับเราในส่วนของการทำงานขับเคลื่อน ตั้งแต่การเกษตรไปจนถึงการท่องเที่ยว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และก็คือสิ่งที่เราศรัทธา ดังนั้นท่านได้พูดแล้วว่าเริ่มมาจากคนก่อน ก่อนที่จะให้คนอื่นกระทำได้ด้วย ดังนั้นควรเริ่มจากตนเองแล้วก็ไปสู่อื่นใกล้เคียงแล้วก็เป็นคนในชุมชนของเรา โดยเป็นโมเดลคือ ตัวเองเป็นต้นแบบ แล้วก็มีการสร้างพลังให้กับตนเองและความหวัง ทุกคนตื่นขึ้นมาก็มีความหวังไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของชีวิตในเรื่องของสุขภาพ หน้าที่การงาน หรือชีวิตครอบครัว ทุกคนต้องมีความหวังในการขับเคลื่อน การสร้างแรงบันดาลใจจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่เริ่มที่ตัวเรา แล้วก็ไปสู่อื่นที่เรารัก แล้วนำไปสู่ชุมชนของเรา รวมไปถึงองค์กรประเทศชาติ

### สถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง

การรายงานของผู้ตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นถึง 20 เปอร์เซ็นต์ ที่จังหวัดพัทลุง แล้วเป็นอายุยืน 100 กว่าปี แสดงให้เห็นว่าจากสถิติ ก็บอกว่าเป็นอยู่กลุ่มที่ 1 จากการประเมินจากกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งพาตัวเองได้ถึงร้อยละ 95.51 รองลงมา กลุ่มที่สองคือ พึ่งพาตัวเองได้บ้างอยู่ที่ร้อยละ 3.36 กลุ่มที่ 3 คือช่วยเหลือตัวเองได้น้อยอยู่ที่ 1.13 จากส่วนนี้คิดว่าจะเชื่อมสัมพันธ์กับทุกเรื่องที่คุณท่านได้พูดมาตั้งแต่แหล่งอาหาร แหล่งเกษตรกรรม และการท่องเที่ยวทางธรรมชาติต่างๆ รวมทั้งเรื่องของอาจารย์ที่ได้ทำเกี่ยวกับวิจัยเรื่องพิชิตผลงานวิจัยทำตั้งแต่ปี 47 จะเป็นในส่วนของเรื่องอันที่ 1 อันที่สองคือ เรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแล้วก็เรื่องที่ 3 ก็จะเป็นเรื่องของความหวังอันนี้จะเป็นสิ่งหนึ่งที่พบว่า ในจังหวัดพัทลุงมีความสอดคล้องกับบริบทที่ทำหรือที่เรียกว่าความได้เปรียบเชิงธรรมชาติ แล้วการเป็นบุคคลธรรมเนียมนิยามประเพณีต่างๆ



## มหาลัยผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง

### วิสัยทัศน์

เป็นศูนย์นําร่องนวัตกรรมการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาคใต้ ศึกษาวิจัยการพัฒนาโครงการวิจัย นวัตกรรมสังคมและการบริการวิชาการ เพื่อการนำองค์ความรู้การวิจัยและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม เพื่อการเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยที่มีคุณภาพในจังหวัดพัทลุง ได้อย่างยั่งยืนบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง

### เป้าประสงค์

- 1) เพื่อก่อตั้งมหาวิทยาลัยผู้สูงอายุจังหวัดพัทลุง
  - 2) เพื่อวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุภายใต้การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น
  - 3) เพื่อสร้างนวัตกรรมชุมชนทางด้านดูแลผู้สูงอายุ
  - 4) เพื่อพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสำหรับทุกช่วงวัย
  - 5) เพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีและนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมสู่ชุมชน
- หลักสูตรที่เปิดสอน
- 1) หลักสูตรด้านศาสนา
  - 2) หลักสูตรด้านศิลปวัฒนธรรม ได้แก่ วิชาดนตรีพื้นเมือง วิชาศิลปะการแสดง
  - 3) หลักสูตรด้านสุขภาพ ได้แก่
    - หลักสูตรผู้สูงอายุศึกษา ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับบอสม. ผู้ดูแล เยาวชน
    - หลักสูตรการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
    - หลักสูตรการป้องกันโรคซึมเศร้า
    - หลักสูตรการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก
    - หลักสูตรโภชนบำบัด
  - 4) หลักสูตรด้านการศึกษาและเทคโนโลยี
  - 5) หลักสูตรด้านสิ่งแวดล้อม
  - 6) หลักสูตรด้านมิติจิตวิญญาณและความสุข วิชาการนวดพื้นบ้าน วิชาด้านประเพณีความเชื่อ วิชาสมาธิบำบัด วิชามิติจิตวิญญาณ วิชาวาริบำบัด
  - 7) หลักสูตรด้านการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น
  - 8) หลักสูตรปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
  - 9) หลักสูตรด้านอาชีพ

ตารางที่ 14 สรุปการขับเคลื่อนเมืองพัทลุงเมืองแห่งสุขภาวะ

ความมั่นคงทางอาหาร	ความมั่นคงทางทรัพยากรธรรมชาติ	ความมั่นคงทางสุขภาพ	ความมั่นคงทางมนุษย์	ชุมชนจัดการตนเองและ

				จริยธรรมสื่อเพื่อ สุขภาพ
- ระบบ การเกษตรและ อาหารเพื่อ สุขภาพ	- การท่องเที่ยวโดย ชุมชนเพื่อการจัดการ ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม - การจัดการภัยพิบัติ โดยชุมชน - การจัดการขยะ	- กลไกระบบสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม - สุขภาวะสังคมพหุ วัฒนธรรม - การจัดการ สุขภาพจิต	- สุขภาวะเด็ก เยาวชนและ ครอบครัว - ผู้สูงอายุกลุ่ม เปราะบาง - การลดปัจจัยเสี่ยง ด้านสุขภาพ อุบัติเหตุทางถนน สารเสพติด	- ชุมชนน่าอยู่ - ตำบลจัดการ ตนเอง - จริยธรรมสื่อเพื่อ สุขภาพ

### ด้านความร่วมมือ

- 1) พลังชุมชน พลังเครือข่าย
- 2) ความร่วมมือและความตื่นตัวของคนและชุมชน
- 3) ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และทุนทางทรัพยากรธรรมชาติ
- 4) หน่วยงาน/ชุมชน/พื้นที่ต้นแบบในการจัดการ
- 5) การหนุนเสริมของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 6) พื้นที่/ชุมชนต้นแบบที่ดี

### ข้อกังวล

- 1) การบูรณาการและการจัดการร่วม
- 2) การขยายผล ความต่อเนื่อง
- 3) กระแสการพัฒนาที่เป็นพลวัต
- 4) การเปลี่ยนแปลงเชิงสังคม

### ข้อเสนอต่อการพัฒนาและขับเคลื่อน

- 1) การขับเคลื่อนเชิงกระบวนการ
- 2) การสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าภาพร่วมและเกิดผลประโยชน์ร่วมกัน
- 3) การสร้างกระบวนการสร้างทิศทางและเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาพลังไปสู่เมืองสุขภาพ
- 4) การมีแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันเพื่อสุขภาพคนพัทลุง
- 5) ควรมีกฎ “สภาขับเคลื่อน” สุขภาวะคนพัทลุง
- 6) สร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชน/หมู่บ้าน
- 7) ยกระดับการดำเนินกิจกรรมเชิงคุณภาพสร้างการมีส่วนร่วม

- 8) การสานพลังในพื้นที่และข้ามเขตพื้นที่
- 9) การสร้างบทสนทนาเพื่อการมีความสุขการสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างองค์ความรู้
- 10) ต้องมีกระบวนการสร้างวาระเพื่อคนพัทลุง/การสร้าง Agenda ร่วมกัน
- 11) ควรมีกกลไกการขับเคลื่อนรูปแบบที่ดีเพื่อการขยายผล เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่
- 12) ควรมีกกลไกในการอนุรักษ์และจัดการพันธุ์พืช สัตว์น้ำท้องถิ่น
- 13) ควรมีระบบและกลไกการพัฒนาและรับรองมาตรฐาน
- 14) ควรมีระบบและกลไกการสนับสนุนการผลิตที่ดี
- 15) เสนอต่อองค์กรภาครัฐ นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง
- 16) ขอให้จังหวัดพัทลุงกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยจังหวัดพัทลุง (Phatthalung Food Safety : PFS) (กำหนดเอง รับรองเอง)
  - 17) ขอให้มหาวิทยาลัยทักษิณ(สาขาแพทย์แผนไทย) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง พัฒนาตำรับอาหารเป็นยา
    - 18) ขอให้ภาคเอกชนหนุนเสริมในการสร้างอาหารปลอดภัย ตลาดอาหารปลอดภัย
    - 19) เสนอให้กลไกขยายการรับรู้และการสร้างการยอมรับพื้นที่ต้นแบบ ทั้งในระดับจังหวัด
- ภูมิภาค 20) เสนอให้โรงเรียนสร้างหลักสูตรท้องถิ่นเพื่อการจัดการขยะอย่างยั่งยืน
- 21) เสนอให้สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ ความตระหนัก/วินัยในการดำเนินการจัดการขยะ

## อ้างอิง

1. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน. รูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. (2558). แหล่งที่มา: [https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload\\_files/60\\_01\\_15\\_8475.pdf](https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/60_01_15_8475.pdf)
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. (2564). แหล่งที่มา: <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/2823>
3. เนตรธิดา บุนนาค. SDG Updates | ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ – เมื่อโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง กำหนดสถานะสุขภาพและอายุขัยของคุณไว้แล้วตั้งแต่ยังไม่เกิด [อินเทอร์เน็ต]. (2564). แหล่งที่มา: <https://www.sdgmovement.com/2021/04/08/social-determinants-of-health-and-health-equity/>
4. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: 2010 [cited 2018 Jan 15]. Available from: [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
5. ดร.เพ็ญ สุขมาก. 3 หลักคิด: สุขภาพ สุขภาวะปัจจัยกำหนดสุขภาพ. การสร้างเสริมสุขภาพ เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ: การประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือ [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งที่มา: [https://mehealthpromotion.com/upload/forum/paper\\_ch3.pdf](https://mehealthpromotion.com/upload/forum/paper_ch3.pdf)
6. กิรติ กิจธีระวุฒิมวงษ์, นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์ และนนุช วงศ์สว่าง. (2560). การสาธารณสุขในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารการสาธารณสุข, 26(2), 377-388.
7. นิภาพร เอื้อวิณะโชติมา. (2559). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพของประชากร. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25(1), 147-156.
8. ชลธิชา แก้วอนุชิต. (2556). แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 36(1), 123-131.
9. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเขตสุขภาพที่ 12 ปี (พ.ศ. 2564-2566). [อินเทอร์เน็ต]. (2564). แหล่งที่มา: [http://www.rh12.moph.go.th/news/2021-05-17\\_rh12\\_next/](http://www.rh12.moph.go.th/news/2021-05-17_rh12_next/)
10. แผนที่จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งที่มา: <http://www.rh12.moph.go.th/arearh12/>

11. รายงานสรุปสถิติการเดินทางเข้า-ออก จุดผ่านแดนของไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน. (2562). สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งที่มา:  
<http://www.fad.moi.go.th/images/ngancedkumpha/meena63/satititpandean.pdf>
12. ศ.ดร.ประโมทย์ ประสาทกุล. (2550). ผู้สูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. ในการประชุมสัมมนาวิชาการเรื่อง "เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ", กรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งที่มา:  
<https://slideplayer.in.th/slide/2096399/>
13. Thailand in Brief. (2021, July). Thailand board of investment. Retrieved from  
<https://www.boi.go.th/index.php?page=demographic>.
14. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2564. (2564). สารประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งที่มา:  
<https://ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Gazette2021TH.pdf>
15. รายงานสุขภาพคนไทยระดับเขต พ.ศ. 2555-2560. (2561). กองยุทธศาสตร์และแผนงานและสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-13 กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งที่มา:  
<https://infocenter.nationalhealth.or.th/Ebook/thaihealth/book.html#p=2>
16. ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลง เป็นสัญญาณบ่งบอกอะไรบ้าง. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา:  
<http://www.nso.go.th/sites/2014/Lists/Infographic/Attachments/117/Info%20women-%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C.pdf>
17. สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562. รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). แหล่งที่มา:  
[http://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%93%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2%20%E0%B8%9E%E0%B8%A8%202553%20-%202583%20\(%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A\\_2315.pdf](http://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%93%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2%20%E0%B8%9E%E0%B8%A8%202553%20-%202583%20(%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A_2315.pdf)
18. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 รอบที่ 1. [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา:  
[https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho\\_web/document/210623162443851699.pdf](https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/210623162443851699.pdf)
19. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 รอบที่ 2 ประเด็น สุขภาพกลุ่มวัย. [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา:

<https://ptepho.moph.go.th/ptepho/Fileupload/download/9db7a1e4a779447e8e4509c3e4c250cc.pdf>

20. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. การวิเคราะห์สถานการณ์การตายไทยรอบ 5 เดือนหลังประจำปีงบประมาณ 2564. [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา: [https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tiny\\_mce/OPDC/OPDC2564-S/IDC1\\_6/opdc\\_2564\\_idc1-6\\_25.pdf](https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tiny_mce/OPDC/OPDC2564-S/IDC1_6/opdc_2564_idc1-6_25.pdf)
21. อนามัยและเด็ก กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปี 2560-2564. [อินเทอร์เน็ต]. (2564). จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/changwat?year=2019&rg=12>
22. สำนักเขตสุขภาพที่ 12. รายงานสรุปการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564. [อินเทอร์เน็ต]. (2564). แหล่งที่มา: [E-inspection \(moph.go.th\)](https://www.moph.go.th/e-inspection)
23. วนิดา สุขชี บัญแสง บุญอำนวยกิจ ทรงสมร พิเชียรโสภณ เรืองฤทัย หลีเส็น และมุทริกา จินากุล. (2563). การป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12: รูปแบบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 34(2), 19-35.
24. ศ.ดร.ประโมทย์ ประสาทกุล. (2550). ผู้สูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. ในการประชุมสัมมนาวิชาการเรื่อง "เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ", กรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งที่มา: <https://slideplayer.in.th/slide/2096399/>
25. ศาตราจารย์ นายแพทย์วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์. (2564). รายงานโครงการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพและจัดทำแผนปฏิบัติการปี 2564 ในพื้นที่ เขต 12 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย.
26. ประภาภรณ์ หลั่งปุเต๊ะ ยามีละห์ ยะยือริ นิชูไรดา นิมุ และซารีนะห์ ะนี. (2563). หนึ่งทศวรรษงานวิจัยด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคชายแดนใต้: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารเภสัชกรรม, 12(1), (207-215).
27. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์ . แหล่งที่มา : <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
28. นพ.อรรถสิทธิ์ แดงมณี. การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา: [https://drive.google.com/file/d/1NXMPLvocqYTiPBMPaT1Lqoms8ijuj\\_1k/view](https://drive.google.com/file/d/1NXMPLvocqYTiPBMPaT1Lqoms8ijuj_1k/view)
29. รศ.ดร.ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และทีมวิจัย. ผลกระทบ COVID-19 ระบาดรอบ 2 ต่อเมืองรอบ 3 กับทิศทางตลาดแรงงานไทย. 29 เมษายน 2564. TDRI Thailand development research

- institute. [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา: <https://tdri.or.th/2021/04/covid-19-2-3-affected-thai-labor-market/>
30. นายทิตนันทน์ มัลลิกะมาส. แฉลงผลการประชุม ผลการประชุมคณะกรรมการนโยบายการเงิน ครั้งที่ 5/2564  
<https://www.bot.or.th/Thai/PressandSpeeches/Press/2021/Pages/n5764.aspx>
31. Timeline ของ "โรคโควิด-19 ทั่วโลก" ในประเทศไทย. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) กระทรวงการอุดมศึกษา และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.  
<http://www.thaipublicmedia.com/2020/03/NRCT-compiles-the-information-as-the-Timeline-of-COVID-19.html>
32. การระบาดทั่วของโควิด-19 ในประเทศไทย  
[https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%94-19\\_%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%94-19_%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2)
33. กรุงเทพมหานคร. ไทยจัด "วัคซีนโควิด-19" สะสม 68.5 ล้านโดส 13 จ. จัดเกิน 50%. [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา: <https://www.bangkokbiznews.com/social/967250>
34. TNN.เปิดตัวเลขคาดการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด หากไม่ล็อกดาวน์อาจสูงวันละ6-7หมื่นคน. [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา: <https://www.tnnthailand.com/news/covid19/87935/>
35. อัปเดต 10 จังหวัดติดเชื้อสูงสุด นครศรีฯ ขยับขึ้นอันดับ 3. [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา: <https://news.thaipbs.or.th/content/308911>
36. ศ.ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์.โควิดชายแดนใต้ปลาย พ.ศ. 2564 ตอนที่ 1 สภาพการระบาดและการเสียชีวิต. [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา: [https://web.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=4481846628588788&id=247264608713699](https://web.facebook.com/permalink.php?story_fbid=4481846628588788&id=247264608713699)
37. บทเรียนโควิดภาคใต้ วัคซีนช้าไวรัสเร็ว. [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา: <https://www.thairath.co.th/news/local/2235364>
38. นายกย แต่งตั้ง 'พล.อ.ณัฐพล' เป็น 'ผอ.ศบค. ส่วนหน้า' แก้ปัญหาโควิดชายแดนใต้. [อินเทอร์เน็ต]. (2564) แหล่งที่มา: <https://workpointtoday.com/covid-waroom/>
39. พันธกิจของ สปสช.. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งที่มา: <https://www.nhso.go.th/page/history>





- B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B1%E0%B8%AA%E0%B8%A5%E0%B8%B5-orang-asli-%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%B1/
50. ชนเผ่าพื้นเมือง อูรักลาโว้ย. โครงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชนเผ่าพื้นเมืองในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งที่มา:  
<https://iwgia.org/images/publications/new-publications/Urak-Lawoy-report-Thailand-synthesis-report-Thai.pdf>
  51. สปสช.ร่วมยกคุณภาพชีวิต “ชาวโอรังอัซลี” ลงทะเบียน “บัตรทอง” เข้าถึงสิทธิสุขภาพ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. (2564). แหล่งที่มา:  
<https://www.nhso.go.th/news/3031>
  52. พิฑูร ชมสุข, จิราภรณ์ พินนาพิเชษฐ และเพชรลักษณ์ บุญญาคุณากร. เกษตรกรยุคใหม่: อาชีพทางเลือก (ทางรอด) ในยุคโควิด 19. [อินเทอร์เน็ต]. (2564). แหล่งที่มา:  
<https://www.bangkokbiznews.com/blogs/columnist/127400>
  53. รวมข่าว "โควิด-19" วันที่ 27 กันยายน 2564 แบบอัปเดตล่าสุด. [อินเทอร์เน็ต]. (2564). แหล่งที่มา: <https://www.thansettakij.com/general-news/497352>
  54. รายงานสถานการณ์ COVID-19 ในเขตสุขภาพที่ 12. [อินเทอร์เน็ต]. (2564). แหล่งที่มา: <http://www.portal12.moph.go.th/RegionGallery/Home/GalleryCovid19>
  55. SDG Updates | 2020 Recap: Impact of Covid-19. [อินเทอร์เน็ต]. (2564). แหล่งที่มา: <https://www.sdgmove.com/2021/01/17/2020-recap-impact-of-covid-19/>
  56. ชากร เลิศนัทธน์ และดร. สมชัย จิตสุชน. ความเปราะบางของประชาชนกลุ่มเปราะบางภายใต้โควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. (2564). แหล่งที่มา: <https://tdri.or.th/2020/06/impact-of-covid19-on-vulnerable-groups/>
  57. กฤษฎา บุญชัย และคณะ. (2563). รายงานการประเมินความเสียหาย ผลกระทบและการปรับตัวของชุมชนท้องถิ่นต่อภาวะโรคระบาด COVID 19. [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งที่มา: [https://www.lidi.or.th/wp-content/uploads/2020/11/Research\\_COVID.pdf](https://www.lidi.or.th/wp-content/uploads/2020/11/Research_COVID.pdf)
  58. ณีฐฎกฤติ นิธิประภา. (2564). ผลการสำรวจ SMEs ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งที่มา: [https://www.sme.go.th/upload/mod\\_download/download-20210427095331.pdf](https://www.sme.go.th/upload/mod_download/download-20210427095331.pdf)