บทที่ 1
สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพทั้งระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ 8

1. บทนำ

ปัญหาสุขภาพของประชากรโลกเป็นปัญหาทางสังคมที่ทุกประเทศให้ความสำคัญโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในอดีตคือโรคติดต่ออาทิเช่นการระบาดของไข้ทรพิษอหิวาตกโรคโรคไข้หวัดใหญ่เป็นต้นแต่ก็มีปัญหาทางสุขภาพอย่างอื่นมากมายซึ่งมีสาเหตุจากการด้อยพัฒนาของระบบสาธารณสุขความยากจนและปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างไรก็ตามการพัฒนาด้านสาธารณสุขในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพการพัฒนายารักษาและวัคซีนป้องกันโรครวมถึงการปรับปรุงสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะไม่ว่าอย่างไรก็ตามประชากรโลกในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาก็ยังประสบปัญหาสุขภาพอีกมากมายทำให้องค์การสหประชาชาติทำการเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกจัดทำข้อตกลงในการกำหนดเป้าหมายระดับโลกในการพัฒนาประชากรโดยในปีพ.ศ. 2543 ได้ตั้งเป้าหมายการพัฒนาร่วมกันเรียกว่าเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษหรือ Millennium Development Goals และต่อมาได้มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนามนุษย์อีกครั้งเรียกว่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนหรือ Sustainable Development Goals หรือ SDGs ครอบคลุมช่วงเวลา 15 ปีตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 ถึงปี 2573 ซึ่งมีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคือเป้าหมายหลักที่ 3 การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ

ประเทศไทยขณะนี้อยู่ในช่วงแผนพัฒนาฯฉบับที่ 12 นับเป็นช่วงเวลาที่ท้าทายเป็นอย่างมากที่ประเทศไทยต้องมีการปรับตัวเพื่อความยั่งยืนในระยะยาวจึงจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาคนในภาพรวมให้เป็นคนที่สมบูรณ์ในทุกช่วงวัยที่สามารถบริหารการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิตได้อย่างดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทุนมนุษย์จากการยกระดับคุณภาพการศึกษาการเรียนรู้การพัฒนาทักษะและยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึงเพื่อให้สอดรับการจัดดำเนินการพัฒนาประเทศภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ที่มุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 ตลอดจนประเด็นการปฏิรูปประเทศนอกจากนั้นได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วนเพื่อมุ่งสู่ “ความมั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน”

2. สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพของประเทศไทยและเขตสุขภาพที่ 8

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) ปี พ.ศ. 2553 - 2583 ของประเทศไทย ข้อมูลทั่วราชอาณาจักร ปี 2563 มีอายุคาดเฉลี่ยในเพศชายเท่ากับ 72.6 ปี เพศหญิงเท่ากับ 79.3 ปี ปี 2568 มีอายุคาดเฉลี่ยในเพศชายเท่ากับ 73.4 ปี เพศหญิงเท่ากับ 80.1 ปี ปี 2573 มีอายุคาดเฉลี่ยในเพศชายเท่ากับ 74.1 ปี เพศหญิงเท่ากับ 80.8 ปี ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปี 2563 มีอายุคาดเฉลี่ยในเพศชายเท่ากับ 74.1 ปี

เพศหญิงเท่ากับ 78.8 ปี ปี 2568 มีอายุคาดเฉลี่ยในเพศชายเท่ากับ 74.9 ปี เพศหญิงเท่ากับ 79.6 ปี 2573 มีอายุคาดเฉลี่ยในเพศชายเท่ากับ 75.6 ปี เพศหญิงเท่ากับ 80.3 ปี ซึ่งจะพบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมากขึ้น แต่อายุคาดเฉลี่ยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ซึ่งน่าจะมีผลมาจากภาวะสุขภาพต่างๆ ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.1 สถานการณ์สุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิต

ก. สถานการณ์สุขภาวะสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)

1) สุขภาวะของมารดา

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2556 อัตราส่วนการตายของมารดามีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ จาก 44.30 ต่อแสนการเกิดมีชีพเป็น 31.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยเท่ากับ 22.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพอย่างไรก็ตามเป้าหมายนี้ยังไม่บรรลุตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้คือ 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพโดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการตายของมารดามาจากปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอดมารดาที่ขาดโภชนาการทั้งก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

งานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 8 ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย ใช้กลไกการขับเคลื่อนโดย MCH board ร่วมกับ Service plan มีการประชุมอย่างน้อยทุก 3 เดือน ร่วมวิเคราะห์ วางแผนงาน โครงการ การกำกับ ติดตามงาน ปรับแผนฯตามสภาพปัญหาพื้นที่ ซึ่งในแต่ละจังหวัดจะมีการจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ทุกราย ในการจัดการระบบมารดาตาย ใช้ข้อมูลการสืบสวนการตายของมารดาตามแบบฟอร์ม ก1-CE และต้องมีการจัดทำ Conference case ในการวิเคราะห์แก้ปัญหา ซึ่งในปีงบประมาณ 2558 พบว่ามีอัตรามารดาเสียชีวิต เท่ากับ 3.65 ซึ่งพบในจังหวัดสกลนคร (4) หนองคาย(1) เลย(1) อุดรธานี(3) สาเหตุการเสียชีวิต ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น การตกเลือด และความดันสูง และโรคทางอายุรกรรม ในปีงบประมาณ 2559 พบมีอัตรามารดาเสียชีวิต เท่ากับ 13.45 ได้แก่ จังหวัดเลยงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่8 ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย ใช้กลไกการขับเคลื่อนโดย MCH board ร่วมกับ Service plan มีการประชุมอย่างน้อยทุก 3 เดือน ร่วมวิเคราะห์ วางแผนงาน โครงการ การกำกับ ติดตามงาน ปรับแผนฯตามสภาพปัญหาพื้นที่ ซึ่งในแต่ละจังหวัดจะมีการจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ทุกราย ในการจัดการระบบมารดาตาย ใช้ข้อมูลการสืบสวนการตายของมารดาตามแบบฟอร์ม ก1-CE และต้องมีการจัดทำ Conference case ในการวิเคราะห์แก้ปัญหา ซึ่งใน

ปีงบประมาณ 2558 พบว่ามีอัตรามารดาเสียชีวิต เท่ากับ 21.13 ซึ่งพบในจังหวัดสกลนคร (4) หนองคาย(1) เลย (1) อุดรธานี(3) (ที่มา : COCKPIT เขตสุขภาพ) สาเหตุการเสียชีวิต ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น การตกเลือด และความดันสูง และโรคทางอายุรกรรม ในปีงบประมาณ 2559 พบมีอัตรามารดาเสียชีวิต เท่ากับ 16.02 ได้แก่จังหวัดเลย (1 ราย) สกลนคร (1 ราย) นครพนม (1 ราย) และอุดรธานี (1 ราย) (ที่มา: รายงาน ก.2) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริม พบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ปีงบประมาณ 2558 และ 2559 เท่ากับ 15.58 และ14.82 ตามลำดับ (HDC ณ วันที่ 1 พ.ค. 60)และยังพบว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ปีงบประมาณ 2558 และ 2559 เท่ากับ 8.64 และ 8.76 ตามลำดับ(HDC ณ วันที่ 1 พ.ค. 60)

2) พัฒนาการของเด็กปฐมวัย

พัฒนาการของเด็กหมายถึงการเปลี่ยนแปลงความสามารถที่เกิดขึ้นในระหว่างที่เด็กเติบโตตามวัย โดยมีทิศทางที่ทำให้ ร่างกายแข็งแรง สดชื่นแจ่มใส จิตใจมั่นคงอารมณ์ดี ปรับตัวเข้าสังคม สื่อสารได้และพร้อมที่จะเรียนรู้ ช่วงแรกของชีวิต มีความสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดคุณภาพของคน โดยเฉพาะตั้งแต่ระยะอยู่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 5 ปี เพราะมีการสร้างรากฐานของอนาคตซึ่งรวมทั้ง สุขภาพ ความสุข การเจริญเติบโต และพัฒนาการ การเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา การงาน ความเป็นอยู่ ในครอบครัวและชุมชน หรือในภาพรวมตลอดชีวิต สมองของมนุษย์เติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็วที่สุดในช่วงปฐมวัย(ก่อนอายุ 6 ปี) โดยเฉพาะ 3 ปีแรก มีความสำคัญที่สุดในการปรับแต่งโครงสร้างของสมอง ประสบการณ์การเรียนรู้จากคนและสิ่งแวดล้อม ของเด็กในช่วงแรกนี้มีความหมายมากต่อการพัฒนาสมอง เป็นรากฐานสำคัญของการจัดระเบียบเซลล์ประสาท วงจรประสาท และการทำหน้าที่ของสมองตลอดชีวิต สิ่งเหล่านี้จึงมีผลกระทบโดยตรงต่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวทางสังคม จิตใจอารมณ์ และคุณธรรมในระยะยาว

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 27.2 ซึ่งอาจมาจากหลายปัจจัยเช่นการคลอดก่อนกำหนดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนต่ำเป็นต้น

สำหรับพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีของเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า มีพัฒนาการสมวัย ปีงบประมาณ 2558 และ 2559 เท่ากับ 96.36 และ 98.01 ตามลำดับ(ที่มา : COCKPIT เขตสุขภาพ) เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ 2558 และ 2559 เท่ากับ 46.36 และ 47.57 (HDC ณ วันที่ 1 พ.ค. 60)

3) การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

เด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 ปี มีการเจริญเติบโตทางด้านสมองมากกว่าด้านร่างกายเช่นเดียวกับในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดา หลังจากนั้น สมองจะมีการพัฒนาไปเรื่อยๆ ควบคู่กับการเจริญเติบโต ทารกแรก เกิดจะมีน้ำหนักตัวประมาณ 3,000 กรัม น้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงปีแรก โดยมีน้ำหนักตัวเป็น 2 เท่าของน้ำหนักแรกเกิดเมื่ออายุ 5 เดือน และประมาณ 3 เท่าของแรกเกิดเมื่ออายุ1 ปีหลังจากนั้น น้ำหนักตัวจะเพิ่มเพียง

ปีละ 2-3 กิโลกรัม สำหรับความยาวของเด็กแรกเกิด โดยเฉลี่ยประมาณ 50 เซนติเมตร และที่ อายุ1 ปีเพิ่มเป็น 1.5 เท่าของส่วนสูงแรกเกิดหรือประมาณ 75 เซนติเมตร ที่อายุ 4 ปีเพิ่มเป็น 2 เท่าของแรก เกิดหรือประมาณ 100 เซนติเมตร ดังนั้น อาหารจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อสติปัญญาและสุขภาพของเด็ก รวมทั้งพัฒนาการของเด็ก เด็กที่กินอาหารครบ 5 หมู่และมีความหลากหลาย ในปริมาณที่เหมาะสม จะมีการ เจริญเติบโตดีการพัฒนาของสมองดี เด็กจะฉลาด เรียนรู้เร็ว มีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลทำให้พัฒนาการของเด็กเหมาะสมตามวัยแต่ในทางตรงกันข้าม เด็กที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ย่อมมีผลทำให้การพัฒนาของสมองไม่ดี ไม่ฉลาด ไม่อยากเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัว และเรียนรู้ช้า เป็นผลให้มีพัฒนาการไม่เหมาะสมตามวัย แม้เด็กจะได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ จะไม่สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้หากยังไม่แก้ไขใน เรื่องการขาดอาหารของเด็กเสียก่อน

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในเขตสุขภาพที่ 8 ย้อนหลัง 3 ปี (2557-2559) ในภาพรวมพบว่า ยังมีอัตราที่ต่ำอยู่ โดยมีอัตรา 59.66, 69.38 และ 38.16 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในเขตสุขภาพที่ 8 ย้อนหลัง 3 ปี

จังหวัด	**2557**	**2558**	**2559**
บึงกาฬ	83.58	82.48	83.16
หนองบัวลำภู	63.63	64.88	41.11
อุดรธานี	66.17	83.78	68.07
เลย	82.77	76.6	72.43
หนองคาย	60.3	76.16	65.6
สกลนคร	43	46.52	38.16
นครพนม	49.19	66.4	33.24
รวม	**59.66**	**69.38**	**54.43**

นอกจากนี้ ภาวะโภชนาการ เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2559 พบว่า เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 47.38 ซึ่งถือว่าค่อนข้างต่ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านโภชนาการ เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2559

จังหวัด	น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	ร้อยละ	ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	ร้อยละ	น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	ร้อยละ	ส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	ร้อยละ
บึงกาฬ	9,016	65.84	7,683	56.11	9,758	71.26	6,126	44.74
หนองบัวลำภู	19,255	69.24	14,965	53.82	20,047	72.09	12,774	45.94
อุดรธานี	40,332	69.84	34,387	59.54	41,400	71.69	28,677	49.66
เลย	14,902	65.55	13,218	58.14	15,555	68.42	10,553	46.42
หนองคาย	10,901	71.21	9,408	61.45	11,134	72.73	7,873	51.43
สกลนคร	30,411	69.13	25,145	57.16	30,696	69.78	20,361	46.29
นครพนม	18,324	67.59	15,037	55.47	18,964	69.95	12,369	45.63
รวม	**143,141**	68.69	**119,843**	57.51	**147,554**	70.80	**98,733**	47.38

ที่มา : HDC ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2560

ข. สถานการณ์สุขภาวะวัยเรียนและวัยรุ่น

1) สถานการณ์สุขภาวะวัยเรียน

จากการสำรวจปี พ.ศ. 2558 พบว่าเด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 7.5 ภาวะผอมร้อยละ 5.2 และภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 12.5 รวมถึงปัญหาภาวะซีดในเด็กวัยเรียนปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนและปัญหาการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม

เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า สถานการณ์สุขภาวะเด็กวัยเรียน จากการสำรวจปี 2558 พบว่า เด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 7.5 ภาวะผอมร้อยละ 5.2 และภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 12.5 รวมถึงปัญหาภาวะซีดในเด็กวัยเรียน ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนและปัญหาการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ภาวะโภชนาการเด็กอายุ 6-14 ปี ย้อนหลัง 3 ปี (2557-2559) จากระบบข้อมูลสุขภาพ (HDC) พบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะสูงดีสมส่วนอยู่ร้อยละ 63.60, 63.31 และ 65.48 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงภาวะโภชนาการเด็กอายุ 6-14 ปี ย้อนหลัง 3 ปี (2557-2559)

ภาวะโภชนาการ	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
สูงดีสมส่วน	63.60	63.31	65.48
ผอม	6.12	5.79	5.31
เริ่มอ้วนและอ้วน	6.59	6.61	7.92
เตี้ย	9.76	10.28	8.31

ที่มา : HDC ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2560

2) เด็กไทยกับระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์

กรมสุขภาพจิตโดยสถาบันราชานุกูลได้ทำการสำรวจนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศในปี 2559 พบว่ามีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) เท่ากับ 98.23 ถือเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่อนไปทางต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ=100) และจากการสำรวจระดับความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) พบว่าเด็กนักเรียนไทยมีคะแนน EQ ปกติเท่ากับร้อยละ 64 มีคะแนน EQ สูงกว่าปกติเท่ากับร้อยละ 13 มีคะแนน EQ ควรได้รับการพัฒนาร้อยละ 23

เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ปี 2554 เด็กนักเรียนมีคะแนน EQ ปกติเท่ากับร้อยละ 97.69 **และ**ปี 2559 เด็กนักเรียนมีคะแนน EQ ปกติ ร้อยละ 96.2

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูล EQ เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2559

	ควรพัฒนา	ปกติ	สูง
ดี	16.78	77.97	6.25
เก่ง	20.6	67.67	11.73
สุข	14.64	68.54	16.83
รวม	19.38	69.96	10.66

3) การบาดเจ็บในเด็กไทย

รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนนพ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลกโดยมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากถึง 943 คน เป็นกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี 575 คน และยังพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี คือการจมน้ำ อัตราการเสียชีวิตอยู่ในช่วง 6.8-11.5 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งแต่ละปีจะมีการเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 1,117 คนหรือวันละ 3.2 คนโดยเด็กผู้ชายในกลุ่มอายุ 5-9 ปีเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด

สำหรับ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ต่อประชากรเด็กแสนคนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2556 – 2558 เท่ากับ 7.5 10.1 และ 7.6 ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หนึ่งแสนคน เมื่อจำแนกรายจังหวัด ในปี 2558 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี สูงที่สุดคือ จังหวัดหนองบัวลำภู เท่ากับ 13.5 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ จังหวัดเลย และอุดรธานี เท่ากับ 10.4 และ 7.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง และจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี น้อยที่สุดคือ จังหวัดบึงกาฬ เท่ากับ 3.4 ต่อประชากรแสนคน

4) สถานการณ์สุขภาวะเด็กวัยรุ่นไทย

สถานการณ์ระดับประเทศ พบว่า การคลอดในวัยรุ่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากร พบว่า มีอัตราการคลอด 30.99, 31.01 และ 30.39 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นมีแนวโน้มคงตัว และในปี พ.ศ.2560 ไตรมาสที่ 1-2 (เดือนตุลาคม 59 –เมษายน 60) พบอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี 13.35 ต่อพันประชากร

ในส่วนอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อพันประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่ามีอัตราการคลอดมีชีพ 0.90, 1.05 และ 1.04 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง และในปี พ.ศ.2560 ไตรมาสที่ 1-2 (เดือนตุลาคม 59 –เมษายน 60) อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี 0.46 ต่อพันประชากร

การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี พ.ศ. พ.ศ. 2557-2559 ร้อยละ 18.38, 18.10, และ 18.19 ตามลาดับ และในปี พ.ศ.2560 (เดือนตุลาคม 59 –เมษายน 60) พบร้อยละ 16.87

เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 8 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากร พบว่า มีอัตราการคลอด 42.30, 40.76 และ 35.68 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ และในปี พ.ศ.2560 ไตรมาสที่ 1-2 (เดือนตุลาคม 59 –เมษายน 60) เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี 18.01 ต่อพันประชากร ซึ่งไม่เกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ แต่อย่างไรก็ตามในภาพเขตสุขภาพที่ 8 ก็ยังสูงกว่าอัตราการคลอดมีชีพภาพประเทศอยู่ที่ 15.35 ต่อพันประชากร ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 8 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 (อัตราต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)

ปีงบประมาณ	ระดับเขต	ระดับประเทศ
ปี 2557	42.30	30.99
ปี 2558	40.76	32.12
ปี 2559	35.57	31.12

ที่มา : HDC ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2560

ในส่วนอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อพันประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่ามีอัตราการคลอดมีชีพ 1.11, 1.23 และ 1.04 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง และในปี พ.ศ.2560 ไตรมาสที่ 1-2 (เดือนตุลาคม 59 –เมษายน 60) เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี 0.45 ต่อพันประชากร ซึ่งไม่เกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

ตารางที่ 6 แสดงอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 8 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 (อัตราต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)

ปีงบประมาณ	ระดับเขต	ระดับประเทศ
ปี 2557	1.11	30.99
ปี 2558	1.23	32.12
ปี 2559	1.04	31.12

ที่มา : HDC ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2560

การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี

การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี พ.ศ. พ.ศ. 2557-2559 ร้อยละ 14.06, 16.62, และ 15.13 ตามลาดับ จะเห็นได้ว่าร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำเขตสุขภาพที่ 8 เกินค่าเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี เขตสุขภาพที่ 8 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559

ปีงบประมาณ	ระดับเขต	ระดับประเทศ
ปี 2557	14.06	18.26
ปี 2558	14.62	18.04
ปี 2559	14.86	18.26

ที่มา : HDC ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2560

ค. สถานการณ์สุขภาวะวัยทำงาน

1. ค่าดัชนีมวลกายของประชาชนวัยทำงาน

ค่าดัชนีมวลกายของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 8 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า มีอัตราที่ต่ำลงทุกปี ร้อยละ 49.98, 46.58 และ 35.53 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงร้อยละดัชนีมวลกายของประชาชนวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 8 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559

ปีงบประมาณ	ระดับเขต	ระดับประเทศ
ปี 2557	49.98	54.21
ปี 2558	46.58	50.73
ปี 2559	35.53	49.10

ที่มา : HDC ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2560

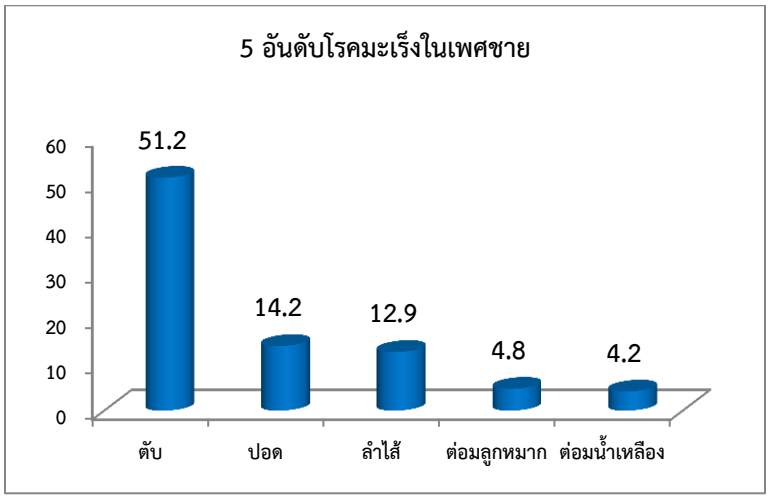
2. โรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเปนปญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เปนสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ในประชากรไทย มีอัตราการตายตอประชากร 100,000 คน ในป พ.ศ. 2550 และ 2554 พบวาโรคมะเร็ง จัดเปนอันดับหนึ่ง รองลงมาคืออุบัติเหตุ และโรคหัวใจ ตามลำดับ (กลุมภารกิจดานขอมูลขาวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร กระทรวงสาธารณสุข) และยังพบวามีอุบัติการณการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้น (Cancer in Thailand Vol. I-VI) และจากสถิติพบวา 5 อันดับแรกของโรคมะเร็ง ที่พบมากที่สุดในเพศชาย และเพศหญิง ไดแก มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไสใหญและทวารหนัก มะเร็งเตานม มะเร็งปากมดลูก (Cancer in Thailand Vol. I-VI) สำหรับโรคมะเร็งที่ปองกันได เชน มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไสใหญ และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก องคการอนามัยโลกแนะนำใหทุกประเทศหามาตรการปองกันโรคมะเร็ง โดยใหมีแผนการดำเนินงาน ที่ชัดเจน มีความเปนไปได ที่นำไปปฏิบัติและสามารถวัดผลได โรคมะเร็งที่ได รับความสนใจเปนพิเศษในการทำ Primary Prevention คือ มะเร็งปอด และมะเร็งตับ ในปจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาดานอุตสาหกรรม โดยเฉพาะการจัดตั้งนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ อีกทั้งสภาพสังคมและสิ่งแวดลอมที่เปลี่ยนแปลงจาก สังคมชนบทไปสูสังคมเมือง ทำใหมีสารกอมะเร็งในสิ่งแวดลอมมากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการ ดำเนินชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการรับประทานอาหารที่ทำใหเสี่ยงตอการเกิดโรคมะเร็งมากขึ้น

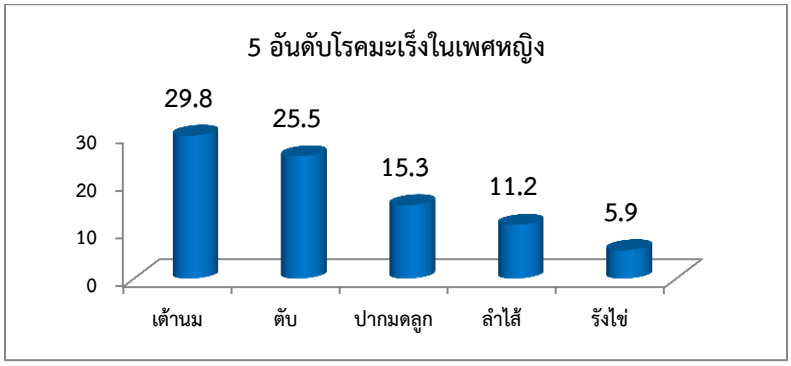
สถานการณ์ด้านโรคมะเร็ง ในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี สกลนคร เลย นครพนม หนองคาย หนองบัวลำภู และบึงกาฬ ซึ่งการดำเนินการด้านข้อมูลโรคมะเร็งยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด จึงได้นำข้อมูลจากการรายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็ง ในประชากรของจังหวัดอุดรธานี (Population base) ปี 2553 - 2555 พบว่า จำนวน ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบในเพศชายทั้งหมด 2,793 ราย (ASR

world = 137.0/100,000 ประชากร) ในเพศหญิง 3,262 ราย (ASR world =142.0/ 100,000 ประชากร) โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรก ในเพศชายและเพศหญิง มีดังนี้

รูปที่ 1 อุบัติการณ์โรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ในประชากรจังหวัดอุดรธานี ปี 2553 - 2555 ต่อประชากร 100,000 คน (เพศชาย)

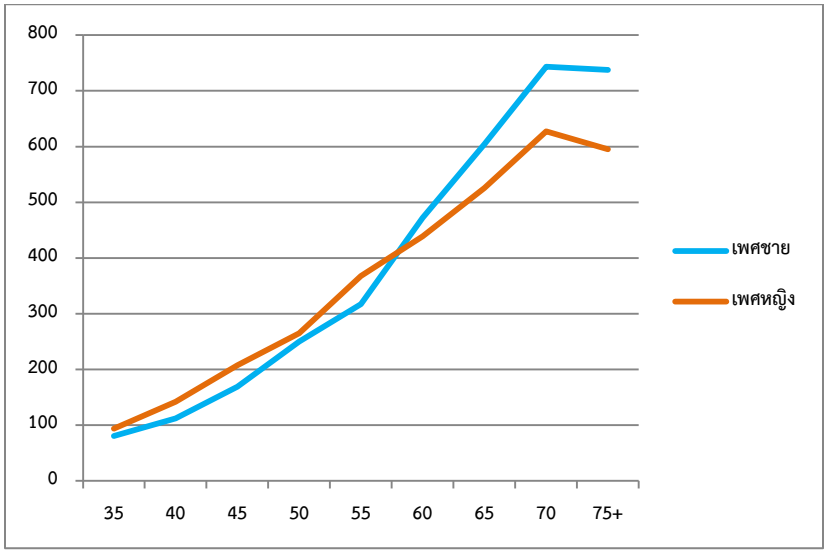


รูปที่ 2 อุบัติการณ์โรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ในประชากรจังหวัดอุดรธานี ปี 2553 - 2555ต่อประชากร 00,000 คน (เพศหญิง)



นอกจากนี้ยัง พบว่า กลุ่มประชากรเพศชายและเพศหญิงในจังหวัดอุดรธานี ที่มีช่วงอายุ ในวันทำงาน ตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งดังนี้

รูปที่ 3 โรคมะเร็ง ในประชากรอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จังหวัดอุดรธานี จำแนกตามเพศ ปี 2553 - 2555 ต่อประชากร 100,000 คน



ง. สถานการณ์สุขภาวะผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆโดยสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ของประชากรไทยในปีพ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 16 ในปีพ.ศ. 2558 (ราว 10 ล้านคน) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปีพ.ศ. 2564 จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2556 โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์และกรมอนามัยพบว่าร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่โรคใดก็โรคหนึ่งเช่นโรคเบาหวาน (ร้อยละ18) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) เป็นต้น

เขตสุขภาพที่ 8 มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 712,604 คน คิดเป็นร้อยละ 12.92 ถือว่าได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบทั้งในด้านปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาสุขภาพที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาการได้ยินและการมองเห็น การสื่อสาร การเคลื่อนไหวร่างกาย และอุบัติเหตุ ปัญหาในการขบเคี้ยวอาหารและการขับถ่าย ปัญหาสภาพจิตใจ โรคสมองเสื่อมและปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดภาวการณ์พึ่งพิงสูงขึ้น ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเมื่ออายุมากขึ้นก็มีภาวะถดถอยของการทำงานของร่างกายและสมอง เกิดภาวะพึ่งพิงในการใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้นด้วย

ปี 2559 เขตสุขภาพที่ 8 มีตำบลเป้าหมายการดำเนินงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จำนวน 106 ตำบล ซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมิน 106 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 4,439 คน มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ต่อจำนวนตำบลเป้าหมาย (1 : 1) ผลการดำเนินงาน (1 : 2.6) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิงเป้าหมาย (1 : 10) ผลการดำเนินงาน (1 : 1.27) การจัดทำแผนพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) ในพื้นที่มีการจัดทำ Care Plan ประมาณร้อยละ 80 แต่บางพื้นที่มีปัญหาในการเบิกจ่ายงบประมาณจึงมีการชะลอการทำ Care Plan ส่งผลทำให้การจัดทำและเบิกจ่ายไม่ได้ร้อยละ 100

จ. ผู้พิการ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2553 ได้ประมาณการจำนวนคนพิการทั่วโลกว่า คิด เป็นร้อยละ 15 ของประชากรโลกหรือประมาณ 785 ล้านคน และพบว่าคนพิการมีโอกาสเข้าถึงบริการ สุขภาพน้อยกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่าและถูกเลือกปฏิบัติมากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า จากการสำรวจความพิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2555 รายงานว่าคนพิการไทยมีประมาณ 1.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของประชากร คนพิการยังเข้าไม่ถึงบริการ ไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทั้งที่มีความจำเป็น และมีความต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้าน เหล่านี้ยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยอยู่ ประกอบกับระบบสุขภาพในระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute/Intermediate care) มีข้อจำกัด การบริหารจัดการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ขาดประสิทธิภาพ ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ สำหรับคนพิการในระบบประกันสุขภาพของประเทศ บุคลากรสหวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพขาดแคลน ครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชนยังขาดทักษะ ความรู้ที่มีความจำเป็นในการดูแลคนพิการ รวมถึงสิ่งแวดล้อมและสิ่ง อำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและทุกคนในสังคมเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ยังเป็น อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการอยู่ อีกทั้งฐานข้อมูลคนพิการไม่ตอบสนองต่อการนำไปใช้เพื่อการกับกับ ติดตาม สรุปผล วิเคราะห์และวางแผนนโยบายการจัดบริการและสวัสดิการแก่คนพิการได้ตาม “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ” (Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD) ซึ่งเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่มีความสำคัญและมีผลต่อการ กำหนดนโยบายด้านคน พิการ มุ่งส่งเสริมคุ้มครองและประกันให้คนพิการได้ใช้สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานอย่างเต็มที่และ เท่าเทียม การไม่เลือกปฏิบัติ ประเทศไทยได้คุ้มครองสิทธิคนพิการไว้ใน รัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 และ “พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550” ได้กำหนดมาตรการในการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การสร้างกลไกเพื่อการคุ้มครองคนพิการในเชิงนโยบาย เพื่อให้คนพิการได้รับ สิทธิและโอกาส และการคุ้มครองจากรัฐมุ่งให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการต่างๆ จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็น สาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐ

ในปี 2557 มีผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) จำนวน 23,741 ราย ได้รับบริการครบถ้วน จำนวน 20,265 ราย คิดเป็น ร้อยละ 85.36 (ที่มา: แบบรายงาน ตก.2 รอบที่ 2 ปี 2557)

ใน ปี 2558 พบว่า 1.มีผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับ บริการครบถ้วน ร้อยละ 93.46 2.คนพิการทุกประเภท มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป้าหมายร้อยละ 80 (กลุ่มตัวอย่างเขตสุขภาพละ 2 จังหวัด) เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย จ.อุดรธานี และ จ.นครพนม คิดเป็นร้อยละ 100 (ที่มา: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯและรายงาน ตก.1,ตก.2 รอบ 2 ปีงบประมาณ 2558)

ในปี 2559 ในระดับประเทศ มีคนพิการทุกประเภท จำนวน 1,248,799 คน พบคนพิการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จำนวน 1,160,575 คน คิดเป็นร้อยละ 92.94 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2557 พบว่า มีผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) จำนวน 1,753 ราย ได้รับบริการครบถ้วน จำนวน 1,591 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.76 (ที่มา: แบบรายงาน ตก.2 รอบที่ 2 ปี 2557)

ใน ปี 2558 พบว่า

1. มีผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับ บริการครบถ้วน ร้อยละ 93.46

2. คนพิการทุกประเภท มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป้าหมายร้อยละ 80 (กลุ่มตัวอย่างเขตสุขภาพละ 2 จังหวัด) เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย จ.อุดรธานี และ จ.นครพนม คิดเป็นร้อยละ 100 (ที่มา: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯและรายงาน ตก.1,ตก.2 รอบ 2 ปีงบประมาณ 2558)

ในปี 2559 ในเขตสุขภาพที่ 8 มีคนพิการทุกประเภท จำนวน 112,553 คน พบคนพิการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จำนวน 97,938 คน คิดเป็นร้อยละ 87.02 (ที่มา: แบบรายงาน ตก.2 รอบที่ 2 ปี 2559)

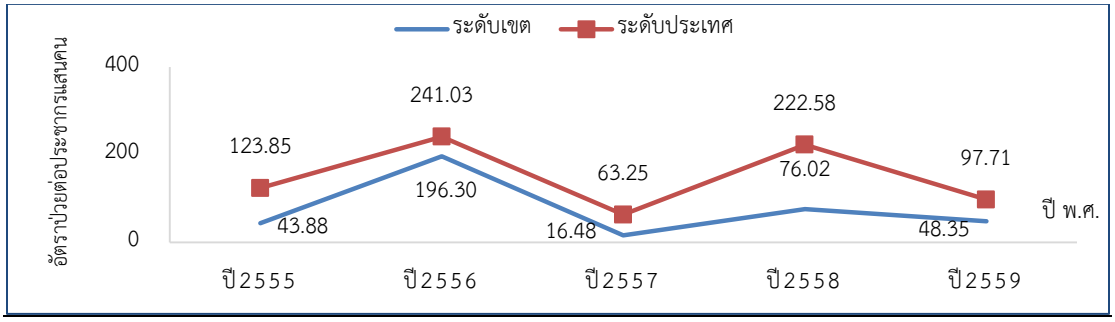
2.2 สถานการณ์ด้านโรคติดต่อในประเทศไทยและเขตสุขภาพที่ 8

ก. โรคไข้เลือดออก

ไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทยสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นระยะ 15 ปีย้อนหลังลักษณะการระบาดมีแนวโน้มระบาด 2 ปีเว้น 2 ปีส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มอายุ 0-14 ปีอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 5-9 ปีปัจจุบันอัตราป่วย 97.71 ลดลงจากปี 2558 ที่มีการระบาดมีอัตราป่วย 222.58 ต่อแสนประชากร

จากรูปที่ 4 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกระดับเขต มีแนวโน้มสอดคล้องกับระดับประเทศ โดยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2559 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรวม จำนวนทั้งสิ้น 2,737 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 50.77 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.02 อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.04 พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 1,390 ราย เพศหญิง 1,347 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1:1.03

รูปที่ 4 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกระดับเขต และระดับประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2559

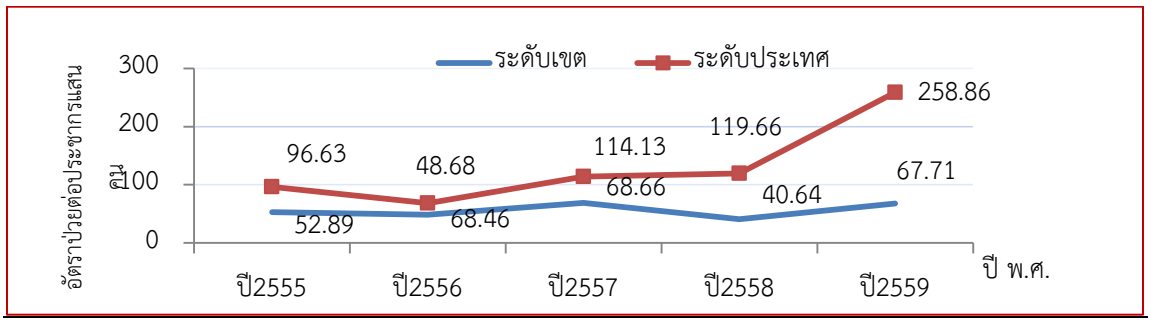


ที่มา : รายงาน 506 สำนักระบาดวิทยา

ข. สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่

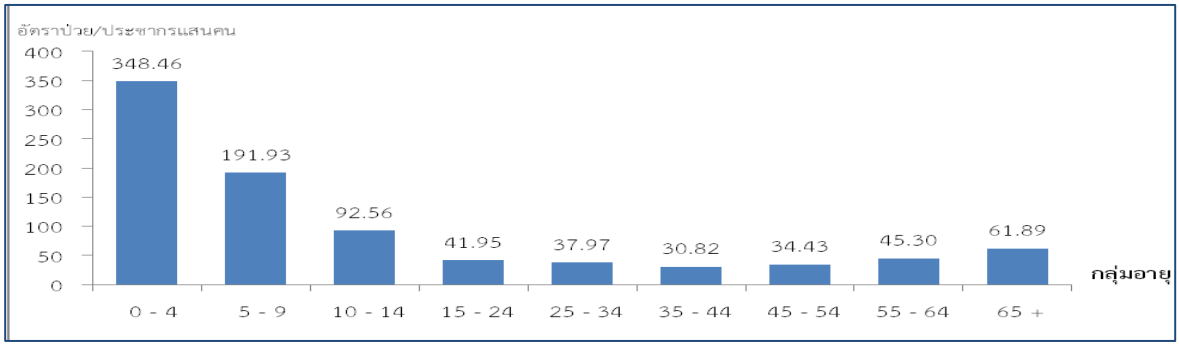
อัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ระดับเขต มีแนวโน้มสอดคล้องกับระดับประเทศ โดยตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2559 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวนทั้งสิ้น 3,771 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 69.95 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง 1,963 ราย เพศชาย 1,808 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:1.09 ดังรูปที่ 5

รูปที่ 5 อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ระดับเขต และระดับประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2559



ที่มา : รายงาน 506 สำนักระบาดวิทยา

รูปที่ 6 อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ปี 2559 เขตสุขภาพที่ 8 จำแนกรายกลุ่มอายุ



ที่มา : รายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเขตสุขภาพที่ 8

กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 348.46 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี และ กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 191.93 และ 92.56 ตามลำดับ (รูปที่ 7) สัดส่วนอาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ เด็กในปกครอง ร้อยละ 38.74 รองลงมาคือ อาชีพนักเรียน ร้อยละ 28.83 และอาชีพเกษตร ร้อยละ 13.15 ตามลำดับ

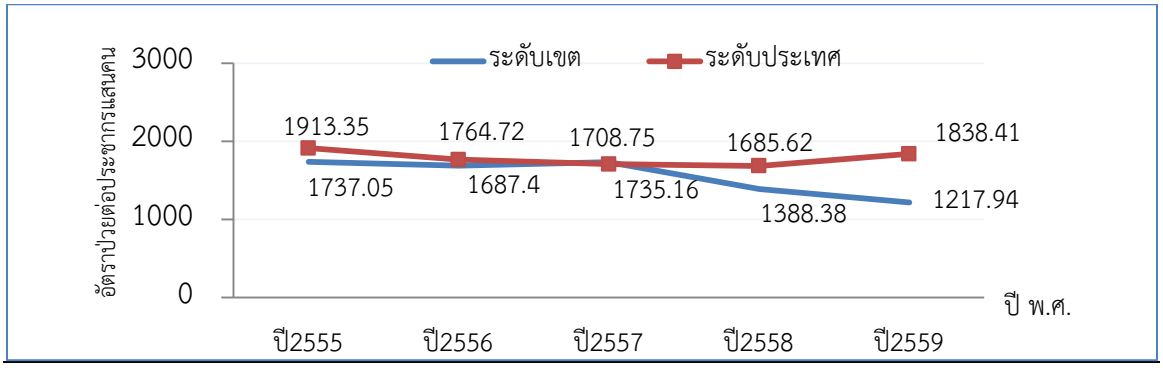
ค. โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ (อหิวาตกโรค/อาหารเป็นพิษ/อุจจาระร่วงเฉียบพลัน)

ยังคงเป็นปัญหาอันดับต้นๆของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลนอกจากนี้ยังมีการระบาดของโรคเป็นระยะๆ เช่น อหิวาตกโรคระบาดในประเทศไทยมีลักษณะการระบาดแบบมีการระบาดใหญ่ 1 ปีเว้น 2 ปีการระบาดมักเกิดในจังหวัดที่มีพื้นที่ติดทะเลและมีแรงงานต่างด้าวอยู่เป็นจำนวนมาก

สถานการณ์โรคอุจจาระร่วง

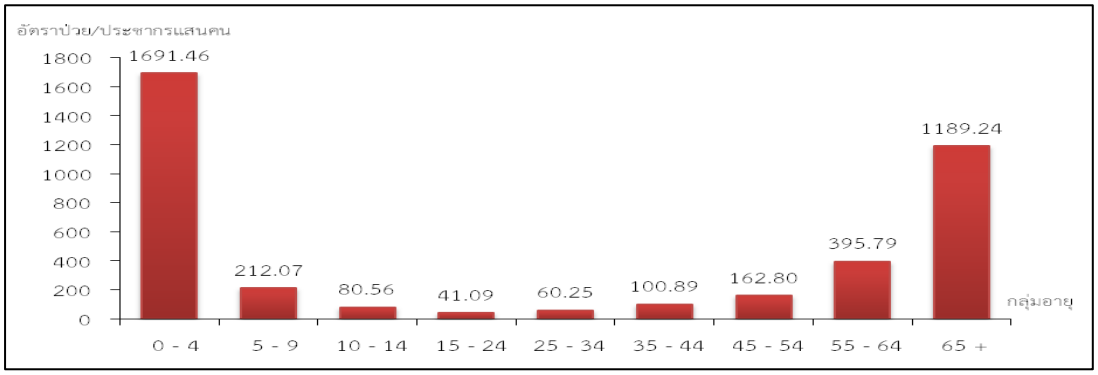
เขตสุขภาพที่ 8 อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงระดับเขต มีแนวโน้มลดลง โดยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2559 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง จำนวนทั้งสิ้น 67,746 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,256.73 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง 39,128 ราย เพศชาย 28,618 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:1.37 ดังรูปที่ 7

รูปที่ 7 อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงระดับเขต และระดับประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2559



ที่มา : รายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเขตสุขภาพที่ 8

รูปที่ 8 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน โรคอุจจาระร่วง เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2559 จำแนกรายกลุ่มอายุ

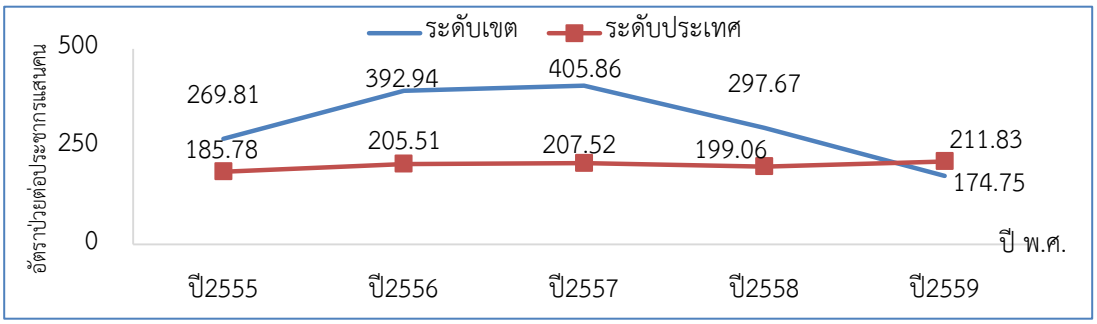


ที่มา : รายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเขตสุขภาพที่ 8

กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1691.46 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไปและ กลุ่มอายุ 55 - 64 ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1189.24 และ 395.79 (รูปที่ 15) สัดส่วนอาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือเด็กในปกครอง ร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ อาชีพเกษตร ร้อยละ 29.30 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 11.53 ตามลำดับ

สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษ

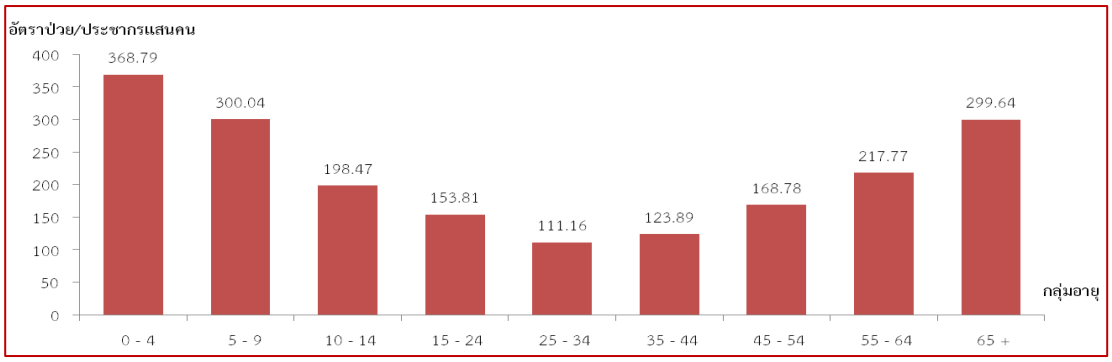
รูปที่ 9 อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษระดับเขต และระดับประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2559



ที่มา : รายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8

จากรูปที่ 9 อัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษระดับเขต มีอัตราป่วยสูงกว่าตั้งแต่ปี 2555 - 2558 เมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศ และตั้งแต่ปี 2557 - 2559 มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2559 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ จำนวนทั้งสิ้น 9,795 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 181.70 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยพบเพศหญิง 5,982 ราย เพศชาย 3,813 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ1:1.57

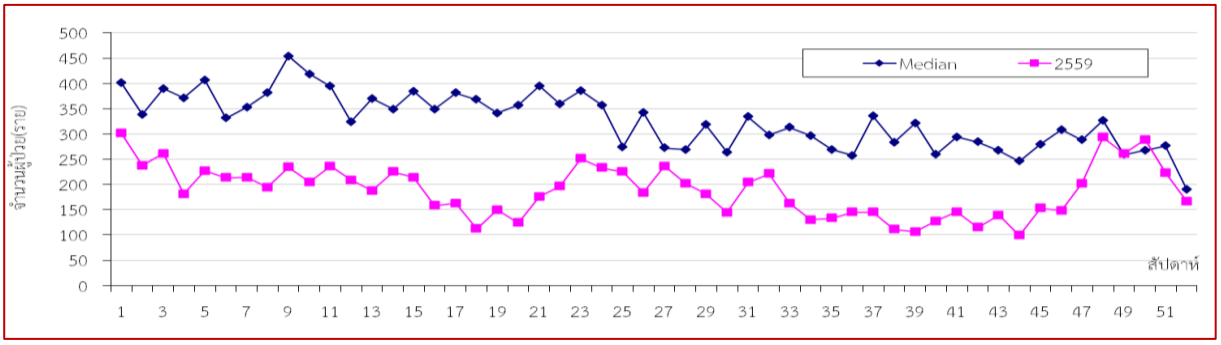
รูปที่ 10 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน โรคอาหารเป็นพิษ เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2559 จำแนกรายกลุ่มอายุ



ที่มา : รายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเขตสุขภาพที่ 8

กลุ่มอายุที่พบสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 368.79 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี และกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 300.04 และ 299.64 ตามลำดับ (รูปที่ 10) สัดส่วนอาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือเกษตร ร้อยละ 32.35 รองลงมา คือ อาชีพนักเรียน และอาชีพเด็กในปกครอง ร้อยละ 24.28 และ22.51 ตามลำดับ

รูปที่ 11 จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ปี 2559 เปรียบเทียบกับ ปี 2558 และค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (2554-2558)



ที่มา : รายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเขตสุขภาพที่ 8

พิจารณาแนวโน้มการระบาด ปี 2559 ในเขตสุขภาพที่ 8 พบ ตั้งแต่ต้นปี มีค่าต่ำกว่าค่ามัธยฐาน ในช่วงสัปดาห์ที่ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจนใกล้เคียงกับค่ามัธยฐานฯ และค่อยๆมีจำนวนผู้ป่วยลดลง (รูปที่ 11) จำแนกรายเดือนพบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนธันวาคม จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 1,092 ราย รองลงมาคือเดือนมกราคม 1,008 ราย และเดือนมีนาคม 961 ราย ตามลำดับ

ง. โรควัณโรค

เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องจากรายงานขององค์การอนามัยโลก Global Tuberculosis Report 2016 ประเทศไทยยังถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีวัณโรคสูง 30 ประเทศและประมาณการ

ว่าในประเทศไทยน่าจะมีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 80,000 รายแต่จากระบบรายงานพบผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 66,179 ราย

เขตสุขภาพที่ 8 อัตราการเกิดวัณโรคของเขตสุขภาพที่ 8 ปี 2559 พบว่า ตรวจพบเชื้อ ร้อยละ 28.78 ซึ่งถือว่าอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างสูง ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงอัตราการเกิดวัณโรคของเขตสุขภาพที่ 8 ปี 2559

จังหวัด	พบเชื้อ	ร้อยละ ที่พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	นอกปอด	รวมทั้งหมด
1. บึงกาฬ	240	19.58	524	186	950
2. หนองบัวลำภู	338	28.82	497	338	1173
3. อุดรธานี	1915	23.32	1956	1177	5048
4. เลย	541	29.76	422	408	1371
5. หนองคาย	442	25.48	342	268	1052
6. สกลนคร	773	22.53	1321	609	2703
7. นครพนม	420	28.41	767	471	1658
รวม	4669	28.78	5829	3457	12010

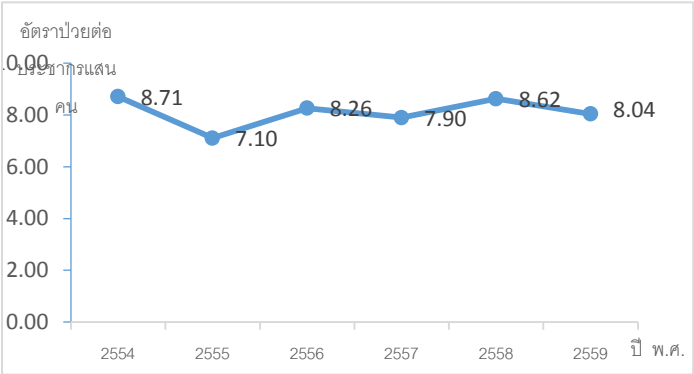
ที่มา : HDC ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2560

จ. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1. โรคหนองใน (Gonorrhoea)

จากข้อมูลรายงาน 506 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหนองใน (Gonorrhoea) ในปี พ.ศ. 2554 – 2559 พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นอัตราป่วย 8.71 , 7.10 , 8.26 , 7.90 , 8.62 และ 8.04 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (รูปที่ 12)

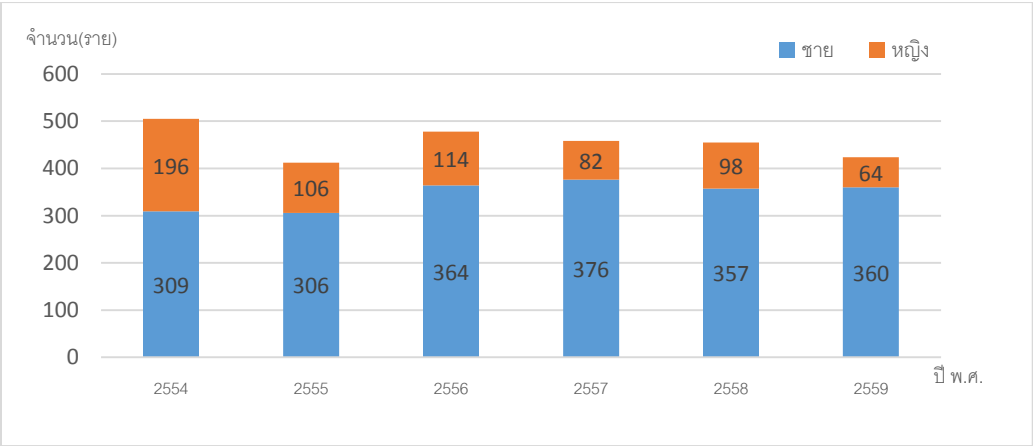
รูปที่ 12 อัตราป่วยด้วยโรคหนองใน (Gonorrhoea) ในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2559



ที่มา :รายงาน 506 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

หากนับตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2559 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคหนองใน (gonorrhea) จำนวนทั้งสิ้น 424 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 8.04 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อจำแนกตามเพศ พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 360 ราย เพศหญิง 64 ราย อัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ 5.63 : 1 โดยพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีแนวโน้นเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (รูปที่ 13)

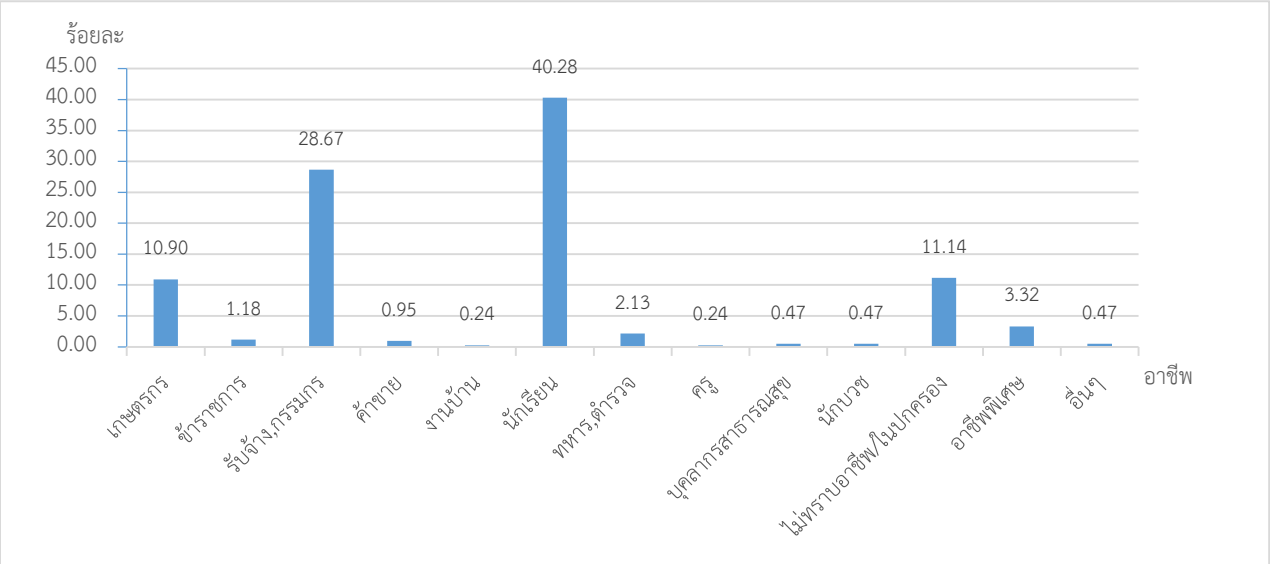
รูปที่ 13 จำนวนผู้ป่วย ด้วยโรคหนองใน (Gonorrhoea) จำแนกตามเพศ เขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ.2554–พ.ศ.2559



ที่มา :รายงาน 506 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

จากการรายงานผู้ป่วย ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2559 พบผู้ป่วยอายุต่ำสุด 5 เดือน สูงสุด 81 ปี พบผู้ป่วยส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี รองลงมาคือ อายุ 25 - 34 ปี อายุ 35 - 44 ปี และ อายุ 45 - 54 ปี คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 33.12 6.85 3.77 และ 3.24 ตามลำดับ และจำแนกรายอาชีพ พบผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มอาชีพนักเรียนจำนวน 170 ราย (ร้อยละ 40.09) รองลงมาคือ รับจ้าง/กรรมกร จำนวน 121 ราย (ร้อยละ 28.54) และอาชีพไม่ทราบอาชีพ/ในปกครอง จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 11.14)

รูปที่ 14 ร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคหนองใน (Gonorrhoea) เขตสุขภาพที่ 8 จำแนกตามอาชีพ ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2559

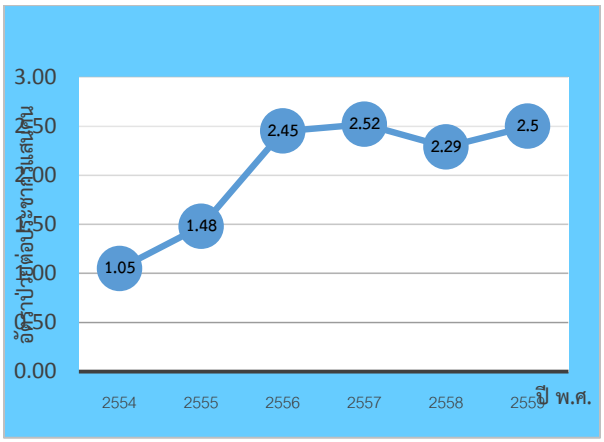


ที่มา :รายงาน 506 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พื้นที่ 7 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุ ในเขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2559 พบว่าในแต่ละปีมีรูปแบบการเกิดโรคในกลุ่มประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุคล้ายคลึงกัน พบว่ากลุ่มอายุระหว่าง 15 - 24 ปี มีอัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุสูงสุด รองลงมาคือ อายุ 25 - 34 ปี อายุ 45 - 54 ปี และ อายุ 55 - 64 ปี ตามลำดับ (รูปที่ 14)

2. สถานการณ์โรคซิฟิลิส (Syphilis)

รูปที่ 15 อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิส (Syphilis) ในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2559

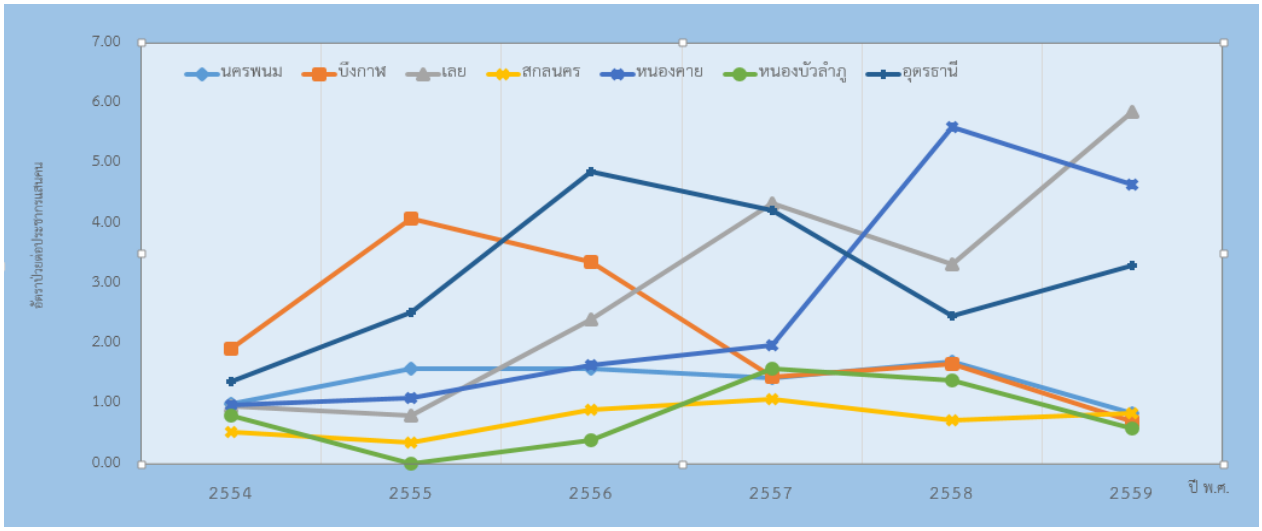


จากข้อมูลรายงาน 506 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิส (Syphilis) ในปี พ.ศ. 2554 – 2559 พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตราป่วย 1.05, 1.48 , 2.45 , 2.52 , 2.29 และ 2.50 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (รูปที่ 1)

ที่มา :รายงาน 506 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

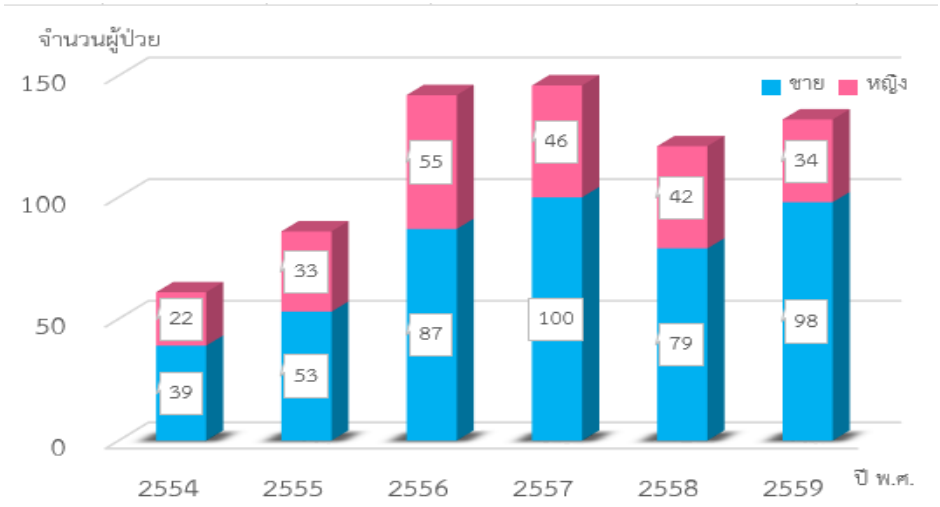
เมื่อพิจารณาจำแนกรายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2559 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิส (Syphilis) มีแนวโน้มลดลงใน 6 จังหวัด มีเพียงจังหวัดสกลนครที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยเมื่อพิจารณาอัตราป่วยของทุกจังหวัดในแต่ละปีแล้ว พบว่า จังหวัดนครพนมยังคงมีอัตราป่วยสูงกว่าทุกจังหวัดในทุกๆ ปี (รูปที่ 16)

รูปที่ 16 อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิส (Syphilis) เขตสุขภาพที่ 8 จำแนกรายจังหวัดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2559



ที่มา :รายงาน 506 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

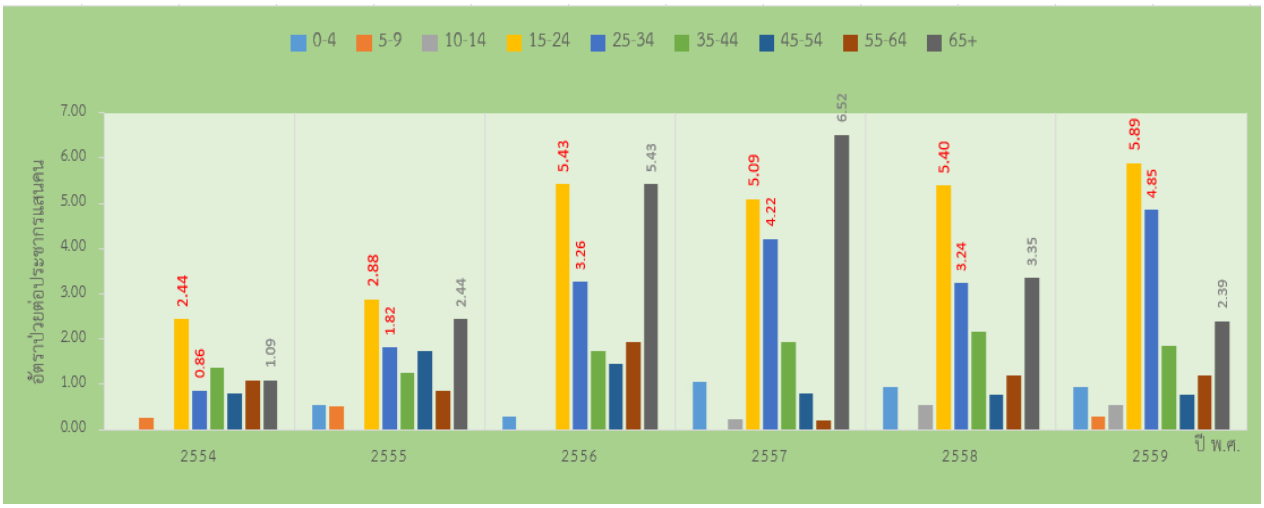
รูปที่ 17 จำนวนผู้ป่วย ด้วยโรคซิฟิลิส (Syphilis) จำแนกตามเพศ เขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ.2554–พ.ศ.2559



ที่มา :รายงาน 506 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พื้นที่ 7 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

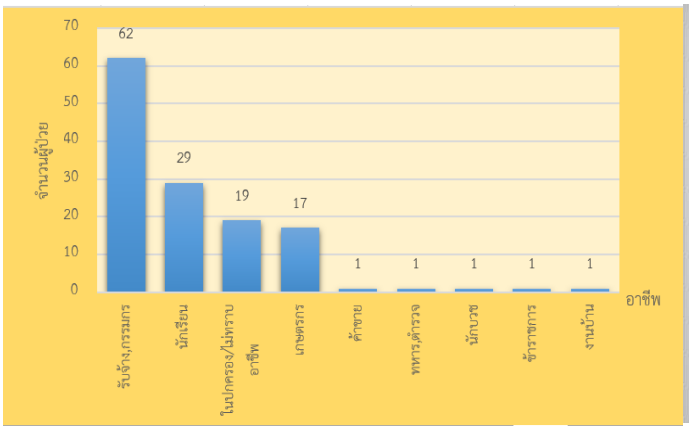
เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุ ในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2559 พบว่า ในแต่ละปีมีอัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิส (Syphilis) ในกลุ่มประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุคล้ายคลึงกัน คือกลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ 45 – 54 ปี รองลงมาคือ อายุ 55 - 64 ปี และ อายุ 35 - 44 ปี ตามลำดับ และยังพบว่า ผู้ป่วยอายุต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 88 ปี (รูปที่ 18)

รูปที่ 18 อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิส (Syphilis) จำแนกตามอายุ ในเขตสุขภาพที่ 8 จำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2559

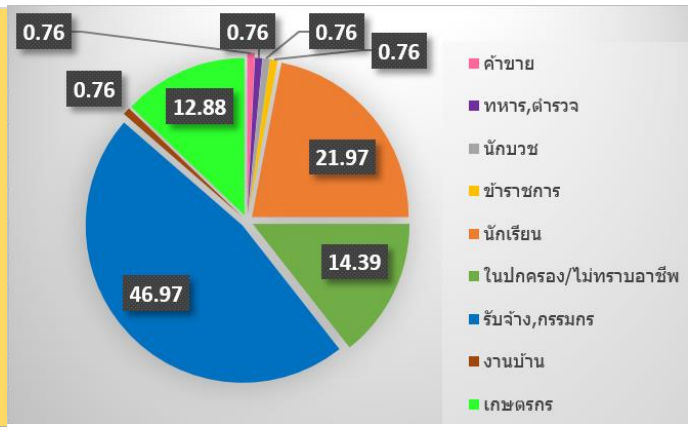


ที่มา :รายงาน 506 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

รูปที่ 19 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซิฟิลิส (Syphilis) เขตสุขภาพที่ 8 จำแนกตามอาชีพ ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2559



รูปที่ 20 ร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคซิฟิลิส (Syphilis) ในเขตสุขภาพที่ 8 จำแนกตามอาชีพ ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2559



ที่มา :รายงาน 506 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเขตสุขภาพที่ 8 จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปี พ.ศ. 2554 - 2559 พบว่า อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบอัตราป่วยเพศชายสูงกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยเพศชายมีแนวโน้นเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในกลุ่มอายุระหว่าง 15 - 24 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และพบผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มอาชีพนักเรียน/นักศึกษา รองลงมาคือ รับจ้าง/กรรมกร

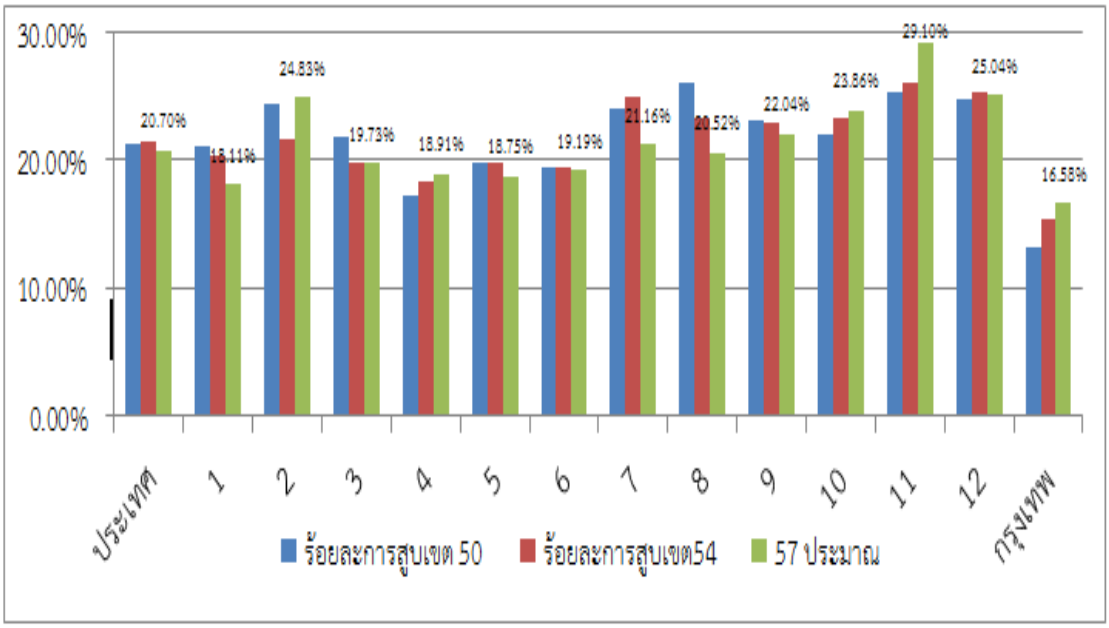
2.3 สถานการณ์ด้านพฤติกรรมเสี่ยงในเขตสุขภาพที่ 8

1) การสูบบุหรี่

จากการรายงานข้อมูลปี พ.ศ. 2558 การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบเสียชีวิตกว่าครึ่งของผู้สูบทั้งหมดมีผู้เสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคนเสียชีวิตต่อปีจากการสูบบุหรี่นอกจากนั้นยังพบว่าเกือบร้อยละ 80 ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดประมาณ 1 พันล้านคนอาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2550 -2557 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 1) แต่อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-18 ปี กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (รูปที่ 21)

รูปที่ 21 ร้อยละของการสูบบุหรี่ในประชากร กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2550 – 2557 จำแนกรายเขตสุขภาพ



2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากข้อมูลการรายงานสถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าอายุเฉลี่ยที่มีการดื่มแอลกอฮอล์คือ 15 ปีขึ้นไปโดยพบว่าในปีพ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายถึง 3.3 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 5.9 ของการเสียชีวิตทั่วโลก

สถานการณ์ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี จำแนกรายพื้นที่รับผิดชอบของ สคร. ปี 2557 พบว่า ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ สคร. 2 สูงที่สุด ร้อยละ 28.2 รองลงมาคือ พื้นที่ สคร. 9 และ สคร. 8 เท่ากับร้อยละ 27.7 และ 27.4 ตามลำดับ ตารางที่ 10

สถานการณ์ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี จำแนกรายพื้นที่รับผิดชอบของ สคร. ปี 2557 พบว่า ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ สคร. 2 สูงที่สุด ร้อยละ 28.2 รองลงมาคือ พื้นที่ สคร. 9 และ สคร. 8 เท่ากับ ร้อยละ 27.7 และ 27.4 ตามลำดับ ตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี รายพื้นที่รับผิดชอบของ สคร. ปี 2557

สคร.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	สปคม.	ภาพรวมประเทศ
ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี	24.6	28.2	17.5	14.2	8.2	13.7	16.6	27.4	27.7	22.3	9.0	10.9	17.0	18.1

3) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

จากการรายงานในปี 2553 พบว่าร้อยละ 23 ของผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยคิดเป็นร้อยละ 20 ในเพศชายและร้อยละ 27 พบว่าร้อยละ 81 ของวัยรุ่นในช่วงอายุ 11-17 ปีมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอโดยวัยรุ่นผู้ชายมีกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้หญิง

จากผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค) พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2548 2550 และ 2553 พบว่า ความชุกของประชากรไทยอายุ 15-74 ปี ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เท่ากับ ร้อยละ 64.9 59.3 และ 63.3 ตามลำดับ

4) การบริโภคที่ไม่เหมาะสม

การบริโภคที่ไม่เหมาะสมเป็น 1 ใน 4 ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะอาหารกลุ่มหวานมันเค็มโดยข้อมูลปี 2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจำนวน 1.7 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเกลือ/โซเดียม

จากผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค) พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2548 2550 2553 และ 2558 พบว่า ความชุกของประชากรไทยอายุ 15-74 ปี ที่รับประทานผักหรือผลไม้ น้อยกว่า 5 หน่วยมาตรฐาน ภายใน วันที่ผ่านมา เท่ากับ ร้อยละ 78.9 77.8 78.8 และ 80.3 ตามลำดับ

2.4 สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมในเขตสุขภาพที่ 8

ก. ปัญหามลพิษจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม

ปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนมีความชัดเจนและรุนแรงขึ้น ดังจะเห็นได้จากปัญหาคุณภาพสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมจากมลพิษ ที่ถูกปล่อยจากครัวเรือน ชุมชน การประกอบกิจการในชุมชน และโรงงานอุตสาหกรรม ทั้งโดยที่ไม่ตั้งใจและตั้งใจ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการหย่อนประสิทธิภาพการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการบังคับใช้กฎหมายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาที่ควรได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในระยะยาว โดยเฉพาะประชาชนในพื้นที่เสี่ยง โดยปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มีดังนี้

1. ขยะมูลฝอย

1.1 สถานการณ์ปัญหาของมูลฝอยในเขตสุขภาพที่ 8

ตารางที่ 11 แสดงสถานการณ์ปัญหาของมูลฝอยในเขตสุขภาพที่ 8 ปี 2559

ลำดับ	หน่วยงาน	จังหวัด	จำนวนระบบ	งบประมาณ (ล้านบาท)	ปริมาณขยะมูลฝอย(ตัน/วัน) ที่เกิดขึ้นจริง	เข้าระบบ	% เข้าระบบ
1	สสภ.9	อุดรธานี	4	261.07	2,462	255	10.36
2	สสภ.9	เลย	1	56.28	186	46	24.73
3	สสภ.9	หนองคาย	4	314.32	1,089	60	5.55
4	สสภ.9	สกลนคร	3	186.13	1,007	83	8.27
5	สสภ.9	นครพนม	2	166.05	420	57	13.64
6	สสภ.10	หนองบัวลำภู	2	73.7	301	39	12.95
รวม			**16**	**1057.55**	**5465**	**540**	**12.58**

ที่มา : กลุ่มวิเคราะห์และประสานแผนปฏิบัติการ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

จากตารางเห็นได้ว่า ปริมาณขยะที่เข้าสู่ระบบมีจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับปริมาณขยะที่เกิดขึ้นจริง มีปริมาณขยะเข้าสู่ระบบเพียง 12.58% ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีปริมาณขยะตกค้างจำนวนมากในแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8

จังหวัดอุดรธานี

มีปริมาณขยะมูลฝอย 612,969 ตัน/ปีหรือวันละ 1,679 ตัน เกิดจากเทศบาลนครอุดร 294 ตัน/วัน , เทศบาลเมือง 76 ตัน/วัน , เทศบาลตำบล 550 ตัน/วัน , อปท.อื่น 760 ตัน/วัน และสามารถกำจัดขยะได้ 1,438 ตัน/วัน หรือ 524,975 ตัน/ปี คงเหลือ 241 ตัน/วันหรือ 87,994 ตัน/ปี และเกิดขยะมูลฝอยสะสม 19,176 ตัน สถานที่กำจัดขยะที่ถูกต้องตามหลักวิชาการตามมาตรฐานของกรมควบคุมมลพิษ มีจำนวน 2 แห่ง คือ สถานที่กำจัดขยะเทศบาลนครอุดรธานี และเทศบาลเมืองบ้านดุง ส่วนสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ยอมรับได้ มี 2 แห่ง คือ สถานที่กำจัดขยะเทศบาลตำบลแวงแก้มหอม และเทศบาลตำบลดอนพัน

ปัญหาหารจัดการขยะมูลฝอย เกิดจากสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยเดิมไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ สถานที่ที่จะจัดตั้งเป็นที่กำจัดขยะมูลฝอยใหม่มีคัดค้านการก่อตั้ง และการขาดความรู้ทางเทคนิควิชาการของ อปท. เจ้าของระบบ ทต./อบต. รวมทั้งงบประมาณที่มีจำกัด

จังหวัดเลย

ปริมาณขยะในพื้นที่จังหวัดเลย พบว่ามีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 63,071 ตัน/วัน หรือคิดเป็น 237,938.11 ตัน/ปี ซึ่งปริมาณขยะทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นขยะที่เกิดขึ้นในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย จำนวน 100 แห่ง ประกอบด้วยเทศบาลเมือง จำนวน 2 แห่ง เทศบาลตำบลจำนวน 27 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 71 แห่ง โดยมีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของจังหวัดเลย มีทั้งหมด 42 แห่ง
จากปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 100 แห่ง และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 34 แห่ง ที่ไม่มีบริการการเก็บขนขยะมูลฝอย คิดเป็นปริมาณ 157,24 ตัน/วัน (57,391.67 ตัน/ปี) ซึ่งปริมาณขยะมูลฝอยเหล่านี้ ไม่ได้มีการกำจัดถูกต้องตามหลักวิชาการ

ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกจำนวน 66 แห่ง มีบริการเก็บขนขยะมูลฝอย คิดเป็นปริมาณ 494.65 ตัน/วัน (180,548 ตัน/ปี) โดยปริมาณขยะมูลฝอยเหล่านี้และสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของจังหวัดเลยทั้ง 42 แห่งนั้น มีปริมาณขยะสะสม ซึ่งก็คือ ปริมาณขยะตกค้างที่อยู่ใน site ที่ไม่มีการฝังกลบให้ถูกวิธี โดยการกองไว้หรือเผา ที่เป็นลักษณะ Open dump ทั้งหมด มีปริมาณถึง 10,500.28 ตัน ซึ่งหลังจากนี้จะต้องหาวิธีในการกำจัดให้ถูกวิธีอย่างเร่งด่วน ต่อไป

จังหวัดหนองคาย

จังหวัดหนองคายมีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นปริมาณขยะ ณ ครัวเรือน ประมาณ 323 ตันต่อวันหรือประมาณ 0.12 ล้านตันต่อปี จำแนกเป็นเขตเทศบาลเมือง (2 แห่ง) ประมาณ 77 ตันต่อวัน เขตเทศบาลตำบล(17 แห่ง) ประมาณ 76 ตันต่อวัน และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (48 แห่ง) ประมาณ 170 ตันต่อวันจังหวัดหนองคาย มีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย จำนวน 19 แห่ง จำแนกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

(1) สถานที่กำจัดที่ถูกหลักวิชาการ (ศูนย์จัดการขยะมูลฝอยรวม) จำนวน 3 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์ฯเทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่ ศูนย์ฯเทศบาลเมืองท่าบ่อ และศูนย์ฯเทศบาลเมืองหนองคาย มีอัตราขยะมูลฝอย ที่ได้รับการกำจัด ประมาณร้อยละ 70 – 80 โดยมีเป้าหมายจัดตั้งอีก 1 ศูนย์ คือ ศูนย์ฯเทศบาลตำบลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย มีเป้าหมายจัดตั้งสถานีขนถ่ายขยะมูลฝอย 2 แห่ง (อำเภอสังคม/อำเภอเฝ้าไร่)

(2) สถานที่กำจัดที่ไม่ถูกหลักวิชาการ มีวิธีกำจัด คือ การเทกองกลางแจ้ง (Open Dumping) จำนวน 16 แห่ง มีอัตราขยะมูลฝอยที่ได้รับการกำจัด ประมาณร้อยละ 20 – 30

จังหวัดสกลนคร

สถานการณ์ขยะมูลฝอยในภาพรวมของจังหวัดสกลนคร มีมูลฝอยทั่วไปชุมชน ประมาณ 1,040 ตันต่อวัน แบ่งเป็นมูลฝอยที่เกิดจากเทศบาล/อบต. ที่มีการให้บริการ จำนวน 431 ตันต่อวัน และเป็นมูลฝอยที่เกิดในเขตเทศบาล/อบต. ที่ไม่มีการให้บริการ 609 ตันต่อวัน (พิจารณาจากอัตราการเกิดมูลฝอย เทศบาลนคร 1.89 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน เทศบาลเมือง 1.15 กิโลกรัมต่อคนต่อวันเทศบาลตำบล 1.02 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน องค์การบริหารส่วนตำบล 0.91 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน

มีสถานที่กำจัดมูลฝอยอย่างถูกหลักวิชาการ โดยเป็นการฝังกลบแบบถูกหลักสุขาภิบาล (Sanitary landfill) จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ระบบกำจัดมูลฝอยเทศบาลนครสกลนคร เทศบาลตำบลพังโคนและเทศบาลตำบลท่าแร่ มีปริมาณมูลฝอยที่กำจัดถูกหลักวิชาการ 161.33 ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 64.84 ของปริมาณมูลฝอยที่เก็บรวบรวมได้ ส่วนปริมาณมูลฝอย จ านวน 87.67 ตันต่อวัน ถูกกำจัดในสถานที่กำจัดมูลฝอยแบบไม่ถูกหลักวิชาการกระจายทั่วไปในพื้นที่ 18 อำเภอของจังหวัด ซึ่งก่อให้เกิดมูลฝอยสะสมตกค้างปริมาณ 21,869.82 ตัน (อัตราการสะสมมูลฝอย 19.63 กิโลกรัมต่อคน) ส่งผลให้เป็นจังหวัดที่มีปริมาณมูลฝอยสะสมลำดับ 56 ของประเทศ

จังหวัดนครพนม

ขยะมูลฝอยทั่วไปของจังหวัดนครพนม โดยสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดนครพนม ร่วมกับสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค 9 อุดรธานี ได้ศึกษาปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนในจังหวัดนครพนมที่

เกิดขึ้น ปี 2558 จากจำนวน อปท. ทั้งหมด 103 แห่ง พบมีปริมาณขยะที่เกิดขึ้น 245,732 ตันต่อปี มี อปท. จำนวน 73 แห่ง ที่มีการให้บริการเก็บขนขยะเพื่อนำไปกำจัด คิดเป็นปริมาณขยะ จำนวน 187,898 ตันต่อปี และ อปท. จำนวน 30 แห่ง ไม่ได้มีการให้บริการเก็บขน คิดเป็นปริมาณขยะ 57,835 ตันต่อปี และมีปริมาณขยะสะสม จำนวน 99,904 ตัน ซึ่ง อปท. ที่มีปริมาณขยะสะสมจำนวนมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) เทศบาลเมืองนครพนม จำนวน 90,000 ตัน คิดเป็นร้อยละ 90 2) เทศบาลตำบลธาตุพนม จำนวน 3,750 ตัน คิดเป็นร้อยละ 3.75 และ 3) เทศบาลตำบลศรีสงคราม จำนวน 2,400 ตัน คิดเป็นร้อยละ 2.40

อย่างไรก็ตาม จังหวัดนครพนม ได้พยายามเร่งผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 3 แห่ง เร่งดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยตกค้างสะสม โดยวิธีการฝังกลบอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการต่อไป โดยขณะนี้ เทศบาลเมืองนครพนม ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมภายใต้แผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด ในปีงบประมาณ 2559 – 2560 มีกรอบวงเงินทั้งโครงการ รวม 45,854,000 บาท เพื่อดำเนินโครงการก่อสร้างระบบกำจัดขยะมูลฝอยรวมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพศูนย์กำจัดขยะมูลฝอยรวมของเทศบาลเมืองนครพนม โดยขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการ คาดว่าโครงการดังกล่าวจะแล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2560 รวมทั้งการดำเนินโครงการการจัดการขยะเพื่อนำมาเป็นเชื้อเพลิงในการผลิตกระแสไฟฟ้า ซึ่งเป็นโครงการร่วมระหว่างมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีและกระทรวงพลังงาน

จังหวัดหนองบัวลำภู

ปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในจังหวัด หนองบัวลาภู 496 ตันต่อวัน ขยะสะสม 29,662 ตัน นำไปใช้ประโยชน์ 168 ตัน/วัน (33.9 %) กำจัดถูกต้อง 47 ตัน/วัน (8.7 %) กำจัดไม่ถูกต้อง 281 ตัน/วัน (57.5 %)

ตารางที่ 12 แสดงความสามารถในการรองรับขยะของสถานที่กำจัดขยะจังหวัดหนองบัวลำภูปี 2559

สถานที่กำจัดขยะ	**สามารถรองรับขยะ**	**ปริมาณที่เข้าระบบ**
ทม.เมืองหนองบัวฯ	40 ตันต่อวัน	40 ตันต่อวัน
ทต.โนนสัง	30 ตันต่อวัน	7 ตันต่อวัน

1.2 มูลฝอยติดเชื้อ

เขตสุขภาพที่ 8 มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 92 รพ. มีขยะติดเชื้อ รวม 2,058.2 ตัน/ปี เก็บขนและกำจัดโดยเอกชน 81 รพ.จำนวน 1,865 ตัน/ปี เก็บขนและกำจัดเอง 11 รพ. จำนวน 193.2 ตัน/ปี รายชื่อหน่วยงานที่เก็บขนและกำจัด ได้แก่

1. ส.เรืองโรจน์ สระบุรี เก็บขนแล้วส่งกำจัดที่ บ.โชติกรณ์พิบูลย์ นครสวรรค์ ราคา 11-15 บาท/กก.

2. หจก.ไทยเอ็นไวรอนเม้นท์ ซีสเท็มส์ เก็บขนแล้วส่งกำจัดที่ หจก.ไทยเอ็นไวรอนเม้นท์ ซีสเท็มส์ จ.สมุทรปราการ ราคา 15 บาท/กก.

3. ทน.อุดรธานี(รพ.5 แห่ง) เก็บขนและกำจัดเอง ราคา 15 บาท/กก. (ข้อมูลจากการตรวจราชการปี 2559) ขณะนี้ ทน.อุดรธานี ได้ก่อสร้างเตาเผากำจัดขยะติดเชื้อเสร็จแล้ว และดำเนินการทดสอบระบบ โดยหจก. ไทยเอ็นไวรอนเม้นท์ ซีสเท็มส์ แต่เนื่องจากราคาที่กำหนดไว้คือ 17.25บาท/กก. ทำให้หลายโรงพยาบาลยังไม่สามารถเข้าร่วมกำจัดได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขหาทางออกร่วมกันต่อไป

1.3 ความเสี่ยงของผู้ประกอบอาชีพเก็บ คัดแยก และรีไซเคิลขยะ

ด้วยลักษณะการทำงานของแรงงานเก็บขยะ ที่ได้รับสัมผัสกับขยะตลอดเวลาการทำงาน จึงมีความ เสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบจากขยะประเภทต่างๆ เช่น ขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย เป็นต้น รวมถึงสภาพแวดล้อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน โดยความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นทำให้มีอาการแสดงหรือความ เป็นพิษทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเริ่มที่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะจนถึงระบบของ ร่างกาย ในระดับที่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง ซึ่งสามารถจำแนกตามลักษณะของความเสี่ยงได้ ดังนี้

ความเสี่ยงด้านกายภาพ เกิดจากสิ่งคุกคาม เช่น อุณหภูมิ แรงสั่นสะเทือนของ พลังงานเสียง พลังงานแสง รังสีคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นต้น ซึ่งมีคุณสมบัติท้าให้เกิดโรคในคนได้ ยกตัวอย่างเช่น แรงงานเก็บ ขยะที่ท้างานในบริเวณที่มีแสงแดดจ้า อุณหภูมิสูงจนท้าให้ร่างกายขาดน้ำ เกิดอาการ อ่อนเพลีย เป็นลมหรือ หมดสติ

ความเสี่ยงด้านเคมี เกิดจากสิ่งคุกคามที่เป็นสารเคมีทุกชนิดซึ่งมีสมบัติเป็นพิษต่อคนได้ ไม่ว่าจะอยู่ใน สถานะแก๊สของเหลว หรือของแข็ง ก็ตาม ทั้งที่เป็นธาตุและที่เป็นสารประกอบ ทั้งที่เป็นสารอินทรีย์และ สารอนินทรีย์ ตัวอย่างเช่น สารตะกั่ว สารปรอท สารหนู ยาฆ่าแมลง เป็นต้น

ความเสี่ยงด้านชีวภาพ เกิดจากสิ่งคุกคามที่เป็นสิ่งมีชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเชื้อจุลินทรีย์ แมลง หรือสัตว์ ก่อโรค รวมทั้งเนื้อเยื่อหรือสารคัดหลั่งของสิ่งมีชีวิต ที่สามารถท้าให้เกิดการติดเชื้อและเจ็บป่วยได้ยกตัวอย่าง เช่น โรคบาดทะยัก โรคฉี่หนู โรคอุจจาระร่วง โรคตาแดง เป็นต้น

ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ เกิดจากสภาวการณ์ใดๆ ก็ตาม ที่ท้าให้ท้างานได้อย่างไม่สะดวก สบาย ติดขัด เกิดอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ท้างานได้ช้า ตัวอย่างของสภาวการณ์ดังกล่าวนี้ เช่น การ ท้างานในที่แคบ การ

ที่ต้องเอี้ยวตัว การยกของหนัก การที่ต้องเพ่งสายตามองแสงจ้าเป็นเวลานานๆ การท้างานที่ต้องก้มๆ เงยๆ เหล่านี้เป็นต้น

ความเสี่ยงด้านการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เกิดจากสภาวการณ์หรือพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยต่างๆ ที่มีโอกาสท้าให้คนเกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย พิการ หรือเสียชีวิตได้ ซึ่งแรงงานเก็บขยะมีโอกาสสูงที่อาจได้รับบาดเจ็บจากการชน กระแทก ถูกวัสดุหล่นทับ ถูกของมีคมทิ่มแทง รวมไปถึงจากการระเบิด จนได้รับบาดเจ็บพิการหรือถึงขั้นเสียชีวิต

ความเสี่ยงด้านจิตวิทยาสังคม เกิดจากสถานการณ์หรือสภาวการณ์ใดๆ ก็ตาม ที่อาจกระตุ้นให้เกิด ปัญหาทางด้านจิตใจ หรือความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือในสังคม ของผู้ที่ท้างานหรืออยู่ในสภาวการณ์นั นๆ แรงงานเก็บขยะ มักมีความเครียดจากได้จากหลายสาเหตุ โดยเฉพาะสาเหตุจากเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอ รวมถึงฐานะทางสังคมที่ถูกมองว่าเป็นแรงงานที่สกปรก ต้อยต่ำ

2. เหมืองโพแทซ

จากการสำรวจแหล่งแร่โพแทชในประเทศไทย โดยกรมทรัพยากรธรณี พบว่า แร่โพแทชมีจำนนวนมากในเขต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือปัจจุบันมีการสำรวจพบแหล่งแร่โพแทชในแหล่งแร่บำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ แหล่งแร่อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี แหล่งแร่วารนิวาส จังหวัดสกลนคร แหล่งแร่ขอนแก่น - มหาสารคาม แหล่งแร่นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมาและแหล่งแร่นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม (กรมทรัพยากรธรณี, 2551)

ผลผลิตหลักจากการทำเหมืองแร่โพแทช ได้แก่ แร่โพแทช หรือโพแทชเซียมคลอไรด์ ซึ่งนำไปใช้ในการผลิตปุ๋ยโพแทช ส่วนผลิตผลพลอยได้ ได้แก่ เกลือโซเดียมคลอไรด์ แมกนีเซียมคลอไรด์ และโพแทชเซียมคลอไรด์ ซึ่งนำไปเป็นวัตถุดิบในอุตสาหกรรมหลายประเภท เช่น อุตสาหกรรมแก้ว เซรามิกส์ ฉนวนเคมี ผลิตยาง ผลิตใยสังเคราะห์เรยอง เป็นต้นจากข้อมูลของกรมทรัพยากรธรณีและกรม

ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า อุตสาหกรรมพื้นฐานและการเหมืองแร่ แหล่งแร่โพแทชของประเทศไทยมีอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพื้นที่ที่คาดว่าจะมีความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมกับ สุขภาพ จากกรณีเหมืองแร่โพแทช มีดังนี้

1. พื้นที่ได้รับอาชญาบัตรพิเศษ (หนังสือสำคัญที่ออกให้เพื่อผูกขาดสำรวจแร่เป็นกรณีพิเศษภายในเขตที่กำหนดในหนังสือสำคัญนั้น) จำนวน 37 แห่ง กระจายอยู่ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ สกลนคร นครราชสีมา ซึ่งอยู่ในพื้นที่ รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น) จำนวน 6 แห่ง อยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 (อุดรธานี) จำนวน 12 แห่ง และ อยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา) จำนวน 19 แห่ง

2. พื้นที่ได้รับประทานบัตร (หนังสือสำคัญที่ออกให้เพื่อทำเหมืองภายในเขตที่กำหนดในหนังสือสำคัญนั้น) จำนวน 2 แห่ง ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา

3. พื้นที่ที่อยู่ระหว่างการพิจารณาให้ประทานบัตร จำนวน 1 แห่ง ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี อยู่พื้นที่รับผิดชอบ ของเขตสุขภาพที่ 8 (อุดรธานี)

ข้อห่วงกังวลของประชาชน เกี่ยวกับผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น ผลกระทบจากการแพร่กระจายของเหลือในแหล่งน้ำธรรมชาติและพื้นที่การเกษตร การเกิดแผ่นดินทรุดตัว รวมไปถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นเกลือโพแทช

3.โรงงานยางพารา

3.1 สถานการณ์โรงงานยางพารา

ปัจจุบันพื้นที่การเกษตรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการปลูกยางพาราเพิ่มมากขึ้น ผลที่ตามมาคือ มีปริมาณน้ำยางพาราและยางก้นถ้วย ออกสู่ตลาดมากยิ่งขึ้น มีโรงงานรับซื้อยางถูกสร้างขึ้นเพื่อรองรับ ผลผลิตยางในพื้นที่ ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 8 มีโรงงานยางพาราจำนวน 64 แห่ง ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 15 แห่ง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 1 แห่ง จังหวัดหนองคาย จำนวน 4 แห่ง จังหวัดสกลนคร จำนวน 14 แห่ง จังหวัดเลย จำนวน 14 แห่ง จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 11 แห่ง และจังหวัดนครพนม จำนวน 5 แห่ง

3.2 ความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน

การประกอบกิจการยางพารา เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชน ได้แก่

ด้านกายภาพ เช่น กลิ่นเหม็น เสียงรำคาญ รบกวน อุบัติเหตุ น้ำเสีย

ด้านสุขภาพ เช่น แพ้สารเคมี เจ็บป่วย อุบัติเหตุจาการทำงาน ความเครียด วิตกกังวล วิถีชีวิตเปลี่ยนไป

ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น น้ำเสีย มลพิษทางอากาศ ขยะมูลฝอย กลิ่นเหม็น จากการอบยางและรมยาง ขยะมูลฝอย

ด้านสารเคมีและเชื้อโรค เช่น แพ้สารเคมี เชื้อรา แบคทีเรีย

ด้านการขนส่ง น้ำกรดทำให้ถนน เสียหาย ถนนลื่น ทำให้เกิดอุบัติเหตุ เสียทรัพย์สิน เสียชีวิต (มีสถิติ รถชน 6 คันซ้อนและเสียชีวิต) น้ำกรดฟุ้งกระจาย ทำลายทรัพย์สิน เช่น สีรถยนต์ เป็นต้น

4. โรงไฟฟ้าชีวมวล

สถานการณ์โรงไฟฟ้าชีวมวล

ในปัจจุบันมีจำนวนโรงไฟฟ้าชีวมวลในประเทศไทยทั้งหมด 135 แห่ง แบ่งเป็นภาคเหนือ 1 แห่งภาคกลาง 34 แห่ง ภาคอีสาน 44 แห่ง ภาคใต้ 28 แห่ง ภาคตะวันออก 14 แห่ง และภาคตะวันตก 14 แห่ง (สำนักนโยบายและแผนพลังงาน, 2556) โรงไฟฟ้าในแต่ละภูมิภาคจะใช้เชื้อเพลิงชีวมวลในการผลิตไฟฟ้า จะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปริมาณชีวมวลที่มีในภูมิภาคนั้น เช่น ภาคกลางส่วนใหญ่เป็นโรงไฟฟ้าที่ใช้แกลบและเศษไม้เป็นเชื้อเพลิง ภาคเหนือเชื้อเพลิงที่ใช้มากคือแกลบและเศษไม้ ภาคอีสานเชื้อเพลิงเป็นจำพวกแกลบ เศษไม้ และเศษวัสดุ และภาคใต้จะใช้ทะลายปาล์มเป็นส่วนใหญ่ ถ้าแบ่งตามวัสดุที่ใช้เป็นเชื้อเพลิงจะพบว่าแกลบเป็นเชื้อเพลิงที่นิยมนำเป็นใช้มากที่สุด รองลงมาเป็นพวกเศษวัสดุ เศษไม้ และทะลายปาล์ม

ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มี โรงงานไฟฟ้าชีวมวล จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี 4 แห่ง จังหวัดเลย 2 แห่ง จังหวัดหนองคาย 1 แห่ง สกลนคร 1 แห่ง และจังหวัดหนองบัวลำภู 1 แห่ง

มลพิษที่เกิดจากกระบวนการผลิตและผลกระทบต่อสุขภาพ

จากการวิเคราะห์กระบวนการและมลพิษสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ตัวอย่างการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากทั้งใน และต่างประเทศ มลพิษและสิ่งคุกคามสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรงไฟฟ้าชีวมวล มีดังนี้

1. มลพิษทางอากาศ

- ฝุ่นละออง (TSP, PM10, PM 2.5) พบว่าควันจากการเผาไม้ประกอบด้วยฝุ่นซึ่งส่วนใหญ่มีขนาดเล็กกว่า 2.5 (PM2.5) และเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) ซึ่งสามารถเข้าไปถึงปอดและถุงลมปอดได้ โรงไฟฟ้าชีวมวลจะทำให้เกิดฝุ่นอยู่ระหว่าง 30- 80 มิลลิกรัมต่อกิโลวัตต์ไฟฟ้า ซึ่งยังอยู่ในระดับที่ไม่มากหากเทียบกับโรงไฟฟ้าถ่านหินซึ่งอาจทำให้เกิดฝุ่นสูงถึงกว่าพันมิลลิกรัมต่อกิโลวัตต์ (National research council, 2009)

- ก๊าซออกไซด์ของไนโตรเจน (NOx) เป็นก๊าซมลพิษหลักที่เกิดจากอุตสาหกรรมประเภทนี้ การใช้เชื้อเพลิงชีวมวลจะทำให้เกิดก๊าซออกไซด์ของไนโตรเจนไม่แตกต่างกับเชื้อเพลิงซากดึกดำบรรพ์ ปริมาณก๊าซที่เกิดขึ้นจะอยู่ระหว่าง 290 – 820 มิลลิกรัมต่อกิโลวัตต์ของไฟฟ้าที่ผลิตได้ ขึ้นอยู่กับปริมาณของสารไนโตรเจนซึ่งจะถูกกำหนดโดยชนิดของพืชที่ใช้เป็นเชื้อเพลิง และอุณหภูมิที่ใช้เผา อุณหภูมิยิ่งสูงยิ่งทำให้เกิดก๊าซออกไซด์ของไนโตรเจนมาก (National research council, 2009)

- ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO2) ปริมาณก๊าซซัลเฟอร์ที่ปล่อยจากการผลิตไฟฟ้าจากชีวมวลจะอยู่ระหว่าง 40-940 มิลลิกรัมต่อกิโลวัตต์ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์เป็นก๊าซไม่มีสี มีกลิ่นฉุนแสบจมูก ผลกระทบต่อสุขภาพเกิดจากการจะรวมตัวของก๊าซนี้กับน้ำ กลายเป็นกรดกำมะถันซึ่งเป็นกรดที่มีฤทธิ์ทำลายสูง ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์จึงสามารถทำอันตรายต่ออวัยวะทุกระบบที่ก๊าซนี้แทรกซึมผ่าน ในกรณีที่มีความเข้มข้นของก๊าซสูงจะทำให้เส้นขนในระบบทางเดินหายใจ (Cilia) เคลื่อนไหวช้าลง เป็นเหตุให้ประสิทธิภาพของการขจัดฝุ่นละอองของ

ท่อทางเดินหายใจลดลง ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์มีผลกระทบต่อร่างกายอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง (WHO, 2006; วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544)

- ก๊าซคาร์บอนมอนอคไซด์ (CO) คาร์บอนมอนอกไซด์เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ ปริมาณที่เกิดขึ้นจึงไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการเผาไหม้ของระบบเตาเผาที่ใช้ ก๊าซนี้ไม่มีสี กลิ่น และรส ที่ระบบประสาทสัมผัสของมนุษย์จะสามารถบอกได้ ผลกระทบต่อร่างกายที่สำคัญของก๊าซคาร์บอนมอนอคไซด์ คือ จะทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายได้รับลดลง โดยก๊าซนี้จะไปรบกวนระบบลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้อวัยวะโดยเฉพาะ สมอง และหัวใจ ขาดอากาศ ถ้ามีก๊าซนี้มากๆจะทำให้เสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้นได้ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ได้แก่ การสูญเสียสมาธิ และการควบคุมการทำงานของมือและเท้าได้ไม่ดี เหนื่อยง่าย เพิ่มโอกาสและรุนแรงของอาการหัวใจวายในกลุ่มคนที่เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว (WHO, 2003)

- ก๊าซโอโซน (O3) ก๊าซโอโซนเกิดจากปฏิกิริยาเคมีระหว่างสารประกอบไฮโดรคาร์บอนและก๊าซออกไซด์ของไนโตรเจนโดยมีแสงแดดเป็นตัวเร่งปฏิกิริยา โดยทั่วไปจะพบโอโซนมากในบริเวณที่ห่างออกไปจากแหล่งกำเนิด โอโซนจะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ผลกระทบแบบเฉียบพลันที่สำคัญคือ เพิ่มโอกาสเสียชีวิตในทุกกลุ่มอายุ โดยพบว่าระดับโอโซนที่เพิ่มขึ้น 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร หรือ 5 ส่วนในพันล้านส่วนจะเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตระหว่างร้อยละ 0.2-0.6 เพิ่มอัตราป่วยด้วยโรคในระบบหายใจโดยพบว่าระดับโอโซนที่เพิ่มขึ้น 5 ส่วนในล้านส่วนจะทำให้มีผู้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคระบบทางระบบหายใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5-0.7 และพบว่าในช่วงวันที่ระดับโอโซนสูงจะมีอัตราการใช้ยาในเด็กที่เป็นโรคหอบหืดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าโอโซนมีผลกระทบทางลบต่อการทำงานของปอด โอโซนสร้างผลกระทบในระยะยาวต่อร่างกายได้หลายอย่าง ได้แก่ การลดประสิทธิภาพการทำงานของปอด ระคายเคืองและทำลายระบบทางเดินหายใจ และปอด ลดการทำงานของปอดในเด็ก

2. มลภาวะทางเสียง

ประชาชนที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้เคียงโรงไฟฟ้าอาจได้ยินเสียงดังของเครื่องจักรและเสียงจากรถบรรทุก เสียงเหล่านี้อาจทำให้ประชาชนในท้องถิ่นรู้สึกเดือดร้อนรำคาญ โดยเฉพาะถ้าเสียงดังเกิดขึ้นในช่วงเวลาพักผ่อนของประชาชน ส่วนปัญหาสูญเสียการได้ยินจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อได้สัมผัสกับเสียงดังเกินมาตรฐาน หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่วนใหญ่มักเกิดกับคนงาน มาตรฐานเสียงทั่วไปกำหนดให้มีค่าเฉลี่ย (Leq) 24 ชั่วโมงเสียงไม่เกิน 70 เดซิเบลเอ ส่วนระดับเสียงดังในระหว่างกลางวัน-กลางคืน (Ldn) องค์กรพิทักษ์สิ่งแวดล้อมของอเมริกา (USEPA) เสนอแนะค่ามาตรฐานเท่ากับ 55 เดซิเบลเอ (มูลนิธิพลังงานเพื่อสิ่งแวดล้อม ,2549)

3. อุบัติเหตุและการจราจร

การขนส่งเชื้อเพลิงชีวมวลจะเพิ่มจำนวนรถที่วิ่งในชุมชนรอบโรงไฟฟ้า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพการจราจร การชำรุดของถนน และการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนได้ นอกจากนี้ผู้ที่อยู่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้ายังมีความเสี่ยงต่อผลกระทบในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุที่ขึ้นกับโรงไฟฟ้า

4. ความเครียดและความรำคาญ

ประชาชนที่อยู่รอบๆโรงไฟฟ้าอาจมีความวิตกกังวลว่าการอยู่ในสภาพแวดล้อมดังกล่าวจะมีต่อผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง และครอบครัว นอกจากนี้พวกเขายังอาจได้รับความเดือดร้อนรำคาญจากกลิ่นเหม็นจากน้ำเสีย และก๊าซที่เกิดจากกระบวนการผลิตไฟฟ้า รวมถึงความเดือดร้อนรำคาญจากฝุ่นขนาดใหญ่ที่ตกบริเวณชุมชน ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดการปนเปื้อนสิ่งของเครื่องใช้ บ้านเรือนแล้ว ยังทำให้รู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยและสร้างความวิตกกังวลต่อผลกระทบต่อสุขภาพได้

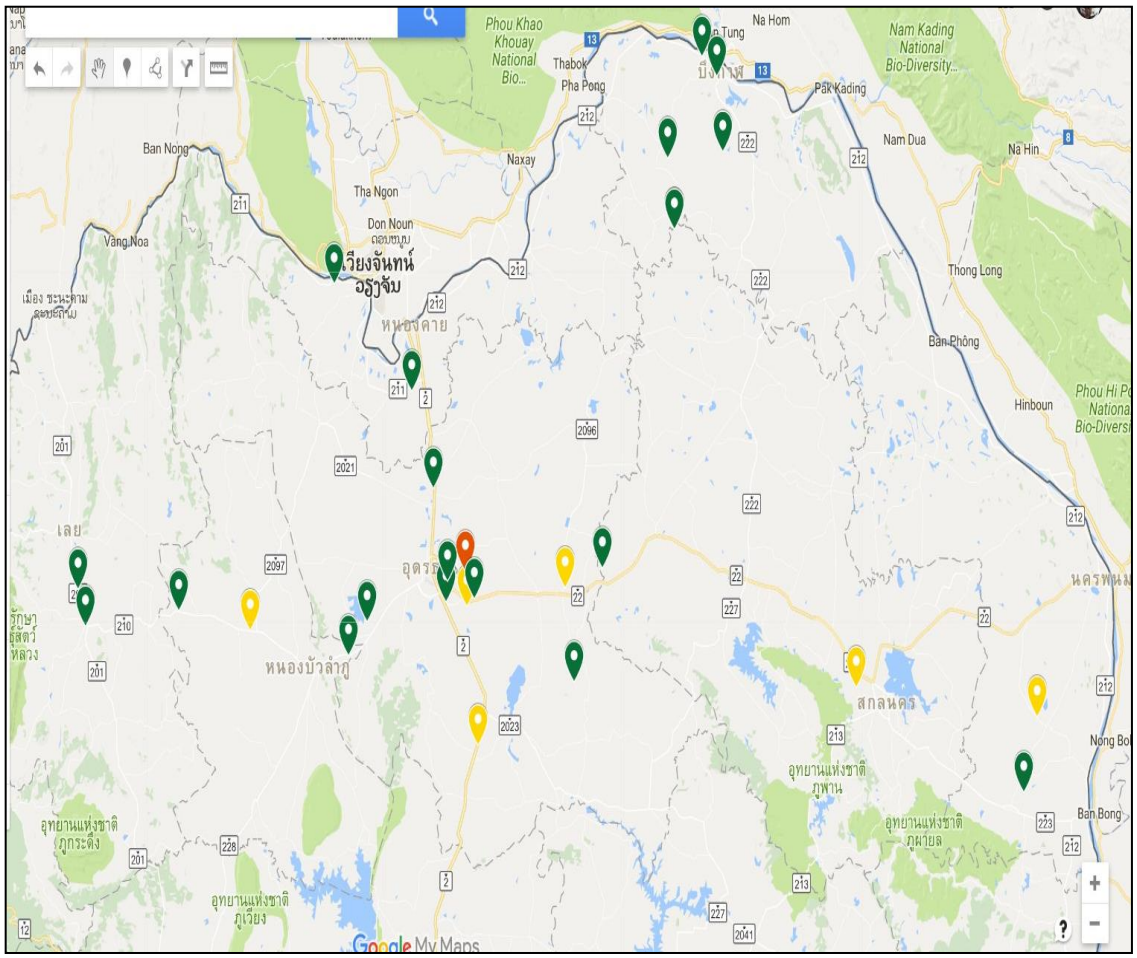
5. มลพิษทางน้ำและการขาดแคลนน้ำใช้

โรงไฟฟ้าชีวมวลมีการใช้น้ำมากเหมือนโรงไฟฟ้าพลังงานความร้อนจากเชื้อเพลิงฟอสซิลอื่นๆ เนื่องจากใช้เทคโนโลยีในการผลิตเหมือนกัน เพียงแต่เปลี่ยนเชื้อเพลิงที่ผลิตความร้อนเท่านั้น ในการผลิตไฟฟ้าจำเป็นต้องมีการใช้น้ำเพื่อลดอุณหภูมิของระบบ จึงต้องใช้น้ำเป็นจำนวนนับพันแกลลอนต่อเมกะวัตต์ แยกเป็นน้ำที่ใช้ครั้งเดียว (once through) 60-140 แกลลอนต่อเมกกะวัตต์ 460-520 แกลลอนต่อเมกกะวัตต์สำหรับหอหล่อเย็น(cooling tower) และ 4-800 แกลลอนต่อเมกกะวัตต์สำหรับสระลดอุณหภูมิ (cooling pond) (National research council, 2009) โรงไฟฟ้าชีวมวลอาจทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนน้ำของชุมชน และสร้างผลกระทบต่อการเกษตรในพื้นที่ นอกจากนี้น้ำทิ้งจากโรงไฟฟ้าอาจสร้างมลพิษแก่แหล่งน้ำ น้ำทิ้งอาจมีอุณหภูมิที่สูงซึ่งจะสร้างผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของสัตว์น้ำและรบกวนระบบนิเวศน์ของแหล่งน้ำได้

6. ขยะและของเสียอันตราย

นอกจากขยะทั่วไปในสำนักงานแล้ว โรงไฟฟ้าจะทำให้เกิดขี้เถ้าหรือวัสดุที่เผาไหม้ไม่หมดจำนวนมาก เถ้าเหล่านี้อาจมีสารโลหะหนักปะปน จำเป็นต้องได้รับการกำจัดอย่างเหมาะสม ไม่เช่นนั้นอาจเกิดผลกระทบต่อประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ได้ โดยกองขยะขนาดใหญ่จะทำให้เกิดสภาพที่ไม่น่าดู เป็นที่รังเกียจของผู้พบเห็นฟุ้งกระจายสร้างความสกปรกและความเดือดร้อนรำคาญแก่ชุมชน สารเคมีในขยะบางชนิดอาจระเหยกลายเป็นมลพิษทางอากาศ นอกจากนี้ขยะอาจถูกน้ำฝนชะล้างทำให้เกิดการปนเปื้อนดิน น้ำใต้ดิน และแหล่งน้ำได้ (พัฒนามูลพฤกษ์, 2550)

รูปที่ 22 แผนที่แสดง แหล่งกำเนิดปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8



เขียว หมายถึง โรงงานยางพารา

สีเหลือง หมายถึง โรงไฟฟ้าชีวมวล

สีแดง หมายถึง เหมืองโพแทซ

นอกจากปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ได้กล่าวไปแล้วเบื้องต้นนั้น ยังมีประเด็นด้านอื่นๆที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ดังนี้

5. เขตเศรษฐกิจพิเศษ

ปี 2556 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ริเริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจพื้นที่พิเศษ โดยเฉพาะพื้นที่ชายแดน ต่อมาในปี 2557 รัฐบาลโดย คณะกรรมการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ได้ประกาศพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ระยะแรก 5 พื้นที่ (ตาก มุกดาหาร สระแก้ว ตราด สงขลา) ต่อมา ปี 2558 ประกาศเพิ่มอีก 5 จังหวัด เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ระยะที่ 2 (หนองคาย นครพนม นราธิวาส กาญจนบุรี และ

เชียงราย) โดยพื้นที่นี้รัฐจะดำเนินการสนับสนุนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน สิทธิประโยชน์การลงทุน การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว การให้บริการแบบจุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ และการสนับสนุนอื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดึงดูดนักลงทุน เพิ่มขีดความสามารถการแข่งขันของประเทศ กระจายความเจริญสู่ภูมิภาค ลดความเหลื่อมล้ำ ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และแก้ไขปัญหาความมั่นคง ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวจะส่งกระทบต่อพื้นที่ทั้งด้านบวกและลบ ด้านบวก คือ ความสามารถในการแข็งขัน การจ้างงานและสร้างความเป็นอยู่ที่ดี แก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบเข้าเมือง และสร้างโอกาสการเป็นประตูการค้า ส่วนด้านลบ คือ การแย่งชิงการใช้ทรัพยากร การเคลื่อนย้ายประชากรและโรคติดต่อ การทะลักเข้าของผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน ความแออัดบริเวณด่านช่องทาง ปัญหาสิ่งแวดล้อม ภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรสาธารณสุข บริการสุขภาพที่ถูกแย่ง และภาระค่าใช้จ่ายในกรณีเรียกเก็บไม่ได้

อย่างไรก็ตามแม้มีการดำเนินการพัฒนางานสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง แต่มีหลายประเด็นที่ต้องพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ สอดรับกับนโยบายการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ เพื่อให้พื้นที่มีความพร้อมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี จึงมีความจำเป็นในการจัดการปัญหาและภัยสุขภาพด้านโรคกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยบูรณาการกับมิติอื่นๆ เช่น การพัฒนาสุขภาวะชายแดนตามกรอบ GHS/IHR2005 การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างด้าว และการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่อสัตว์สู่คน

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลเขตเศรษฐกิจพิเศษ เขตสุขภาพที่ 8

เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	การเชื่อมโยงระดับภูมิภาค	จุดยืนการพัฒนาของจังหวัด (positioning)	อุตสาหกรรมเป้าหมาย
6. เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษหนองคาย **พื้นที่** 22 ตำบล ใน 2 อำเภอ คือ อ. เมือง และ อ. สระใคร รวม 473.7 ตร.กม. หรือ 296,042 ไร่	อยู่บนเส้นทางหลักเชื่อมไทย-สปป.ลาว ห่างจากเวียงจันทน์ 24 กม. และสามารถเชื่อมต่อไปเวียดนามและจีนตอนใต้	เมืองการค้า ศูนย์โลจิสติกส์และคลังสินค้า อุตสาหกรรมแปรรูปการเกษตรและการท่องเที่ยว	มีอุตสาหกรรม 3 กลุ่ม ได้แก่ กิจการโลจิสติกส์ /กิจการเพื่อสนับสนุนการท่องเที่ยว /การบริการ (การค้าระหว่างประเทศ และพาณิชยกรรม)
9. เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษนครพนม **พื้นที่** 13 ตำบล ใน 2 อำเภอ ได้แก่ อ.เมือง และ อ.ท่าอุเทน รวม 794.8 ตร.กม. หรือ 495,743.8 ไร่	1. สามารถเชื่อมโยงไป สปป.ลาว เวียดนาม (ท่าเรือวุงอัง 300 กม.) และต่อไปยังจีนตอนใต้ที่สั้นที่สุด 2. เป็นประตูขนส่งสินค้าอุปโภคบริโภคจากภาคกลางไป สปป.ลาว-เวียดนาม	เมืองการค้า การท่องเที่ยว อุตสาหกรรมการเกษตร ศูนย์กลางการรักษาพยาบาล และการศึกษานานาชาติ	มีอุตสาหกรรม 2 กลุ่มได้แก่ กิจการโลจิสติกส์ / การบริการ (การค้าระหว่างประเทศและพาณิชยกรรม)

(ภายใต้ One Health) รวมทั้งการป้องกันควบคุมโรคติดต่อได้ด้วยวัคซีน เป็นต้น

ตารางที่ 14 แสดงอุสาหกรรมที่เกี่ยวของจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษและสิ่งคุกคามสุขภาพ

จังหวัด	อุตสาหกรรม	สิ่งคุกคาม
นครพนม	แปรรูปสินค้าเกษตร อุตสาหกรรมการผลิตสิ้นค้าอุปโภคบริโภค อุตสาหกรรมเกี่ยวกับวัสดุสิ่งก่อสร้าง อุตสาหกรรมเกี่ยวกับอาหารแช่แข็งและห้องเย็น ศูนย์กลางการค้าส่งและตลาดสินค้าเกษตร สินค้าแปรรูปอุตสาหกรรมอาหารปลอดภัย และศูนย์กลางโลจิสติกส์ การขนส่ง การรวบรวมและกระจายสินค้า	Radiation,noise,bacteria,dust, ammonia,injuly
มุกดาหาร	อุตสาหกรรมเกษตร เครื่องหนัง ลอจิสติกส์ อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว	bacteria,dust,noise,injuly

6. ปัญหาแรงงานนอกระบบ

สถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมคืออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเนื่องจากเกษตรกรส่วนใหญ่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลายเพื่อเพิ่มผลผลิตทางการเกษตรและเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีฯที่ไม่ถูกต้องปลอดภัยทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังอาการแสดงเฉียบพลันมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนรุนแรงถึงแก่ชีวิตขึ้นอยู่กับระดับความเข้มข้นความเป็นพิษและปริมาณที่ได้รับส่วนอาการเรื้อรังสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะสะสมในระบบต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดความผิดปกติและโรคต่างๆ

การนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประเทศไทย

จากข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร ปี พ.ศ. 25557จะพบว่า ประเทศไทยมีปริมาณนำเข้าสารกำจัดวัชพืชเท่ากับ 106,860,000 กิโลกรัมปริมาณการนำเข้าสารกำจัดแมลงเท่ากับ 16,797,000 กิโลกรัม สารป้องกันและกำจัดโรคพืช 6,972,000 กิโลกรัม ปริมาณนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกชนิดเท่ากับ 134,377,000 กิโลกรัม มูลค่ารวม 19,357 ล้านบาท ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 154 แสดงปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร ปี 2553 -2557

หน่วย : ปริมาณ : ตัน

มูลค่า : ล้านบาท

ปี	สารเคมี								รวม	
	สารกำจัดวัชพืช (Herbicide)		สารกำจัดแมลง (Insecticide)		สารป้องกันและกำจัดโรคพืช (Fungicide)		อื่นๆ			
	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า
2553	68,825	11,487	25,332	4,577	11,255	2,537	4,497	580	109,908	19,182
2554	97,957	9,338	24,680	3,972	10,367	2,968	4,590	537	137,594	16,816
2555	80,278	8,845	23,417	4,670	9,671	3,860	4,332	550	117,698	17,924
2556	112,177	11,480	34,672	5,938	12,179	3,875	5,355	751	164,383	22,044
2557	106,860	11,294	16,797	3,686	6,972	3,883	3,748	494	134,377	19,357

ที่มา : กรมวิชาการเกษตร, สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร

หมายเหตุ * ได้แก่ สารควบคุมการเจริญเติบโตของพืช สารรมควันพิษ สารกำจัดหอยและหอยทาก สารกำจัดไร สารกำจัดหนูและสารกำจัดไส้เดือนฝอย

ก. พฤติกรรมการใช้สารเคมี

จังหวัดหนองคาย เกษตรกรผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 793 คน ใน 19 ตำบล จาก 2 อำเภอ รายละเอียดของการลักษณะการทำเกษตรส่วนใหญ่ของเกษตรกรในโครงการสำรวจเป็นการทำทั้งเกษตรอินทรีย์และใช้สารเคมี จำนวน 473 คน (ร้อยละ 62.4) รองลงมาได้แก่ ทำเกษตรใช้สารเคมี 245 คน(ร้อยละ 30.9) ทำเกษตรอินทรีย์อย่างเดียว 50 คน (ร้อยละ 6.3) และไม่ระบุ 3 คน ความรู้สัมพันธ์กับการใช้สารเคมี (ผลการศึกษาของ สมาน ผดุงศิลป์)

ข้อมูลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร

ผลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper)ในกลุ่มเกษตรกรที่พบว่าเสี่ยงและ/ไม่ปลอดภัยต่อพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2554 – 2558 รายละเอียดดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ข้อมูลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร

ปี พ.ศ.	จำนวนจังหวัดที่รายงาน	ได้รับการตรวจคัดกรอง (คน)	ผลเสี่ยงและ/หรือไม่ปลอดภัย(คน)	ร้อยละผลเสี่ยงและ/หรือไม่ปลอดภัย
2554	74	533,524	173,243	32.47
2555	31	244,822	75,749	30.94
2556	50	314,805	96,227	30.57
2557	71	317,600	108,062	34.02
2558	71	341,039	110,672	32.45

หมายเหตุ: กระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper)
ใช้สำหรับทดสอบปริมาณเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ซึ่งเป็นเอ็นไซม์ที่มีหน้าที่ในการทำลายสาร acetylcholine เมื่อร่างกายได้รับสารเคมีกลุ่มออร์แกนโนฟอสฟอรัสหรือสารคาร์บาเมตบางตัวเท่านั้น

ตารางที่ 17 ข้อมูลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกรเขต 8

ปี พ.ศ.	จำนวนได้รับการคัดกรอง(คน)	จำนวนผู้มีผลเสี่ยงและไม่ปลอดภัย(คน)	ร้อยละผลเสี่ยงและไม่ปลอดภัย
2554	26,988	10,277	38.60
2555	22,329	8,618	38.60
2556	3,873	859	22.18
2557	22,267	9,300	41.77
2558	42,695	16,741	39.21
2559	46,783	13,220	28.26

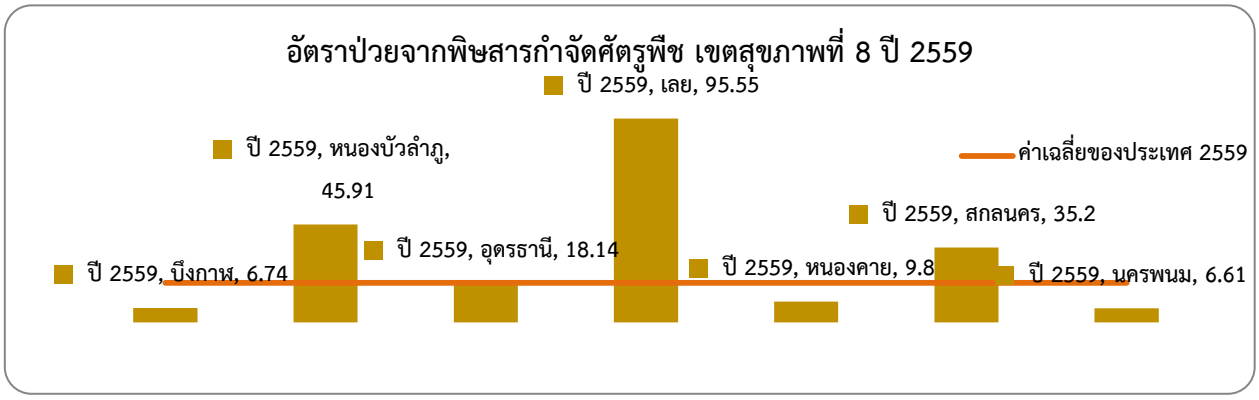
ตารางที่ 18 แสดงอัตราการบาดเจ็บจากการทำงาน (อัตราต่อแสนประชากร)

จังหวัด	2556	2557	2558	2559	2560
บึงกาฬ	0	288.89	268.83	320.92	193.78
หนองบัวลำภู	0	256.51	279.26	277.86	174.79
อุดรธานี	0	305.99	326.73	327.83	191
เลย	0	746.17	943.86	920.19	501.03
หนองคาย	44.85	0	184.76	184.52	111.41
สกลนคร	0	200.2	209.56	194.13	96.44
นครพนม	0	290.15	295.97	289.82	164.9

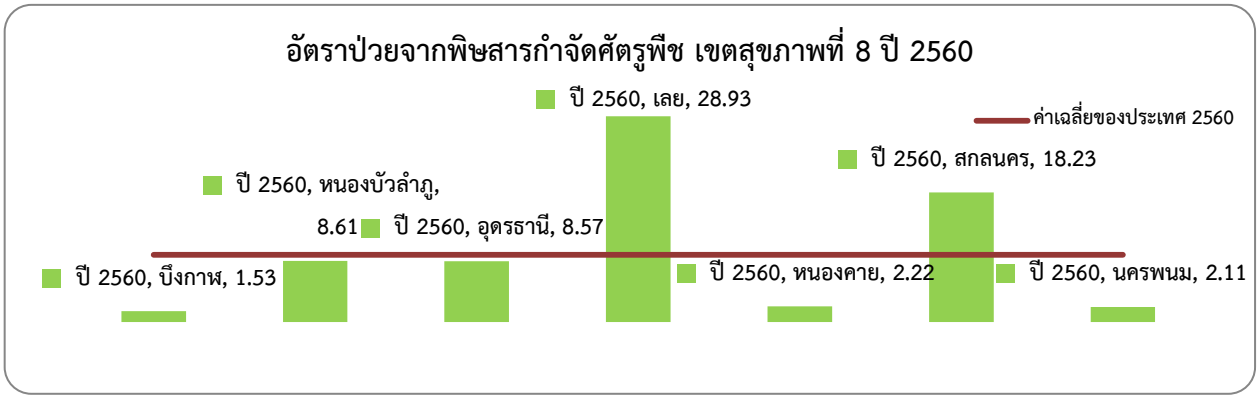
ตารางที่ 19 อัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช เขตสุขภาพที่ 8

จังหวัด	อัตราป่วยต่อแสนประชากร	
	ปี 2559	ปี 2560
บึงกาฬ	6.74	1.53
หนองบัวลำภู	45.91	8.61
อุดรธานี	18.14	8.57
เลย	95.55	28.93
หนองคาย	9.80	2.22
สกลนคร	35.20	18.23
นครพนม	6.61	2.11
ค่าเฉลี่ยของประเทศ	18.58	9.46

รูปที่ 23 อัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2559



รูปที่ 24 **อัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2560**



การเข้าถึงบริการการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2559

<u>จังหวัดที่สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 100</u> (จังหวัดบึงกาฬ)

ตารางที่ 20 ร้อยละหน่วยบริการที่มีการจัดบริการอาชีวอนามัย

ปี	ระดับ เริ่มต้น	ผ่านเกณฑ์ระดับ			จำนวนรวม	ร้อยละ คลินิกฯ
		พื้นฐาน	ดี	ดีมาก		
2558	**161**	**11**	**6**	**6**	**184**	**21.93**
2559	152	62	69	17	300	34.29

ปัญหาแรงงานข้ามชาติ (Migrants)

สถานการณ์และการป้องกันควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติในพื้นที่เขต 8

ข้อมูลจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน พบว่าสถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร (มีนาคม 2560) มีจำนวนทั้งสิ้น 1,461,337 คน จำแนกตามลักษณะการเข้าเมือง ดังนี้

มาตรา 9	จำนวน	1,364,837 คน
- ตลอดชีพ	จำนวน	241 คน
- ประเภททั่วไป	จำนวน	106,252 คน
- พิสูจน์สัญชาติ	จำนวน	864,795 คน
- นำเข้าตาม MOU	จำนวน	393,549 คน

มาตรา 12 ส่งเสริมการลงทุนและกฎหมายอื่นๆ จำนวน 43,571 คน

มาตรา 13 ชนกลุ่มน้อย จำนวน 35,287 คน

มาตรา 14 คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในลักษณะ ไป-กลับหรือตามฤดูกาล จำนวน 17,642 คน

เป็นแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ เมียนมา ลาว และกัมพูชา ที่ได้รับอนุญาตทำงานตาม มาตรา 9 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,258,344คน

แรงงานต่างด้าวกระจายตัวทำงานอยู่ในกิจการต่างๆ 5 อันดับแรก ได้แก่ กรรมกร/ก่อสร้าง การให้บริการต่างๆ เกษตรและปศุสัตว์ กิจการต่อเนื่องการเกษตร ต่อเนื่องประมงทะเล โดยทำงานอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการมากที่สุด รองลงมา สมุทรสาคร ปทุมธานี กรุงเทพมหานคร และเชียงใหม่

สำหรับข้อมูลพื้นที่เขต 8 จากรายงานของ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางานกระทรวงแรงงาน พบว่า ณ เดือนมีนาคม 2560 มีจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน (จำแนกตามลักษณะการเข้าเมืองและประเภทคนต่างด้าว) ดังนี้

ตารางที่ 21 จำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน ปี 2560

จังหวัด	**รวมทั้งสิ้น (คน)**	**มาตรา 9**				**มาตรา12**	**มาตรา13**	**มาตรา14**
		ตลอดชีพ	**ทั่วไป**	**พิสูจน์สัญชาติเดิม**	**นำเข้าตาม MOU**	**ส่งเสริมการลงทุน**	**ชนกลุ่มน้อย**	**คนต่างด้าวที่ข้ามาทำงาน ในลักษณะไป-กลับหรือตามฤดูกาล**
เขตสุขภาพที่ 8	**2,984**	**-**	**930**	**415**	**1,581**	**11**	**47**	**-**
บึงกาฬ	399	-	-	142	257	-	-	-
หนองบัวลำภู	214	-	36	88	86	-	4	-
อุดรธานี	672	-	435	42	168	10	17	-
เลย	342	-	57	46	217	-	22	-
หนองคาย	574	-	94	18	461	-	1	-
นครพนม	315	-	95	27	189	1	3	-
สกลนคร	468	-	213	52	203	-	-	-

จำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานประเภทพิสูจน์สัญชาติและนำเข้าตาม MOU ในพื้นที่เขต 8 เป็นสัญชาติลาว ร้อยละ 78.81 รองลงมาเป็นสัญชาติพม่า และกัมพูชา ส่วนใหญ่แรงงานสัญชาติลาวอยู่ที่จังหวัดหนองคาย

สถานการณ์โรคจากข้อมูลระบาดวิทยาย้อนหลัง ระหว่าง ปี 2554 - 2558 เปรียบเทียบกับภาวะติดเชื้อหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องควบคุม ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง ซิฟิลิส และโรคพยาธิลำไส้ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว ลงวันที่ 30 มีนาคม 2558

พบว่า เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดหนองคาย มีผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวที่เป็น โรคโกโนเรีย โดยพบในกลุ่มแรงงานสัญชาติลาวเป็นส่วนใหญ่ และ ผู้ป่วยโรคเรื้อน 1 ราย และที่จังหวัดหนองบัวลำภู พบผู้ป่วยโรคคอตีบ 1 ราย

ตารางที่ 22 ข้อมูลบริการสุขภาพประชากรต่างชาติ เขตสุขภาพที่ 8

จังหวัด	สัญชาติ (คน)					OPD		IPD		ค่าใช้จ่าย (บาท)		
	เมียนมาร์	กัมพูชา	ลาว	เวียดนาม	อื่นๆ	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	ทั้งหมด	เรียกเก็บได้	ฟรี
บึงกาฬ	86	51	2,513	7	312	2,963	6,210	540	573	8,716,164.10	6,471,870.00	2,244,294.10
หนองบัวลำภู	19	22	264	5	856	1,163	2,556	130	145	3,301,077.00	1,007,476.00	2,293,601.00
อุดรธานี	173	64	1,981	202	1,381	3,792	10,045	635	797	26,299,303.40	2,184,100.00	24,115,203.40
เลย	117	39	7,079	12	743	7,951	17,501	1,921	2,187	30,098,469.00	19,000,703.00	11,097,766.00
หนองคาย	47	30	7,982	115	815	8,596	19,849	1,600	1,866	48,301,194.50	34,416,831.00	13,884,363.50
สกลนคร	49	34	992	70	869	1,985	5,091	356	426	9,145,794.25	2,734,865.00	6,410,929.25
นครพนม	39	22	6,269	212	937	7,146	15,501	1,367	1,490	20,875,984.10	13,760,093.00	7,115,891.10

ที่มา: HDC กระทรวงสาธารณสุข (วันที่ 1 พฤษภาคม 2560)

จากข้อมูลบริการสุขภาพประชากรต่างชาติ พบว่า สัญชาติลาวเข้ามารับบริการสุขภาพมากที่สุด ส่วนใหญ่รับบริการที่จังหวัดหนองคายและจังหวัดเลย รองลงมาเป็นสัญชาติเวียดนาม ซึ่งส่วนใหญ่รับบริการที่จังหวัดอุดรธานีและนครพนม รวมค่าใช้จ่ายในการบริการทั้ง OPD IPD เป็นจำนวนเงิน 146,737,986.35 บาท เรียกเก็บได้ 79,575,938 บาท และไม่สามารถเรียกเก็บได้ (ฟรี) จำนวน 67,162,048.35 บาท

มาตรการสำคัญในการดำเนินงาน

1. การจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับเพื่อให้แรงงานเข้าถึงบริการสุขภาพ
2. ระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง การ ใช้ event-based surveillance
3. การมีส่วนร่วมของแรงงานและผู้ประกอบการ ชุมชน อาสาสมัครแรงงานต่างด้าว
4. การประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ผลการดำเนินงาน ปี 2559

1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้วยการบูรณาการข้อมูล (เขต 7,8,9)
2. การสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มประชากรต่างด้าว (อสต.) (เขต 8 9)
3. การมีส่วนร่วมของประชากรต่างด้าวในการดูแลตนเองและครอบครัว/การจัดหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่เพื่อให้เข้าถึงบริการ (เขต 8)
4. สร้างความครอบคลุมและการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพ (เขต 7,8,9)
5. บูรณาการแผนแรงงานต่างด้าว และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพชายแดน (เขต 8)

<u>ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</u>

1. การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือของเครือข่ายส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข/ภายนอกกระทรวง (ภาครัฐ ผู้ประกอบการ องค์กรเอกชน) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงนโยบายจากส่วนกลางสู่พื้นที่

2. ให้มีเจ้าภาพในการบูรณาการและใช้ประโยชน์ฐานข้อมูล จากแหล่งต่างๆ (ประกันสุขภาพ สวัสดิการคุ้มครองแรงงาน One stop service)

3. ส่งเสริมให้เกิดความครอบคลุมและการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

4. การผลักดันให้เกิดการดำเนินเฝ้าระวังโรคในแรงงานต่างด้าว ตาม พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ 2558

<u>แผนการดำเนินงานในปี 2560</u>

1. พัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในกลุ่มแรงงานต่างด้าว (บูรณาการแผนกับโครงการเฝ้าระวังป้องควบคุมโรคในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ) เขต 8

2. พัฒนากลไกการทำงานแบบบูรณาการในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาตินอกระบบและผู้ติดตาม (ร่วมกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)

ข. ปัญหามลพิษทางอากาศที่กระทบสุขภาพ

จากข้อมูลของแผนการบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติพ.ศ. 2558 ปัญหาไฟป่าและหมอกควันเป็นปัญหาสำคัญหนึ่งในอีกหลายปัญหาสาธารณะภาวะที่อากาศมีหมอกควันเป็นภาวะที่เกิดอากาศเสียที่เกิดจากการเผาในที่โล่งหรือการเกิดจากไฟป่าที่มักเกิดขึ้นในช่วงฤดูแล้งหรือในช่วงเตรียมดินในการเพาะปลูกผลผลิตในช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายนซึ่งอากาศส่วนมากแล้งและร้อนโดยร้อยละ 44 ของปัญหาหมอกควันเกินค่ามาตรฐานที่กำหนดเกิดขึ้นในภาคเหนือของประเทศ

ค. ปัญหาขยะ

ในปีพ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีขยะรวมกันประมาณ 26.85 ล้านตันแต่พบว่ามีขยะที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องไม่เกินหนึ่งในสามโดยมีขยะที่ได้รับการจัดการไม่ถูกต้อง 13.59 ล้านตันต่อปีและพบว่ามีขยะตกค้างอยู่ในพื้นที่ 6.22 ล้านตันต่อปีซึ่งเป็นปัญหาที่พบเห็นกันได้ทุกท้องถิ่นตั้งแต่ในเขตเทศบาลไปจนถึงระดับหมู่บ้าน

ง. ปัญหาพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี

องค์การอนามัยโลก (WHO) ยอมรับและจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงมากที่สุดในโลก ข้อมูล พ.ศ.2557 พบความชุกพยาธิ

ใบไม้ตับร้อยละ 9.2 โดยในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึงร้อยละ 90 รองลงมาคือภาคเหนือพบร้อยละ 5.2 ในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึงร้อยละ 45.6 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

ปัญหาเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเช่น ปลาร้าดิบ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ แจ่วบองใส่ปลาร้าดิบ และอีกปัญหาหนึ่งที่พบคือ อปท.หลายแห่งยังไม่มีการออกข้อกำหนดในการจัดการสิ่งปฏิกูล และระบบในการควบคุม กำกับติดตาม รถสูบสิ่งปฏิกูลที่สูบแล้ว นำไปปล่อยที่ตามที่สาธารณะ สวนยางพารา หรือแม้กระทั่งไร่อ้อย ปัญหาที่ตามมาคือสิ่งปฏิกูลได้ไหลชะไปกับฝนลงสู่แหล่งน้ำ และพยาธิก็จะไปเจริญบนตัวปลา และกลับเข้าสู่มนุษย์อีกครั้งจากพฤติกรรมการบริโภค

โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าลดอัตราป่วยจากพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือให้เหลือไม่เกินร้อยละ 5 และลดอัตราตายจากมะเร็งท่อน้ำดีให้เหลือไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร ภายในปี 2564

แนวทางการควบคุมจัดการรถสูบสิ่งปฏิกูล (บทบาทกรมอนามัย)

1. ส่งเสริมและให้ความรู้ทางวิชาการแก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการออกข้อกำหนดท้องถิ่น ตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535 เพื่อใช้ผู้ประกอบการรถดูดส้วม ต้องมายื่นขอใบอนุญาตก่อนประกอบกิจการ ซึ่งต้องสามารถระบุหรือบอกได้ว่า “สูบแล้วไปทิ้งไหน”

2. ส่งเสริมและร่วมศึกษาวิจัย รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูล ด้วยระบบบ่อหมักสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรอง

จ. สถานการณ์ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทย

สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย ของเขตสุขภาพที่ 8

1) ปัญหาคุณภาพของน้ำดื่ม น้ำแข็ง เครื่องดื่มและอาหาร

จากผลการตรวจวิเคราะห์น้ำดื่มในปี 2557-2559 พบว่าไม่ผ่านมาตรฐานร้อยละ 37 40 และ 32 ตามลำดับ ส่วนน้ำแข็งพบการปนเปื้อนร้อยละ 44 28 และ 13 จะเห็นได้ว่ายังควรมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ด้านคุณภาพอาหารและเครื่องดื่มพบการปนเปื้อนอย่างต่อเนื่องแต่มีความไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีหลายปัจจัยเกี่ยวข้อง เช่นสุขลักษณะการผลิตอาหารที่ดี นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการพบเชื้อโรคอาหารเป็นพิษร้อยละ 20 ของตัวอย่างส่งตรวจกรณีที่เกิดการระบาดในพื้นที่

2) ผลิตภัณฑ์ประเภท ยาแผนโบราณ สมุนไพรและเครื่องสำอาง

จากผลการตรวจวิเคราะห์เครื่องสำอางในปี 2557-2559 พบว่าคุณภาพผลิตภัณฑ์มีแนวโน้มไม่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 7 23 และ28 ตามลำดับ

ส่วนผลการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์กลุ่มยาแผนโบราณและสมุนไพรมีการปนเปื้อนสูง ร้อยละ 37 55 ละ 25 ตามลำดับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำกับดูแลต่อไป

3) ด้านรังสีและเครื่องมือแพทย์

จากผลการตรวจประเมินความปลอดภัยของเครื่องเอกซเรย์ วินิจฉัยทั่วไป เครื่องเอกซเรย์ฟัน เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปี เป็นต้น พบว่าระหว่างปี 2557-2559 คุณภาพไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 7 6 และ 8 ตามลำดับ ซึ่งมีความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพของบุคคลร่วมด้วย

4) ด้านความปลอดภัยของการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพิชตกค้าง จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง มีทั้งพบในระดับที่ไม่ปลอดภัยโดยส่วนใหญ่พบมีความปลอดภัย

บทที่ 2
การตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเขตสุขภาพที่ 8

1. แนวคิดที่ใช้ในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จากสถานการณ์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 8 ในบทที่ 1 ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เขตสุขภาพที่ 8 ได้มีการนำแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานมาใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ในการทำงานดังนี้

1.1 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ

1.1.1 กฎบัตรออตตาวาว่าด้วย : การส่งเสริมสุขภาพ

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เป็นประชุมระดับโลกครั้งแรกของ องค์การอนามัยโลกที่ว่าด้วยงานการสร้างเสริมสุขภาพ ในปี พศ 2529 ได้ 5 ประเด็นตามกฎบัตร (Five Ottawa Charter Action Areas)

1. Build Healthy Public Policy : สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. Create Supportive Environment : สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. Strengthen Community Action : เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน
4. Develop Personal Skills : พัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล
5. Reorienth Health Services : ปรับระบบบริการสุขภาพ

1.1.2 กฎบัตรกรุงเทพ : กลยุทธ์ การส่งเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์

ประกาศกฎบัตรกรุงเทพ หรือ Bangkok Charter ซึ่งมี 4 ประเด็นหลัก คือ

1. บริบทใหม (New context) ครอบคลุมทุกสังคม ทุกระดับ ทั้งดานสุขภาพกายและสุขภาพจิต 2. สุขภาพในยุคโลกาภิวัฒน (Health friendly Globalization) โดยเฉพาะประเด็นของความ ยากจน ขอตกลงการคาดานสาธารณสุข ขอบังคับสินคาที่เปนอันตรายกับสุขภาพ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน กับสุขภาพ บทบาทความรับผิดชอบของสังคมตอสุขอนามัย และภาวะฉกเฉ ุินดานสาธารณสุข

3. การเปนพันธมิตรเพื่อสรางสุขภาพ (Partners)

4. ความยั่งยืนในการเสริมสรางสุขภาพ (Sustainability) จากทุกภาคสวนในสังคม

เพื่อใหเกิดการยอมรับกฎบัตรกรุงเทพฯไปสูการปฏิบัติจริง ประเทศไทยไดเสนอใหบรรจุกฎบัตรกรุงเทพฯเขาสูการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2549 เพื่อใหกฎบัตร กรุงเทพฯ เป็นวาระแหงโลก (Global Agenda) ยุทธศาสตรของการสงเสริมสุขภาพโลกตาม "กฎบัตรกรุงเทพฯ หรือ Bangkok Charter for HealthPromotion" มี 5 ประการไดแก

1. การชี้แนะใหการสงเสริมสุขภาพอยูบนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน

2. กำหนดนโยบายแนวทางการปฏิบัติและการวางโครงสรางพื้นฐานที่เกี่ยวของอยางยั่งยืนในการ จัดการปจจัยที่มีผลกระทบตอสุขภาพ

3. ใหสรางศักยภาพในการสงเสริมสุขภาพทั้ง 5 ดาน ได้แก่การพัฒนานโยบายภาวะผูนำการ ดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ องคความรูทางสุขภาพและการวิจัยรวมทั้งความรอบรูทางด่านสุขภาพ

4. สรางพันธมิตรดานสุขภาพ ทั้งภาครัฐเอกชน และองคกรเอกชนสาธารณะประโยชนที่จะรวมมือกันสงเสริมสุขภาพอยางยั่งยืน

5. ใชมาตรการทางกฎหมายเพื่อคุมครองความปลอดภัยและสงเสริมให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข่าถึงการมีสุขภาพที่ดี

1.2 กลยุทธ์ PIRAB

จากการประชุมองค์การอนามัยโลกที่ว่าด้วยงานการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 6 Bangkok พ.ศ. 2548 ยืนยันว่า นโยบาย และภาคีเครือข่ายต้องเป็นศูนย์กลาง ของการพัฒนา ทั้งระดับชาติ และระดับโลก ในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ให้กับชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยและความเท่าเทียมกันในด้านสุขภาพ โดยองค์กรภาคสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญ ต่อการเป็นผู้นำในการกำหนดนโยบาย และ สร้างภาคีเครือข่าย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพเน้น 5 กลยุทธ PIRAB

กลยุทธ์ PIRAB ประกอบด้วย

P : Partner ชักชวนพันธมิตรทุกภาคส่วน ทุกระดับ ให้เห็นความสำคัญและร่วมกันทำงานส่งเสริมสุขภาพแบบยั่งยืน โดยเฉพาะการกำหนดเรื่องสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญในทุกนโยบายสุขภาพ (Health in All Policy)

I : Invest กระตุ้นให้เกิดการเกิดลงทุนโดยเฉพาะด้านงบประมาณที่เพียงพอจากระดับนโยบายในทุกภาคส่วนเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ

R : Regulate and Legislate ใช้การตรากฎและออกกฎหมาย เพื่อคุ้มครองประชาชนจากความเสี่ยงต่อสุขภาพทุกด้าน

A : Advocate ชี้นำ ชูประเด็น และสนับสนุนให้การเมืองทุกระดับให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพบนพื้นฐานสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม สร้างการทำงานร่วมกันกับทุกภาคส่วน และ

B : Build Capacity พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนให้สามารถพัฒนานโยบายทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งการวิจัย การกระจายความรู้เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

1.3 เส้นทางชีวิตและสุขภาพ (Life Course Approach to Health)

เส้นทางชีวิตและสุขภาพ (Life Course Approach to Health) เป็นหลักคิดการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องตลอดทุกช่วงวัยที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยการชี้นำขององค์การอนามัยโลกนำมาใช้เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งด้านสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ ในการดูแลยกระดับสุขภาพประชาชนแบบบูรณาการและองค์รวม

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเริ่มจากแม่ตั้งครรภ์ คลอด ทารกเติบโต ผ่านวัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และวัยชรา จะพบทั้งปัจจัยเชิงบวกที่ส่งเสริมให้สุขภาพดี และเชิงลบที่ทำลายลดทอนสุขภาพดีลง ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข ปรับปรุง การดูแลเฉพาะด้านสาธารณสุขด้านเดียวจะไม่สามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีได้ เพราะผลกระทบต่อสุขภาพ ณ ช่วงวัยหนึ่ง ๆ จะสะสม ส่งผลต่อเนื่องเมื่ออายุมากขึ้น โดยในแต่ละวัยจะมีช่วงชีวิตที่สำคัญหรือวิกฤติที่เมื่อรับผลกระทบเชิงบวกหรือลบจะมีผลรุนแรงต่อสุขภาพทั้งปัจจุบัน และอนาคต ดังนั้นทุกภาคส่วนจึงควรร่วมมือกันดูแลประชาชนตลอดช่วงชีวิต เพื่อเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยทำลายสุขภาพในจังหวะที่วิกฤติแต่ละวัย เพื่อไม่ให้เกิดการทำลายสุขภาพโดยไม่รู้ตัวตลอดช่วงชีวิต

2. การทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 8

จากแนวคิดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดังกล่าว เขตสุขภาพที่ 8 ได้กำหนดวิธีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา และรวบรวมข้อมูล เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพแผนงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)

2. กำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) โดยบูรณาการทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ประสานงาน กำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด

4. นำเสนอความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาศ และสรุปรายงานผลการดำเนินงาน

การทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะสำเร็จได้ต้องอาศัยกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพทั้งการโน้มน้าวและการสร้างเงื่อนไขเพื่อให้คนในสังคมยอมรับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้คนในสังคมทำกลุ่มพฤติกรรม (Collective Behavior) เพื่อให้เกิดสังคมรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Society) ซึ่งเป็นสังคมที่คนทุกคนในสังคมสามารถเข้าถึงแสวงหาข้อมูลเข้าใจข้อมูลโต้ตอบซักถามจนตัดสินใจได้ว่าจะนำข้อมูลไปใช้เปลี่ยนพฤติกรรมอะไรบ้างอย่างไร

3. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ

นอกจากการดำเนินการตามแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแล้ว เขตสุขภาพที่ 8 ยังให้ความสำคัญกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้เกิดขึ้นกับประชาชน เพื่อให้สามารถกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม เริ่มที่ประชาชนเป็นหลักให้สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้สุขภาพ เข้าใจโรค ความเสี่ยง และปัจจัยความเสี่ยง โต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน นำไปสู่การตัดสินใจลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยง และปรับพฤติกรรมตนเองและปรับสภาพแวดล้อมได้ และสุดท้ายบอกต่อเพื่อสร้างสังคมรอบรู้สุขภาพอย่างยั่งยืน

การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้เกิดขึ้นกับประชาชน เครื่องมือที่มีความเหมาะสมที่สุดในปัจจุบันคือ การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) หมายถึงการใช้สื่อสารมวลชนและสื่อประสมประเภทต่างๆรวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆในการเผยแพร่ข้อมูลและเนื้อหาสุขภาพที่ถูกต้องเป็นปัจจุบันและเป็นประโยชน์ต่อสาธารณชนข้อมูลและรูปแบบที่มีการสื่อสารจะต้องส่งผลให้เกิดความตระหนักสนใจและกระตุ้นให้เกิดเรียนรู้จนเข้าใจนำไปปฏิบัติได้ในระดับปัจเจกบุคคลและสังคมโดยรวม

ปัจจุบันเขตสุขภาพที่ 8 ได้เริ่มการสื่อสารสุขภาพจากการใช้สื่อบุคคลและเครือข่าย ประกอบด้วยสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเลคทรอนิค รูปภาพกราฟฟิค อินโฟกราฟฟิค และโซเชียลมีเดีย ทั้งที่เป็นเวปไซด์สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 (http://203.157.168.80/r8way/) เฟสบุ๊คสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 (https://th-th.facebook.com/Region8WAY/) นอกจากนี้ยังมีเว็บไซต์และเพสบุ๊คของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และศูนย์วิชาการต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ 8

บทที่ 3
การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 8

จากนโยบายการพัฒนาปะเทศ ซึ่งประเทศไทยขณะนี้อยู่ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ นับเป็นช่วงเวลาที่ท้าทายเป็นอย่างมากที่ประเทศไทยต้องมีการปรับตัว เพื่อความยั่งยืนในระยะยาวจึงจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาคนในภาพรวมให้เป็นคนที่สมบูรณ์ในทุกช่วงวัยที่สามารถบริหารการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิตได้อย่างดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทุนมนุษย์จากการยกระดับคุณภาพการศึกษา การเรียนรู้ การพัฒนาทักษะและยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง เพื่อให้สอดรับการจัดดำเนินการพัฒนาประเทศภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ที่มุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ ตลอดจนประเด็นการปฏิรูปประเทศ นอกจากนั้น ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วน เพื่อมุ่งสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” เขตสุขภาพที่ 8 จึงได้มีคำสั่งคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 8 ที่ 149/2559 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Chief Prevention Promotion Officer : CPPO) เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อให้มีคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Chief Prevention Promotion Officer : CPPO) เขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

คณะกรรมการอำนวยการ

1. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8
2. สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 8
3. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
4. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8
5. ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8
6. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8
7. ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
8. ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 8
9. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8
10. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8

บทบาทหน้าที่

1. สนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านนโยบายและงบประมาณ
2. สนับสนุนการขับเคลื่อนแผนงานตามยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) ทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัดเพื่อให้เกิดการพัฒนาในระดับนโยบาย

3. พิจารณาเห็นชอบระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)

4. ให้คำปรึกษาการดำเนินงานในระดับนโยบาย

คณะกรรมการดำเนินงาน

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นประธานกรรมการ

2. นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นรองประธานกรรมการ

3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เป็นกรรมการ

4. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เป็นกรรมการ

5. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เป็นกรรมการ

6. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

7. หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

8. หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

9. หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

10. หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

11. หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

12. หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

13. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

14. หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาลนครพนม เป็นกรรมการ

15. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นกรรมการและเลขานุการ

16. นางกุสุมา สุวรรณโมรา หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

17. นางกนกพร ไทรสุวรรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

1. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา และรวบรวมข้อมูล เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพแผนงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)

2. กำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) โดยบูรณาการทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ประสานงาน กำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด

4. นำเสนอความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาศ และสรุปรายงานผลการดำเนินงาน

5. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

การขับเคลื่อนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 8

จากคำสั่งดังกล่าว คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Chief Prevention Promotion Officer : CPPO) เขตสุขภาพที่ 8 ได้มีการประชุมและกำหนดบทบาทหน้าของแต่ละจังหวัดตามสภาพปัญหาของแต่ละจังหวัดดังนี้

๑. การขับเคลื่อน PP Excellence Strategies R8 มอบประเด็นให้ทุกจังหวัดพัฒนางานให้ Excellence และมีการประชุม VDO Conference เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ให้แต่ละจังหวัดนำเสนอ ๗-๑๐ นาที โดยให้ศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ ๘ ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑.๑ จังหวัดอุดรธานี รับผิดชอบในประเด็นการจัดการสุขภาพ

๑.๒ จังหวัดสกลนคร รับผิดชอบในประเด็นกลุ่มวัยสตรี&เด็ก

๑.๓ จังหวัดหนองบัวลำภู รับผิดชอบในประเด็นกลุ่มวัยเรียน/To Be Number

๑.๔ จังหวัดเลย รับผิดชอบในประเด็นกลุ่มวัยรุ่น

๑.๕ จังหวัดหนองคาย รับผิดชอบในประเด็นกลุ่มวัยทำงาน

๑.๖ จังหวัดนครพนม รับผิดชอบในประเด็นกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๑.๗ จังหวัดบึงกาฬ รับผิดชอบในประเด็นสิ่งแวดล้อม

๒. สรุปรายงาน ๑๘ ตัวชี้วัด ทุกไตรมาส โดยรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน R๘ COCKPIT ๖๐ กลุ่มตัวชี้วัดตรวจราชการ (๑๗ ตัวชี้วัด) หมวด PP Excellence ยกเว้น ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวชี้วัด คำรับรอง PA

- ตัวชี้วัดที่ไม่สามารถประมวลผลจากข้อมูล ๔๓ แฟ้มให้ทุกจังหวัดตรวจสอบและบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน COCKPIT ทุกเดือน

- ตัวชี้วัดที่ประมวลจาก ๓ ฐานข้อมูล (จมน้ำ,RTI) ให้ใช้เพื่อการพัฒนา แต่ข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้ม (สนย.) ให้ใช้เพื่อเปรียบเทียบระหว่างเขตสุขภาพ

- ประชุมสรุปรายงานทาง VDO Conference ทุกไตรมาส

๓. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) เดือนมิถุนายน ๒๕๖๐ ที่จังหวัดอุดรธานี

๔. ส่งรายชื่อผู้ตรวจสอบ & ประสานงานข้อมูล จังหวัดละ ๑ คน ให้เลขานุการ

๕. ช่องทางการสื่อสาร Group LINE : CPPOR๘

การบูรณาการงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นแนวทางหลักที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและได้มีการดำเนินการและพัฒนาการมาอย่างยาวนาน ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งระบบบริการสาธารณสุข จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงส่งผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคด้วย ทั้งในเรื่องของการจัดสรรงบประมาณ การกระจายบุคลากร การบริหารจัดการ การประเมินผลงานซึ่งมีผลต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในด้านต่างๆ รวมทั้งคุณภาพของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นงานสาธารณสุขที่ครอบคลุมหลายมิติจึงมีผู้ให้คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลาย เช่น กฎบัตรออตตาวา ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง อันจะเป็นผลต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต และทางสังคม องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือกิจกรรมหรือการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวกำหนดสุขภาวะ ไม่เพียงแต่เฉพาะแต่ละบุคคล เช่น สุขภาพและการดำเนินชีวิต แต่ยังรวมถึงด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและการทำงาน

เขตสุขภาพที่ 8 ได้ให้ความสำคัญกับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นอันดับต้นๆ ของการดำเนินงาน การป้องกันโรคเป็นงานที่ต้องทำควบคู่กับงานสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมบางอย่างไม่สามารถจำแนกได้อย่างเด็ดขาดว่าเป็นกิจกรรมการป้องกันโรคหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ เนื่องจากเห็นว่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นเน้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่วนกิจกรรมป้องกันโรคนั้นเน้นที่ความพยายามไม่ให้เกิดโรค

เขตสุขภาพที่ 8 ได้กำหนดรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ 2 ระดับคือ

1. ระดับบุคคล มีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของระดับบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งและสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ระดับชุมชน มีความมุ่งหมายต่อการสร้างและเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศน์สังคมให้ดีขึ้น อันจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง มีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อให้ประชาชนได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและบำบัดรักษาโรคที่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประกอบกับมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่หวังผลให้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าเดิม มุ่งเน้นการทำให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เน้นการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่างๆ ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยังลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นกิจกรรมที่เขตสุขภาพที่ 8 พยายามกระตุ้นให้เกิดขึ้น โดยจัดให้มีงบประมาณรองรับที่ชัดเจน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. การค้นหาภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

2. การสร้างเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้การปรึกษาแนะนำและการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยและ

3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยาและการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย

เขตสุขภาพที่ 8 ได้มุ่งเน้นให้องค์กรชุมชนในพื้นที่ต่างๆ ดำเนินการจัดบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนกันเองในหลายพื้นที่ และบางพื้นที่ดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งมีการดำเนินการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตามสภาพปัญหาของพื้นที่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายต่อไป

บทที่ 4

การวิเคราะห์จุดอ่อน-จุดแข็งและส่วนขาดของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตสุขภาพที่ 8

จากการวิเคราะห์สถานการณ์งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทย และเขตสุขภาพที่ 8 ณ วันที่ 16 กันยายน 2559 พบจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคามได้ ดังตารางต่อไปนี้

จุดแข็ง	จุดอ่อน
1. มีกลยุทธ์งาน MCH ที่ชัดเจน 2. มีแผนงานชัดเจน 3. แต่ละกลุ่มวัยมี PM 4. มีการพัฒนาระบบบริการ ANC LR WCC คุณภาพ 5. มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน 6. ผู้นำเข้มแข็งในการพัฒนางาน 7. มีงบประมาณเพียงพอ 8. มี ระบบการประเมินรพ.สต.ติดดาวครอบคลุมทุกกลุ่มวัย	1. โครงสร้างยังไม่มีการรวม 5 กลุ่มวัย 2. มีระบบฐานข้อมูลหลายฐานทำให้ประมวลผลข้อมูลได้ไม่ตรงกัน 3. บทบาทของ Manager ไม่ชัดเจนในแต่ละกลุ่มวัย 4. staffแพทย์ – พยาบาลไม่เพียงพอ ประกอบด้วย - กุมารแพทย์กระตุ้นพัฒนาการ - สูติแพทย์ - พยาบาลเด็ก พยาบาลสูติ 5. ขาดการติดตามคุณภาพบริการ ANC LR WCC 6. ยังไม่ทำ KM ในเขต 7. ระบบส่งต่อไม่เชื่อมโยงกัน 8. ยังไม่เชื่อมต่อระหว่าง SP&PP 9. ระบบ การประเมินรพ.สต.ติดดาวยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ 10. เขตไม่มี CIPO

2. โอกาส ความท้าทาย

โอกาส	ความท้าทาย
1. นโยบาย แผนงาน บูรณาการชัดเจน มีงบประมาณเพียงพอ 2. มีผู้รับผิดชอบงาน ระดับจังหวัด เขต (เครือข่าย) 3. มีระบบบริการข้อมูลข่าวสารให้ผู้รับบริการเข้าถึง	1. อปท ยังเน้นโครงสร้างมากว่าคน 2. การทำงานในระดับพื้นที่ยังขาดาการบูรณาการ 3. การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพ เช่น การทอดทิ้งผู้สูงอายุให้ดูแลเด็กปฐมวัย

บทที่ 5
ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ประชาชนสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 8
(Promotion and Prevention Excellence หรือ PP Excellence)

1. วิสัยทัศน์ (Vision)

"สุขภาวะของประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๘ สามารถสร้างได้โดยการจัดการสุขภาพตนเองภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมภายในปี ๒๕๗๙"

2. พันธกิจ (Mission)

"พัฒนาสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะด้วยการจัดการสุขภาพด้วยตนเองให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่"

3. เป้าประสงค์ (Goals)

"ประชาชนไทยในเขตสุขภาพที่ ๘ มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๙"

4. วัตถุประสงค์ (Objectives)

๑. เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้เรื่องสุขภาพและสามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง

๒. เพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ

๓. มีการขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมายและนโยบายสาธารณะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

๔. เพื่อให้ประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๘ สามารถเข้าถึงบริการที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ

๕. พัฒนาเครือข่ายให้มีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๘

5. หลักการสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศ (Strategic Directions)

1. ยึดกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (มั่นคงมั่งคั่งยั่งยืน)
2. มุ่งสู่การพัฒนาให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Thailand 4.0
3. มุ่งบูรณาการงานตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals)

4. ยึดหลักการและแนวทางที่กำหนดใน “กฎบัตรออตตาวา” ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter) รวมทั้งกฎบัตรอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ตามแนวทาง PIRAB (Partnership-Invest-Regulate-Advocate-Build capacity)

5. มุ่งสู่การสร้างความฉลาดรู้ด้านสุขภาพของคนในชาติ (health literacy)

6. ส่งเสรมการนำสุขภาพเข้าเป็นองค์ประกอบในทุกนโยบาย (health in all policies)

7. มุ่งเน้นความเป็นธรรมในสังคม (equity)

8. ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน (human rights) ในการรับรู้ข้อมูลและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

9. เสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆและชุมชน (empowerment and participation) และส่งเสริมบทบาทขององค์กรหลักภาคการศึกษาสังคมสวัสดิการและเศรษฐกิจในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

10. สร้างความตระหนักในพันธะรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรต่างๆ (social accountability) ที่จะป้องกันผลกระทบทางสุขภาพส่งเสริมสุขภาวะของประชาชนและแสดงบทบาทปกป้องชุมชนต่อภัยสุขภาพ

11. พัฒนาคุณภาพบริการทุกด้านอย่างต่อเนื่อง (quality)

12. สร้างความครอบคลุมทั้งด้านบริการและครอบคลุมประชาชนทุกระดับรวมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่จำเป็น (availability & accessibility)

13. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ในการขับเคลื่อนงาน

14. มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีและสร้างนวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสาธารณะประเภทต่างๆในการสร้างความรอบรู้แก่ประชาชน

15. นำการตลาดเชิงสังคม (social marketing) มาประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

6. ยุทธศาสตร์/กลยุทธ์/แผนงานสู่ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

6.1 แผนงานที่1 :พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย

1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน
4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
5. โครงการพัฒนาสุขภาวะครอบครัว

6.2 แผนงานที่2 :การป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

1. โครงการพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ

3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

6.3 แผนงานที่3 :การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มปัจจัยปกป้องและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

1. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

2. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพรวมถึงการส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหาร

3. โครงการสร้างปัจจัยปกป้องและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

6.4 แผนงานที่4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

1. โครงการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข

2. โครงการคุณภาพระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. โครงการยกระดับมาตรฐานการจัดการสิ่งปฏิกูลในเขตสุขภาพที่ 8 ให้มีการจัดการอย่างถูกสุขลักษณะและถูกต้องตามกฎหมาย

4. โครงการเฝ้าระวังงานอนามัยสิ่งแวดล้อมจากการประกอบอาชีพ

5. โครงการเฝ้าระวังงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ

<u>แผนงานที่ 1 : พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย</u>

1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. เด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและดูแลอย่างต่อเนื่อง	- ร้อยละ 100 เด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและดูแลอย่างต่อเนื่อง	1. พัฒนารูปแบบการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่โดยเพิ่มศักยภาพ อสค.	- กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย, สสจ., รพศ, รพช.,สสอ., รพ.สต.) - กระทรวงศึกษาธิการ (โรงเรียน) - กระทรวงมหาดไทย (พมจ.) - เทศบาล, อบต.
2.เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น	- ร้อยละ 85 เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น	2.พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า	- รพ.จิตเวช /ศูนย์สุขภาพจิต - รพศ./ รพท./ รพช. - รพ.สต. - โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก
3. เด็กที่มี IQ น้อยกว่า 100 ได้รับการพัฒนา **Ultimate Goal** National Average : IQ $\geq$105 EQ Normal $\geq$ 85	- ร้อยละของเด็กที่มี IQ น้อยกว่า 100 ได้รับการพัฒนา	3. พัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ 4. สร้าง/สนับสนุนให้สร้างสิ่งแวดล้อมกระตุ้นการเรียนรู้เพื่อเพิ่ม IQ และ EQ 5. สุขภาพจิตศึกษาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ (Self-Learning) 6. พัฒนาและใช้นวัตกรรมสร้างการเรียนรู้และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กและผู้ดูแล/ครอบครัว	- รพ.จิตเวช, ศูนย์สุขภาพจิต - รพศ./ รพท./ รพช. - รพ.สต. - โรงเรียน - โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
4. ผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นและออทิสติกของการคาดประมาณการในกลุ่มเด็กวัยเรียนเข้าถึงบริการ **Ultimate Goal** Access to Care ADHD ≥ 8% Autistic ≥ 8%	ร้อยละ 8 ของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นและออทิสติกของการคาดประมาณการในกลุ่มเด็กวัยเรียนเข้าถึงบริการ	7. พัฒนาระบบการบริการและเข้าถึงบริการ 8. การค้นหาผู้ป่วยในชุมชน	- รพ.จิตเวช, ศูนย์สุขภาพจิต - รพศ./ รพท./ รพช. - รพ.สต. - โรงเรียน - โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก
Smart Kids แข็งแรง ฉลาดสมวัย ใฝ่รู้	1. LBW ≤9% 2. สูงดีสมส่วน 63% 3. พัฒนาการสมวัย 85% 4. ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ 70% 5. IQ 101/ EQ 85	**Action :1** **Smart Pregnancy** 1.1 ลด Preterm โดยการจ่าย Progesterone 1.2 กินให้เป็น (เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ) 1.3ลดภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ **Action :2** **Smart Parent** 2.1 ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้(health Literacy) 2.2 ส่งเสริมพัฒนาการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน **Action :3** **Smart children** 3.1 Development คัดกรองพัฒนาการด้วย DSPM 3.2 Behavior (ฝึกวินัย ฝึกช่วยเหลือตนเองใน DSPM) 3.3 Health (ฝึกเล่น ฝึกกินไม่ติดรสชาติ) **Action :4** **Smart Book start** 4.1 ผลิตสื่อ และคู่มือ **Action :5** **Smart health worker for kids** 5.1 จนท.มีทักษะ ความรู้	ศูนย์อนามัย, ศูนย์สุขภาพจิต, สคร.,ศึกษาธิการและ ศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง

2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียน			
ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่งผ่านกลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพ	**พ.ศ.2560-2564** เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนร้อยละ 74และเด็กอายุ 12 ปี สูงเฉลี่ย ชาย 154 ซม. หญิง 155 ซม. **พ.ศ. 2565-2569** เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนร้อยละ 76 และเด็กอายุ 12 ปี สูงเฉลี่ย ชาย 157 ซม. หญิง 158 ซม. **พ.ศ. 2570-2574** เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนร้อยละ 78 และเด็กอายุ 12 ปี สูงเฉลี่ย ชาย 160 ซม. หญิง 161 ซม. **พ.ศ. 2575-2579** เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนร้อยละ 80 และเด็กอายุ 12 ปี สูงเฉลี่ย ชาย 163 ซม. หญิง 164 ซม.	1. พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตสุขภาพที่ 8 2. ร่วมพลังประชารัฐ ชุมชนและสังคม บูรณาการการพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 3. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเด็กวัยเรียนในระบบบริการสุขภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน 4.พัฒนาศักยภาพเครือข่ายกลุ่มบุคคลและองค์กรต่างๆที่ดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มวัยเรียนทั้งภาครัฐภาคเอกชนและประชาชนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสนับสนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกัน 5. ส่งเสริม พัฒนาความรู้ ทักษะด้านสุขภาพให้เด็กวัยเรียนมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์“เก่ง ดี มีสุข” 6. พัฒนารูปแบบกลไกการเฝ้าระวังเตือนภัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ 7. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบ ทันสมัย เชื่อถือได้ 8. ส่งเสริมการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน 9. พัฒนาระบบบริหารสุขภาพเด็กวัยเรียนด้วยการจัดการ	1. ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี 2. สสจ. 3. สพป./สพม. 4. อปท.

		ค่ากลาง 10. พัฒนาระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวม	
เป้าประสงค์	**ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย**	**มาตรการ**	**เป้าประสงค์**
2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น			
พฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 -14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน ไม่เกิน 1.4 ต่อพันประชากร	1 แสวงหาและสร้างพันธมิตรร่วมดำเนินงาน 2 ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพให้ภาคีเครือข่าย 3 กำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน	1. ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี 2. สสจ. 3. สพป./สพม. 4. อปท.
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ไม่เกิน 42 ต่อพันประชากร	1 เร่งรัดให้กระทรวงที่เกี่ยวข้องออกกฎกระทรวง หรืออนุบัติอื่นภายใต้พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 2 ผลักดันให้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพ.ศ. 2560-2569 ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ 3 ผลักดันการบังคับใช้กฎหมายสู่การปฏิบัติตามเจตนารมณ์กฎหมาย	
	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10	1 ผลิตสื่อที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย 2 เพิ่มช่องทางในการสื่อสารให้มีความหลากหลายและเหมาะสม	

3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง)	๑. ประชาชนมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๒. ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ	สคร. 8 จังหวัดอุดรธานี/ ศูนย์อนามัยที่ 8 / สบส. เขต 8
2. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ร้อยละของ รพ. ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD clinic plus ระดับดี	มาตรการป้องกันในสถานบริการสาธารณสุข	สคร. 8 จังหวัดอุดรธานี/ ศูนย์อนามัยที่ 8/ ศูนย์สุขภาพจิตเ

4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ผู้สูงอายุสุขภาพดีช่วยเหลือตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี	**พ.ศ. 2560-2564** 1. อปท. ที่เข้าร่วมโครงการผ่านเกณฑ์ตำบลที่ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ร้อยละ 50-7๐ 2. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ ๕๐ **พ.ศ. 256๕ - 256๙** 1. อปท. ที่เข้าร่วมโครงการผ่านเกณฑ์ตำบลที่ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ร้อยละ 7๐-8๐ 2. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ ๖๐ **พ.ศ. 25๗๐ - 25๗๔** 1. อปท. ที่เข้าร่วมโครงการผ่านเกณฑ์ตำบลที่ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ร้อยละ 8๐-9๐ 2. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ ๗๐ **พ.ศ. 25๗๕ - 25๗๙** 1. อปท. ที่เข้าร่วมโครงการผ่านเกณฑ์ตำบลที่ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ร้อยละ 100 2. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ ๘๐	1. สร้างภาคีเครือข่ายขยายพื้นที่ อปท. เข้าร่วมโครงการตำบลที่ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ครอบคลุมทุกตำบลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 2. การพัฒนาศักยภาพด้านกำลังคน (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG) แกนนำสุขภาพครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ) 3. พัฒนาต่อยอดและขยายผลชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ / โรงเรียนผู้สูงอายุ 4. พัฒนาระบบและเทคโนโลยีที่ทันสมัยด้านข้อมูลสนเทศการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ๕. พัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Cities) ๖.สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนานวัตกรรม พัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ๗.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ยกย่องเชิดชูเกียรติ ตำบลต้นแบบ LTC บุคคล/ หน่วยงาน/องค์กรต้นแบบระดับเขต ๘.ใช้การตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) ๙.ส่งเสริมบทบาทขององค์กรนอกภาคสาธารณสุข (Health in All Policy)	<u>หน่วยงานหลัก</u> ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี <u>หน่วยงานร่วม</u> -สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด -องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น -พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ -การศึกษานอกโรงเรียน

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาคนพิการ (คนพิการ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง)	ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยการบริการ	1. Service Delivery - มีมาตรฐานการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - มีสถานพยาบาลทุกระดับผ่านมาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นแม่ข่ายให้กับชุมชน - สถานพยาบาลทุกระดับมีการพัฒนางานตามมาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและผ่านการประเมินคุณภาพ - มีระบบบริการฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub acute rehabitition) จากในสถานพยาบาลทุกระดับที่เชื่อมโยงและครอบคลุมถึงชุมชน - มีศูนย์บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในสถานพยาบาลทุกระดับ - มีหลักสูตรอบรมผู้ดูแลคนพิการ - มีหลักสูตรเฉพาะทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ - มีคู่มือการดูแลสุขภาพคนพิการ ครอบคลุม ๗ ประเภทความพิการ - มีการประชุมชี้แจงประสานงานพื้นที่เครือข่ายทั่วประเทศ - จัดอบรมเชิงปฏิบัติสัญจรในส่วนกลางและ ๔ ภูมิภาค - คนพิการ ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพสำหรับตนเอง	- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์

5. โครงการพัฒนาสุขภาวะครอบครัว

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ประชาชนทุกคนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนจัดการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๑. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำคครอบครัว(อสค.) เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว โดยกลไกการหนุนเสริมระบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ ๒. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพ ของครอบครัว ๓. ประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 8
2. การเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1.1เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช 1.2 เพิ่มการเข้าถึงการดูแลติดตามผู้พยายามทำร้ายตนเองไม่ให้กลับมาทำร้านตนเองซ้ำ	- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน) - ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไป ทำร้ายตนเองซ้ำ ภายใน 1 ปี (ร้อยละ 80) - ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่มโรค กลุ่ม NCD, ผู้ป่วยจิตเวช, ผู้ติดสารเสพติด (ร้อยละ 50) - ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50) - ร้อยละของผู้ป่วย โรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65)	1.ใช้ Application Sabaijai เพื่อคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2.พัฒนาและติดตามการเฝ้าระวัง รายงาน ปัญหาการฆ่าตัวตายและปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช 3.พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย 4. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต	- สำนักงานเขตสุขภาพ - รพศ./รพท./รพช./รพ.จิตเวช - เทศบาล/อบต./องค์กรช่วยเหลือทางสังคม

แผนงานที่ 2 การป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

1. โครงการพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1.พัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	1.ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ปฏิบัติงานจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	1.พัฒนาการประเมินความเสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ ในพื้นที่ (Risk assessment) 2.พัฒนาแผนบริหารความต่อเนื่องของภารกิจหน่วยงาน และระดมอัตรากำลังเพื่อปฏิบัติงาน EOC (BCMS) 3.พัฒนาแผนปฏิบัติการรองรับภาวะฉุกเฉินของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญและมีโอกาสเกิดขึ้นในพื้นที่ 4.ฝึกปฏิบัติการซ้อมแผน และประเมินความพร้อมการรองรับ PHE	สคร. (กลุ่ม PHER) เขต 8 สสจ
	2.ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ	1.พัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SA) ในภาวะปกติและ EOC 2.อบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะด้านตระหนักรู้ฯ (SA) แก่ทีม SAT 3.พัฒนาระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง และติดตามสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพเชื่อมโยงเครือข่ายระดับจังหวัด เขต ส่วนกลาง 4.สนับสนุนการปฏิบัติงานทีม SAT ในพื้นที่	สคร. (กลุ่มระบาดวิทยาฯ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	3.รายงานผลการตรวจวิเคราะห์โรคในภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของตัวอย่างส่งตรวจ	1. พัฒนาและรักษามาตรฐานของห้องปฏิบัติการ 2. ขับเคลื่อนเครือข่ายห้องปฏิบัติการเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉิน	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี
2. งานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร	**การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเมืองใหญ่(City RTI)** - จำนวนหน่วยงาน (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเมืองใหญ่ (City RTI) **กรอบการดำเนินงาน** 1. จัดการข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงจุดเสี่ยงสวนสวนการบาดเจ็บฯ เพื่อชี้ประเด็นปัญหา 2. กำหนดขอบเขตพื้นที่ดำเนินการควบคุมพิเศษ (Safety Zone) 3. จัดทำข้อตกลงความร่วมมือการทำงานกับหน่วยงานท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 4. มีมาตรการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่น	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับท้องถิ่นและบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และผู้เชี่ยวชาญตามกรอบการดำเนินงานและบริบทของพื้นที่	1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี 2. สสจ.

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	มีระบบการจัดการข้อมูลจากการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนและแสดงข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ(Dashboard) สำหรับใช้ประโยชน์ร่วมกันในระดับประเทศ/เขต/จังหวัด	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระดับพื้นที่ 2. ร่วมจัดทำคลังข้อมูลและระบบแสดงข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บเพื่อให้มีข้อมูลนำเข้าสำหรับใช้ประโยชน์ร่วมกันในระดับประเทศ/เขต/จังหวัด	1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี 2. สสจ.
3. การป้องกันการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ (จมน้ำ, พลัดตกหกล้มและบาดเจ็บในเด็ก)	1. สร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ	- พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในพื้นที่ - ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker)ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด	1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี 2. สสจ.
	2. สื่อสารประชาสัมพันธ์ป้องกันการจมน้ำ	- จัดทำประเด็นข้อมูลที่สำคัญในระดับพื้นที่ - จัดกิจกรรมรณรงค์ - จัดทำสื่อ/เอกสาร - สื่อสารประชาสัมพันธ์ทางช่องทางต่างๆ	1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี 2. สสจ.

2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ

2.1 โครงการเฝ้าระวัง ยุติปัญหาวัณโรค

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ร้อยละของการค้นพบและลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท	เป้าหมายระดับ สคร. และจังหวัด ปี 2560 = ร้อยละ 80 ปี 2561= ร้อยละ 82.5 ปี 2562 = ร้อยละ 85 ปี 2563 = ร้อยละ 87.5 ปี 2564= ร้อยละ 90	มาตรการหลักที่ 1 การเร่งรัดการค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค 1. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่เพื่อกำหนดกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายร่วมกับ สสจ. 2. ถ่ายทอดสนับสนุนรูปแบบการค้นหาคัดกรองเชิงรุกตามกลุ่มเสี่ยงให้กับสสอ/รพ 3. ดำเนินการคัดกรองเชิงรุกด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกร่วมกับ สสจ. 4. ขยายการดำเนินงานวิเคราะห์และสรุปบทเรียนรู้รูปแบบการดำเนินงานวัณโรคในเขตเมืองใหญ่ 5. วิเคราะห์และสนับสนุนสสจ. ในการขยายการดำเนินงานวัณโรคในรพ.เอกชนและรพ.นอก สธ. 6. ขยายความครอบคลุมระบบข้อมูลวัณโรครายบุคคลบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ต 7.ประสานการดำเนินงานและงบประมาณในกาขับเคลื่อนเครือข่ายการดำงานวัณโรคระดับพื้นที่	สคร. เขตบริการสุขภาพ สปสช จังหวัดในความรับผิดชอบ เขต 8 จ.อุดรธานี

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
2.อัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท		**มาตรการหลักที่ 3 ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ** 1. เร่งรัดการดำเนินงานการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยาและความครอบคลุม DOT โดย จนท. และ VOT ในกลุ่มเฉพาะระดับพื้นที่ 2. วิเคราะห์และประเมินมาตรฐาน QTB/HA 3. วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์การขาดยาและอัตราตายในผู้ป่วยวัณโรคเพื่อแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ 4. รวบรวม ประมวล ถ่ายทอด best Practice ในพื้นที่ 5. advocate หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 6. ศึกษาวิจัยที่สอดคล้องกับความต้องการทั้งระดับเขตพื้นที่ 7. วิเคราะห์และขยายผลศึกษาวิจัยและนวัตกรรมในการแก้ปัญหาวัณโรคในพื้นที่	สคร.8 เขตสุขภาพที่ 8 สปสช จังหวัดในความรับผิดชอบ เขต 8 จ.อุดรธานี

2.2 โครงการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1.การติดเชื้อเอชไอวีใหม่และSTI ลดลง (ไม่ติด)	1.1ร้อยละการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงรับบริการฝากครรภ์อายุ 15-24 ปี ลดลง 1.2 อัตราป่วยโรคหนองใน ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ลดลง 1.3 อัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ลดลง	ขับเคลื่อนกระบวนการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain โดยเน้นกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
2. ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีเสียชีวิตลดลง (ไม่ตาย)	2.1 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะการติดเชื้อฯ ตนเอง 2.2 ร้อยละของผู้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสฯ 2.3 ร้อยละของผู้ที่รับยาต้านไวรัสกดไวรัสสำเร็จ		

2.3 โครงการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	1. 100 % ผู้สัมผัสสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อพิษสุนัขบ้าได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ตามแนวทางเวชปฏิบัติ 2. 95 % ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ในพื้นที่เสี่ยง มีแผนป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	1. ลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า 2. ขับเคลื่อนการจัดทำแผนควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่(เสี่ยงอำเภอเสี่ยงมีแผนป้องกัน 3. ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ตามมาตรการเชิงรุก ที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด)	สคร.8 ร่วมกับ ปศจ.

2.4 โครงการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. โรคติดต่ออุบัติใหม่ได้รับการควบคุมและจำกัดไม่ให้มีการแพร่ระบาดสู่พื้นที่อื่น	สามารถควบคุมการแพร่ระบาดโรคติดต่ออุบัติใหม่ ไม่ให้มีการแพร่ระบาด ภายใน ๒ เท่าระยะฟักตัว	1. ๙๐ % ของ สสจ.ในเขตฯ ๘ มีการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ พ.ศ.๒๕๖๐-๖๔ 2. การเฝ้าระวัง ป้องกัน เตรียมความพร้อมและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในมนุษย์	สคร.8 ร่วมกับ ปศจ.

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
2. การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	1. ความครอบคลุมการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเป้าหมาย	1. การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง 1. รณรงค์เผยแพร่คำแนะนำการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลผ่านสื่อรูปแบบต่างๆเช่นโทรทัศน์วิทยุ หอกระจายข่าวหนังสือพิมพ์โปสเตอร์แผ่นพับป้ายประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทั่วประเทศเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมารับวัคซีน 2. ติดตามควบคุมกำกับให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตพื้นที่รับผิดชอบดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัด ใหญ่ตามฤดูกาลแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง	1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี 2. สสจ.

2.5. โครงการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลาย

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ลดปัญหาโรคติดต่อนำโดยยุงลาย (ไข้เลือดออก ไข้ซิกา)	1. ลดอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ไม่น้อยกว่า ๑๐% ของค่ามัธยฐาน ๕ปี (๒๕๕๕-๕๙) 2. ลดอัตราป่วยตาย โรคไข้เลือดออก ให้ไม่เกิน ๐.๐๑ % 3. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกาในพื้นที่ลดลงจากปี ๒๕๖๐ ไม่น้อยกว่า ๕๐%	1. พัฒนาและเพิ่มความเข็มแข็ง ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อนำโดยยุงลาย 2. เร่งรัดการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อ ลดการติดเชื้อ การป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดต่อนำโดยยุงลาย 3. เพิ่มความเข็มแข็งระบบการดูแลรักษาและสนับสนุนดูแลผู้ป่วย ANC ที่ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง แบบองค์รวม 4. พัฒนาและส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของบุคลากร ภาคีเครือข่าย และประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค 5. เสริมสร้างความเข็มแข็งระบบควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) โรคจากยุงลาย 6. เพิ่มศักยภาพและความสามารถ การบริหารจัดการทรัพยากร ในการควบคุมยุงลาย 7. พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลายให้มี ปสภ. 8. พัฒนา ส่งเสริม สนับสนุน และเร่งรัดการ	สคร.8 ร่วมกับ อปท.

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		ศึกษาวิจัย นวัตกรรมและเทคโนโลยี การป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลาย	

2.6 โครงการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

เป้าประสงค์	**ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย**	**มาตรการ**	**หน่วยงานที่รับผิดชอบ**
โครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิ ๑. ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และชุมชนมีศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบ้ไม้ตับอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานของตำบลเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ	๑. การสร้างเสริมสุขภาพ : ตำบลมีการออกและบังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติหรือมาตรการทางสังคมในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูลเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อพยาธิในสิ่งแวดล้อมและสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อนำดีในโรงเรียน ๒. การควบคุมป้องกัน : มีกิจกรรมคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ รักษาและดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดเชื้อ ๓. การรักษาพยาบาล : มีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ด้วยวิธีอัล	๑. ศูนย์อนามัย กรมอนามัย ๒. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค กรมควบคุมโรค ๓. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๔. กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๕. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค กรมควบคุมโรค

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		ตราซาวด์ หากสงสัยดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป ๔. การดูแลรักษา : การผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี และให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ๕. การสื่อสารสาธารณ : ตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างกระแสสังคมในการลดเลิกการบริโภคปลาดิบ	

2.8 โครงการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	**มาตรการ**	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. อัตราป่วยโรคอาหารเป็นเป็นพิษลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี	1. ร้อยละของอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี	1.1 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำได้แก่ 1. มีฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมองค์ประกอบ 5 มิติ ได้แก่ ขนาดของปัญหา Morbidity/Mortality) ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) พฤติกรรมเสี่ยง (Behaviors) ผลของการใช้มาตรการเพื่อแก้ไขปัญหา (Program response) ตรวจจับความผิดปกติโดยใช้การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based) 2. การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังเหตุการณ์การระบาดโรคติดต่ออาหารและน้ำในพื้นที่ 1.2 การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบอาหาร ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอาหารเป็นพิษ	สคร. สสจ.

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	**มาตรการ**	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		1.3 การซ้อมแผนตอบโต้กรณีระบาดโรคอาหารเป็นพิษ หรือถอดบทเรียนหลังการระบาดโรคอาหารเป็นพิษ 1.4 หาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งดำเนินการควบคุมการระบาดโรคอาหารและน้ำได้ภายใน 2 เท่าของระยะฟักตัว 1.5 การประชาสัมพันธ์ สื่อสารความเสี่ยง และสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชน ในการป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ	
2.ตรวจวิเคราะห์โรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	1.รายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ อย่างน้อยร้อยละ 50 สามารถรองรับโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	1.พัฒนาศักยภาพของห้องปฏิบัติการให้มีความสามารถในการตรวจวิเคราะห์โรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ 2.จัดระบบส่งต่อตัวอย่างได้รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี

3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง)	๑. ประชาชนมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๒. ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ	สคร. ๘ จังหวัดอุดรธานี/ ศูนย์อนามัยที่ ๘ / สบส. เขต ๘
๒. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ร้อยละของ รพ. ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD clinic plus ระดับดี	มาตรการป้องกันในสถานบริการสาธารณสุข	สคร. ๘ จังหวัดอุดรธานี/ ศูนย์อนามัยที่ ๘/ ศูนย์สุขภาพจิตเขต ๘

<u>แผนงานที่ 3 : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มปัจจัยปกป้องและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน</u>

1. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. สามารถตรวจวิเคราะห์และรายงานผลที่ตอบสนองสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างทันเหตุการณ์ ด้วยระบบทางห้องปฏิบัติการ	1.ผลงานทางห้องปฏิบัติการระดับเขตที่ตอบโจทย์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข (เรื่อง)	พัฒนาวิธีวิเคราะห์ พัฒนาเทคโนโลยีและการวิจัยใหม่ๆรวมถึงการบริหารจัดการทางห้องปฏิบัติการที่ตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินอย่างทันเหตุการณ์	สามารถตรวจวิเคราะห์และรายงานผลที่ตอบสนองสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างทันเหตุการณ์ ด้วยระบบทางห้องปฏิบัติการ
2. เป็นศูนย์กลางข้อมูลอ้างอิงและสารสนเทศด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่สนับสนุนนโยบายด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ	2.จำนวนการใช้ข้อมูลอ้างอิงและสารสนเทศที่สนับสนุนนโยบายด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของเขตและประเทศ	การสร้างช่องทางและกระบวนการสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลหรือถ่ายทอดองค์ความรู้เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงแนวโน้มและการเตรียมการป้องกันภัยสุขภาพที่เกิดในปัจจุบันหรืออนาคต ครอบคลุมทั้งด้านอาหาร ยาสมุนไพร เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย รังสีและเครื่องมือแพทย์ วัตถุเสพติด ชีววัตถุ รวมถึงโรคและเทคโนโลยีทางการแพทย์	เป็นศูนย์กลางข้อมูลอ้างอิงและสารสนเทศด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่สนับสนุนนโยบายด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
	3.จำนวนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ได้รับการจัดการสู่การใช้ประโยชน์		
	4.ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย		
	5.ร้อยละชองจำนวนข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่นำไปใช้ในการสนับสนุน ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด		

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
3. มีส่วนร่วมในการเพิ่มขีดความสามารถเชิงแข็งขันของเขตและภาคและประเทศในสังคมและเศรษฐกิจดิจิตอลและเศรษฐกิจฐานนวัตกรรม ที่ใช้องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์	โครงการที่มีส่วนสนับสนุนภาคเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่เขต 1.ร้อยละของพื้นที่ที่มีศูนย์แจ้งเตือนภัย เฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน	- สร้าง และพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา เพื่อลดความซ้ำซ้อน - จัดให้มีระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยสุขภาพ สารปนเปื้อน สารพิษในสินค้าที่จำหน่ายในชุมชน นำเข้าและจำหน่ายในประเทศ	สบส สสจ สสอ อย ศวก รพ และท้องถิ่น
4. พัฒนาฐานข้อมูลวิทยาศาสตร์การแพทย์ สารสนเทศ และองค์ความรู้เพื่อเป็นระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพของประเทศ	<u>เชิงปริมาณ</u> : มีฐานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อเป็นระบบเฝ้าระวังพยากรณ์และเตือนภัยสุขภาพของประเทศ (1 ระบบ) <u>เชิงคุณภาพ</u> : มีฐานข้อมูลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อเป็นระบบเฝ้าระวังพยากรณ์และเตือนภัยสุขภาพของประเทศ เป็นไปตามมาตรฐานขั้นตอนที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด (ร้อยละ 100)	- มีฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยเพื่อเป็นระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยสุขภาพของประเทศ ในที่นี้ หมายถึง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีข้อมูลทางห้องปฏิบัติการด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ระดับประเทศและประมวลผลสังเคราะห์ข้อมูลจากแห่งอื่นๆ ร่วมให้เป็นระบบเฝ้าระวังพยากรณ์และเตือนภัยสุขภาพของประเทศ 1 ระบบ	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8
5. เป็นหน่วยงานกลางในการกำหนดมาตรฐานและพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการของเขต	จำนวนห้องปฏิบัติการที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพของเขต (ด้าน)	- พัฒนาวิการเพิ่มศักยภาพการจัดทำมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมถึงการจัดการกลุ่มงานของภาครัฐให้ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อน เช่น ด้านสมุนไพร ยาเสพติด ยาฆ่าแมลง เป็นต้น	

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
6. เป็นต้นแบบศูนย์ปฏิบัติการร่วมที่ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขของเขต	1.ร้อยละของข้อตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ส่งผลประโยชน์ต่อผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือทำให้เกิดโครงการร่วมกันเพิ่มขึ้น(เรื่อง) 2.เป็นศูนย์ข้อมูลหลักที่เน้นการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการเพื่อแจ้งเตือนภัยสุขภาพและสนับสนุนความมั่นคงของระบบสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ (เรื่อง)	- ยกระดับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ให้เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์	

2. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหาร

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. สถานพยาบาลและสถานประกอบการด้านสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน	**ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด** **เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์** - สถานพยาบาล ร้อยละ ๑๐๐ - สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ๖๐	**1. ส่งเสริม พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการควบคุมกำกับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (ระบบการจัดการคุณภาพและความปลอดภัยอาคารสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือแพทย์ และระบบบงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล)** 1.1 พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด จังหวัดละ ๙ คน 1.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรของสถานบริการสุขภาพภาครัฐ (การสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือวัดทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน)	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 8

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
		๒. พัฒนาสถานบริการสุขภาพภาครัฐให้เข้าสู่มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ๒.๑ ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาสถานบริการสุขภาพภาครัฐให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลทุกแห่ง ๒.๒ จัดทำคู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติ ๒.๓ ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาคุณภาพงานของสถานบริการสุขภาพ ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ **๓. ควบคุมกำกับคุณภาพตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ** ๓.1 การเยี่ยมประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล พื้นที่เขตสุขภาพที่ ๘ (ปี ๖๐ เป้าหมาย จำนวน ๘๘ แห่ง) **๔. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ ในการควบคุมกำกับสถานบริการสุขภาพ (เอกชน) และ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สปา) ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง**	

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
2. ปชช.ได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย	1. พัฒนาระบบและกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคฯ	1. ปรับปรุงกฎหมาย 2. ยกระดับการควบคุมกำกับให้สอดคล้องกับสากล 3. ให้ผู้ประกอบการรับผิดชอบต่อการประกอบการของตนเอง 4. ถ่ายโอนภารกิจ 5. สร้างและพัฒนาเครือข่าย	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
3.ปชช.มีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	2. พัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้แก่ผู้บริโภค	1. พัฒนาศักยภาพผู้บริโภคให้มีความรู้ที่ถูกต้อง 2. สร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง 3. พัฒนาและขยายเครือข่ายภาคประชาชน	
	3. พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการให้มีโอกาสแข่งขัน	1. พัฒนาขีดความสามารถผู้ประกอบการให้มีโอกาสทางการแข่งขัน 2. ปรับปรุงกฎหมายเพื่อส่งเสริมการประกอบธุรกิจ 3. พัฒนาฐานความรู้ให้ผู้ประกอบการ4. พัฒนาเครือข่ายเพื่อสนันสนุนผู้ประกอบการ	
	4. พัฒนาและยกระดับองค์กรเป็นHBO	1. พัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล - สู่ความเป็นมืออาชีพ - เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน 2. ปรับโครงสร้างองค์กรให้เหมาะสม 3. พัฒนาระบบการทำงาน(งานวิจัย/ ไอที)	

3. โครงการสร้างปัจจัยปกป้องและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมตามกลุ่มวัย	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด	**1. เสริมสร้างศักยภาพประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง** 1.1 พัฒนากระบวนชุดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้าง HL/HB 1.2 พัฒนาการสื่อสารสุขภาพตามกลุ่มวัย 1.3 พัฒนาแหล่งเรียนรู้ 1.4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ 1.5 พัฒนาศักยภาพเครือข่ายระดับเขตและเครือข่าย(สสจ./สสอ/รพสต.) **2. ควบคุมกำกับคุณภาพตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ** 2.1 ควบคุมกำกับคุณภาพตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ(ด้านสุขศึกษา) 2.2 พัฒนาระบบและสร้างแม่ข่าย (NODE) พี่เลี้ยง ระดับเขต/จังหวัด 2.3 พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ(ด้านสุขศึกษา) ใน รพศ /รพท/รพช	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 8

<u>แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ</u>

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. โครงการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข			
สถานบริการสาธารณสุขมีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน	1. โรงพยาบาล (รพศ./รพท./รพช.) และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการผ่านมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ตามเป้าหมาย 2. รพ.สต.เข้าร่วมโครงการและผ่านการประเมินระดับพื้นฐานอย่างน้อย ร้อยละ50	- ส่งเสริมพัฒนาสนับสนุน - ประเมินติดตาม	ศอ. ๘ / สสจ. / รพ. / รพ.สต.
2. โครงการคุณภาพระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น			
1. ให้เกิดระบบคุณภาพของระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบทั้งองค์กรทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	- แผน 5 ปี 4 ประเด็น 1. อาหาร 2. น้ำ 3. สิ่งปฏิกูล/ส้วม 4. ขยะ ขับเคลื่อนในเทศบาลตำบล 100% - แผน 10 ปี (ระบบอื่นๆ)	- ส่งเสริมพัฒนาสนับสนุน - ประเมินติดตาม - ส่งเสริมแรงจูงใจ EHA	กรอบอนามัย และสถ.
๒. ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	- ลดโรคและปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากกิจการฯ	- มีระบบฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อม - หน่วยปฐมภูมิมีการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน	ศอ. ๘ / สคร. ๘ / สสจ. / รพ.สต.

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด / ค่าเป้าหมาย	มาตรการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
3. โครงการยกระดับมาตรฐานการจัดการสิ่งปฏิกูลในเขตสุขภาพที่ 8 ให้มีการจัดการอย่างถูกสุขลักษณะและถูกต้องตามกฎหมาย			
เพื่อลดและป้องกันการแพร่กระจายของพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากรถสูบสิ่งปฏิกูล	จังหวัดนำประเด็นการพิจารณาเข้าประชุม อสธจ.และมีมติในการขับเคลื่อนงานให้เกิดเป็นรูปธรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง	1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อกำหนดท้องถิ่นเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูล 2. สร้างรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะและติดตามกำกับควบคุมรถสูบสิ่งปฏิกูลให้ดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมาย	ศอ.8 สคร.8 สสจ.อปท ทสจ.
4. โครงการเฝ้าระวังงานอนามัยสิ่งแวดล้อมจากการประกอบอาชีพ			
1. อัตราป่วยด้วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชลดลง	จำนวนพื้นที่ต้นแบบด้านการลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีการพัฒนาร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่	1.ประเมินสถานการณ์และการจัดการข้อมูล 2.สนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3.สร้างความตระหนักและการ 4.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกร 5.มีขบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผล	สคร.8/สสจ. รพช รพสต. สนับสนุนขบวนการ
2. กลุ่มเป้าหมายพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (hot zone) ได้รับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	1. ร้อยละ 50 ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (hot zone) ได้รับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	เพิ่มประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากขยะและสิ่งแวดล้อม	สคร. 8 สสจ. ศูนย์อนามัย
	๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของ รพศ./รพท. และ รพช.แม่ข่าย (M2) มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	พัฒนายกระดับคุณภาพการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	รพศ รพท. รพช.
	3. อย่างน้อย 1 จังหวัด มีฐานข้อมูลสถานะสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรค	1.การดำเนินงานมีส่วนร่วมกับการดำเนินงาน EHIA และประเมินความเสี่ยง ดูแลสุขภาพ จัดการปัญหาสุขภาพของ	สคร. 8 สสจ.

	กำหนด	ประชาชนในพื้นที่เสี่ยง 2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลข้อมูลความเสี่ยงและการเฝ้าระวังสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่เสี่ยง	ศูนย์อนามัย อปท.
5. โครงการเฝ้าระวังงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ			
1. จังหวัดที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีฐานข้อมูลและการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	จังหวัดในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ(นครพนม หนองคาย) มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพครบถ้วนทุกจังหวัด	1. เก็บข้อมูลสถานการณ์ 2. นำเสนอในเวทีการประชุม อสธจ. 3. สื่อสารความเสี่ยงและแนวทางการป้องกัน 4. มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ. / รพท. / รพช. แม่ข่าย	ศอ.8 สคร.8 สสจ.อปท
๒. แรงงานต่างชาติ	- สิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัยและ ส.ป.ก.	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ. / รพท. / รพช. แม่ข่าย	ศอ. ๘ / สคร. ๘ / สสจ.

บทที่ 6
กลไกดำเนินงานการควบคุมกำกับและประเมินผล เขตสุขภาพที่ 8

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ ของเขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วยกลไกต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Chief Prevention Promotion Officer : CPPO) เขตสุขภาพที่ 8

คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Chief Prevention Promotion Officer : CPPO) เขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

คณะกรรมการอำนวยการ

1. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8
2. สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 8
3. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
4. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8
5. ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8
6. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8
7. ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
8. ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 8
9. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8
10. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8

บทบาทหน้าที่

1. สนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านนโยบายและงบประมาณ
2. สนับสนุนการขับเคลื่อนแผนงานตามยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) ทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัดเพื่อให้เกิดการพัฒนาในระดับนโยบาย
3. พิจารณาเห็นชอบระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)
4. ให้คำปรึกษาการดำเนินงานในระดับนโยบาย

คณะกรรมการดำเนินงาน

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นประธานกรรมการ

2. นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นรองประธานกรรมการ

3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เป็นกรรมการ

4. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เป็นกรรมการ

5. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เป็นกรรมการ

6. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

7. หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

8. หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

9. หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

10. หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

11. หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

12. หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

13. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นกรรมการ

14. หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาลนครพนม เป็นกรรมการ

15. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นกรรมการและเลขานุการ

16. นางกุสุมา สุวรรณโมรา หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

17. นางกนกพร ไทรสุวรรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

1. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา และรวบรวมข้อมูล เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพแผนงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)

2. กำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) โดยบูรณาการทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ประสานงาน กำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด

4. นำเสนอความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาศ และสรุปรายงานผลการดำเนินงาน

5. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

2. ส่งเสริมบทบาทขององค์กรนอกภาคสาธารณสุขในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health-in-all policy)

งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเรื่องที่ประชาชนทุกคนต้องรับผิดชอบการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญของงานซึ่งย่อมหมายความว่าประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและเลือกปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีและไม่มีความเสี่ยงต่อโรคการกำหนดให้ทุกนโยบายใส่ใจสุขภาพ (health in all policy) เป็นการกำหนดว่าทุกหน่วยงานที่กำหนดนโยบายสาธารณะผู้กำหนดนโยบายจะใส่ใจว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในประชากรที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้นๆ มาก-น้อยเพียงใดและหลีกเลี่ยงที่จะกำหนดนโยบายที่เป็นภัยต่อสุขภาพของประชาชนหรือส่งเสริมส่วนที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาวะในชุมชนเป็นต้น

ในเขตสุขภาพที่ 8 ได้สนับสนุนให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาคประชาชนและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของทั้งในระดับเขต จังหวัด และพื้นที่ ประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคประชาชนต่างๆ

3. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้มีความครอบคลุมและมีการนำไปใช้ในการพัฒนานโยบาย

ระบบข้อมูลข่าวสารที่ดีย่อมช่วยให้เห็นถึงความก้าวหน้าและผลกระทบของยุทธศาสตร์ในขณะเดียวกันการจัดให้มีข้อมูลสุขภาพสำหรับประชาชนก็จะเป็นการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพซึ่งก็จะเอื้อประโยชน์ต่องานมากขึ้น เขตสุขภาพที่ 8 ได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ (HDC) ให้มีความถูกต้อง และทันเวลามากยิ่งขึ้นรวมทั้งได้พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (cockpit) เพื่อใช้ในการติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่างๆ ทั้งที่มีในระบบ HDC และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอื่นๆ ซึ่งใช้อยู่ในปัจจุบัน มีการอัพเดตข้อมูลอยู่เป็นประจำในทุกเดือนและจะพัฒนาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

4. จัดระบบพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการดำเนินการและประสานงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมถึงการประเมินศักยภาพบุคลากร

งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายมากการพัฒนาบุคลากรจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและสอดคล้องกับข้อกำหนดทั้งในกฎบัตรออตตาวาและกฎบัตรกรุงเทพฯบทบาทในการพัฒนาบุคลากรเป็นขององค์กรทุกระดับ

เขตสุขภาพที่ 8 ได้มีการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการดำเนินการและประสานงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสภาพปัญหาของพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการประเมินศักยภาพของบุคลากรก่อนการดำเนินงานและเมื่อดำเนินงานได้ระยะหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินงานมากที่สุด เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพมากที่สุด

5. การพัฒนาระบบนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับ

การนิเทศติดตามความก้าวหน้าของงานเป็นเรื่องจำเป็นในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อให้หน่วยงานที่รับการนิเทศได้เห็นว่างานตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดเป็นงานสำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการให้ได้ผลและช่วยให้ได้ข้อมูลไปปรับปรุงยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

เขตสุขภาพที่ 8 ได้นำกลยุทธ์ PIRAB มาใช้ในการพัฒนาระบบนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานประกอบด้วย

P : Partner ชักชวนพันธมิตรทุกภาคส่วน ทุกระดับ ให้เห็นความสำคัญและร่วมกันทำงานส่งเสริมสุขภาพแบบยั่งยืน โดยเฉพาะการกำหนดเรื่องสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญในทุกนโยบายสุขภาพ (Health in All Policy)

I : Invest กระตุ้นให้เกิดการเกิดลงทุนโดยเฉพาะด้านงบประมาณที่เพียงพอจากระดับนโยบายในทุกภาคส่วนเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ

R : Regulate and Legislate ใช้การตรากฎและออกกฎหมาย เพื่อคุ้มครองประชาชนจากความเสี่ยงต่อสุขภาพทุกด้าน

A : Advocate ชี้นำ ชูประเด็น และสนับสนุนให้การเมืองทุกระดับให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพบนพื้นฐานสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม สร้างการทำงานร่วมกันกับทุกภาคส่วน และ

B : Build Capacity พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนให้สามารถพัฒนานโยบายทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งการวิจัย การกระจายความรู้เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

ในนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 8 นั้น มีทั้งในระบบปกติ และระบบการตรวจราชการซึ่งได้ดำเนินการปีละ 2 ครั้ง ซึ่งการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานนั้นจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้แก้ไขปัญหาที่เกิดได้ทันท่วงที

6. ส่งเสริมการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรจากท้องถิ่นและภาคเอกชน

โดยทั่วไปงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาโรคและเมื่อดำเนินการได้ผลความจำเป็นในการใช้จ่ายเงินในการรักษาโรคก็จะน้อยลงและหากดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อย่างได้ผลสามารถสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพในประชาชนแล้วก็ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองค่าใช้จ่ายในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ก็จะยิ่งน้อยลงถ้าสามารถส่งเสริมพันธะรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรต่างๆ (social accountability) ที่จะป้องกันผลกระทบทางสุขภาพส่งเสริมสุขภาวะของประชาชนและแสดงบทบาทปกป้องชุมชนต่อภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ลดภาระด้านงบประมาณจากภาครัฐได้เป็นจำนวนมาก

เขตสุขภาพที่ 8 ได้ให้ความสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่แล้ว งบประมาณส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) จะไปอยู่ที่งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งงบประมาณที่ได้จากหน่วยงานศูนย์วิชาการต่างๆ รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 ด้วย

7. สนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายพัฒนามาตรการและควบคุมกำกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ด้วยหลักการพัฒนางานที่มุ่งดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Thailand 4.0 จึงต้องมุ่งส่งเสริมงานวิจัยเพื่อให้มีการค้นคว้านวัตกรรมที่ได้ผลดีในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดังนั้นแผนปฏิบัติการจึงควรกำหนดให้งานการศึกษาวิจัยเป็นส่วนประกอบหนึ่งของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคการเพิ่มความมีส่วนร่วมของมหาวิทยาลัยต่างๆเพื่อผลักดันให้งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความเป็นเลิศบรรลุตามพันธกิจที่กำหนด

กลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ด้วยหลักการพัฒนางานที่มุ่งดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมาย 4.0 จึงต้องมุ่งส่งเสริมงานวิจัยเพื่อให้มีการค้นคว้านวัตกรรมที่ได้ผลดีในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามบริบทพื้นที่ ดังนั้น จึงได้มีการกำหนดเป้าหมายและทิศทางที่ชัดเจนในการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้งานการศึกษาวิจัยที่มาจากประเด็นหน้างานประจำ เป็นส่วนประกอบหนึ่งของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการพัฒนา ผลิตผลงานวิจัยและนวัตกรรมเชิงบูรณาการกับหน่วยบริการสุขภาพ และสถานบันการศึกษาในพื้นที่ประกอบด้วยมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร มหาวิทยาลัยนครพนมและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนีอุดรธานี เพื่อผลักดันให้งานวิจัยและนวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของพื้นที่ในเขตสุขภาพให้มีคุณภาพ นำสู่การ

ใช้ประโยชน์ มีการขยายผล พัฒนาต่อยอด เป็นแนวปฏิบัติที่ดี มีความเป็นเลิศบรรลุตามพันธกิจที่กำหนดและสนับสนุนให้เกิด Research & Innovations Hubs