

ชื่อเรื่อง : การสร้างเสริมสุขภาพ :
แนวคิด หลักการ และยุทธศาสตร์

ISBN : 978-974-299-140-1

ผู้เรียบเรียง : เพ็ญแข ลากยั้ง

จัดพิมพ์โดย : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

องค์กรสนับสนุน : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

พิมพ์เมื่อ : พ.ศ. 2552

จำนวน : 2,000 เล่ม

ออกแบบปกและรูปเล่ม : Cyber Rock Agency Group Co.,Ltd.

คำนำ

ในการจัดทำร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 47(1)-(12) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดตั้งคณะอนุกรรมการ 5 คณะ โดยกำหนดให้คณะอนุกรรมการคณะที่ 2 พิจารณายกร่างธรรมนูญใน หัวข้อเรื่อง (4) การสร้างเสริมสุขภาพ (5) การป้องกันและควบคุมโรคและ ภัยคุกคามสุขภาพ (6) การบริการ และ (12) การคลังสุขภาพ ซึ่งคณะ อนุกรรมการฯ ได้มีความเห็นให้รวมหัวข้อตามมาตรา 47 (4) และ (5) เข้าด้วยกัน แล้วแบ่งการพิจารณาเป็นเรื่องระดับบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยมีคณะทำงานชุดที่ 1 และ ชุดที่ 2 รับผิดชอบการจัดทำเนื้อหาสาระ เชิงวิชาการ ข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมทั้งความคิดเห็น เพื่อสรุปเป็นประเด็น และร่างธรรมนูญสุขภาพ ส่วน (6) การบริการ และ (12) การคลังสุขภาพ อยู่ในความรับผิดชอบของคณะทำงานชุดที่ 3 และ ชุดที่ 4 ตามลำดับ

หนังสือการสร้างเสริมสุขภาพนี้ จัดทำสำหรับผู้ที่ต้องการ ทราบที่มา แนวคิด หลักการ ยุทธศาสตร์ ร่องรับการจัดทำสาระใน ร่างธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 47 (4) การสร้างเสริมสุขภาพ และ (5) การควบคุมและป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ เนื่องจาก คณะทำงานมีภูมิหลังและความชำนาญหลากหลาย จึงมีมุมมองต่อ “สุขภาพ” ในมิติที่กว้างกว่าแนวคิดชีวการแพทย์ (Biomedical approach) หรือสาธารณสุข รวมทั้งเป้าหมายและมาตรการในร่างธรรมนูญสุขภาพฯ ก็เขียนในลักษณะที่ยืด “ชุมชน” เป็นศูนย์กลาง แทนที่จะมี “บุคลากร สาธารณสุขหรือภาครัฐ” เป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ประชาชนทั่วไปอ่านแล้ว

คำนำ

เข้าใจได้ง่าย ดังความต้องการที่จะให้ “ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ” เป็นธรรมนูญของสังคมไทย แทนที่จะเป็นของกระทรวงสาธารณสุขดังที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ด้วยกระบวนการที่มีคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พิจารณาสาระในขั้นสุดท้าย ทำให้มีการปรับเปลี่ยนไปบ้าง

ขอขอบพระคุณ ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) และเจ้าหน้าที่สำหรับการสนับสนุนด้านการจัดการ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในการสนับสนุนงบประมาณ ทันตแพทย์หญิงกนิษฐา บุญธรรมเจริญ สำหรับการวิเคราะห์แยกข้อมูลภาวะโรคออกเป็นกลุ่มอายุ 0-4 ปี และ 5-14 ปี และนายकुมล ศรีสุขวัฒนา ประธานคณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพด้านสภาพแวดล้อม สำหรับข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งคณะทำงานฯ ดังรายนามในหน้าถัดไปที่กรุณาสละเวลาประชุมและให้ความเห็นจนสามารถดำเนินงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เพ็ญแข ลากยั้ง

เลขานุการคณะทำงานมาตรา 47 (4) และ (5)

27 ตุลาคม พ.ศ. 2552

คำสั่งคณะกรรมการร่างสาระสำคัญ
ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
มาตรา 47 (4) (5) (6) (12)
ที่ 1 /2551

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ตามที่ได้มีคำสั่งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ 1/2551 ลงวันที่ 24 มกราคม 2551 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโดยประกอบด้วยคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 5 คณะ นั้น

เพื่อให้การดำเนินการร่างเนื้อหาสาระของธรรมนูญว่าระบบสุขภาพแห่งชาติ ตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 47 (4) (5) (6) (12) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและคล่องตัว และอาศัยอำนาจตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ข้อ 4 จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบ ตลอดจนอำนาจและหน้าที่ ดังนี้

องค์ประกอบ

1. รศ.สุรเกียรติ	อาชานานุภาพ	ประธานคณะทำงาน
2. นายศุภมิตร	ชุนท์สุทธิวัฒน์	คณะทำงาน
3. นายพงศ์เทพ	วงศ์วัชรไพบูลย์	คณะทำงาน
4. นายสุเทพ	เพชรมาก	คณะทำงาน
5. นายณรงค์	ตั้งศิริชัย	คณะทำงาน
6. รศ.ประสิทธิ์	ลีระพันธ์	คณะทำงาน
7. นางนันทา	อ่วมกุล	คณะทำงาน
8. นายทวีทรัพย์	ศิริประภาศิริ	คณะทำงาน
9. นางฉายศรี	สุพรศิลป์ชัย	คณะทำงาน
10. นายนิทัศน์	รายยวา	คณะทำงาน
11. นายนิสิต	วรรณัจฉริยา	คณะทำงาน
12. นายสุพัฒน์	ธนะพิงค์พงษ์	คณะทำงาน

13. นางสาวสัมพันธ์	ต่อสติ	คณะทำงาน
14. นายโชคชัย	ลี้มประดิษฐ์	คณะทำงาน
15. นายยุทธดนัย	สีดาหาล้า	คณะทำงาน
16. นางสาวเพ็ญแข	ลาภยิ่ง	คณะทำงานและเลขานุการ
17. นางสาวบุญยวีร์	เอื้อศิริวรรณ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

อำนาจและหน้าที่

1. ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิชาการ ตลอดจนบริหารจัดการเพื่อให้ได้งานวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกร่างเนื้อหาสาระสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติในประเด็นของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ตามบทบัญญัติในมาตรา 47 (4) (5) ในมติของสุขภาพส่วนบุคคล
2. จัดเวทีวิชาการเฉพาะประเด็น (หากจำเป็น) เพื่อระดมความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความครบถ้วน สมบูรณ์ด้านเนื้อหา
3. รายงานผลการยกร่างสาระสำคัญของธรรมนูญฯ เป็นระยะๆ ต่อคณะอนุกรรมการยกร่างสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47 (4) (5) (6) (12)
4. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2551

(ลงชื่อ)



(นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา)

ประธานคณะอนุกรรมการยกร่างสาระสำคัญ
ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
มาตรา 47 (4) (5) (6) (12)

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม : ผลกระทบต่อสุขภาพคนไทย	
ลักษณะของสังคมไทยในบริบทของการเกษตรเพื่อยังชีพ	2
ทิศทางการพัฒนาประเทศไทย: สังคมเกษตรสู่สังคมอุตสาหกรรมและเกษตรอุตสาหกรรม	3
ผลกระทบของบริโภคนิยม (Consumerism) ต่อสังคมวัฒนธรรมไทย	5
ผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร	6
ผลกระทบของทุนนิยมและบริโภคนิยมต่อภูมิปัญญาและการแพทย์ไทย	12
เทคโนโลยีสารสนเทศ: สินค้าเพื่อการบริโภคหรือเครื่องมือในการพัฒนาประเทศ	13
ผลกระทบของภาวะเศรษฐกิจต่อแรงงานไทย	14
สถานการณ์ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	15
สถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม	21
ผลกระทบจากภาวะโลกร้อน และการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ	24
สถานการณ์ด้านภัยพิบัติธรรมชาติ	25
ผลกระทบต่อสุขภาพ	28
● ปัจจัยบวกต่อสุขภาพ	29
● ปัจจัยลบต่อสุขภาพ	30
เอกสารอ้างอิง	33
บทที่ 2 ปัญหาสุขภาพของคนไทย	
การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพกายและจิต	40
● ภาวะโรคและการบาดเจ็บของคนไทยเปรียบเทียบ พ.ศ. 2542 และ 2547	41
● ภาวะโรคและการบาดเจ็บของคนไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ	42
ปัญหาสุขภาพด้านสังคมของคนไทย	54
● ด้านผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของเด็กไทย	54
● ด้านสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย	55
● ด้านพฤติกรรมทางสังคมของเยาวชนไทย	56
● สถานการณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุ	59
แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ	62
เอกสารอ้างอิง	64

สารบัญ

บทที่ 3	การสร้างเสริมสุขภาพ	
	กระบวนการทัศน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ	70
	กลไกบริหารจัดการระดับชุมชน	73
	บทบาทสภาผู้นำหมู่บ้านหนองกลางดง	75
	การสนับสนุนชุมชนให้มีความเข้มแข็งในด้านสุขภาพ	77
	การสนับสนุนครอบครัว	80
	มาตรการหลักในการสร้างเสริมสุขภาพฐานชุมชน	88
	การสร้างเสริมสุขภาพในมุมมองของภาครัฐ	95
	กลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา	95
	การสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ชุมชนเข้มแข็ง	
	• หลักการ	97
	• เป้าหมาย	97
	• มาตรการ	98
	เอกสารอ้างอิง	99

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตาราง 1.1	อัตราการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศและผลิตภาพการผลิตรวม จำแนกตามสาขาการผลิตในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5-9	4
ตาราง 1.2	อัตราป่วยตายจากการได้รับสารอันตราย พ.ศ. 2539 - 2548	19
ตาราง 1.3	คุณภาพร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหารและตลาดประเภทที่ 1 พ.ศ. 2545 - 2550	22
ตาราง 2.1	ร้อยละของปีที่สูญเสียสุขภาพของคนไทยรายโรค เปรียบเทียบ พ.ศ. 2542 และ 2547	41
ตาราง 2.2	ภาระโรคและการบาดเจ็บทางกายและจิตใจของคนไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ	44
ตาราง 2.3	จำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพของคนไทยรายโรค พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ	50
ตาราง 2.4	ร้อยละของภาระโรคและการบาดเจ็บรายกลุ่มโรค พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ	51
ตาราง 2.5	จำนวนปีและร้อยละของการสูญเสียสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ	53
ตาราง 2.6	ร้อยละของผู้ใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต จำแนกตามกลุ่มอายุ	56
ตาราง 2.7	อัตราเพิ่มของคดีที่จับกุมได้และของคดีที่เด็กและเยาวชนกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและทรัพย์สิน ระหว่างไตรมาสแรกของ พ.ศ. 2551 เทียบกับไตรมาสแรกของ พ.ศ. 2550	58
ตาราง 2.8	ร้อยละของคดีที่เด็กและเยาวชนถูกจับกุมส่งสถานพินิจทั่วประเทศ จำแนกตามสาเหตุแห่งการกระทำความผิด พ.ศ. 2541 และ 2548	59
ตาราง 2.9	ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพสังคมของคนไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ	61
ตาราง 2.10	แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ	63
ตาราง 3.1	แผนงานด้านสุขภาพของหมู่บ้านหนองกลางดง ตำบลศิลาลอย กิ่งอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	76
ตาราง 3.2	การประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ด้อยโอกาส	83
ตาราง 3.3	สิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคมเกี่ยวกับการมีบุตร	83
ตาราง 3.4	สิทธิประโยชน์ของข้าราชการและลูกจ้างประจำเกี่ยวกับการมีบุตร	84
ตาราง 3.5	มาตรการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามระดับการดำเนินงาน	90

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพ 1.1	สัดส่วนประชากรสูงอายุรายช่วงอายุเปรียบเทียบกับประชากรรวม	8
ภาพ 1.2	ผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร	11
ภาพ 1.3	ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง ระหว่างบริบททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และปัญหาสุขภาพของบุคคล	32
ภาพ 3.1	กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุม และป้องกันโรค และปัจจัยคุกคามสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	72
ภาพ 3.2	การปรับกระบวนทัศน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามสุขภาพ	79
ภาพ 3.3	มาตรการหลักและมาตรการสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพฐานชุมชน	89
ภาพ 4.5	จำนวนเด็กและสตรีประสบเหตุความรุนแรงในครอบครัว	59

นិยามศัพท์

สุขภาพ

เป็นสภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลที่เป็นผลลัพธ์โดยรวมจาก 3 กลุ่มปัจจัยหลักคือ

1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ กรรมพันธุ์ เพศ ความสมบูรณ์ของลักษณะทางกายภาพ และการทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกาย ปัจจัยกลุ่มนี้มีผลต่อความเสี่ยงหรือความทนทานของร่างกายต่อโรค ต่อลักษณะที่มีมาแต่กำเนิด โดยอาจได้รับอิทธิพลเพิ่มเติมจากวัยหรืออายุ

2) พฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต เช่น การทำงานประกอบอาชีพ การศึกษาเล่าเรียน การบริโภค การเสพสิ่ง/สารเสพติด รวมถึงการพักผ่อนหย่อนใจ อาจเป็นพฤติกรรมที่เอื้อต่อหรือบั่นทอนสุขภาพ พฤติกรรมบั่นทอนสุขภาพย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเมื่อมีพฤติกรรมนั้นๆ เป็นเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลมีวัยสูงขึ้นหรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพ

3) สภาพแวดล้อม ได้แก่ สถานการณ์ที่แวดล้อมบุคคลในการทำงานประกอบอาชีพ การศึกษา และการดำเนินชีวิตประจำวัน ในหรือนอกที่พักอาศัย อาจเป็นสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ (เช่น น้ำ อากาศ ฝุ่นควัน สารเคมี ความร้อน) หรือเป็นสถานการณ์หรือบริบททางสังคม เช่น กระแสบริโภคนิยม การดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ภัยพิบัติ ข้าวยากหามาแพง ความรุนแรงในสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านร้ายทุกเมื่อเชื่อวัน ปัจจัยกลุ่มนี้นับวันจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพมากขึ้นดังคำว่า “สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี” ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในภาวะที่ไม่มั่นคงทั้งทางเศรษฐกิจ อารมณ์ และสังคม หรือไม่สามารถพึ่งตนเองได้ จะมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ หรือถูกคุกคามจากปัจจัยกลุ่มนี้มากกว่าคนทั่วไป

ปัจจัยคุกคามสุขภาพ

หมายถึง สิ่งแวดล้อม สถานการณ์ และบริบททางสังคม ที่บั่นทอนสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือสังคม อาจแบ่งได้ดังนี้คือ

- 1) ความรุนแรงในครอบครัว สถานศึกษา และสังคม
- 2) ภัยพิบัติจากธรรมชาติสิ่งแวดล้อมหรือมลภาวะที่อาจวิกฤตเป็นครั้งคราวรวมถึงอุบัติเหตุ
- 3) โรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่อาจระบาดข้ามประเทศ จากสภาพเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป รวมทั้งสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง (climate change)
- 4) ความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจ การค้าที่ไม่เป็นธรรม หรือการใช้มาตรการบีบบังคับ

น ิ ย า ม กั ฬ ก์

นำไปสู่การผลิต/การประกอบการที่ไม่เป็นธรรมหรือไม่มีคุณธรรมได้ในระดับพื้นที่ ประเทศ หรือระหว่างประเทศ

5) ความไม่เท่าเทียมทางสังคม ส่งผลถึงการเข้าถึงบริการภาครัฐ หรือการได้รับประโยชน์จากสวัสดิการสังคม รวมทั้งเกิดการเอารัดเอาเปรียบ การค้ากำไรเกินควร ความไม่เท่าเทียมทางเพศกระบวนการค้ามนุษย์

6) ความไม่รู้เท่าทันต่อสถานการณ์ใหม่ๆ ไม่ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารสำคัญ ทำให้ขาดศักยภาพในการตัดสินใจและจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ขาดโอกาสในการได้รับประโยชน์จากระบบเศรษฐกิจ/สวัสดิการสังคม/เทคโนโลยีใหม่ๆ หรือตกอยู่ในกระแสบริโภคนิยม

การสร้างเสริมสุขภาพ

หมายถึง การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคล การจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล/ครอบครัว/และชุมชน

การป้องกันโรค

หมายถึง การทำหรืองดทำเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค และการป้องกันไม่ให้เป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว

การควบคุมโรค

หมายถึง การจำกัดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ/ไม่ติดต่อ โรคติดต่อ/ไม่ติดต่อ รวมถึงอันตรายที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อม เป็นการจำกัดความสูญเสียด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และเศรษฐกิจ ในระดับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน/สังคม/ประเทศ

การป้องกันและการควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพ

หมายถึง การจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี ภัยธรรมชาติ รวมทั้งระบบต่างๆ ในสังคมเพื่อป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงการเสริมสร้างปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพด้วย

ชุมชน

มีสองความหมายได้แก่ ชุมชนตามลักษณะทางกายภาพหรือภูมิศาสตร์ เช่น โรงเรียน หมู่บ้าน สถานประกอบการ วัด และชุมชนตามกิจกรรมความสนใจ เช่น ชมรมวิชาชีพ องค์กรด้านสุขภาพ เครือข่ายต่างๆ ชุมชนในโลกไซเบอร์

ชุมชนเข้มแข็ง

หมายถึง ชุมชนที่มีความภาคภูมิใจ ตระหนักถึงคุณค่าของตน มีอิสระในการตัดสินใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมายบนพื้นฐานของประโยชน์ของชุมชน โดยมีการสื่อสารภายในอย่างสม่ำเสมอและมีการแสวงหาข้อมูลความรู้ประกอบการตัดสินใจ ชุมชนเข้มแข็งเป็นการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ บนพื้นฐานการกระจายอำนาจให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และได้รับการหนุนเสริมจากภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะวิชาการ และเทคโนโลยี โดยมีแผนชุมชนเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ และมีกลไกในการบริหารจัดการระดับชุมชนตามวิถีทางประชาธิปไตย เช่น สภาหมู่บ้าน เพื่อให้สมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการชุมชนอย่างแท้จริง

กลไกบริหารจัดการระดับชุมชน

เป็นกลไกการบริหารจัดการบนพื้นฐานประชาธิปไตย และการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน โดยคัดเลือกตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้านเพื่อให้สมาชิกกลุ่มต่างๆ สะท้อนความต้องการและเข้าถึงทรัพยากรชุมชนเท่าเทียมกัน กลุ่มผู้นำนี้จึงมีจำนวนไม่เท่ากันในแต่ละหมู่บ้าน ขึ้นกับจำนวนกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้าน และมีสภาพเป็นผู้นำทางธรรมชาติมากกว่าผู้นำทางการโดยมีการประชุมเป็นประจำทุกเดือน

แผนชุมชน

หมายถึง กระบวนการที่ชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันค้นหา ร่วมกันเรียนรู้ เพื่อให้เข้าใจชุมชน โดยการสำรวจข้อมูล ปัญหา และศักยภาพของชุมชนเอง แผนชุมชนเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการทบทวนตนเองโดยคนในหมู่บ้าน/ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดอนาคตและทิศทางการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนของตน*

* สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์และแนวทางสำคัญเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อยู่ดีมีสุขระดับจังหวัด. (สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2551). แหล่งข้อมูล <http://www.nesdb.go.th/default.aspx?tabid=296>.

ผลจากการจัดทำแผนแม่บทชุมชนพึ่งตนเอง ประกอบด้วย

1. ด้านสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม
2. กิจกรรมด้านเศรษฐกิจ
3. กิจกรรมด้านการศึกษา
4. ด้านฌาปนกิจ
5. ด้านยาเสพติดชุมชน
6. ด้านสุขภาพชุมชน

แผนสุขภาพในแผนชุมชน

หมายถึง การระบุปัญหาที่สัมพันธ์กับสุขภาพของสมาชิกในชุมชน/ท้องถิ่นและร่วมกับภาครัฐในการออกแบบระบบและดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยภาครัฐมีบทบาทในการสื่อสารข้อมูล/สถานการณ์ของชุมชนให้ชุมชนทราบ ด้วยการป้อนข้อมูลย้อนกลับสู่ชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/โรงเรียน/วัด/ทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อสื่อสาร รายงาน ติดตาม ประเมินสถานการณ์ อาจผ่านที่ประชุมของหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ รวมทั้งสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และอาจรวมถึงงบประมาณ

การพึ่งตนเอง (self-reliance)*

หมายถึง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดโดยไม่เป็นภาระคนอื่นมากเกินไป มีความสมดุล ความพอดีในชีวิต เป็นสภาวะทางกายที่สอดคล้องกับสภาวะทางจิตที่เป็นอิสระ มีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ด้วยปัจจัยในการดำรงชีวิตอย่างพอเพียง เป็นความพร้อมของชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นการจัดชีวิตให้สัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ อย่างเหมาะสมกับคน กับสังคม กับธรรมชาติรอบๆ ตัวเรา หรือ หมายถึงการมีสวัสดิการและความมั่นคงในชีวิตในปัจจุบันถึงอนาคต สวัสดิการที่พร้อมตอบสนองเราทันที โดยที่ไม่ต้องไปเรียกให้ใครมาจัดสวัสดิการให้ หรือให้ใครมาช่วยเหลือ

หลักการพึ่งตนเอง ประกอบด้วยความพอดี 5 ประการ**

1. ความพอดีด้านจิตใจ เข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ มีจิตสำนึกดี เอื้ออาทร และนึกถึงประโยชน์ส่วนรวม
2. ความพอดีด้านสังคม ต้องช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน รู้จักผนึกกำลัง และมีกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากรากฐานที่มั่นคงและแข็งแรง

* วิบูลย์ เข็มเฉลิม อ่างใน เสรี พงศ์พิศ. ร้อยคำ / การพึ่งตนเอง. [on line] 14 พฤษภาคม 2551. (สืบค้นเมื่อ 1 มิ.ย. 2551) แหล่งข้อมูล http://www.phongphit.com/index.php?option=com_content&task=view&id=81&Itemid=57

** <http://www.bloggang.com/mainblog.php?id=vishnu&month=26-06-2007&group=10&gblog=10>

3. ความพอดีด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมรู้จักใช้และจัดการอย่างฉลาดรอบคอบ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนสูงสุด และใช้ทรัพยากรในประเทศเพื่อพัฒนาประเทศให้มั่นคงเป็นขั้นเป็นตอนไป

4. ความพอดีด้านเทคโนโลยีรู้จักใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ และควรพัฒนาเทคโนโลยีจากภูมิปัญญาชาวบ้านของเราเอง เพื่อสอดคล้องและเป็นประโยชน์ต่อสภาพแวดล้อมของเราเอง

5. ความพอดีด้านเศรษฐกิจ ดำรงชีวิตอย่างพอควร พออยู่ พอกิน ตามอัตภาพและฐานะของตน

การพึงตนเอง มี 3 ระดับ*

1. ระดับครอบครัว

2. ระดับชุมชน

3. ระดับประเทศ หมายถึง นโยบายพึงพาตนเองในระดับชาติ ไม่ได้ปฏิเสธการแข่งขัน การส่งออก แต่ให้ทุกฝ่ายร่วมกันเป็นพันธมิตรเป็นภาคีหุ้นส่วน ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานที่ทุกฝ่ายได้รับประโยชน์เท่าเทียมกัน ไม่ใช่ทำให้คนรวยยิ่งรวย คนจนยิ่งจน เป็น “การพัฒนาสมดุล และเป็นธรรม” รวมถึง “ธรรมาภิบาล” ในทุกระดับ รวมถึงรัฐบาลและการบริหารจัดการองค์กร หน่วยงานในทุกภาคส่วน

ความพอเพียง

หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกัน ในตัวที่ดีพอสมควรต่อการมีผลกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน

อยู่เย็นเป็นสุข

เป็นความสมดุลระหว่างวัตถุกับจิตวิญญาณ หมายถึง การสร้างความสมดุล การอยู่ร่วมกับข้อจำกัด ร่วมกับโรคภัยไข้เจ็บ ความพิการ ความไม่สมบูรณ์ต่างๆ เป็นพลังและความมุ่งมั่นที่จะไปถึงจุดหมาย อยู่อย่างสมดุล อยู่ด้วยสัมพันธภาพกับสรรพสิ่งและกับความจริง คือการอยู่ด้วยศีล สมานธิปัญญา อยู่ด้วยเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา คืออยู่อย่างมีคุณค่าและความหมาย (Not how long you live, but how you live.) ไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่มี (to have) แต่สิ่งที่เป็น (to be) เพราะความอยู่เย็นเป็นสุขเกิดจาก “ข้างใน” ที่ประสานกับ “ข้างนอก” คือระบบสังคม

* พระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. 4 ธันวาคม 2540.

ความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security)

หมายถึง การที่ประชาชนได้รับหลักประกันด้านสิทธิ ความปลอดภัย การสนองตอบต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ไม่ประสบปัญหาความยากจน ไม่สิ้นหวังและมีความสุข ตลอดจนได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมกันในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง

ความมั่นคงทางสังคม (Social Security)

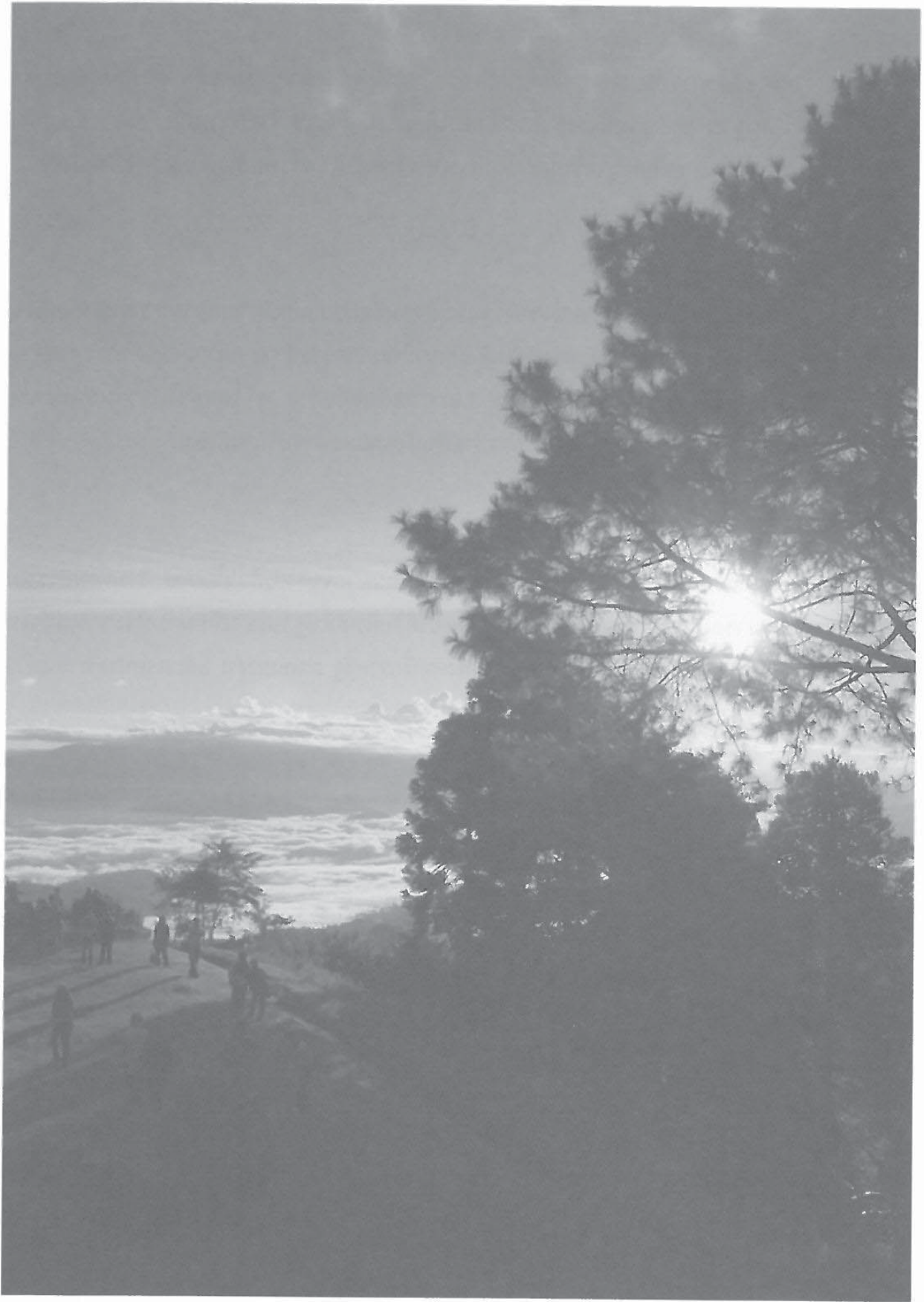
หมายถึง การดำเนินงานทั้งของรัฐและสังคมที่จะช่วยลดปัญหาความยากจน ตลอดจนขจัดภัยพิบัติต่าง ๆ ฉะนั้นความมั่นคงทางสังคมจึงมีความหมายกว้างขวาง กล่าวถึงมาตรการทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเพื่อที่จะขจัดความยากจน และการเสี่ยงภัยต่าง ๆ โดยทั่วไปความมั่นคงทางสังคมครอบคลุมถึงการช่วยเหลือทางสังคม การประกันสังคมและการบริการสังคม

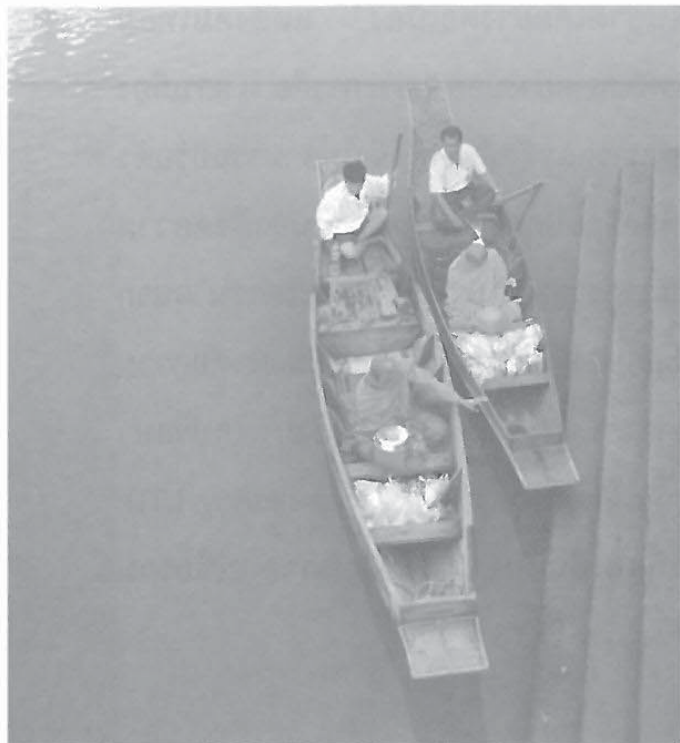
โครงข่ายการคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Nets)

หมายถึง ระบบการจัดบริการเพื่อช่วยเหลือคนยากจน คนด้อยโอกาส รวมทั้งผู้ประสบภัยต่าง ๆ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมั่นคงโดยได้รับสิทธิพื้นฐานเท่าเทียมกับประชาชนทั่วไป การดำเนินงานทางด้านโครงข่ายการคุ้มครองทางสังคมนี้ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนต่างมีบทบาทในการบริหาร หรือช่วยเหลือดังกล่าว

ผู้ด้อยโอกาส (Vulnerable Groups)

หมายถึง ผู้ที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนทั้งในด้านเศรษฐกิจ การศึกษา การสาธารณสุข การเสียเปรียบ และไม่ได้รับความเป็นธรรมทางกฎหมาย รวมทั้งผู้ที่ประสบปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ หรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งผู้ถูกทอดทิ้งทางสังคม ได้แก่ ผู้ที่หลุดจากกลไกทางสังคม ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรหรือบริการทางสังคมได้หรือถูกกีดกันไม่ให้เข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมหรือทางการเมือง ขาดสิทธิประโยชน์ และโอกาสที่จะยกระดับสถานภาพทางสังคมของตนเองให้สูงขึ้น





บทที่ 1

เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม
พหุภาคต่อสุขภาพคนไทย

ลักษณะของสังคมไทยในบริบทของการเกษตรเพื่อยังชีพ

อาชีพหลักเดิมของคนไทยคือการทำนาข้าว เพราะเป็นอาหารหลักของคนไทยรวมถึงประเทศแถบเอเชีย ก่อให้เกิดวัฒนธรรม* และภูมิปัญญาเกี่ยวกับข้าวและการทำนา¹ ในรูปของพิธีกรรม** ซึ่งแสดงถึงวิวัฒนาการในการแสวงหาอาหารเพื่อความอยู่รอดและเพื่อความสงบสุขของสังคม ซึ่งสัมพันธ์ใกล้ชิดทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมแบบพึ่งพาอาศัยกัน และไม่รุกรานทำร้ายทรัพยากรธรรมชาติ² ทั้งยังยึดหยุ่นประสานประโยชน์ท่ามกลางวัฒนธรรมจากหลากหลายเชื้อชาติ เหล่านี้ช่วยค้ำจุนให้สถาบันหลักของสังคม (ชาติ ศาสนา และมหากษัตริย์) และสถาบันครอบครัวสามารถยึดเหนี่ยวจิตใจคนในชาติได้อย่างต่อเนื่อง แต่สังคมไทยมีลักษณะเฉพาะเชิงโครงสร้างที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอย่างน้อย 2 ประการคือ 1) การเมืองและระบบราชการมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจในการบริหารและตัดสินใจ จึงไม่สามารถปรับตัวตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้ทันที่ ขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีขีดความสามารถจำกัดเช่นกัน 2) การทุจริตประพฤติมิชอบในภาครัฐ การเมือง และเอกชน ผ่นวกกับการที่สังคมไทยยังยึดโยงอยู่กับระบบอุปถัมภ์และยกย่องผู้มีอำนาจและเงิน ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการบริหารทั้งภาครัฐและเอกชน³ จากรายงานประจำปี 2552 ของบริษัทปรึกษาความเสี่ยงด้านการเมืองและเศรษฐกิจ (Political and Economic Risk Consultancy LTD: PERC) ไทยเป็นประเทศที่มีการคอร์รัปชันมากที่สุดเป็นอันดับสองในภูมิภาคเอเชียรวมสหรัฐอเมริกา ขณะที่ประเทศอินโดนีเซียอยู่อันดับหนึ่ง⁴

* วัฒนธรรมมีลักษณะพื้นฐานสำคัญ 6 ประการ (ยศ สันตสมบัติ 2537) คือ
1) เป็นระบบความคิดและค่านิยมที่สมาชิกสังคมมีส่วนร่วม 2) เป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้ 3) มีพื้นฐานมาจากการใช้สัญลักษณ์
4) เป็นองค์รวมของความรู้และภูมิปัญญา 5) คือกระบวนการในการกำหนดนิยามความหมายของชีวิตและสิ่งที่อยู่รอบตัวมนุษย์ 6) เป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่งแต่เปลี่ยนแปลงปรับตัวอยู่ตลอดเวลา

** พิธีกรรมจำแนกได้ 5 กลุ่มคือ

- 1) พิธีกรรมเพื่อการบวงสรวงอันอ่อนน้อมเสี่ยงทายก่อนฤดูกาลเพาะปลูก เช่น บุญบั้งไฟ แห่นางแมว
- 2) พิธีกรรมเพื่อการเพาะปลูก ในช่วงการเพาะปลูก เช่น พิธีแรกนา เข็มแม่โพสพลงนา บูชาแม่ธรณี
- 3) พิธีกรรมเพื่อการบำรุงรักษาระหว่างการเพาะปลูกถึงเก็บเกี่ยว เช่น รับขวัญแม่โพสพ ไส้หนู ไส้คน
- 4) พิธีกรรมเพื่อการเก็บเกี่ยว เช่น พิธีแรกเกี่ยวข้าว เข็มข้าวขวัญ ขนข้าวขึ้นยุ้ง
- 5) พิธีกรรมเพื่อการเฉลิมฉลองผลผลิตที่ได้ ถือเป็นโอกาสเลี้ยงเพื่อนบ้านและเซ่นไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คุ้มครองปกป้องคน สัตว์ พืช ให้การผลิตได้ผลดี อยู่เย็นเป็นสุขตลอดฤดูกาลที่ผ่านมา และขอโทษกรรมหากมีการล่วงเกินสิ่งศักดิ์สิทธิ์เหล่านี้ เช่น พิธีสูขวัญข้าว เฒ่าข้าว กวนข้าวทิพย์ ขึ้นปีใหม่

การหลั่งไหลของปัจจัยเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และเทคโนโลยีจากต่างประเทศ ทำให้สังคมไทยมีการปรับเปลี่ยนอย่างสำคัญจากสังคมเกษตรสู่สังคมอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว

ทิศทางการพัฒนาประเทศไทย: สังคมเกษตรสู่สังคมอุตสาหกรรมและเกษตรอุตสาหกรรม

การพัฒนาประเทศตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 1 เป็นต้นมาเน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยเฉลี่ยภาคเกษตรกรรม และเคลื่อนย้ายทรัพยากรในชนบทมาใช้ในการพัฒนาภาคอุตสาหกรรม* ทำให้ภาคอุตสาหกรรมมีอัตราการขยายตัวสูงกว่าภาคเกษตรกรรม 2.4 เท่า ระหว่างปี 2503-2515⁵ และเพิ่มเป็น 3.4 เท่าระหว่างแผน ฯ 6-7 แม้วิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540-2541 จะทำให้ภาคอุตสาหกรรมหดตัวในอัตรามากกว่าภาคเกษตรประมาณ 4 เท่า แต่ก็ฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วซึ่งเป็นเพราะภาคอุตสาหกรรมมีผลิตภาพการผลิตรวม (total factor productivity: TFP) สูงขึ้นและสูงกว่าภาคอื่นๆ หลายเท่า แม้ว่าทุกภาคการผลิตมีปัจจัยทุนผลักดันให้เกิด TFP แต่ภาคอุตสาหกรรมมีผลิตภาพของทุน (capital productivity) เมื่อยังไม่ได้ปรับด้วยอัตราการใช้กำลังการผลิต (capacity utilization) สูงกว่าภาคเกษตร และภาคบริการและอื่นๆ ขณะที่ผลิตภาพของทุนภาคเกษตรมีแนวโน้มลดลงโดยตลอดและต่ำสุดในช่วงแผน ฯ 8 และ 9 เนื่องจากในปี 2548-2549 ไทยประสบปัญหาภัยแล้งและน้ำท่วมตามลำดับ ทำให้ผลผลิตลดลงแม้ใช้ปัจจัยทุนเพิ่มขึ้น (ตาราง 1.1)



* รัฐบาลใช้มาตรการทางภาษีและไม่ใช่อำนาจ ควบคุมราคาข้าวในประเทศให้ต่ำ เกษตรกรจึงมีรายได้ต่ำ ไม่สนใจในการผลิต มีส่วนผลักดันให้แรงงานโยกย้ายไปภาคอุตสาหกรรมซึ่งมักอยู่ในเขตเมืองหรือปริมณฑล อัตราค่าจ้างในภาคอุตสาหกรรมจึงคงอยู่ในระดับต่ำเพราะมีแรงงานจำนวนมาก

ตาราง 1.1 อัตราการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศและผลิตภาพการผลิตรวม
จำแนกตามสาขาการผลิต ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5-9

ระยะเวลา	อัตราการขยายตัว			ผลิตภาพการผลิตรวม			ผลิตภาพของทุน		
	เกษตร	อุตสาหกรรม	บริการ/ อื่นๆ	เกษตร	อุตสาหกรรม	บริการ/ อื่นๆ	เกษตร	อุตสาหกรรม	บริการ/ อื่นๆ
แผน ๕ (2525-29)	3.31	5.70	5.99	1.18	-0.15	-0.86	0.71	0.89	0.33
แผน ๖ (2530-34)	4.55	15.48	10.79	1.36	1.35	1.61	0.75	0.88	0.34
แผน ๗ (2535-39)	2.98	10.25	8.07	-3.37	0.44	-1.68	0.65	0.76	0.30
แผน ๘ (2540-44)	2.04	2.04	-1.73	-1.29	0.51	-3.77	0.53	0.68	0.23
2540-41	-1.21	-4.80	-7.43	-6.31	-6.55	-9.46			
2542-44	4.20	6.60	2.07	2.04	5.20	0.02			
แผน ๙ (2545-49)	2.51	7.47	5.10	-0.81	3.95	2.50	0.53	0.83	0.25
เฉลี่ยปี 2525-49	3.08	8.19	5.65	-0.59	1.22	-0.44	0.63	0.81	0.29

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551.⁶

ในภาคเกษตรกรรม หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ญี่ปุ่นพัฒนาเทคโนโลยีในการเพาะปลูกเพราะมีปัญหาอดอยากและมีที่ดินเพาะปลูกจำกัด เป็นการเริ่มต้นการปฏิวัติเขียวในเอเชีย และเป็นแรงบันดาลใจให้แก่ประเทศอื่นๆ ที่ต้องนำเข้าข้าว โดยมีพันธุ์ข้าว ปุ๋ย และระบบชลประทาน เป็นปัจจัยสำคัญ ขณะที่ที่ดินญี่ปุ่นมีราคาแพง ปุ๋ยมีราคาถูกเพราะผลิตได้เอง และใช้เครื่องจักรกลในการทำนา ประเทศไทยซึ่งมีบริบทตรงกันข้ามกับญี่ปุ่น คือไม่เคยต้องนำเข้าข้าวแต่ผลิตเหลือบริโภคจนส่งออกได้ มีระบบชลประทานเพียงร้อยละ 20 ของพื้นที่เกษตรทั้งหมด ที่ดินมีราคาถูก ผลิตปุ๋ยเคมีเองไม่ได้ และใช้แรงงานคนในการทำนา⁷ ก็ได้รับอิทธิพลดังกล่าวด้วย การผลิตเพื่อยังชีพกลายเป็นการผลิตเพื่อขายเน้นการปลูกพืชเชิงเดี่ยว การที่เกษตรกรไทยมีทุนจำกัดทำให้เน้นการใช้พื้นที่มากกว่าใช้เทคโนโลยี สำหรับชาวนาไทยทุนที่จำกัดประกอบกับราคาข้าวที่ต่ำจึงต้องปลูกข้าวปีละหลายฤดูกาลเพื่อเพิ่มรายได้ แทนการใช้เทคโนโลยีเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการเพาะปลูก ขณะที่ภาครัฐก็พัฒนาการชลประทาน และการวิจัยพันธุ์ข้าวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในประเทศ เมื่อดินเสื่อมสภาพจึงต้องใช้สารเคมีต่างๆ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร ผู้บริโภค และสิ่งแวดล้อม ต้นทุนการผลิตที่สูงขึ้น

ยังซ้ำเติมให้เกษตรกร ประสบปัญหาการขาดทุน ในอีกด้านหนึ่ง การเร่งทำนารวมทั้งการเพาะปลูก
อื่นๆ เพื่อการพาณิชย์ ส่งผล ผู้คนคลายความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ปกป้องรักษาแม่น้ำลำคลอง
ผืนดิน รวมถึงทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ พิธีกรรมกลายเป็นสิ่งไม่จำเป็นในการเกษตรสมัยใหม่
ที่ยังคงอยู่มักเป็นการให้ความหมายใหม่โดยรัฐเพื่อการอนุรักษ์วัฒนธรรมหรือท่องเที่ยว และเป็น
พิธีกรรมมากกว่าเป็นพิธีกรรมบนพื้นฐานความเชื่อต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในแบบเดิม สังคมเกษตรไทย
จึงพัฒนาเข้าสู่ระบบการผลิตแบบธุรกิจหรืออุตสาหกรรมโดยมีความคิดแบบวิทยาศาสตร์เข้า
มาแทนที่⁸ การพัฒนาเป็นอุตสาหกรรมการเกษตรที่ใช้ทุนสูงยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แรงงาน
ภาคเกษตรมีสถานะเป็นลูกจ้างแทนการเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต

ผลกระทบของบริโภคนิยม (Consumerism) ต่อสังคมวัฒนธรรมไทย

ระบบทุนนิยมมี “การโฆษณา” เป็นเครื่องมือสำคัญในการกระตุ้นความต้องการ
บริโภค* และเผยแพร่แนวคิด “บริโภคนิยม” สู่มหาชนต่างๆ รวมทั้งไทย เพื่อขยายตลาดสู่
ต่างประเทศในรูปแบบของการใช้ชีวิตอย่างศิวิไลซ์ การบริโภคนิยมกลายเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต
เป็นมาตรฐานบ่งบอกความเจริญความดีและความสำเร็จของปัจเจกบุคคลและสังคม มีการให้
คุณค่าใหม่แก่สินค้าตามเพศ ฐานะ หรือชนชั้น และวัดคุณค่าด้วย “ราคา” แทน “ประโยชน์
ใช้สอย” แบบเดิม**⁹ การบริโภคนิยม จึงครอบงำความหมายของชีวิตและแทนที่ความสัมพันธ์
ทางสังคมในรูปแบบต่างๆ¹ เมื่อคนส่วนใหญ่ในประเทศขาดความสามารถในการกลั่นกรองและ
เลือกรับวัฒนธรรมต่างชาติอย่างเท่าทันและมีเหตุผล สังคมไทยจึงรับ “บริโภคนิยม” เข้ามา
เป็นวัฒนธรรมหลักความต้องการบริโภคสินค้าและบริการที่เพิ่มขึ้นทำให้ต้องแสวงหารายได้เพิ่มขึ้น
การทำงานเพื่อการดำรงชีพจึงกลายเป็นเพื่อรายได้หรือแสวงหากำไรให้ได้มากที่สุด เพื่อยก
ระดับคุณภาพชีวิตตามความหมายของสังคมทุนนิยม

* เพื่อให้ทันกับสินค้าที่ผลิตได้จำนวนมาก เพราะการผลิตมีประสิทธิภาพสูงจากการแบ่งงานกันทำของแรงงาน (Division of labour) และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้เกิดการประหยัดจากขนาดการผลิตนั้น

** วัตถุกลายเป็นสินค้า (commodity) โดยกำหนด “มูลค่า” แทน “คุณค่า” ซึ่งมาร์กซมีทัศนะว่า ทำให้คนตกเป็นทาส
ของวัตถุเพราะลืมนึกถึงคุณค่าแรงงานที่แฝงอยู่ในสินค้าโดยสิ้นเชิงและหันมามืดถือมูลค่าในการแลกเปลี่ยน การกดขี่
แรงงานในสังคมทุนนิยมจึงเกิดขึ้นอย่างรุนแรง

กระแสบริโภคนิยมที่กระตุ้นพฤติกรรมบริโภคนิยมในกลุ่มคนรุ่นใหม่ถูกผลิตซ้ำ (reproduce) ด้วยกลุ่มทุนข้ามชาติและทุนในประเทศ ผนวกกับอุปนิสัยคนไทยยอมรับสิ่งต่างๆ ได้ง่าย จึงซึมซับและกระทำตามจนกลายเป็นค่านิยมและวัฒนธรรม มีการเปลี่ยนแปลงเป็น สังคมเมือง เลียนแบบวิถีชีวิตตะวันตก บริโภคเกินความจำเป็น การบริโภคสินค้าเทคโนโลยี เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างด้อยประสิทธิภาพ* การเกษตรเพื่อยังชีพ แบบเดิมถูกแทนที่ด้วยการเกษตรเชิงเดี่ยวเพื่อขายซึ่งเน้นการใช้สารเคมี การพ่นและยาเสพติด เพิ่มขึ้น ลัดส่วนผู้กระทำผิดที่เป็นเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้น^{10, 11, 12} กล่าวได้ว่านับวันสังคมไทยยิ่ง เผชิญปัญหาความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน^{13,14,15} การค้ามนุษย์ การระบาดของโรคเอดส์ อุบัติเหตุโดยเฉพาะช่วงเทศกาล¹⁶ จากการจัดลำดับประเทศที่มีความสงบสุขของสถาบันจัด ดัชนีความสงบสุขของโลก (Global Peace Index) ประจำปี 2551 อันดับต้นๆ เป็นประเทศ ในยุโรป นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น ส่วนไทยอยู่อันดับ 118 จาก 140 ชาติ เป็นอันดับสองจากท้ายของ กลุ่มประเทศอาเซียนโดยเหนือกว่าพม่าที่มีอันดับ 126 เนื่องจากภาพลักษณ์ประเทศไทยไม่ดีขึ้น เช่น แนวโน้มการเกิดการก่อการร้าย ระดับอาชญากรรมรุนแรง แนวโน้มการเกิดชุมนุม ประท้วงที่อาจบานปลายไปสู่ความรุนแรง ปัญหาการเคารพลีทิมมนุษย์ชน ระดับความขัดแย้ง ขององค์กรภายใน อัตราถูกฆ่าตาย (1 รายต่อแสนประชากร) คักยภาพด้านกองทัพ ระดับ ความไม่เชื่อมั่นของพลเมืองต่างชาติต่อความสงบสุขภายในประเทศ¹⁷

ผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

ท่ามกลางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมมากกว่า 5 ทศวรรษ ในช่วงแรกให้ความสำคัญ สำคัญกับการสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เชื่อมโยงเครือข่าย ทั่วประเทศ การลดอัตราเพิ่มประชากรและการกระจายตัวประชากรที่เหมาะสม และการ พัฒนาด้านสังคมให้ความเป็นอยู่สะดวกสบายขึ้น ในระยะต่อมา ให้ความสำคัญกับการพัฒนา คนควบคู่ไปกับการรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้อยู่ในระดับทดแทน โดยใช้การพัฒนา เศรษฐกิจเป็นเครื่องมือ มีผลสำคัญต่อประชากร 3 ด้านคือ การพัฒนาประชากร โครงสร้าง ประชากร และความสัมพันธ์ในครอบครัว¹⁸

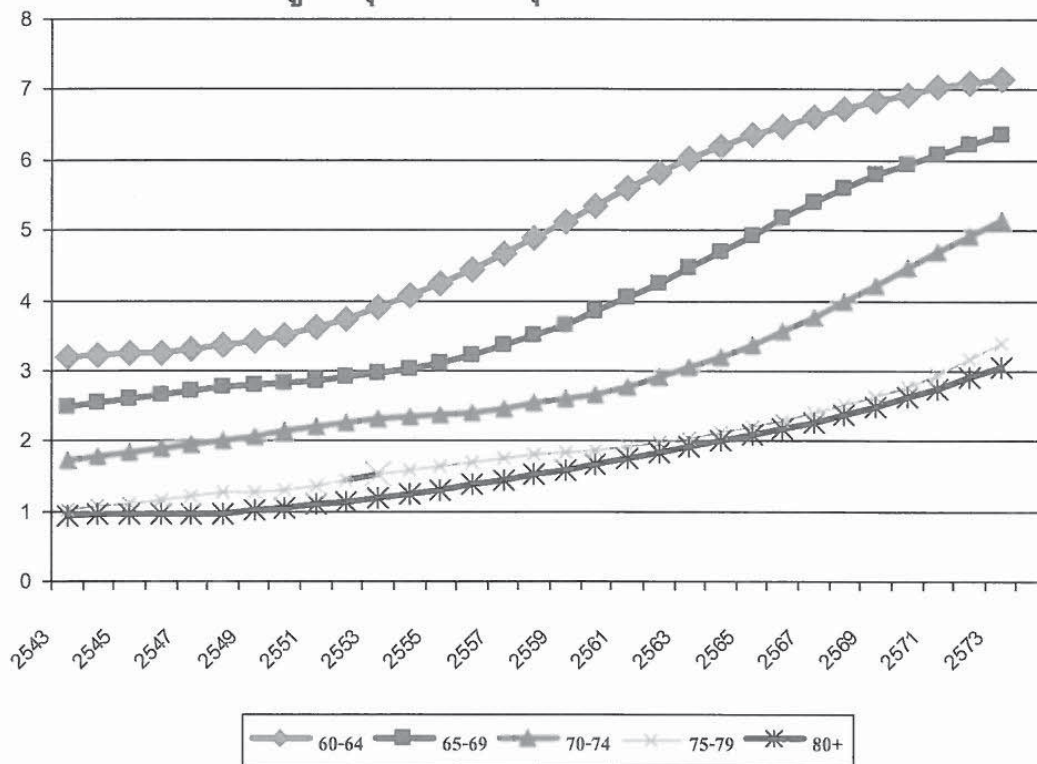
* เพราะการผลิตขนส่ง และการบริหารจัดการด้อยประสิทธิภาพ

1) ด้านการพัฒนาประชากรพบว่า ตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 หญิงไทยมีภาวะเจริญพันธุ์ในระดับต่ำ⁽¹⁾ ประชากรยังมีอนามัยการเจริญพันธุ์⁽²⁾ ไม่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย⁽³⁾ อายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾ แนวโน้มอัตราการตายลดลง⁽⁵⁾ หญิงวัยเจริญพันธุ์อยู่เป็นโสด มากขึ้นและแต่งงานช้าลง⁽⁶⁾ ขนาดครัวเรือนเล็กลง⁽⁷⁾ และรูปแบบครัวเรือนมีหลายรูปแบบ⁽⁸⁾ และรูปแบบการย้ายเปลี่ยนจากย้ายถิ่นเข้ากรุงเทพมหานคร เป็นการย้ายเข้าในเขต ปริมณฑลและภาคตะวันออกเฉียง

2) ด้านโครงสร้างประชากร จากการคาดประมาณประชากรในอีก 20 ปีข้างหน้า พบว่า จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรตามกลุ่มอายุ คือประชากรวัยเด็ก (0-2, 3-5 และ 6-14 ปี) มีแนวโน้มลดลง⁽⁹⁾ ประชากรวัยแรงงานที่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-49 ปีมีแนวโน้มลดลง⁽¹⁰⁾ ขณะที่กลุ่มที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ (50-59 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽¹¹⁾ ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่าตัวทุกช่วงอายุ ดังภาพ 1.1 บ่งชี้ว่า สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุ

-
- (1) โดยลดลงเป็น 6.30, 4.9, 3.65, 2.28, 1.82 และ 1.61 คนในปี 2507-2508, 2517, 2523, 2533, 2543 และ 2548 ตามลำดับ ทำให้ขนาดของครอบครัวเล็กลงสัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง
- (2) อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งชายและหญิงทุกช่วงอายุของชีวิต ทำให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข องค์ประกอบของอนามัยการเจริญพันธุ์มี 10 ประการได้แก่ 1) การวางแผนครอบครัว 2) การอนามัยแม่และเด็ก 3) โรคเอดส์ 4) มะเร็งระบบสืบพันธุ์ 5) โรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์ 6) การแท้งและภาวะแทรกซ้อน 7) ภาวะการมีบุตรยาก 8) เพศศึกษา 9) อนามัยวัยรุ่น และ 10) ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ
- (3) การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรหรือไม่ปลอดภัยของวัยรุ่นและวัยแรงงานทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทำแท้งและโรคเอดส์ ในปี 2527-2548 ประมาณร้อยละ 90 ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์อยู่ในกลุ่มอายุ 20-49 ปี ซึ่งเป็นวัยกำลังแรงงานหลักของประเทศ รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ในวัยเจริญพันธุ์ และปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ
- (4) ผู้หญิงมีอายุเพิ่มขึ้นจาก 72.4 ปี ในปี 2534 เป็น 76.1 ปี ในปี 2543 ส่วนผู้ชายเพิ่มจาก 67.7 ปี เป็น 71.1 ปี
- (5) อัตราการตายทางารลดลงจาก 8.0 ต่อการเกิดมีชีพพันคนในปี 2533 เหลือเพียง 7.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคนในปี 2548 และอัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนมีแนวโน้มลดลงจาก 24.8 คนในปี 2533 เหลือเพียง 12.2 คนในปี 2548
- (6) เพราะมีการศึกษาสูงขึ้นและต้องออกมาทำงานนอกบ้านเพื่อแสวงหาความก้าวหน้าให้กับตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น การอยู่เป็นโสดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23 ในปี 2513 เป็น 32 ในปี 2543 อายุเฉลี่ยเมื่อแรกสมรสของหญิงไทยเพิ่มขึ้นจาก 22.0 ปี ในปี 2513 เป็น 24.0 ปี ในปี 2543 ทำให้ช่วงเวลาของการเจริญพันธุ์น้อยลง
- (7) ขนาดของครัวเรือนโดยเฉลี่ยในปี 2523, 2533 และ 2543 เป็น 5.2, 4.4 และ 3.8 คนต่อครัวเรือน ตามลำดับ
- (8) เช่น การอยู่เป็นโสด การอยู่ร่วมกันของคนรุ่นราวคราวเดียวกัน สองรุ่น และรุ่นกระโดด (ตายาย-หลาน)
- (9) จากร้อยละ 4.01, 4.39 และ 13.11 จากปี 2551 เป็นร้อยละ 2.46, 2.57 และ 8.47 ในปี 2573 ตามลำดับ
- (10) กลุ่มวัยทำงานอายุ 15-17 ปี มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 4.78 ของประชากรรวมในปี 2551 เหลือเพียงร้อยละ 3.29 ในปี 2573 กลุ่มวัยทำงานอายุ 18-24 ปี มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 11.05 ของประชากรรวมในปี 2551 เหลือเพียงร้อยละ 8.16 ในปี 2573 กลุ่มวัยทำงานอายุ 25-49 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 40.36 ของประชากรรวมในปี 2551 เป็น 35.27 ในปี 2573
- (11) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.18 ของประชากรรวมในปี 2551 เป็น 14.66 ในปี 2573

ภาพ 1.1 สัดส่วนประชากรสูงอายุรายช่วงอายุเปรียบเทียบกับประชากรรวม



ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550.

3) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ภาวะที่ต้องดิ้นรนและแข่งขันสูง ทำให้วัยแรงงานไทยต้องทำงานมากขึ้น (ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยของแรงงานไทยสูงถึง 46-47 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แทนที่จะเป็น 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ซึ่งเป็นระดับปกติ) จนไม่มีเวลาให้ครอบครัวอย่างเพียงพอ ครอบครัวจำนวนหนึ่งยังเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ความสัมพันธ์ของคน 3 วัยคือ ผู้สูงอายุ วัยแรงงานและเด็กลดลง และสถาบันครอบครัวอ่อนแอลง ดัชนีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไทยลดลงจากร้อยละ 64.45 ในปี 2544 เป็น 60.47 ในปี 2549¹⁹ สัมพันธภาพระดับต่ำนี้เอื้อต่อการเกิดปัญหาครอบครัวและปัญหาเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้น เนื่องจากขาดการถ่ายทอดวัฒนธรรมด้านความเป็นอยู่ในเชิงพฤติกรรมจากผู้สูงวัยกว่า ผลักดันให้เด็กและเยาวชนให้ความสำคัญกับเพื่อนมากกว่าคนในครอบครัว เมื่อเด็กและเยาวชนไม่สามารถปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเข้มแข็งและพร้อมรับค่านิยมที่ฟุ้งเฟ้อ วัยแรงงานต้องแบกรับภาระทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการที่สูงขึ้น ชีวิตการทำงานและการพักผ่อนไม่สมดุลส่งผลต่อสุขภาพคุณภาพชีวิตและคุณภาพแรงงาน¹⁷

ความอ่อนแอของสถาบันครอบครัวดังกล่าวแล้วและปัญหาสังคมที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะด้านศีลธรรม เป็นเหตุให้คู่สมรสแยกกันอยู่หรือหย่าร้าง อัตราการจดทะเบียนหย่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 4.4 คู่ต่อพันครัวเรือนในปี 2544 เป็น 4.8 และ 4.9 ในปี 2548 และ 2549 ตามลำดับ การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในช่วงปี 2544-2549 พบว่า ประชากรที่หย่า (ทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนหย่า) เพิ่มขึ้นจากอัตรา 15.30 คนต่อประชากรที่เคยสมรสพันคนในปี 2544 เป็นอัตรา 19.06 และ 17.18 คน ในปี 2548 และ 2549 ตามลำดับ โดยเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทร้อยละ 60 และอยู่ในเขตเมืองร้อยละ 40 สัดส่วนประชากรที่เคยสมรสแต่แยกกันอยู่และหย่าทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียน รวมกันมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 35.97 คนต่อประชากรที่เคยสมรสแล้วพันคนในปี 2544 เป็น 40.03 ในปี 2549 เด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยวเหล่านี้ มักขาดความอบอุ่นจากครอบครัว และมีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กและอาจนำไปสู่ปัญหาสังคมในอนาคต เด็กจากครอบครัวยากจนหรือจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ถูกทอดทิ้งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹⁸ เด็กเร่ร่อน และถูกทอดทิ้งให้อยู่ในสถานสงเคราะห์และสถานแรกรับและสถานคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 38 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาจาก 35.11 คนต่อเด็กแสนคนในปี 2544 เป็น 46.86 และ 48.49 คนในปี 2548 และ 2549 ตามลำดับ

กลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้น การสำรวจประชากรสูงอายุไทยในปี 2537-2545 และการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี 2546-2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่าในรอบ 12 ปี จากร้อยละ 3.6 คนต่อผู้สูงอายุทั้งหมดในปี 2537 เป็น 7.1 และ 7.5 คน ในปี 2548 และ 2549 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งโดยเฉพาะในชนบทต้องรับภาระเลี้ยงดูหลานเพราะพ่อแม่เด็กไปทำงานต่างถิ่น ทำให้เกิดครอบครัวที่มีแต่ผู้สูงอายุและเด็ก การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าในช่วงปี 2544-2545 จำนวนครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนเป็นผู้สูงอายุ มีประมาณร้อยละ 21-22 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้เป็นครัวเรือนในชนบทถึงร้อยละ 69-73 ครัวเรือนแบบนี้มักยากจนกว่าครัวเรือนที่มีหัวหน้าอยู่ในวัยทำงาน และมีความเสี่ยงในการดูแลความต้องการและพัฒนาคุณภาพของสมาชิกในครอบครัว เด็กที่อยู่กับปู่ย่าตายายมักขาดความอบอุ่นจากพ่อแม่ มีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของเด็ก สถานการณ์

ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกของคนในครอบครัวอ่อนแอลง เมื่อเทียบกับครอบครัวแบบเดิมที่มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและผูกพันกันอย่างใกล้ชิด¹⁸

ขณะที่สังคมไทยกำลังประสบกับปัญหาวิกฤติค่านิยม จริยธรรม และพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากวัฒนธรรมต่างชาติที่ผ่านสื่อและเทคโนโลยีสารสนเทศในรูปแบบที่หลากหลาย เด็กและเยาวชนไทยยังไม่มีภูมิคุ้มกันที่เพียงพอในการคัดกรองและเลือกรับวัฒนธรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และไม่สามารถหาตัวแบบที่ดีเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตในอนาคต วัยรุ่นในสังคมเมืองจึงแสวงหาความสุขทางกายและใจจากวัตถุหรือคนนอกครอบครัวกันมากขึ้น และในกลุ่มเองยังมีการคิดค้นพิธีกรรมต่อต้านสังคมเพราะความโดดเดี่ยวและแปลกแยกจากสังคม¹ ประกอบกับสื่อมวลชนเข้ามามีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว สื่อมวลชนบางส่วนยังตอกย้ำให้เกิดผลทางลบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้รับข่าวสารโดยเฉพาะเด็กและเยาวชนอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง เช่น ค่านิยมฟุ้งเฟ้อ การเลียนแบบค่านิยมต่างประเทศ พฤติกรรมล่าส่อนทางเพศ การใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา การวิจัยเรื่องยุทธศาสตร์ลดการกระทำ ความผิดของเด็กและเยาวชน จากการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ พ.ศ.2550 ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนพบว่า สื่อที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนมากที่สุดคือ โทรทัศน์ (ร้อยละ 64.3) รองลงมาคือ ซีดี/ดีวีดี /วีดีโอ (ร้อยละ 58.5) และแผ่นป้ายโฆษณา (ร้อยละ 56.7) การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2549 เด็กอายุ 11-19 ปี ดื่มแอลกอฮอล์ประจำเพิ่มขึ้นเกือบสามเท่าของปี 2547 การสำรวจของสถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า เยาวชนที่ให้สัมภาษณ์ร้อยละ 77 ระบุการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้นความอยากรู้อยากลองดื่ม และร้อยละ 85 ให้เหตุผลว่าการโฆษณาเป็นสิ่งชักจูง ทำทนาย ทำให้เกิดการติดหูติดตา ความเคยชิน และกลายเป็นเรื่องธรรมดา การศึกษาของสถาบันรามจิตติ พบว่าเยาวชนมีแนวโน้มดื่มสุราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะครึ่งหนึ่งของเด็กอาชีวะทั่วประเทศ นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัญหาของสังคม เช่น การสูบบุหรี่ ใช้ยาเสพติด มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำแท้ง ทะเลาะวิวาท อุบัติเหตุ (ร้อยละ 50 ของวัยรุ่นที่ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีการดื่มสุราก่อน) และกระทำความผิด จำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีในสถานพินิจฯ ทั่วประเทศ ในปี 2548 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.3 ของปี 2547 และเพิ่มถึงร้อยละ 33.6 ในปี 2549 การกระทำความผิดสูงสุด

3 ลำดับแรกคือ ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน (ร้อยละ 29.7 ของการกระทำความผิดทั้งหมด) รองลงมาเป็นยาเสพติดร้อยละ 18.3 และคดีชีวิตและร่างกายร้อยละ 17.2 ในจำนวนเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดนี้เป็นนักเรียน/นักศึกษาถึงร้อยละ 36 สาเหตุสำคัญในการกระทำความผิดยังคงมาจากการคบเพื่อน มีสัดส่วนมากที่สุดถึงร้อยละ 40.2 รองลงมาเป็นความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ร้อยละ 11.9 และความคึกคะนองร้อยละ 11.5

โดยสรุปผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยภายใต้วัฒนธรรมบริโภคนิยมต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวคือ ความสัมพันธ์มีแนวโน้มลดลง สุขภาพและคุณภาพชีวิตแย่ลง ทศนคติต่อการเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป การหย่าร้างเพิ่มขึ้น แนวโน้มมีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้น เด็กเร่รอนและถูกทอดทิ้งในสถานสงเคราะห์เพิ่มขึ้น เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมนำไปสู่การกระทำความผิดเพิ่มขึ้น ทั้งนี้สื่อมวลชนกลายเป็นสถาบันทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวมากขึ้น

ผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมต่อการพัฒนาประชากร โครงสร้างประชากร และความสัมพันธ์ของคน 3 รุ่น สรุปได้ดังภาพ 1.2

ภาพ 1.2 ผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ¹⁸

ผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร		
ผลการพัฒนาเศรษฐกิจ/สังคมต่อการพัฒนาประชากร	การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร	ปัญหาความสัมพันธ์ของคน 3 รุ่น
<ul style="list-style-type: none"> ภาวะการเจริญพันธุ์ลดลง อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้น อัตราทารกตายมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้หญิงเป็นโสด แต่งงานช้าลง ขนาดครอบครัวเล็กลง รูปแบบครอบครัวเปลี่ยนไป อนามัยการเจริญพันธุ์ไม่เหมาะสม การย้ายถิ่นเปลี่ยนไป 	<ul style="list-style-type: none"> สัดส่วนประชากรเด็กลดลง สัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลง สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง การใช้เวลากับครอบครัวลดลง ค่านิยม/ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ/เด็กเปลี่ยนไป การหย่าร้างเพิ่มขึ้น เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม กระทำผิด สื่อมวลชนมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว

ที่มา : สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาสังคม. (ร่าง) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551.

ผลกระทบของทุนนิยมและบริโภคนิยมต่อภูมิปัญญาและการแพทย์ไทย

ความต้อยกกว่าทางเศรษฐกิจ วิสัยทัศน์ และการลงทุนด้านวิจัยพัฒนาของประเทศกำลังพัฒนาหรือพัฒนาน้อย ทำให้เกิดการขายทรัพยากรธรรมชาติและภูมิปัญญาอย่างเต็มใจ โดยประเทศผู้ซื้อได้รับความคุ้มครองภายใต้กติกาสากล “สิทธิทางปัญญา” เช่น บริษัทญี่ปุ่น กว๊านซื้อสมุดข่อยของไทยและพบว่าเปล้าน้อยรักษาโรคระเพาะอาหารได้ เมื่อสกัดสารเปลลานโพลที่รักษาโรคนีได้ จึงจดสิทธิบัตรกระบวนการสกัดและสิทธิบัตรในตัวยา และผลิตยา Kelnec ออกจำหน่าย โดยบริษัทนี้มีส่วนรวบรวมน้ำมันเปล้าน้อยในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เพื่อส่งไปสกัดเป็นตัวยาที่ญี่ปุ่น²⁰ การบริการทางการแพทย์ตามนโยบาย Medical Hub เพื่อสร้างรายได้จากเงินตราต่างประเทศ เป็นอีกหนึ่งตัวอย่างของการได้ค่าบริการและค่าตอบแทนสูงกว่าการบริการคนไทยด้วยกัน ทรัพยากรระดับคุณภาพในภาคเอกชนและภาครัฐส่วนหนึ่งจึงถูกจัดสรรไว้เพื่อบริการชาวต่างชาติ ขณะที่คนไทยยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการที่ซับซ้อนซึ่งมีราคาแพง

ด้วยกรอบความคิดของการแพทย์ตะวันตกการแพทย์พื้นบ้านซึ่งใช้ความเจ็บป่วยสานการเรียนรู้และสานความความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน กับธรรมชาติ และกับสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ถูกเปลี่ยนมาเป็นมุ่งเน้นค้นหาตัวยาสำคัญตามกระบวนการของวิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่งเสริมให้มีการวิจัย ผลิต และใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข²¹ และภาครัฐกำหนดให้หมอพื้นบ้านต้องสอบให้ได้ใบประกอบโรคศิลปะจึงจะมีสิทธิในการรักษาและผลิตยาสมุนไพรจำหน่ายได้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัย การรักษาแบบพื้นบ้านจึงถูกแยกออกจากชุมชนโดยสิ้นเชิง แต่การแพทย์กระแสหลักนี้ก็ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากการพัฒนาด้านวิศวกรรมการแพทย์และเทคโนโลยีชีวภาพ ผนวกกับมุมมองของสังคมในด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไป ทำให้มีบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ เกิดขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีที่หลากหลาย เผยแพร่ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ ผนวกกับพฤติกรรมบริโภคนิยม ทำให้ผู้คนแสวงหาการดูแลรักษาสุขภาพด้วยแนวคิดที่ต่างไปจากเดิม²² เช่นบริโภควิตามินหรืออาหารเสริมเพื่อช่วยสร้างระบบภูมิคุ้มกันโรคและเสริมการรับประทานอาหารที่ไม่สมบูรณ์²³ โดยที่การควบคุมของภาครัฐในระบบเดิมตกอยู่ในภาวะตั้งรับตามเทคโนโลยีและบริการใหม่ๆ จากต่างประเทศที่ผิดกฎหมายด้านสาธารณสุขของไทย²⁴ ซึ่งเป็นผลพวงของการแพทย์พาณิชย์ซึ่งมุ่งรายได้และผลกำไร ประกอบ

กับการลงทุนภาครัฐและเอกชนที่ผ่านมาทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของโครงสร้างและการบริการทางการแพทย์ระหว่างกรุงเทพฯกับภาคต่างๆ และระหว่างเขตเมืองกับชนบท อย่างไรก็ตามต้องยอมรับว่าค่านิยมบริโภคนิยมของสังคมและการแพทย์เชิงพาณิชย์ต่างเป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน ที่ทำให้เกิดการบริการรักษาที่ไม่จำเป็น

เทคโนโลยีสารสนเทศ: สินค้าเพื่อการบริโภคหรือเครื่องมือในการพัฒนาประเทศ

การแพร่หลายของเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information and Communication Technology: ICT) มีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพมนุษย์จากการเรียนรู้โดยตรงและผ่านการเรียนรู้แบบบันเทิง (edutainment) ประเทศพัฒนายังมีการลงทุนด้านเทคโนโลยี Genetic and Biotechnology, Material technology และ Nanotechnology ซึ่งขับเคลื่อนให้โลกเข้าสู่ยุค Molecular economy ประกอบกับการพัฒนา ICT อย่างต่อเนื่องของประเทศมหาอำนาจทางเศรษฐกิจย่อมจะส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และความเป็นอยู่ของผู้นอย่างกว้างขวางในอนาคต (the Next Industrial Revolution)²⁵ ข่าวสารความรู้ในสังคมสารสนเทศจึงมีสถานะเป็นทั้ง 1) สินค้าที่มีต้นทุนการผลิตและมีมูลค่าในตลาดเพราะมีผู้ต้องการบริโภค 2) เป็นวัตถุดิบในการผลิตซ้ำข่าวสารความรู้ใหม่ๆ ขึ้นกับการจัดการความรู้ และ 3) เป็นปัจจัยการผลิตข่าวสารความรู้ชุดใหม่ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ชุดความรู้เดิมที่มีลักษณะเป็นแม่แบบ มีความเป็นทฤษฎี มีคุณภาพ และครอบคลุมลุ่มลึกกว่าความรู้ทั่วไป

ข่าวสารความรู้ยังเป็นปัจจัยการผลิตที่นำมาเวียนใช้ได้ (recycle) สร้างใหม่ได้ (renewable) และแตกลูกหลานต่อได้ (self-generation)²⁶ หากรัฐบาลไม่สามารถบริหารจัดการให้ประชาชนเข้าถึงการใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริงย่อมเกิดช่องว่างทางความรู้และขาดโอกาสก้าวสู่สังคมฐานความรู้ (knowledge based society) ประชาชนขาดโอกาสในการใช้ประโยชน์ หรืออาจบริโภคเกินความจำเป็น ตกเป็นเหยื่ออาชญากรรมอิเล็กทรอนิกส์และ website ที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งเป็นเหยื่อความขัดแย้งทางความเชื่อ

ผลกระทบของภาวะเศรษฐกิจต่อแรงงานไทย

การเติบโตของเศรษฐกิจไทยที่ผ่านมาพึ่งพิงต่างประเทศสูงในด้านวัตถุดิบ เงินทุน เทคโนโลยี และตลาด ขณะที่แรงงานไทยซึ่งมีการศึกษาในระดับต่ำ* ขาดการพัฒนาให้มีความรู้ และทักษะสอดคล้องกับโครงสร้างการผลิตที่เปลี่ยนแปลงไป** และเนื่องจากภาคเอกชนไทย ส่วนใหญ่เป็นวิสาหกิจขนาดกลางและย่อม (SMEs) ที่ใช้เทคโนโลยีในการผลิตในระดับที่ 1 ใช้ แรงงานเข้มข้น (labour intensive) และระดับที่ 2 การใช้ทักษะเข้มข้น (skill intensive) เป็นเพียงผู้รับจ้างผลิตจากผู้ว่าจ้าง*** ประกอบกับความสามารถในการบริหารจัดการธุรกิจของ ไทยยังด้อยประสิทธิภาพ ทุนต่างประเทศจึงเริ่มเคลื่อนย้ายสู่ประเทศที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจ สูงกว่าไทย ทั้งนี้ยังมีทิศทางในระดับโลกที่สำคัญคือ 1) การรวมตัวของกลุ่มเศรษฐกิจระดับทวีภาค/ ภูมิภาค/ พหุภาคี และความสำคัญของเอเชียต่อเศรษฐกิจโลกโดยเฉพาะจีนและอินเดีย 2) ความ ไม่สมดุลของเศรษฐกิจสหรัฐอเมริกา รวมทั้งผลจากการเคลื่อนย้ายเงินทุนระหว่างประเทศ และ ค่าเงิน**** 3) การเคลื่อนย้ายเงินทุนระหว่างประเทศและความเชื่อมโยงของตลาดเงินตลาดทุน ในโลก 4) กองทุนบริหารความเสี่ยง (Hedge fund) กับการเก็งกำไร จากค่าเงินและแนวโน้ม ราคาสินค้าที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะน้ำมันเชื้อเพลิง รวมทั้งนวัตกรรมทางการเงินที่ขับเคลื่อนด้วย เทคโนโลยีซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและรสนิยมของผู้บริโภค 5) การกำกับตรวจสอบ และธรรมาภิบาลของสถาบันการเงินและธุรกิจเอกชนที่เข้มงวดขึ้น*****

-
- * ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ร้อยละ 68.4 ของแรงงานไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการศึกษาไม่เกินระดับประถมศึกษา
- ** ภาคเอกชนของไทยซึ่งส่วนใหญ่เป็นวิสาหกิจขนาดกลางและย่อม (SMEs) มีการใช้เทคโนโลยีในการผลิตในระดับที่ 1 คือใช้แรงงานเข้มข้น (labour intensive) และระดับที่ 2 คือ การใช้ทักษะเข้มข้น (skill intensive) หรือเป็นเพียงผู้รับจ้างผลิตตามแบบของผู้ว่าจ้าง มีเพียงส่วนน้อยที่มีขีดความสามารถในการออกแบบและสร้างนวัตกรรมได้เองซึ่งเป็นระดับ 3 คือใช้เทคโนโลยีเข้มข้น (technology intensive) และระดับที่ 4 คือ การวิจัยและพัฒนา (research and development intensive)
- *** การมีขีดความสามารถในการออกแบบและสร้างนวัตกรรมได้เองจำเป็นต้องถึงระดับ 3 คือใช้เทคโนโลยีเข้มข้น (technology intensive) และระดับ 4 การวิจัยและพัฒนา (research and development intensive)
- **** ส่งผลให้ค่าเงินของเอเชียทั่วไปแข็งค่าขึ้น รวมทั้งเงินบาท ขณะที่เงินในนโยบายแลกเปลี่ยนที่ยืดหยุ่นมากขึ้นแม้จะพยายามตรึงค่าเงินให้อยู่ในระดับต่ำ ราคาสินค้าส่งออกของไทยจึงแพงขึ้น ขณะที่สินค้าจากจีนมีราคาถูกลง
- ***** เพื่อให้มีการบังคับใช้การกำกับดูแลที่เป็นมาตรฐานสากลและเข้มงวดขึ้น เพราะมีการรวมตัวทางการเงินและเคลื่อนย้ายทุนระหว่างประเทศได้อย่างรวดเร็วทั้งเพื่อธุรกรรมและเก็งกำไร หลังวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 ประเทศต่างๆ เร่งปรับโครงสร้างภาคการเงินในประเทศให้เข้มแข็งขึ้น พร้อมกับการสร้างธรรมาภิบาลในภาคธุรกิจเอกชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทุนและบริหารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม

สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ภาคธุรกิจและภาคการเงินไทยต้องปรับตัวทั้งในด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ และความปลอดภัย ในด้านการลงทุนและการผลิตและขนส่ง²⁴ ในปี 2551 ความสามารถในการแข่งขันของไทยอยู่อันดับ 27 จาก 55 แห่ง เหนือกว่าประเทศฟิลิปปินส์และอินโดนีเซีย ส่วนสหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ ฮองกง จีน มาเลเซีย และญี่ปุ่น อยู่ในอันดับ 1, 2, 3, 17, 19 และ 22 ตามลำดับ²⁷ เมื่อต้นทุนการผลิตสูงขึ้นขณะที่ศักยภาพทางเศรษฐกิจจำกัด ธุรกิจจำนวนหนึ่งจึงต้องปิดกิจการ แรงงานไทยซึ่งมักเป็นกลุ่มไร้ทักษะจึงตกอยู่ในภาวะไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ และทุกข์ยากมากขึ้นเมื่อเจ้าของกิจการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายการเลิกจ้างงาน ขณะที่ยังคงมี ปัญหาเดิมๆ อยู่เช่น ปัญหาแรงงานสัมพันธ์ ปัญหาแรงงานสตรี แรงงานไร้ฝีมือได้ค่าจ้างต่ำไม่พอในการยังชีพ ปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน การใช้แรงงานเด็ก การจ้างงานที่ไม่เป็นธรรม ในระดับปัจเจกบุคคล แรงงานซึ่งมักเป็นคนชนบทยังมีความรู้สึกแปลกแยก (alienation) จากสังคมเมืองซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคมแตกต่างจากชนบทซึ่งเป็นสังคมเกษตร⁵

สถานการณ์ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

การใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างไม่อนุรักษ์ภายใต้ระบบทุนนิยมโลก* ส่งผลให้เกิด ความขาดแคลนน้ำ ที่ดินทำกิน พลังงาน** และความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อมเช่น คุณภาพ แหล่งน้ำธรรมชาติ/ดิน/พื้นที่ป่าไม้ อัตราการจับสัตว์น้ำที่ลดลง*** ความหลากหลายทางชีวภาพ

-
- * บนฐานความคิดว่า คนเป็นศูนย์กลางมีความสามารถในการจัดการเหนือธรรมชาติจึงใช้ทรัพยากรเพื่อตอบสนอง ความต้องการของคนเพิ่มขึ้น
 - ** ความจุของแหล่งกักเก็บน้ำเท่ากับ 51,000 ล้านลูกบาศก์เมตร/ปี ไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ 92,736 ล้าน ลูกบาศก์เมตร/ปี ในปี 2548 มีการบุกรุกอาศัยและทำกินในเขตพื้นที่ป่าอนุรักษ์และป่าสงวนแห่งชาติ 7.7 ล้านไร่ จำนวน 420,000 ราย ไทยต้องนำเข้าพลังงานมากกว่าร้อยละ 50 ของพลังงานที่จัดหาทั้งหมด
 - *** ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา คุณภาพแหล่งน้ำเสื่อมลง จากเกณฑ์ที่ลดลงเกือบเท่าตัวมาอยู่ในเกณฑ์พอใช้คุณภาพดินเสื่อม ลงโดยพื้นที่ที่มีปัญหาเพิ่มขึ้นจาก 182.1 ล้านไร่ ในปี 2532 เป็น 192.7 ล้านไร่ในปี 2544 พื้นที่ป่าไม้ลดลงจาก ร้อยละ 53 ในปี 2504 เหลือร้อยละ 32.7 ในปี 2547
อัตราการจับสัตว์น้ำลดลงจาก 62.1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง ในปี 2527 เหลือ 23 และ 36.9 กิโลกรัมต่อชั่วโมง ในฝั่งอ่าวไทยและอันดามัน ตามลำดับ ในปี 2547
สัตว์สูญพันธุ์แล้ว 14 ชนิด รายชื่อที่ใกล้สูญพันธุ์เพิ่มจาก 562 ชนิดในปี 2539 เป็น 586 ชนิดในปี 2546 เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีระดับเสียงเกินมาตรฐาน ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นจากการจราจรที่ติดขัดและจากการเผาในที่โล่งแจ้งในชนบท ปริมาณมูลฝอยในปี 2545 เกิดขึ้น 39,225 ตัน/วัน อัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 2 ต่อปี มีการกำจัดถูกต้องเพียงร้อยละ 35 ของขยะในเมือง มีการหมุนเวียน กลับมาใช้เพียงร้อยละ 19 กากของเสียอันตรายมาจากภาคอุตสาหกรรมร้อยละ 75-80 (2 ใน 3 ของจำนวนนี้ มาจากอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์และโลหะ) และมาจากชุมชนร้อยละ 20-25 ทั้งนี้ร้อยละ 60 เกิดขึ้นใน กรุงเทพมหานครและปริมณฑล เมืองเก่าและโบราณสถานหลายแห่งเสื่อมโทรม ถูกบุกรุก ทำลาย

ลดลง มีการโค่นกำจัดพืชพันธุ์พื้นเมืองเพื่อนำพื้นที่ไปปลูกแต่พืชเศรษฐกิจ²⁸ เมื่อสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพซึ่งรักษาสมดุลของระบบนิเวศน์ และเป็นแหล่งอาหารและยาของมวลมนุษย์ จึงเกิดความขัดแย้งแย่งชิงทรัพยากรทั้งระหว่างและภายในประเทศ และเพราะปัญหานี้กระทบต่อภาพรวมของโลกด้วย ในอีกด้านหนึ่งจึงกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาในระดับนานาชาติ* ซึ่งเป็นกระแสโลกที่สำคัญเช่นกัน

แหล่งน้ำธรรมชาติที่คุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์พอใช้ในปี 2549 และกลายเป็นเสื่อมโทรมในปี 2550 ได้แก่ แม่น้ำท่าจีนตอนบน กุยบุรี มูล ลำชี เสียว เลย นครนายก ระยอง บางปะกง ปราชินบุรี ปากพั่น ทะเลน้อย ทะเลหลวง และตรัง จากความสกปรกในรูปสารอินทรีย์ ส่วนแม่น้ำลำตะคองตอนล่าง บริเวณอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ยังคงอยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรมมากเช่นปีที่ผ่านมา สาเหตุหลักมาจากน้ำเสียจากชุมชน อุตสาหกรรม และเกษตรกรรม ตามลำดับ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้แหล่งน้ำเสื่อมโทรม คือ ความสกปรกในรูปสารอินทรีย์ (BOD) โดยมีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 46 การปนเปื้อนของแบคทีเรียกลุ่มฟีคอลโคลิฟอร์ม (FCB) แบคทีเรียโคลิฟอร์มทั้งหมด (TCB) และแอมโมเนีย มีอย่างละ ร้อยละ 14 และออกซิเจนละลายต่ำ (DO) ร้อยละ 12 ในเมืองใหญ่มักมีปัญหาการปนเปื้อนจากน้ำเสียหรือของเสียจากบ้านเรือนและโรงงานอุตสาหกรรม ตลอดจนการทิ้งขยะหรือการฝังกลบขยะและของเสียจากบ้านเรือนและโรงงานอุตสาหกรรม การบำบัดน้ำเสียซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในเขตเมืองที่มีประชากรหนาแน่นนั้น เป็นความรับผิดชอบขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับเทศบาลยังมีปัญหาศักยภาพด้านบริหารจัดการและเทคโนโลยี และกฎหมายที่ไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก

* ในปี 2515 มีการประชุมสิ่งแวดล้อมและมนุษย์ ณ กรุงสต็อกโฮล์ม สวีเดน ในปี 2526 มีการจัดตั้งสมัชชาโลกว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (World Commission on Environment and development: WCED) ปี 2530 มีการรายงาน Our Common Future ในปี 2535 มีการประชุมว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (UN Conference on Environment and Development: UNCED) หรือ Earth Summit ที่กรุง ริโอ เดอ จาเนโร ระหว่างผู้นำ 152 ประเทศ โดยมีการลงนามรับรองแผนปฏิบัติการ 21 (Agenda 21) ซึ่งถือเป็นแผนแม่บท เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก ในปี 2545 ได้มีการประชุมสุดยอดของโลกว่าด้วยการพัฒนาที่ยั่งยืน (World Summit on Sustainable Development: WSSD) ที่นคร โจฮันเนสเบิร์ก สาธารณรัฐแอฟริกาใต้ และกำหนดให้ประเทศสมาชิกต้องบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ร่วมกันภายในปี 2558

ด้านมลพิษทางอากาศ* จากการตรวจสอบคุณภาพอากาศของกรมควบคุมมลพิษ ด้วยสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศแบบอัตโนมัติอย่างต่อเนื่องทั้งในเขตกรุงเทพฯ ปริมณฑล และต่างจังหวัด จำนวน 53 สถานี จุดตรวจวัดคุณภาพอากาศแบบชั่วคราวบริเวณริมถนนในกรุงเทพฯ และหน่วยตรวจวัดคุณภาพอากาศแบบเคลื่อนที่ พบว่า ปัญหามลพิษทางอากาศที่สำคัญ ได้แก่ ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM₁₀)** ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 100 ไมครอนหรือฝุ่นรวม (TSP)*** และไอโซน PM₁₀ สามารถเข้าไปถึงปอดชั้นในพร้อมลมหายใจ สำหรับซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ไนโตรเจน ไดออกไซด์ และสารตะกั่ว อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ยังพบแนวโน้มการเกิดปัญหาสารพิษในอากาศ (Air Toxic) เช่น สารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ในบางพื้นที่ที่ทั้งชุมชนเมืองและพื้นที่อุตสาหกรรม เช่น กรุงเทพฯและมาบตาพุด ทั้งนี้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างกันขึ้นกับแหล่งกำเนิดในแต่ละพื้นที่ ในพ.ศ. 2549 สมุทรปราการ สระบุรี และกรุงเทพฯมีปัญหาคุณภาพอากาศที่กระทบต่อสุขภาพร้อยละ 44.9, 43.2 และ 31.8 ของจำนวนวันทั้งหมดในรอบปี ตามลำดับ ในกรุงเทพฯบริเวณถนนและบาทวิถีที่มีการจราจรหนาแน่นยังมีปัญหาสารก่อมะเร็งจากปิโตรเคมี (เช่น polycyclic aromatic hydrocarbon: PAHs, benzene) กลุ่มเสี่ยงคือ ผู้เกี่ยวข้องกับบริเวณดังกล่าวเป็นเวลานานเช่น จราจร ผู้ค้าริมถนนและผู้สัญจรบนถนนเป็นประจำ ในระยะหลัง ยังพบปัญหาหมอกควันจากการเผาในภาคเกษตรหรือไฟไหม้ป่าโดยเฉพาะในภาคเหนือช่วงปลายปีต่อต้นปีที่มีความกดอากาศสูง อากาศระยะ 25 กิโลเมตรเหนือพื้นดินไม่เคลื่อนไหวเป็นสภาพอากาศปิด มลพิษทางอากาศจึงถูกตีกลับวนเวียนอยู่ในแอ่งเชียงใหม่-ลำพูน ขณะที่ภาคใต้ในช่วงกลางปีมีปัญหาหมอกควันข้ามพรมแดนจากปรากฏการณ์ เอลนินโญ่^{29, 30, 31}

ด้านมลพิษทางเสียง เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่เช่น ในย่านการจราจรหนาแน่น บริเวณริมถนนสายหลักในกรุงเทพฯ มีปัญหามลพิษทางเสียงจากระดับเสียงที่เกินค่ามาตรฐาน

* ดัชนีคุณภาพอากาศ (Air Quality Index: AQI) ดำเนินจากความเข้มข้นของสารมลพิษทางอากาศ 5 ประเภท คือ ฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน คาร์บอนมอนนอกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์และไอโซน โดยแบ่งเป็น 5 ระดับคือ ดี ปานกลาง มีผลกระทบต่อสุขภาพ มีผลกระทบต่อสุขภาพมาก และอันตราย

** มีแหล่งกำเนิดสำคัญจากยานพาหนะแม้มีแนวโน้มลดลงแต่ยังเกินมาตรฐานในพื้นที่ริมถนนที่มีการจราจรหนาแน่น

*** จากกิจกรรมก่อสร้างและฝุ่นละอองทั่วไปบนถนน แม้มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนในบริเวณริมถนน แต่ค่ายังเกินมาตรฐาน

70 เดซิเบลเอ^{32, 33, 34} พื้นที่ใกล้สนามบินการประกอบกิจการที่มีเสียงดังในย่านชุมชน (เช่น อู่ซ่อมรถ ร้านคาราโอเกะ) สำหรับสารเคมี สารโลหะหนัก สารทำลาย และสารอันตรายอื่นๆ ส่วนใหญ่นำมาใช้ในภาคอุตสาหกรรมและเกษตร โดยนำเข้าเพิ่มขึ้นทุกปี สารเคมีที่นำเข้าสูงสุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ เคมีภัณฑ์อินทรีย์ เคมีภัณฑ์อนินทรีย์ เม็ดพลาสติก เคมีภัณฑ์อื่น ๆ สีทา วานิช และวัตถุแต่งสี ในปี 2549 มีการนำเข้าสารอันตรายในกลุ่มสารอินทรีย์และสารอนินทรีย์ จากต่างประเทศประมาณ 6 ล้านตัน และมีการผลิตสารในประเทศอีกประมาณ 27 ล้านตัน รวมเป็นสารอันตราย 33 ล้านตัน

โลหะหนักมักเข้าสู่ร่างกายได้ 2 ทาง คือ การหายใจและการกิน สำหรับผู้ป่วยพิษ สารโลหะหนักที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข คือ โรคพิษสารตะกั่ว ซึ่งในช่วง 10 ปี ระหว่างปี 2540-2549 มีรายงานผู้ป่วย 459 ราย เฉลี่ยปีละ 45.9 ราย รายงานสูงสุดในปี 2544 จำนวน 104 ราย เนื่องจากมีการตรวจสุขภาพในโรงงานอุตสาหกรรมที่จังหวัดนครสวรรค์

การศึกษาสถานการณ์และระบบการจัดการความปลอดภัยในผักและผลไม้ในตลาดนัดและรถเร่ของสถาบันคลังสมอง ในช่วงเดือนตุลาคม 2547 - พฤษภาคม 2548 พบการปนเปื้อนของสารเคมีอันตรายค่อนข้างสูง โดยเฉพาะสารกันเชื้อรา พบมากถึงร้อยละ 87.11 จาก 318 ตัวอย่าง สารบอแรกซ์ ร้อยละ 55.88 จาก 272 ตัวอย่าง และสารกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 3.58 35 เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารสดในตลาดสดประเภทที่ 1 ในช่วงเดือนตุลาคม 2548 - กันยายน 2549 พบสารเคมีอันตรายปนเปื้อน เหลือร้อยละ 1.94 (จาก 159,792 ตัวอย่าง) แต่สารพิษฆ่าแมลงตกค้างในผัก มีในระดับที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 3.14 บ่งชี้ถึง การขาดความตระหนักถึงโทษของสารอันตรายและไม่รับผิดชอบต่อผู้บริโภคของเกษตรกรรายย่อยและผู้ขาย สอดคล้องกับผลการศึกษาว่า เกษตรกรไทยมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลายเกินความจำเป็นด้วยอิทธิพลของการโฆษณา และยังมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นอันตรายต่อตัวเกษตรกรเองและผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีด้วย^{36,37} บริเวณที่พบปัญหาสารพิษตกค้าง มากที่สุดคือ บริเวณภาคเหนือตอนล่างและภาคกลางตอนบน

อันตรายเกิดได้ทั้งจากการขนส่ง/จัดเก็บ/การใช้อย่างไม่เหมาะสม จากข้อมูลของ สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค อัตราป่วยตายจากสารอันตรายภาคเกษตรกรรม สูงที่สุด

ในปี 2540 เท่ากับ 10.2 คนต่อผู้ป่วย 1,000 ราย แม้จะลดลงในปีถัดมา แต่ยังคงอยู่ในระดับสูงและสูงกว่าภาคอุตสาหกรรม จนถึงปี 2547 อัตราป่วยตายจากสารอันตรายภาคอุตสาหกรรมสูงที่สุดในปี 2540 เช่นกัน (4.47 คนต่อผู้ป่วย 1,000 ราย) และลดลง จนไม่พบผู้เสียชีวิตตั้งแต่ปี 2544 ยกเว้นในปี 2547 ที่มีผู้เสียชีวิต 1 คน ในปี 2548 มีผู้ป่วย 14 รายจากโลหะหนัก (เช่น แมงกานีส พรอท อาร์เซนิก) พิษตะกั่ว 14 ราย พิษก๊าซและไอระเหย (เช่น คาร์บอนไดออกไซด์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ คลอรีน แอมโมเนีย) 169 ราย และสารพิษจากปิโตรเลียม (เช่น เบนซิน โทลูอิน ไซลีน) 122 ราย (ตาราง 1.2) การที่จำนวนผู้ป่วยและอัตราตายจากสารอันตรายในภาคอุตสาหกรรมต่ำกว่าภาคเกษตร ไม่ได้หมายความว่าสารอันตรายภาคอุตสาหกรรมมีอันตรายน้อยกว่าภาคเกษตร แต่อาจเป็นเพราะมีข้อจำกัดในการวินิจฉัยสาเหตุของการป่วย ต่างจากอาชีพเกษตรกรรมที่มีพฤติกรรมการใช้สารอย่างชัดเจน

ตาราง 1.2 อัตราป่วยตายจากการได้รับสารอันตราย พ.ศ. 2539 - 2548

หน่วย: ราย

สารพิษ		2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
ภาคเกษตร	ป่วย	3,175	2,844	4,305	4,171	3,109	2,653	2,571	2,342	1,864	1,321
	อัตราป่วยตาย (/1000 ราย)	10.08	10.20	4.18	7.91	6.75	5.65	4.28	3.84	4.83	0
ภาคอุตสาหกรรม	ป่วย	201	211	287	365	1,177	280	180	157	853	319
	อัตราป่วยตาย (/1000 ราย)	0	4.74	3.48	2.74	3.40	0	0	0	1.17	0
รวม	ป่วย	3,376	3,055	4,592	4,536	4,286	2,933	2,751	2,499	2,717	1,640
	อัตราป่วยตาย (/1000 ราย)	9.48	9.82	4.14	7.50	5.83	5.11	4.00	3.60	3.68	0

ที่มา : จำนวนจากข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุภัยสารเคมีมีแนวโน้มสูงกว่าในอดีตเพราะใช้กันอย่างแพร่หลาย ตามกิจกรรม/จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมที่เพิ่มขึ้น/และขนาดการผลิตที่ใหญ่ขึ้น โดยอาจเป็นการระเบิดของอุปกรณ์หรือสารเคมี การเกิดเพลิงไหม้และก๊าซ รวมถึงการรั่วไหลของสารกัมมันตรังสี ระหว่าง พ.ศ. 2521-2545 เกิดอุบัติเหตุภัยสารเคมีรวม 122 ครั้ง (เป็นการระเบิดร้อยละ 17) ใน พ.ศ. 2546 กรมโรงงานอุตสาหกรรมรายงานการสอบสวนอุบัติเหตุในโรงงาน 59 เหตุการณ์ เป็นเพลิงไหม้ 35 ครั้ง ระเบิด 8 ครั้ง และสารเคมีหรือก๊าซรั่วไหล 5 ครั้ง ใน พ.ศ. 2549 เกิดอุบัติเหตุจากสารเคมี 30 ครั้ง นอกจากอุบัติเหตุจะก่อมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้สัมผัสหรือสูดดมโดยตรง (เป็นโรกระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง โรคมะเร็ง) แล้วยังมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในบริเวณใกล้เคียงด้วย ดังกรณีปริมาณก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ และฝุ่นละออง PM10 จากกระบวนการเผาไหม้ถ่านหินลิกไนต์ในการผลิตไฟฟ้าในอำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง มีปริมาณสูงเกินมาตรฐานความปลอดภัยต่อสุขภาพระยะยาวนาน ทำให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ และฝนกรดก็ทำลายทรัพย์สินและพืชผลทางการเกษตรเสียหาย กรณีก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์จากกระบวนการกลั่นและผลิตของกำมะถัน และสารเมอร์แคปแทนที่ใช้ผสมก๊าซ LPG รั่วไหลออกมาจากโรงงานอุตสาหกรรมปิโตรเคมี ตำบลมาบตาพุด จังหวัดระยอง ทำให้ครูและนักเรียน 40 คน เจ็บป่วยรุนแรงจนต้องนำส่งโรงพยาบาล นอกจากนี้ พบว่า โรงงาน 6 แห่งจาก 21 แห่งในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดมีการรั่วไหลของสารเคมี จากการถ่ายเทวัตถุดิบ/ผลิตภัณฑ์ และจากระบบบำบัดน้ำเสีย/การกำจัดกากอุตสาหกรรม

สารโลหะหนักมักตกค้างและปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมเช่น แหล่งน้ำ ดิน อาหาร ภาชนะเครื่องใช้ต่าง ๆ ดังกรณี การปนเปื้อนของสารตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จากตะกอนตะกั่วและน้ำเสียที่ปล่อยออกมาจากกระบวนการแต่งแร่ของโรงแต่งแร่สินแร่ตะกั่วทำให้พบปริมาณตะกั่วในสัตว์น้ำและในพืชในบริเวณดังกล่าวสูงเกินกว่าระดับที่ปลอดภัย การปนเปื้อนสารตะกั่วในแม่น้ำปัตตานี จากเหมืองแร่ดีบุกเก่าที่ทิ้งกากแร่ไว้ริมลำห้วยต้นแม่น้ำปัตตานี และยังมีตะกั่วจากสีที่ใช้ในอุโมงค์เรือจังหวัดปัตตานี ซึ่งพบว่านักเรียนร้อยละ 98 มีระดับตะกั่วในเลือดสูงกว่า 10 ไมโครกรัมต่อเดซิกรัม การปนเปื้อนแคดเมียมจากเหมืองสังกะสีลงสู่ดินในลำน้ำแม่ตาบ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ด้วยระดับที่สูงกว่าค่ามาตรฐาน EU ถึง

1,800 เท่าทำให้ข้าวในบริเวณนั้นมีแคดเมียมในระดับเดียวกับข้าวที่ทำให้เกิดโรคอิตะ-อิตะในญี่ปุ่น การปนเปื้อนสารหนูสู่น้ำใต้ดินจากเหมืองแร่ที่อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปลาทะเลในบริเวณแทนชุตเจาะเก้าชธรรมชาติ ร้อยละ 5-10 มีความเข้มข้นของสารปรอทสูงเกินค่ามาตรฐานสำหรับการบริโภค

สถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม

1) น้ำบริโภค

ในเขตชนบทมีปัญหาขาดน้ำสะอาดสำหรับบริโภค รุนแรงกว่าเขตเมือง พบว่าน้ำฝนเป็นแหล่งน้ำดื่มที่สำคัญ น้ำฝนที่ไม่ได้มาตรฐานของกรมอนามัย ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านแบคทีเรีย สำหรับน้ำประปาหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานค่อนข้างต่ำ สำหรับน้ำประปาของการประปานครหลวงและภูมิภาคอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าร้อยละ 70 สำหรับในชนบทคุณภาพน้ำฝน/น้ำบาดาล/น้ำบ่อตื้นส่วนใหญ่มีคุณภาพน้ำไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเช่นกัน มักมีการปนเปื้อนทางแบคทีเรียสูงและปนเปื้อนทางเคมี ได้แก่ สังกะสี ตะกั่ว แมงกานีส เหล็ก ฟลูออไรด์ และมีปัญหาทางกายภาพไม่เหมาะสมคือ ความขุ่น และสี เกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นความเสี่ยงต่อโรกระบบทางเดินอาหาร สารเคมี/สารพิษต่างๆ³⁸

2) อาหาร

การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการทำงานนอกบ้าน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและรสนิยมของคนไทย รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เปลี่ยนเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จ อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารพร้อมรับประทาน การประกอบอาหารและอุตสาหกรรมอาหาร จึงมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง การปรุงหรือผลิตปริมาณมากเพื่อตอบสนองความต้องการผู้บริโภคและโดยเฉพาะเมื่อมุ่งกำไร ผลักดันให้มีการปฏิบัติที่ไม่ถูกสุขลักษณะของผู้สัมผัสอาหารและความไม่เหมาะสมของการใช้วัสดุหรือภาชนะอุปกรณ์ เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคในอาหาร นอกจากนี้ ยังพบสารพิษตกค้างในเนื้อสัตว์/ผักสด/ผลไม้ จากการใช้ในปริมาณเกินขนาด/ใช้ผิดวัตถุประสงค์/ใช้อย่างไม่ระมัดระวัง เท่ากับว่าประชาชนมีความเสี่ยงจากอาหารที่ไม่ปลอดภัย³⁹ แม้ว่าร้านอาหาร/แผงลอย/ตลาด มีการพัฒนาได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นก็ตาม (ตาราง 1.3)

ตาราง 1.3 คุณภาพร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหารและตลาดประเภทที่ 1

พ.ศ. 2545 - 2550

พ.ศ.	ร้านอาหาร			แผงลอยจำหน่ายอาหาร			ตลาดประเภทที่ 1	
	จำนวนทั้งหมด	ได้มาตรฐานท้องถิ่น(%)	ได้มาตรฐาน CFGT(%)	จำนวนทั้งหมด	ได้มาตรฐานท้องถิ่น(%)	ได้มาตรฐาน CFGT(%)	จำนวนทั้งหมด	ได้มาตรฐานตลาดสดนำซื้อ (%)
2545	53,261	28.16	14.75	53,524	33.55	8.63		
2546	60,411	39.74	17.92	64,241	39.15	13.87		
2547	60,409	54.69	33.61	62,962	63.38	35.16		
2548	61,104	70.18	51.37	81,130	79.95	52.12	1,614	47.52
2549	62,140	76.76	60.18	87,075	89.29	65.19	1,557	59.60
2550	64,113	77.96	68.08	102,985	84.47	70.71	1,523	68.55

3) การจัดการมูลฝอย ของเสีย และสิ่งปฏิกูล

มูลฝอย ของเสีย และสิ่งปฏิกูลมีปริมาณเพิ่มขึ้นโดยตลอด โดยเฉพาะในเขตเมืองขนาดใหญ่ เพราะการขยายตัวของชุมชนทำให้มีการบริโภคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

องค์ประกอบของขยะมูลฝอยเป็นเศษอาหารและอินทรีย์สารในสัดส่วนมากที่สุด ในปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้นทั้งหมด มีเพียงร้อยละ 22 เท่านั้นที่มีการนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ (recycle) ส่วนขยะอินทรีย์เริ่มมีการนำมาทำปุ๋ยอินทรีย์และปุ๋ยน้ำชีวภาพ

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ขยะพิษและของเสียอันตรายเพิ่มขึ้นในแต่ละปี จาก 0.9 เป็น 1.8 ล้านตัน โดยเกิดในกรุงเทพฯและปริมณฑลมากที่สุด และ 3 ใน 4 ของขยะกลุ่มนี้มาจากภาคอุตสาหกรรมซึ่งถูกกำจัดทิ้งในและต่างประเทศ สถานที่รับกำจัดของเสียอันตรายที่ขึ้นทะเบียนกับกรมโรงงานอุตสาหกรรมมี 31 แห่ง (กำจัดด้วยวิธีฝังกลบ 3 แห่ง เผาในเตาเผาปูนซีเมนต์ 3 แห่ง และคัดแยกและรีไซเคิล 25 แห่ง) ซึ่งจัดการได้เพียงส่วนหนึ่ง ประมาณร้อยละ 37 ของปริมาณทั้งหมดในปี 2549 (ไม่รวมปริมาณของเสียอันตรายที่ได้รับการจัดการภายในโรงงานอุตสาหกรรมนั่นเอง) มีการส่งไปต่างประเทศประมาณ 24,000 ตัน ขณะเดียวกันก็นำเข้าของเสียอันตรายจากต่างประเทศมารีไซเคิลเป็นวัตถุดิบในภาคอุตสาหกรรมประมาณ 5,379 ตัน

1 ใน 4 ของขยะพิษและของเสียอันตรายมาจากชุมชน ส่วนใหญ่เป็นน้ำมันหล่อลื่นใช้แล้ว (สารไฮโดรคาร์บอน) แบตเตอรี่ (สารไฮโดรคาร์บอนและโลหะหนัก) ถ่านไฟฉาย (แมงกานีสปรอท โลหะหนัก) บัลลาสต์ (สารฟิซีบี) และหลอดฟลูออเรสเซนต์ (สารปรอท) แหล่งกำเนิดที่สำคัญคือ อู่ซ่อมรถ บ้านเรือน และสถานบริการน้ำมัน ในจำนวนขยะมูลฝอยจากชุมชนเป็นของเสียอันตรายประมาณร้อยละ 3 กรุงเทพฯได้ว่าจ้างบริษัทเอกชนในการเป็นผู้ดำเนินการกำจัดขยะทั้งหมด ในระดับตำบล องค์การบริหารส่วนใหญ่มิมีระบบจัดการขยะมูลฝอยที่ดีในเขตเทศบาลและเมืองพัทยาสามารถกำจัดขยะมูลฝอยได้ร้อยละ 37 ของปริมาณที่เกิดขึ้น สำหรับขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นนอกเขตเทศบาล มีเพียงประมาณร้อยละ 6 ที่ถูกกำจัดอย่างถูกหลักสุขาภิบาล จึงมีขยะมูลฝอยตกค้างตามที่ต่างๆสำหรับมูลฝอยอันตรายจากชุมชนมักถูกทิ้งรวมกับมูลฝอยทั่วไป และถูกจัดการรวมไปด้วยกัน ทำให้สารอันตรายปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตทั้งคน สัตว์ และพืชผักผลไม้

ใน พ.ศ. 2549 ประมาณร้อยละ 5 ของมูลฝอยอันตรายจากชุมชน เป็นมูลฝอยติดเชื้อซึ่งถูกกำจัดในสถานพยาบาลเองร้อยละ 62 ส่งเอกชนเพื่อกำจัดร้อยละ 23 ส่งอปท.เพื่อกำจัดร้อยละ 5 ส่งโรงพยาบาลอื่นเพื่อกำจัดร้อยละ 4 และไม่ระบุวิธีการกำจัดร้อยละ 6⁴⁰ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังคงประสบปัญหาตั้งแต่การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อภายในสถานพยาบาล สภาพเตาเผาที่ชำรุด และต้นทุนการเผาที่สูงขึ้น จึงมีการจ้างเอกชนกำจัดมากขึ้นเพราะสะดวกและมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า โดยไม่มีระบบกำกับและควบคุมคุณภาพ จึงมักมีการกำจัดไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลและมีการร้องเรียนจากประชาชนในชุมชนเป็นระยะ สำหรับระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังคงไม่สามารถดำเนินการได้เต็มประสิทธิภาพของระบบ ทำให้ไม่สามารถขยายบริการเพื่อรองรับกลุ่มจังหวัดข้างเคียง บางกลุ่มจังหวัดยังขาดสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน

ผลกระทบจากภาวะโลกร้อน และการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ

ภาวะโลกร้อน (Global warming) ทำให้สภาพดินฟ้าอากาศแปรปรวนอย่างรุนแรง เกิดพายุ ภัยแล้ง* คลื่นความร้อน** น้ำแข็งขั้วโลกละลาย ระดับน้ำทะเลสูงขึ้น การลดลงของก๊าซโอโซนในบรรยากาศชั้นสตราโตสเฟียร์มีผลต่อเนื่องถึงสุขภาพมนุษย์และการใช้ชีวิตของสัตว์ เช่น ลูกน้ำยุงลายกลายเป็นยุงเร็วขึ้น กัดคนได้ตั้งแต่เข้ามิดถึงพลบค่ำ⁴¹ โรคจากสัตว์อาจติดต่อมาสู่คนได้มากขึ้น⁴² น้ำทะเลที่สูงขึ้นจากการละลายของน้ำแข็งขั้วโลกทำให้เกิดความสูญเสียตามแนวชายฝั่งเมื่อมีพายุรุนแรง เกิดการสูญเสียระบบนิเวศแนวชายฝั่งทะเล น้ำเค็มแพร่สู่พื้นดินและแหล่งน้ำจืดใต้ดินก่อปัญหาแก่แหล่งน้ำบริโภค ส่งผลให้เกิดโรคระบาดต่างๆ เพิ่มขึ้น แหล่งการเกษตรและประมงเปลี่ยนแปลง⁴³ กระทบโดยตรงต่อหลายประเทศ รวมทั้งไทย ซึ่งมีศักยภาพเป็นครัวของโลก

ภาวะเรือนกระจก (Greenhouse effect) เกิดจากก๊าซเรือนกระจก (greenhouse gas) เช่น คาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งเป็นก๊าซที่เกิดจากกิจกรรมของมนุษย์เป็นส่วนใหญ่ การสะสมในชั้นบรรยากาศในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา นั้น มากกว่าร้อยละ 80 มาจากประเทศอุตสาหกรรม การประชุมนานาชาติเมื่อปี 2540 มีการตกลงในพิธีสารเกียวโต (Kyoto Protocol) เพื่อลดการปล่อย greenhouse gas ในช่วงปี 2551-2555 ให้ต่ำกว่าระดับในปี 2533 ประมาณร้อยละ 5.2 ปัจจุบันมี 36 ประเทศลงนามใน Kyoto Protocol แต่สหรัฐอเมริกาซึ่งสร้าง greenhouse gas มากที่สุดต่อประชากรไม่ยอมร่วมลงนาม ในการประชุมหารือของรัฐมนตรีแรงงานของประเทศอุตสาหกรรมชั้นนำ (จี-8) ที่เมืองนิวยอร์ก ประเทศญี่ปุ่น ในวันที่ 11 พฤษภาคม 2551 องค์การแรงงานระหว่างประเทศและองค์กรเพื่อความร่วมมือและพัฒนาเศรษฐกิจ (OECD) ได้ออกแถลงการณ์เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกจี-8 สนับสนุนการทำให้สถานที่ทำงานลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกด้วย⁴⁴ ไทยเป็นประเทศที่ปล่อย greenhouse gas เป็นลำดับที่ 73 จาก 177 ประเทศ ในปี 2550 จีนปล่อย greenhouse gas ในสัดส่วนสูงที่สุดของโลกคือร้อยละ 24 (จากการเป็นผู้ผลิตซีเมนต์ ร้อยละ 51 ของโลก) สหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 21) สหภาพยุโรป

* ทำให้ผลผลิตภาคเกษตรกรรมลดลง เกิดการขาดแคลนอาหารและอดอยาก ปรากฏการณ์เอลนีโญอาจเกิดทุก 2 ปี

** มีรายงานว่า คลื่นความร้อนที่เกิดขึ้นในยุโรปเมื่อปี 2546 ทำให้มีผู้เสียชีวิตถึง 35,000 คน

(ร้อยละ 12) อินเดีย (ร้อยละ 8) รัสเซีย (ร้อยละ 6) แต่เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรและระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจพบว่า คนอเมริกันแพร่ก๊าซคนละ 19.4 เมตริกตันต่อปี ชาวรัสเซีย (11.8) สหภาพยุโรป (8.6) จีน (5.1) อินเดีย (1.8)⁴⁵ รายงานประเมินการเปลี่ยนแปลงของชั้นบรรยากาศประจำปี 2552 ของกรุงเทพมหานครและมูลนิธิไบโม่เขียนพบว่า กทม.ผลิตก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ 7.1 ตันต่อประชากรในปี 2550 (จากประชากรอย่างเป็นทางการ 6 ล้านคน) สาเหตุมาจากการคมนาคมขนส่งและการผลิตกระแสไฟฟ้า แต่ถ้านับรวมแรงงานต่างจังหวัดที่อพยพเข้ามาด้วยเชื่อว่าตัวเลขจะเพิ่มเป็น 2 เท่า ขณะที่ลอนดอนผลิตเพียง 5.9 ตันต่อประชากร เนื่องจากปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ส่งผลต่ออุณหภูมิ จึงเพิ่มโอกาสที่ กทม.จะมีอุณหภูมิเพิ่มสูงกว่า 35 องศาเซลเซียสในอนาคต พร้อมกับการระบาดของโรคเขตร้อนรวมทั้งผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิเช่น อากาศร้อน น้ำท่วม⁴⁶ สภาพภูมิอากาศที่อุณหภูมิสูงขึ้น เร่งอันตรายจากมลภาวะทางอากาศในเมือง ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพอนามัยของผู้อยู่อาศัยในเมืองเพิ่มขึ้น ทำให้ก๊าซโอโซนมีความเข้มข้นสูงขึ้น หากถึงระดับที่เป็นสารมลพิษจะมีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อปอดก่อให้เกิดโรคหืดหอบและโรคเกี่ยวกับปอด ผู้ป่วยโรคหัวใจเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจล้มเหลวเนื่องจากหัวใจจะทำงานหนักในสภาพอากาศร้อนเพื่อปรับให้อุณหภูมิร่างกายเย็นลง

สถานการณ์ด้านภัยพิบัติธรรมชาติ

การเกิดสึนามิเมื่อเดือนธันวาคม 2547 ที่เกาะสุมาตราประเทศอินโดนีเซีย ส่งผลถึงประเทศอื่นๆ รวมทั้งไทยด้วย มีผู้เสียชีวิตกว่าแสนคน และทรัพย์สินเสียหายจำนวนมาก กิจกรรมซึ่งกระตุ้นให้เกิดแผ่นดินไหว คือการทำเหมือง ขุดเจาะน้ำมัน ก๊าซธรรมชาติ และเขื่อนขนาดใหญ่ แม้ในประเทศมหาอำนาจจะมีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่มีประสิทธิภาพและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างเครือข่ายทั่วโลก แต่สามารถทำได้เพียงอพยพผู้คนและทรัพย์สินเพื่อลดความสูญเสีย ไม่สามารถป้องกันการเกิดได้

ในช่วง 10 ปีหลัง เกิดพายุไต้ฝุ่นและพายุโซนร้อนเฉลี่ย 1-2 ลูกต่อปีในประเทศไทย และมีความรุนแรงมากขึ้น ความเร็วอาจถึง 250 กิโลเมตร/ชั่วโมงในหน้าฝน มักเกิดภาวะน้ำท่วมฉับพลันและดินโคลนถล่มในพื้นที่ป่าเชิงเขาซึ่งรุนแรงที่สุดในเดือนพฤษภาคม 2549 ฝน

ตกหนักติดต่อกัน 2-3 วัน เกิดน้ำท่วมฉับพลันและดินถล่มใน 6 จังหวัดภาคเหนือ บ้านเรือนถูก กระแสน้ำพัดหาย มีผู้เสียชีวิต สูญหาย บาดเจ็บ ไร้ที่อยู่อาศัยจำนวนมาก ความเสียหายนับ พันล้านบาท ในช่วงปี 2546-2548 เกิดสถานการณ์ภัยแล้งอย่างหนักและยาวนาน ปริมาณน้ำ ที่เก็บกักในเขื่อนและอ่างเก็บน้ำต่างๆ ลดลง ขาดแคลนน้ำ เกิดความขัดแย้งและแย่งชิงน้ำ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพแวดล้อมและกระแสสังคมโลกที่ส่งผลกระทบต่อสังคมไทย โดยสรุปได้แก่

▲ การจัดระเบียบโลกในลักษณะของการอภิบาลเช่น กระแสประชาธิปไตยแบบประชาชนมีส่วนร่วม การพิทักษ์สิทธิมนุษยชน รวมทั้งการปกป้องคุ้มครองสิทธิเด็ก/สตรี/ผู้ด้อยโอกาส รัฐบาลแต่ละประเทศจึงอาจถูกตั้งคำถามหรือแทรกแซงจากองค์กรระหว่างประเทศ หากประเทศส่วนใหญ่ให้ความเห็นชอบ รวมทั้งอาจมีการแทรกแซงจากเครือข่าย NGOs ที่ไม่หวังผลกำไรซึ่งในปัจจุบันมีการทำงานแบบไร้พรมแดน กรณีตัวอย่างเช่น รัฐสภายุโรปลงมติ 524 เสียง (งดออกเสียง 13 เสียง) ให้นำตัวพลเอกอวาอุโสตานฉ่วย ผู้นำรัฐบาลทหารพม่าขึ้น ศาลยุติธรรมระหว่างประเทศที่กรุงเฮก เนเธอร์แลนด์ ในข้อหาก่ออาชญากรรมต่อมนุษยชาติ หากรัฐบาลทหารพม่ายังไม่ยอมรับความช่วยเหลือที่ส่งไปช่วยเหลือประชาชนพม่ากว่า 1 ล้าน คนที่ประสบภัยพายุไซโคลนนาร์กิสตั้งแต่วันที่ 2 พฤษภาคม 2551⁴⁷ ขณะที่อาเซียนเป็นแกน นำจัดประชุมร่วมระหว่างพม่า-อาเซียน-องค์การสหประชาชาติ ในวันที่ 25 พฤษภาคม ณ กรุง ย่างกุ้ง เพื่อประเมินความเสียหายและเร่งกระจายความช่วยเหลือสู่ผู้ประสบภัย⁴⁸

▲ ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดความขัดแย้ง แย่งชิงการใช้ประโยชน์ เกิดภัยพิบัติ/อุบัติเหตุ ซึ่งกระทบทั้งโดยตรงและอ้อมต่อสุขภาพของ ประชาชนในบริเวณนั้น

▲ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อที่มีพันธุกรรมแปลกใหม่ จากสัตว์สู่คนเช่น ไข้หวัด นก จากคนสู่คนเช่น ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 ซาร์ วัณโรคดื้อยา ขณะที่ โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาใหญ่ในหลายประเทศ ๆ สำหรับไทย ยังต้องเฝ้าระวังโรคติดต่อบริเวณ ชายแดนที่อาจระบาดจากการอพยพของคนหรือสัตว์จากประเทศเพื่อนบ้านด้วย⁴⁹

ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ของคนแต่มีสาร พันธุกรรมของเชื้อไข้หวัดใหญ่ของหมูผสมอยู่ด้วย พบการระบาดครั้งแรกในประเทศเม็กซิโก

กระทรวงสาธารณสุขไทยอ้างรายงานขององค์การอนามัยโลกว่า จนถึงวันที่ 4 ตุลาคม 2552 มีการระบาดแล้วในชุมชนทั่วโลก มีผู้ป่วยมากกว่า 375,000 คน เสียชีวิตมากกว่า 4,500 คน ในไทยมีผู้ป่วยสะสม จนถึงวันที่ 17 ตุลาคม 2552 จำนวน 28,057 ราย เสียชีวิต 176 ราย⁵⁰

โรคไข้หวัดนก สถานการณ์โรคไข้หวัดนกทั่วโลกในปี 2549 พบว่ามีการขยายวงกว้างขึ้นทั้งในสัตว์ปีกและในคน กล่าวคือ ประเทศที่พบการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนก ทั้งในนกอพยพ นกธรรมชาติ และสัตว์ปีกพื้นบ้านที่เลี้ยงเป็นอาหาร เพิ่มขึ้นทั้งในทวีปเอเชีย ยุโรป แอฟริกา มากถึง 56 ประเทศ และมีรายงานผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนกรายใหม่ที่เกิดจากสัตว์ปีก เกิดขึ้นใน 9 ประเทศ รวม 116 ราย เสียชีวิต 80 ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 69) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วย 3 ราย เสียชีวิตทั้ง 3 ราย ทุกรายติดเชื้อมาจากสัตว์ปีกที่เลี้ยงในชุมชน จึงเป็นการเปิดโอกาสให้มีการแพร่ระบาดของเชื้อจากสัตว์เข้าสู่คนได้อีก

โรคมือ เท้า ปาก มีการระบาดในปี 2540 ที่ประเทศมาเลเซีย สำหรับในประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยมาตั้งแต่ปี 2549 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 3961 ราย เสียชีวิต 7 รายคิดเป็นอัตราป่วย 6.33 ต่อประชากรแสนคน

โรคซาร์ส ปัจจุบันผู้ติดเชื้อไวรัส SARS ทั่วโลก กว่า 1,200 คน และมีผู้เสียชีวิต 167 คน สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีอาการประมาณ 7 คน และเสียชีวิต 2 คน

โรคร้ายชนิดใหม่ ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรควัชบ้า อีโบล่า หรือ Malberg Disease ยังมีการค้นพบอยู่เป็นระยะ ในขณะที่โรคติดเชื้อเก่าก็มีการดื้อยา ทั้งแบคทีเรียต่าง ๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อวัณโรคที่ทวีความดื้อยาจากวัณโรคที่ดื้อยาหลายตัวยาน (Multiple drug resistant TB) มาเป็นวัณโรคที่ดื้อยาอย่างรุนแรง (Extensively drug-resistant tuberculosis: XDR-TB) ที่กำลังเป็นข้อวิตกกังวลในระดับโลกปัจจุบัน

โรคเหล่านี้ยากที่จะประเมินสถานการณ์ ประกอบกับองค์ความรู้ในการป้องกันการแพร่ระบาดจากโรคที่มีรหัสพันธุกรรมใหม่ในประเทศไทยยังไม่เพียงพอ และไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ทำให้โรคเหล่านี้กลับมาระบาดและแพร่กระจายได้ง่ายและรวดเร็ว และกลายเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงและบั่นทอนคุณภาพชีวิตของประชากรโลกและประชากรไทยหากยังปราศจากแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ครบวงจร

▲ กัยก่อนการร้ายมีการปรับรูปแบบและขยายขอบเขตกว้างขึ้น กระทบต่อการพิทักษ์สิทธิมนุษยชนและความปลอดภัยของประชาชนของแต่ละประเทศและระหว่างประเทศ

▲ ลักษณะทางประชากร เนื่องจากอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ขณะที่สัดส่วนกลุ่มเด็กลดลงจากการควบคุมการเกิด โครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยจึงมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงอายุในอีก 20 ปี ซึ่งมีสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็น ร้อยละ 14

ผลกระทบต่อสุขภาพ

ผลการพัฒนาประเทศแม้จะได้สร้างความเจริญทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง แต่ได้สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างของประเทศ มีการกระจายผลการพัฒนาที่ไม่ทั่วถึง เกิดความเหลื่อมล้ำทางรายได้ของคนกลุ่มต่างๆ ระหว่างคนเมืองกับชนบท การเติบโตในเชิงปริมาณที่เกิดจากการเร่งรัดพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การดำเนินนโยบายประชากรประสบผลสำเร็จในการลดอัตราเพิ่มประชากรจนภาวะเจริญพันธุ์อยู่ในระดับต่ำกว่าระดับทดแทน การเพิ่มผลผลิตที่เน้นการใช้แรงงานและทรัพยากรธรรมชาติอย่างสิ้นเปลือง การมุ่งส่งเสริมอุตสาหกรรมเพื่อส่งออก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่ขาดสมดุล โดยการผลิตเปลี่ยนจากการพึ่งพาภาคเกษตรมาสู่ภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมการลงทุนที่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง โดยเฉพาะกรุงเทพฯ และปริมณฑล ส่งผลให้เมืองขยายตัวอย่างรวดเร็ว ขณะที่คนชนบทอยู่ในภาวะยากจน คนหนุ่มสาวละทิ้งภูมิลำเนาเดิม เพื่อหางานทำในเมือง ทั้งเด็กและคนชราไว้ตามลำพัง ทำให้สังคมชนบทอ่อนแอ ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวระหว่างวัยเด็ก วัยแรงงาน และสูงอายุ ขาดหายไป ความเมตตาและความเอื้ออาทรที่มีต่อกันลดลง ส่งผลถึงวิถีชีวิตและพฤติกรรมของบุคคลเช่น คนในเขตเมืองมีชีวิตรีบเร่ง บริโภคอาหารสำเร็จรูปเพราะสะดวกและประหยัดกว่าทำเองโดยเฉพาะเมื่อเป็นโสดหรือครอบครัวมีขนาดเล็ก ใช้เวลาว่างในการหย่อนใจด้วยการรับประทานอาหารว่างหรือเที่ยวเตร่กลางคืน แทนการพักผ่อนหรือออกกำลังกาย (ภาคบริการจึงเติบโตอย่างรวดเร็ว) ทั้งพ่อและแม่ต้องดิ้นรนหารายได้ จึงไม่ได้เลี้ยงดูดูแลลูกด้วยตนเอง ส่วนหนึ่งอาจมีลูกโดยที่ยังไม่พร้อม เด็กจึงเติบโตขึ้นมา (ด้วยนมมือที่เลี้ยงหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก หรือให้ยายหรือย่าเลี้ยง) แบบขาดพื้นฐานความรักความอบอุ่น

และขาดความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งพ่อแม่มักขัดเซียดด้วยของเล่นหรือเงิน (ตามแนวคิดบริโภคนิยม) สำหรับครอบครัวที่มีวิถีชีวิตตามมาตรฐานเลียนแบบตะวันตก ต้องการรายได้เพิ่มเติมหากต้องการยกระดับการใช้ชีวิต ไม่มีเวลาให้ครอบครัว จนตกอยู่ในวงจร “เลี้ยงลูกด้วยเงิน” เด็กเติบโตขึ้นมาแบบบริโภคนิยม การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรม ในระดับโครงสร้างและปัจเจกบุคคลดังกล่าว สามารถสรุปจำแนกเป็นปัจจัยบวกและลบต่อสภาพแวดล้อมและสุขภาพของคนไทย ได้ดังนี้

ปัจจัยบวกต่อสภาพแวดล้อม การดำเนินชีวิต และสุขภาพ

1. กระแสการพัฒนาหรือจัดระเบียบแบบไร้พรมแดนที่คำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ เช่น แนวคิดประชาธิปไตยแบบประชาชนมีส่วนร่วม การพิทักษ์สิทธิมนุษยชน การคุ้มครองสิทธิเด็ก/สตรี/ผู้ด้อยโอกาส รวมถึงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ
2. การปรับตัวของประเทศไทยเองตามสภาพสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป เช่น
 - ▲ กฎหมายและนโยบายสาธารณะที่เกิดจากการผลักดันของภาครัฐและหรือสังคมเพื่อพิทักษ์ปกป้องทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และสภาพความเป็นอยู่ของประชาชน
 - ▲ การกลับมาให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาและวิถีไทย ถึงแม้ว่ามักเป็นไปเพื่อการท่องเที่ยว
 - ▲ สังคมน้อมรับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ จำเป็นต้องลดการบริโภค
 - ▲ การรวมตัวของชุมชนหรือกลุ่มความสนใจร่วมกัน เพื่อปกป้องหรือเรียกร้องสิทธิอันพึงมีในทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองบริโภค ผู้บริโภค การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สิทธิมนุษยชน
 - ▲ การสร้างสำนึกสาธารณะร่วมกันในรูปของกลุ่มเกษตรอินทรีย์ กลุ่มรักษาสีงแวดล้อม สื่อหรือธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคม เพื่อความผาสุกคุณภาพชีวิตของคนในสังคม เกษตรกรไทยบางส่วนแสวงโอกาสจากกระแสอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ/สิ่งแวดล้อม และลดโลกร้อนโดยการปลูกป่า

หรือทำการเกษตรขณะเดียวกันก็มีรายได้จากการขายคาร์บอนเครดิตให้
แก่ประเทศพัฒนา

ปัจจัยลบต่อสภาพแวดล้อม การดำเนินชีวิต และสุขภาพ

1. ภาคอุตสาหกรรมไทยเติบโตอย่างรวดเร็วแต่เป็นการพึ่งพิงต่างประเทศสูง ความ
มั่นคงด้านเศรษฐกิจของประเทศและบุคคล จึงขาดเสถียรภาพ การขยายตัวอย่างรวดเร็วโดย
ไม่มีความพร้อมในการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมยังทำให้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
เสื่อมโทรมอย่างรวดเร็ว

2. ภาคเกษตรกรรมเปลี่ยนจากการผลิตเพื่อยังชีพ เป็นผลิตเพื่อขาย เน้นการมีรายได้
จึงต้องผลิตเพิ่มขึ้นในแง่เนื้อที่และความถี่ (ฤดูการเพาะปลูก) วัฒนธรรมและประเพณีดั้งเดิมที่
นับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์และเคารพทรัพยากรธรรมชาติเสื่อมสลาย มีการใช้ปัจจัยทุนในสัดส่วนที่มาก
ขึ้นเพื่อการเกษตรเชิงเดี่ยว ทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลายจากการขยายพื้นที่เพาะปลูก สิ่งแวดล้อม
เสื่อมโทรมจากสารเคมีและกระบวนการอุตสาหกรรมเกษตร เกษตรกรรายย่อยส่วนหนึ่ง
สูญเสียที่ทำกินให้ทุนในประเทศหรือทุนข้ามชาติ ต้องกลายเป็นลูกจ้างหรือเช่าที่ทำกิน การผลิต
เพื่อส่งออกยังทำให้ต้องพึ่งพิงราคาตลาดโลก

3. การเกิดภัยพิบัติธรรมชาติและอุบัติเหตุของสารเคมีสารอันตราย กระทบทั้ง
โดยตรงและอ้อมต่อความปลอดภัย สุขภาพ และชีวิตของประชาชนในบริเวณดังกล่าว

4. การเป็นสังคมบริโภคนิยมทำให้ภาคบริการ การท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ
เติบโตอย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะเป็นผลดีต่อเศรษฐกิจแต่ก็มีผลข้างเคียงเช่น มีการขยายตัวของ
การขายบริการทางเพศทั้งทางตรงและแอบแฝง ทั้งโดยสมัครใจของผู้ขายบริการทางเพศและ
ถูกบังคับจากกระบวนการค้ามนุษย์ ซึ่งมีส่วนทำให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แพร่ระบาด

5. ชุมชนเป็นเมืองมากขึ้น วิถีชีวิตเร่งรีบ มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ชีวิตความ
เป็นอยู่สบายขึ้น ผู้คนลดการใช้กำลังกายในชีวิตประจำวัน สมรรถภาพร่างกายลดลง เกิดโรค
จากการบริโภคเกิน

6. สภาพความเป็นอยู่ในเมืองแออัด มีปัญหาการสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม และ
อาชญากรรม

7. การเน้นการบริโภคในทุกมิติทำให้ต้องเร่งหารายได้ (รวมทั้งการพึ่งยาหรือแพทย์ในการดูแลสุขภาพ)

- ▲ สภาพครอบครัวเล็กลง แต่งงานช้าลง คนเป็นโสดมากขึ้น
- ▲ โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นวัยที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง อันจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศสูงขึ้น
- ▲ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนห่างเหินขึ้น ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทลดลงในการอบรมบ่มนิสัย (socialization) เยาวชน
- ▲ อาชญากรรมและการกระทำผิดแพร่หลายมากขึ้นทั้งในเมืองและชนบทอายุของผู้กระทำผิดลดลง มีปัญหาความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

8. เมื่อต้อง “บริโภค” จึงมุ่งเน้นหารายได้โดยละเลยคุณธรรมเป็นบ่อเกิดของ

- ▲ สภาพการจ้างงานที่ไม่ปลอดภัย
- ▲ การฉ้อโกงเอาเปรียบผู้ที่ย่อยกว่า เช่น การค้ำมนุษย์เพื่อป้อนตลาดแรงงานและการขายบริการ ทางเพศ การใช้แรงงานเด็กอย่างไม่เหมาะสม รวมถึงการฉ้อโกงทางเศรษฐกิจ
- ▲ มีการผลิตสินค้าอุปโภคบริโภคและบริการที่ไม่ปลอดภัย รวมถึง สิ่งเสพติด อายุมขุ บริการขนส่งมวลชน และการขนส่งสินค้าที่เน้นการลดต้นทุนเป็นสำคัญเพื่อมุ่งกำไร

9. ภาวะโลกร้อนส่งผลให้สภาพอากาศเปลี่ยนแปลงอย่างสุดซึ้งในเวลาไม่ห่างกันนัก เช่น แล้ง น้ำท่วม ร้อนจัด หนาวเย็น โรคระบาดเกิดได้มากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อโดยแมลงเช่น ไข้เลือดออก โรคระบบทางเดินหายใจที่มีการแพร่ระบาดจากสัตว์สู่คนและจากคนสู่คนเช่น ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โรคซาร์ อีโบล่า ประกอบกับการเคลื่อนย้ายแรงงานและประชากรจากประเทศพัฒนาน้อยทำให้โรคติดต่อที่เคยสูญไปแล้วกลับมาแพร่ระบาดใหม่ (โรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ) เช่น มาลาเรีย ไข้ซาง ฝีดาษ

ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างบริบททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของบุคคล สรุปรูปได้ดังภาพ 1.3

ภาพ 1.3 ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างบริบททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และปัญหาสุขภาพของบุคคล



ที่มา : คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. 2551.

เอกสารอ้างอิง

- 1 ยศ สันตสมบัติ. วัฒนธรรมกับการเปลี่ยนแปลง ใน มนุษย์กับวัฒนธรรม. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537. หน้า 230-246.
- 2 เอี่ยม ทองดี. วัฒนธรรมข้าว : พิธีกรรมเกี่ยวกับข้าวและการทำนา. สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
- 3 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. วิสัยทัศน์และทิศทางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ใน เอกสารประกอบการสัมมนาระดมความคิดเห็นระดับภาคเรื่อง แนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) [on line] 24 มิถุนายน 2548 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2551].
แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139>.
- 4 Political and Economis Risk Consultancy LTD. Asian Risk Prospects 2009. [on line] [cited 2009 April 27]. Available from: URL:<http://www.asiarisk.com>
- 5 สมศักดิ์ สามัคคีธรรม. ปัญหาแรงงานในประเทศไทย. ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก: Mild Publishing; 2538.
- 6 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สต็อกทุนของประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2549. 2551. ISBN 974-8047-72-5.
- 7 มุลนิธิข้าวขวัญ. โรงเรียนชาวนา:ระบบเกษตรกรรมยั่งยืน. [on line] [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2551].
แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.sedb.org/farmerschool.html>.
- 8 ยศ สันตสมบัติ. แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานทางมานุษยวิทยาวัฒนธรรม ใน มนุษย์กับวัฒนธรรม. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537. หน้า 19-46.
- 9 ศิวรักษ์ ศิวารมย์. วัฒนธรรมกับการบริโภค: ความหมายกับการเคลื่อนไหวในโลกสินค้าใน : สิริพร สมบูรณ์บุรณะ. บรรณาธิการ. วัฒนธรรมการบริโภค: แนวคิดและการวิเคราะห์. ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก: Mild Publishing; 2538. หน้า 7-15.
- 10 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทยในไตรมาสที่ 1 ปี 2551.
- 11 อมรวิรัช นาครทรรพ. แถลงข่าว “พนันบอล พนันชีวิต” ณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). [on line] 11 มิถุนายน 2551 [สืบค้นเมื่อ 12 มิ.ย. 2551].
แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.dailynews.co.th/web/html/popupnews/Default.aspx?Newsid=166861&NewsType=1&Template=1>.

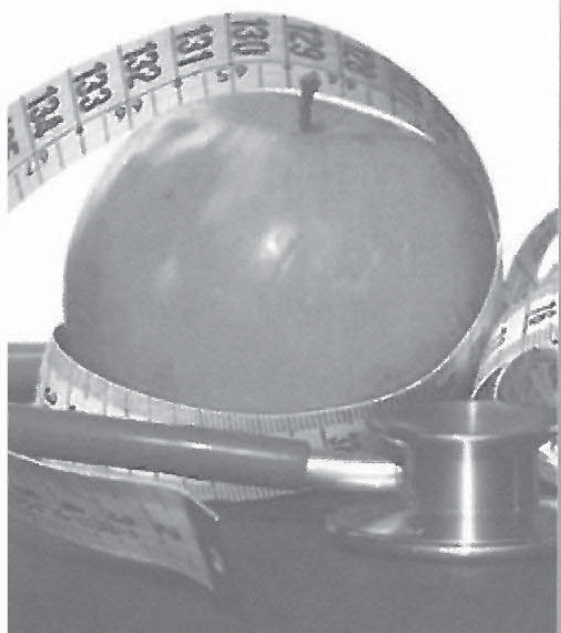
- 12 **ตะลึงเด็ก 7 ขวบคิดพนันบอลลงอมแวม.** หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. [on line] 12 มิถุนายน 2551 [สืบค้นเมื่อ 12 มิ.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.komchadluek.net/2008/06/12/x__edu__e001__206670.php?news_id=206670.
- 13 **"ยูโร 2008" แคเกมกีฬา หรือบ่อเกิดอาชญากรรม.** ผู้จัดการออนไลน์. [on line] 9 มิถุนายน 2551 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?Newsid=9510000067408>.
- 14 **พ่อค้าฉกทรัพย์ใช้หนีพนันบอล.** หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. [on line] 9 กรกฎาคม 2549. [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://203.151.217.76/offline.php?section=hotnews&content=12057>.
- 15 **สี่คนร้ายจีซิงทรัพย์สาวกลางเมืองหาดใหญ่.** หนังสือพิมพ์สยามรัฐ. [on line] 11 มิถุนายน [สืบค้นเมื่อ 12 มิ.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.siamrath.co.th/UIFont/NewsDetail.aspx?cid=103&nid=15898>.
- 16 **สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมรายเดือนเมษายน 2551.**
- 17 **ไทยรั้งรองบิวยาอาเซียน-อันดับ 118 ของโลก"ประเทศไร้สงบ".** หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. [on line] 21 พฤษภาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 12 มิ.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.komchadluek.net/2008/05/21/x__main__a001__203554.php?news_id=203554.
- 18 **สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาสังคม. (ร่าง) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551.**
- 19 **สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ผลการพัฒนาด้านสังคมของประเทศในระยะครึ่งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ด้านการพัฒนาทุนทางสังคม. [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: [http://socialnesdb.go.th/nesdbsoc/doc/ผลการพัฒนาด้านสังคมของประเทศในระยะครึ่งแผนพัฒนาฯ %20ฉบับที่%209%20\(พ.ศ.2545-2549\).doc](http://socialnesdb.go.th/nesdbsoc/doc/ผลการพัฒนาด้านสังคมของประเทศในระยะครึ่งแผนพัฒนาฯ %20ฉบับที่%209%20(พ.ศ.2545-2549).doc).**
- 20 **เกษียร เตชะพีระ. รัฐศาสตร์ในยุคโลกาภิวัตน์: ศาสตร์ที่นับวันไร้รัฐ ในวิวัตโลกาภิวัตน์. สำนักพิมพ์ผู้จัดการ 2538. หน้า 43-106.**
- 21 **สธ.แนะสถานพยาบาลใช้สมุนไพรมากขึ้น.** หนังสือพิมพ์บ้านเมือง. 20 พฤษภาคม 2551 หน้า 12

- 22 ยงค์ศักดิ์ ต้นติปิฎก. ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับกระบวนการทัศนศึกษาไทย ใน: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
 นางลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ และ พจน์ กริชไกรวรรณ, บรรณาธิการ. มิติศึกษา: กระบวนทัศน์ใหม่
 เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545. หน้า 171-183.
- 23 ผู้บริโภคชาวไทยได้ปอาหารเสริมติดอันดับแรกของโลก. ประชาชาติธุรกิจ [on line] 16 มีนาคม
 2552 [สืบค้นเมื่อ 17 มี.ค. 2552]. แหล่งข้อมูล: URL: [http://www.matichon.co.th/
 prachachat/news__title.php?id=9362](http://www.matichon.co.th/prachachat/news__title.php?id=9362)
- 24 สำนักงานอาหารและยา. อย.พร้อมตำรวจ ปศท. ตรวจสอบแหล่งเก็บยาภูมิ-ศักดิ์คลินิก. [on line]
 21 พฤษภาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: [http://www.fda.moph.
 go.th/www_fda/view_news.php?Submit=Clear&ID_Inf_Nw_Manager=0000000335](http://www.fda.moph.go.th/www_fda/view_news.php?Submit=Clear&ID_Inf_Nw_Manager=0000000335).
- 25 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การเปลี่ยนแปลงของ 5 บริษัท
 การพัฒนาต่อทิศทางการพัฒนาประเทศ. ใน เอกสารประกอบการสัมมนาระดมความคิดเห็น
 ระดับภาคเรื่อง แนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ
 สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL:
[http://www.nesdb.go.th/
 Portals/0/news/plan/p10/plan10/data/report__1248/2__4.pdf](http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/p10/plan10/data/report__1248/2__4.pdf).
- 26 เกษียร เตชะพีระ. รัฐศาสตร์ในยุคโลกาภิวัตน์: ศาสตร์ที่นับวันไร้รัฐ ในวิวาทะโลกาภิวัตน์.
 สำนักพิมพ์ผู้จัดการ 2538. หน้า 43-106.
- 27 ไทยความสามารถแข่งขันดีขึ้นมาก US ยังอันดับ 1 แต่ถูกสิงคโปร์ไล่กระชั้น. ผู้จัดการออนไลน์.
 [on line] 15 พฤษภาคม 2551 (สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2551). แหล่งข้อมูล: URL: [http://www.
 boymbdream.com/manager-news-content.php?newid=53396](http://www.boymbdream.com/manager-news-content.php?newid=53396).
- 28 นักวิชาการระบุพืชผักผลไม้พันธุ์พื้นเมืองไทยหลายชนิดเสี่ยงสูญพันธุ์. หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ
 ฉบับที่ 2324 [on line] 23 พฤษภาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 23 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL:
[http://www.thannews.th.com/view__newstoday.php?id=51004094](http://www.thannews.th.com/view_newstoday.php?id=51004094).
- 29 สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์คุณภาพ
 สิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2550. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร; 2550.
- 30 กรมควบคุมมลพิษ. สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2548. กระทรวงทรัพยากร
 ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร; 2549.
- 31 กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์คุณภาพอากาศและเสียงในประเทศไทย ใน สถานการณ์และ
 การจัดการปัญหามลพิษทางอากาศและเสียง. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
 กรุงเทพมหานคร; 2546.

- 32 สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2550. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร; 2550.
- 33 กรมควบคุมมลพิษ. สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2548. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร; 2549.
- 34 กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์คุณภาพอากาศและเสียงในประเทศไทย ในสถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศและเสียง. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร; 2546.
- 35 นภาพร เชี่ยวชาญ, ชัยรัตน์ ตั้งดวงดี, วลัยพร ศรี ชุมพวง. สถานการณ์ความปลอดภัยอาหารด้านผักและผลไม้ กรณีตลาดนัดและรถเร่. รายงานการวิจัย. สถาบันคลังสมองของชาติ. 2549.
- 36 พัฒนพงศ์ จาติเกตุ. การโฆษณาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยสื่อสารมวลชน. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2548.
- 37 นันทนา ทราบรัมย์. ความรู้ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการกำหนดนโยบายด้านสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสังคมไทย. กรมอนามัย. นนทบุรี; 2548.
- 38 วิภาเพ็ญ เจียสกุลและณิรนุช อาภาจรัส, บรรณาธิการ. สถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย ปี 2548-2550. กรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
- 39 ปาณบดี เอกะจัมปะ, รุจิรา ทวีรัตน์. สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 25548-2550. กระทรวงสาธารณสุข/ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.
- 40 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานการศึกษาสถานการณ์สิ่งแวดล้อมต่อระบบบริการสุขภาพในทศวรรษหน้า. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2549.
- 41 อุษาวดี ถาวรระ. ยุบสายพาหะโรคไข้เลือดออก ใน ชีววิทยานิเวศวิทยาและการควบคุมยุงในประเทศไทย. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์: บริษัทดีไซร์จำกัด 2548. หน้า 1-41.
- 42 สธ.ทวันโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนระบาดหนักเผย 79% มาจากสัตว์เลี้ยง. ผู้จัดการออนไลน์. [on line] 15 พฤษภาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.

- 43 อีก 10 ปี กทม.จะเป็นเมืองใต้บาดาลหากอุณหภูมิเพิ่มขึ้น 2-6 องศา. หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. [on line] 20 พฤษภาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL:<http://www.comchadluek.net/2008/05/20/xsatq010202782.php?newsid=202782>.
- 44 รมว.แรงงานจี-8 ทหารีอมลพิษ. กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. [on line] 15 พฤษภาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.bangkokbiznews.com/2008/05/13/WW838301news.php?newsid=256851>.
- 45 ชาวอเมริกันนำโด่งปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์. หนังสือพิมพ์ข่าวสด. [on line] 18 มิถุนายน 2551 [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.maticchon.co.th/khaosod/view__news.php?newsid=TUROMFpXTX_dNakU0TURZMU1RPT0=§ionid=TURNuU5nPT0=&day=TWpBd09DMHdOaTB4T0E9PQ==.
- 46 Sintunawa C, Zhang J, Rajbhandari PCL, Jungrungrueng S. Bangkok assessment report on climate change 2009. Bangkok Metropolitan Administration/ Green Leaf Foundation/ United Nations Environment Programme 2009.
- 47 รัฐสภายุโรปลงมติ ส่งตัว ‘ตานฉ่วย’ ขึ้นศาลโลก. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. [on line] 23 พฤษภาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 23 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.thairath.co.th/online.php?section=newsthairathonline&content=90834>.
- 48 อาเซียนเพิ่งโฉบืบทแกนนำ+จัดประชุมร่วมยูเอ็น 25 พ.ค. จัดประชุมท่าระคมความช่วยเหลือสู่เหยื่อไซโคลน. หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ ฉบับที่ 2324 [on line] 15 พฤษภาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2551] แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.thannews.th.com/detailnews.php?id=T1023241&issue=2324>.
- 49 กรมควบคุมโรคเตือน 9 จังหวัดชายแดนพม่าระวังโรคระบาด. ผู้จัดการออนไลน์. [สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2551]. แหล่งข้อมูล http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_3_001c.asp?info_id=1263.
- 50 สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. ข้อมูลสถานการณ์และแนวทางการจัดการการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในช่วงฤดูหนาว : สถานการณ์และแนวโน้มการระบาดในต่างประเทศและไทย. กระทรวงสาธารณสุข. [online] 22 ตุลาคม 2552 [สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2552]. แหล่งข้อมูล : URL: http://beid.ddc.moph.go.th/th/index.php?option=com_content&task=view&id=28797571&Itemid=240





บทที่ 2

ปัญหาสุขภาพของคนไทย



สุขภาพในระดับบุคคลอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามลักษณะของปัญหาคือ ปัญหาด้านสุขภาพกายและจิต (physical and mental health) และปัญหาสุขภาพด้านสังคม (social health) ทั้งนี้ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขจะมีขอบเขตเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพกายและจิต ส่วนปัญหาสุขภาพด้านสังคมนับรวมจากหน่วยราชการอื่นที่เผยแพร่ตามสื่อต่างๆ สำหรับพฤติกรรมส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเชิงเหตุและผลโดยตรงของสุขภาพ จะกล่าวถึงโดยสรุป

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพกายและจิต

ในปัจจุบัน นิยมใช้ภาระโรค (burden of disease: BOD) เป็นเกณฑ์จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ¹ โดยวัดภาระโรคออกมาเป็นจำนวนปีสุขภาพะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) จากโรคและการบาดเจ็บของประชากร ซึ่งเป็นการวัดสถานะสุขภาพแบบองค์รวมในการสะท้อนถึงปัญหาการป่วย พิการ และตายเป็นหน่วยวัดเดียวกัน โดยแสดงถึงจำนวนปีที่สูญหายไปเพราะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (year of life lost: YLL) รวมกับ จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับสุขภาพที่บกพร่อง (year of life lost : due to disability: YLD)² โรคที่มี DALYs สูงเป็นโรคที่มีความสำคัญเพราะก่อให้เกิดภาระโรคและการบาดเจ็บมากกว่า

$$DALY = YLL + YLD$$

โดยที่ $YLL = N * L$; N = จำนวนคนที่เสียชีวิต
 L = อายุคาดเฉลี่ยรายอายุ (age-specific life expectancy)
 $YLD = I * DW * L$; I = จำนวนคนที่เกิดใหม่ ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง
 DW = น้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (disability weights)
 L = จำนวนปีเฉลี่ยของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

ภาระโรคและการบาดเจ็บของคนไทยเปรียบเทียบ พ.ศ. 2542 และ 2547

เมื่อเปรียบเทียบภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2542 และ 2547 คนไทยมี DALYs จากโรค 5 อันดับแรกเหมือนกันในทั้ง 2 ปีได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจลาจล โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และมะเร็งตับ น่าสังเกตว่า ในปี 2547 ปัญหาสุขภาพจิตมีความเด่นชัดกว่าปี 2542 (ตาราง 2.1)

ตาราง 2.1 ร้อยละของปีที่สูญเสียชีวิตสุขภาพของคนไทยรายโรค เปรียบเทียบพ.ศ. 2542 และ 2547

พ.ศ. 2542	โรค	ลำดับ	โรค	พ.ศ. 2547
14.0	โรคเอดส์	1	โรคเอดส์	9.4
6.6	อุบัติเหตุจลาจล	2	อุบัติเหตุจลาจล	7.1
5.8	โรคหลอดเลือดสมอง	3	โรคหลอดเลือดสมอง	6.5
4.6	โรคเบาหวาน	4	โรคเบาหวาน	4.5
3.8	มะเร็งตับ	5	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	4.1
2.9	โรคหัวใจขาดเลือด	6	การติดแอลกอฮอล์	3.6
2.6	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	7	โรคซึมเศร้า	3.3
2.5	โรคซึมเศร้า	8	โรคหัวใจขาดเลือด	3.3
2.2	ข้อเข่าเสื่อม	9	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3.1
2.1	ภาวะโลหิตจาง	10	โรคจิตเภท	2.2
47.1	รวม 10 อันดับแรก		รวม 10 อันดับแรก	47.1

- ที่มา : 1. รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547²
 2. คณะทำงานการศึกษาระบาดวิทยาภาระโรคและการบาดเจ็บกระทรวงสาธารณสุข. 2543³ การจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพของประชากรไทยปี 2542 โดยการใช้เครื่องชี้วัดภาระโรค. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2543 ; 13(2):239-256.

ภาระโรคและการบาดเจ็บของคนไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ

1. กลุ่มเด็กแรกเกิดถึงอายุ 4 ปี

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มนี้เป็นกลุ่มปริกำเนิด (perinatal conditions) ความผิดปกติแต่กำเนิด (congenital anomalies) โรคติดเชื้อ และอุบัติเหตุ โดยความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของเด็กชาย ประมาณ 0.45 ล้านปี ของเด็กหญิง 0.38 ล้านปี รวมทั้งสองเพศเป็น 0.83 ล้านปี

สาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะของเด็กชาย เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดต่ำ ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง Birth trauma & asphyxia หัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เอชไอวี/เอดส์ จมน้ำ ท้องร่วง โลหิตจาง (anemia) ความผิดปกติของทางเดินอาหาร และอุบัติเหตุทางถนน

ส่วนสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะของเด็กหญิง เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดต่ำ ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง Birth trauma & asphyxia หัวใจพิการแต่กำเนิด เอชไอวี/เอดส์ จมน้ำ ท้องร่วง โลหิตจาง ความผิดปกติของทางเดินอาหาร และอุบัติเหตุทางถนน

2. กลุ่มอายุ 5-14 ปี

DALYs ของกลุ่มนี้ประมาณ 0.31 ล้านปี เป็นของเด็กชายและเด็กหญิง ประมาณ 0.18 และ 0.13 ล้านปี ตามลำดับ

สาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะในเด็กชาย เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน Anemia จมน้ำ หอบหืด เอชไอวี/เอดส์ Otis media ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง หูหนวก ลมชัก และซีมีเคร้า ในเด็กหญิง ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน โลหิตจาง จมน้ำ หอบหืด เอชไอวี/เอดส์ Otis media ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง หูหนวก ลมชัก และซีมีเคร้า

น่าสังเกตว่าอุบัติเหตุเป็นปัญหาสุขภาพที่เด่นชัดของกลุ่มวัยนี้ทั้งในเด็กชายและหญิง และเริ่มพบปัญหาสุขภาพจิต

3. กลุ่มอายุ 15-29 ปี

DALYs ของกลุ่มนี้ประมาณ 1.6 ล้านปี เป็นของเพศชายและหญิง ประมาณ 1.1 และ 0.5 ล้านปี ตามลำดับ ในภาพรวม สาเหตุหลักคือ อุบัติเหตุ เพศสัมพันธ์ (เอชไอวี/เอดส์) และสุขภาพจิต

สาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน เอชไอวี/เอดส์ เสพติดแอลกอฮอล์ จิตเภท ถูกฆ่าถูกทำร้าย ฆ่าตัวตาย ซึมเศร้า หูหนวก หอบหืด และติดยาเสพติด ในเพศหญิง ได้แก่ เอชไอวี/เอดส์ จิตเภท อุบัติเหตุทางถนน ซึมเศร้า วิตกกังวล หูหนวก หอบหืด โลหิตจาง ลมชัก และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4. กลุ่มอายุ 30-59 ปี

ปัญหาสุขภาพรุนแรงของกลุ่มวัยนี้เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 15-29 ปี โดยมี DALYs ประมาณ 4.2 ล้านปี เป็นของเพศชายและหญิง ประมาณ 2.6 และ 1.6 ล้านปี ตามลำดับ สาเหตุจาก เอชไอวี/เอดส์ อุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อ (โรคเรื้อรังและมะเร็ง)

สาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ เอชไอวี/เอดส์ อุบัติเหตุทางถนน เสพติดแอลกอฮอล์ มะเร็งตับและท่อน้ำดี หลอดเลือดสมอง ตับแข็ง เบาหวาน ซึมเศร้า หัวใจขาดเลือด และฆ่าตัวตาย ในเพศหญิง ได้แก่ เอชไอวี/เอดส์ ซึมเศร้า เบาหวาน หลอดเลือดสมอง วิตกกังวล มะเร็งตับและท่อน้ำดี อุบัติเหตุทางถนน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5. กลุ่มสูงอายุ

ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย โดย DALYs ประมาณ 3.0 ล้านปี เป็นของเพศชายและหญิง ประมาณ 1.4 และ 1.6 ล้านปี ตามลำดับ

สาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ หลอดเลือดสมอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งตับและท่อน้ำดี หัวใจขาดเลือด เบาหวาน ข้อและกระดูก มะเร็งปอดและชั่วปอด หูหนวก ต้อกระจก และความจำเสื่อม ในเพศหญิง ได้แก่ หลอดเลือดสมอง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด ข้อและกระดูก ต้อกระจก ความจำเสื่อม มะเร็งตับและท่อน้ำดี ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หูหนวก และไตและกรวยไตอักเสบ

จำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพ (DALYs) รวมทุกกลุ่มอายุและเพศ ประมาณ 9.9 ล้านปี ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพกายและจิต ในแต่ละกลุ่มอายุ สรุปได้ดังตาราง 2.2

ตาราง 2.2 ภาระโรคและการบาดเจ็บทางกายและจิตใจของคนไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มเป้าหมาย	สุขภาพกายและจิต	DALY (*100 ปี)
กลุ่มอายุ 0-4 ปี DALY 0.83 ล้านปี		
เพศชาย	DALY 0.45 ล้านปี	
	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	67.1
	ติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่าง	42.8
	Birth trauma & asphyxia	31.6
	หัวใจพิการแต่กำเนิด	27.9
	เอชไอวี/ เอ็ดส์	23.3
	จมน้ำ	11.7
	ท้องร่วง	9.6
	โลหิตจาง	9.5
	ความผิดปกติของทางเดินอาหาร	9.3
	อุบัติเหตุทางถนน	8.3
เพศหญิง	DALY 0.38 ล้านปี	
	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	56.1
	ติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่าง	35.4
	Birth trauma & asphyxia	26.5
	หัวใจพิการแต่กำเนิด	24.4
	เอชไอวี/ เอ็ดส์	19.3
	จมน้ำ	12.2
	ท้องร่วง	9.3
	โลหิตจาง	9.2
	ความผิดปกติของทางเดินอาหาร	7.5
	อุบัติเหตุทางถนน	7.4

ตาราง 2.2 ภาระโรคและการบาดเจ็บทางกายและจิตใจของคนไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	สุขภาพกายและจิต	DALY (*100 ปี)
กลุ่มอายุ 5-14 ปี DALY 0.31 ล้านปี		
เพศชาย	DALY 0.18 ล้านปี	
	อุบัติเหตุทางถนน	28
	Anemia	21
	จมน้ำ	19
	หอบหืด	14
	เอชไอวี/ เอ็ดส์	11
	Otis media	10
	ติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่าง	6
	หูหนวก	6
	ลมชัก	4
	ซีมีเศร้า	4
เพศหญิง	DALY 0.13 ล้านปี	
	อุบัติเหตุทางถนน	19
	โลหิตจาง	14
	จมน้ำ	12
	หอบหืด	10
	เอชไอวี/ เอ็ดส์	9
	Otis media	6
	ติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่าง	5
	หูหนวก	4
	ลมชัก	3
	ซีมีเศร้า	3

ตาราง 2.2 ภาระโรคและการบาดเจ็บทางกายและจิตใจของคนไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	สุขภาพกายและจิต	DALY (*100 ปี)
กลุ่มอายุ 15-29 ปี DALY 1.6 ล้านปี		
เพศชาย DALY 1.1 ล้านปี		
	อุบัติเหตุทางถนน	274
	เอชไอวี/ เอ็ดส์	166
	เสพติดแอลกอฮอล์	154
	จิตเภท	72
	ถูกฆ่า ถูกทำร้าย	44
	ฆ่าตัวตาย	38
	ซึมเศร้า	37
	หูหนวก	34
	หอบหืด	30
	ติดยาเสพติด	29
เพศหญิง DALY 0.5 ล้านปี		
	เอชไอวี/ เอ็ดส์	106
	จิตเภท	68
	อุบัติเหตุทางถนน	45
	ซึมเศร้า	38
	วิตกกังวล	38
	หูหนวก	33
	หอบหืด	29
	โลหิตจาง	19
	ลมชัก	14
	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	12

ตาราง 2.2 ภาระโรคและการบาดเจ็บทางกายและจิตใจของคนไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	สุขภาพกายและจิต	DALY (*100 ปี)
กลุ่มอายุ 30-59 ปี DALY 4.2 ล้านปี		
เพศชาย DALY 2.6 ล้านปี		
	เอชไอวี/ เอดส์	442
	อุบัติเหตุทางถนน	245
	เสพติดแอลกอฮอล์	175
	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	163
	หลอดเลือดสมอง	156
	ตับแข็ง	106
	เบาหวาน	90
	ซีมีเคร่า	89
	หัวใจขาดเลือด	84
	ฆ่าตัวตาย	60
เพศหญิง DALY 1.6 ล้านปี		
	เอชไอวี/ เอดส์	164
	ซีมีเคร่า	127
	เบาหวาน	117
	หลอดเลือดสมอง	104
	วิตกกังวล	61
	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	57
	อุบัติเหตุทางถนน	55
	มะเร็งปากมดลูก	49
	มะเร็งเต้านม	48
	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	48

ตาราง 2.2 ภาระโรคและการบาดเจ็บทางกายและจิตใจของคนไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	สุขภาพกายและจิต	DALY (*100 ปี)
กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป DALY 3.0 ล้านปี		
เพศชาย DALY 1.4 ล้านปี		
	หลอดเลือดสมอง	170
	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	127
	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	114
	หัวใจขาดเลือด	96
	เบาหวาน	69
	ข้อและกระดูก	67
	มะเร็งปอดและขั้วปอด	64
	หูหนวก	48
	ต้อกระจก	47
	ความจำเสื่อม	38
เพศหญิง DALY 1.6 ล้านปี		
	หลอดเลือดสมอง	203
	เบาหวาน	141
	หัวใจขาดเลือด	99
	ข้อและกระดูก	97
	ต้อกระจก	84
	ความจำเสื่อม	78
	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	66
	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	64
	หูหนวก	61
	ไตและกรวยไตอักเสบ	45

ที่มา : เรียบเรียงจาก รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547²



เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกกลุ่มอายุและเพศ จาก DALYs 9.9 ล้านปี เพศชายมี DALYs สูงกว่าเพศหญิงประมาณ 1.4 เท่า เพศชายมี DALYs มากกว่าเพศหญิง จากโรคเดียวกัน ยกเว้นโรคเบาหวานและซึมเศร้า น่าสังเกตว่า โรคเอดส์และหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของทั้งสองเพศ (ตาราง 2.3)

- โรคเอดส์มีสาเหตุของการติดเชื้อ เรียงจากมากไปน้อยคือ เพศสัมพันธ์ การฉีดยาเสพติดเข้าเส้น ไม่ทราบสาเหตุ ติดเชื้อจากมารดา และรับเลือด ร้อยละ 79.28, 10.74, 6.31, 3.65 และ 0.02 ตามลำดับ ผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสติดเชื้อจากโรคแทรกซ้อน เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา หลอดอาหารอักเสบจากเชื้อรา จากรายงานของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครจนถึงวันที่ 30 เมษายน 2551 พบว่า ผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครอยู่ในวัยทำงาน และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด⁴ และการที่เชื้อแพร่จากมารดาสู่เด็กในครรภ์ได้ ทำให้โรคนี้อาจมีผลกระทบสูงในทางสังคม

- สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง แม้ว่า ความเสื่อมของหลอดเลือดสัมพันธ์กับวัยสูงอายุ แต่แบบแผนของโรคที่แพร่กระจายไปสู่ผู้อยู่ในวัยทำงาน มีความชุกสูงขึ้นตามลำดับในประเทศกำลังพัฒนา พัฒนาน้อย และในเขตชนบท ทำให้ทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จึงมีความสำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

ตาราง 2.3 จำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพของคนไทย รายโรค พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ

โรคและการบาดเจ็บ	เพศชาย DALY (*1,000 ปี)	โรคและการบาดเจ็บ	เพศหญิง DALY (*1,000 ปี)
1. โรคเอดส์	645	1. โรคหลอดเลือดสมอง	313
2. อุบัติเหตุจราจร	584	2. โรคเอดส์	291
3. โรคหลอดเลือดสมอง	332	3. โรคเบาหวาน	271
4. ติดแอลกอฮอล์	332	4. โรคซึมเศร้า	191
5. มะเร็งตับและท่อน้ำดี	280	5. โรคหัวใจขาดเลือด	142
6. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	187	6. อุบัติเหตุจราจร	125
7. โรคหัวใจขาดเลือด	184	7. มะเร็งตับและท่อน้ำดี	124
8. โรคเบาหวาน	175	8. ข้อเข่าเสื่อม	118
9. ตับแข็ง	144	9. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	115
10. โรคซึมเศร้า	137	10. ต้อกระจก	111
รวม	3,000	รวม	1,801

ที่มา : เรียบเรียงจาก รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2547²

ในภาพรวม คนไทยมีส่วนจำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพ (DALYs) จากกลุ่มโรคติดต่อ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ และกลุ่มอุบัติเหตุ ร้อยละ 20.2, 65.1 และ 14.8 ตามลำดับ เมื่อพิจารณา รายกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 0-4 ปี มีจำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพส่วนใหญ่มาจากกลุ่มโรคติดต่อ คือ ร้อยละ 55.3 จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อร้อยละ 32.9 และจากอุบัติเหตุร้อยละ 11.7 เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ปัญหาจะเคลื่อนย้ายจากกลุ่มโรคติดต่อ ไปยังกลุ่มโรคไม่ติดต่อซึ่งมีร้อยละของจำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพสูงที่สุดคือ ร้อยละ 85.8 ในกลุ่มสูงอายุ น่าสังเกตว่า กลุ่มอายุ 5-14 ปี มีสัดส่วนของจำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพจากอุบัติเหตุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ คือร้อยละ 31.6 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 15-44 ปี (ตาราง 2.4)

ตาราง 2.4 ร้อยละของภาระโรคและการบาดเจ็บรายกลุ่มโรค พ.ศ. 2547 จำแนกตาม
กลุ่มอายุ

กลุ่มโรค	กลุ่มอายุ (ปี)					รวม
	0-4	5-14	15-44	45-59	60+	
โรคติดต่อ	55.3	33.6	25.6	14.6	10.3	20.2
โรคไม่ติดต่อ	32.9	34.7	50.7	73.7	85.8	65.1
อุบัติเหตุ	11.7	31.6	23.7	11.7	3.9	14.8

ที่มา : เรียบเรียงจาก รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2547²

ในกลุ่มโรคติดต่อ นอกเหนือจากโรคเอดส์แล้วยังมีโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการสูญเสียจากการป่วยและการตายในแต่ละปี โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือมีการระบาดเป็นระยะเช่น วัณโรค ไข้เลือดออก ตับอักเสบ ฉีหนู พยาธิ (ใบไม้ในตับ) อูจจาระร่วง ไข้หวัดนก และโรคมือ เท้า ปาก^{5, 6}

จากตาราง 2.4 เห็นได้ว่า เมื่ออายุพ้นวัยเด็กขึ้นมา โรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยซึ่งแท้จริงแล้วสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ โรคสำคัญในกลุ่มโรคไม่ติดต่อคือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง สัมพันธ์กับพฤติกรรมดำรงชีวิตภายใต้กระแสวัฒนธรรมและบริบทนิยมที่เลียนแบบตะวันตก พฤติกรรมและภาวะส่วนบุคคลที่บั่นทอนสุขภาพโดยสรุปคือ การบริโภคที่ไม่เหมาะสม (บริโภคผักผลไม้ไม่พอ บริโภคเกิน บริโภคอาหารด้อยคุณค่าทางโภชนาการ บริโภคหวาน/เค็ม/มันมากเกินไป สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) การออกกำลังกายไม่เพียงพอ เครียด และทุกข์ใจ และภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน⁷ ประกอบกับสภาพแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพเช่น การผลิตผักผลไม้ อาหารที่ด้อยคุณภาพและไม่ปลอดภัย มลภาวะ การแพทย์ที่เน้นเทคโนโลยี และยามากกว่าการป้องกัน ดังกล่าวแล้วในบทที่ 1 ทำให้มีความเสี่ยงและเป็นโรคกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น

ในภาพรวม อุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียจากการเสียชีวิตและพิการ จากสถิติของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า อัตราบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้นประมาณ 6 เท่า และอัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่าในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา



แต่การจมน้ำเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในกลุ่มเด็กเล็ก-14 ปี (ตาราง 2.2) โดยแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นโดยตลอดเป็น 7.5 คนต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2549⁵

เมื่อพิจารณาลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกายและจิตระดับบุคคล ดังตาราง 2.5 ปัจจัยที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ 10 อันดับแรกของชายไทยเป็นปัจจัยมาจากตัวบุคคลเองได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ เพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย สูบบุหรี่ ไม่สวมหมวกนิรภัย ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายสูง โคเลสเตอรอลสูง บริโภคผักและผลไม้ น้อย เสพยาเสพติด และขาดการออกกำลังกาย ส่วนมลภาวะทางอากาศและการสุขาภิบาลน้ำ เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับเพศหญิง ปัจจัย 10 อันดับแรกคือ เพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายสูง โคเลสเตอรอลสูง ไม่สวมหมวกนิรภัย ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ บริโภคผักและผลไม้ น้อย การดื่มแอลกอฮอล์ และมลภาวะทางอากาศ สังเกตได้ว่า เพศหญิงมีปัญหาจากการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เสพยาเสพติด รวมทั้งปัจจัยเกี่ยวกับการจราจร ในลำดับท้ายๆ และมี DALYs น้อยกว่าเพศชาย ส่วนเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ก็เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของเพศชายด้วย

ตาราง 2.5 จำนวนปี และร้อยละของการสูญเสียสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย พ.ศ. 2547
จำแนกตามเพศ

เพศชาย			เพศหญิง		
ปัจจัยเสี่ยง	DALYs (*แสนปี)	ร้อยละ	ปัจจัยเสี่ยง	DALYs (*แสนปี)	ร้อยละ
1. ดื่มแอลกอฮอล์	7.8	13	1. เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	3.9	9
2. เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	5.4	9	2. ความดันโลหิตสูง	2.5	6
3. สูบบุหรี่	5.0	9	3. ดัชนีมวลกายสูง	2.5	6
4. ไม่สวมหมวกนิรภัย	3.6	6	4. โคเลสเตอรอลสูง	1.1	3
5. ความดันโลหิตสูง	2.9	5	5. ไม่สวมหมวกนิรภัย	0.8	2
6. ดัชนีมวลกายสูง	1.4	2	6. ขาดการออกกำลังกาย	0.7	2
7. โคเลสเตอรอลสูง	1.2	2	7. สูบบุหรี่	0.7	2
8. บริโภคผักและผลไม้ไม่พอ	1.1	2	8. บริโภคผักและผลไม้ไม่พอ	0.7	2
9. เสพยาเสพติด	0.7	1	9. ดื่มแอลกอฮอล์	0.4	1
10. ขาดการออกกำลังกาย	0.5	1	10. มลภาวะทางอากาศ	0.4	1
11. มลภาวะทางอากาศ	0.5	1	11. การสุขาภิบาลน้ำ	0.3	1
12. การสุขาภิบาลน้ำ	0.2	0	12. เสพยาเสพติด	0.2	0
13. ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	0.2	0	13. ภาวะทุพโภชนาการสากล	0.1	0
14. ภาวะทุพโภชนาการสากล	0.2	0	14. ภาวะทุพโภชนาการ-ไทย	0.1	0
15. ภาวะทุพโภชนาการ-ไทย	0.1	0	15. ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	0.0	0

ที่มา : เรียบเรียงจาก สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2550²

ปัญหาสุขภาพด้านสังคมของคนไทย

ผลจากการดำเนินนโยบายลดอัตราเพิ่มประชากรและกระจายตัวประชากรไปยังภูมิภาคต่างๆ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนไปโดยสัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลง สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง และสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น สภาพครอบครัวไทยที่เล็กลง การต้องหารายได้โดยออกไปทำงานนอกบ้านหรือย้ายถิ่นฐานไปจากภูมิลำเนา ทั้งเด็กและผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง เหล่านี้ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวน้อยลง เด็กขาดความอบอุ่น การเลี้ยงดูเด็กที่ชดเชยด้วยเงินหรือการตามใจ ทดแทนความเอาใจใส่ที่ลดลงภายในครอบครัว ประกอบกับสื่อมักเสนอข่าวด้านลบหรือการใช้ความรุนแรง จึงอาจกล่าวได้ว่า เด็กซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ขาดช่วงการถ่ายทอดอบรมบ่มนิสัย (socialization) อย่างใกล้ชิดจากครอบครัวและสังคมให้รู้ผิดชอบชั่วดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นวัยรุ่น เมื่อโตโตเดี่ยวและแปลกแยกจากสังคมจึงมักมีพฤติกรรมทางสังคมเป็นเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่ม ติดเพื่อน ติดเกม ติดอินเทอร์เน็ต^๓ เล่นการพนัน แข่งมอเตอร์ไซด์บนถนนโดยมีเพื่อนผู้หญิงเป็นเดิมพัน ก้าวร้าว ใช้ความรุนแรง แก้ปัญหาด้วยความรุนแรง ซึ่งก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ชุมชนสังคม ขณะเดียวกัน เยาวชนส่วนหนึ่งก็มีความเปราะบางทางอารมณ์และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ไม่มีทักษะชีวิตเพียงพอที่จะจัดการกับปัญหา เมื่อไม่สมหวังในเรื่องต่างๆ หรือมีปัญหาในครอบครัว ก็มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงปัญหาด้วยการออกไปใช้ชีวิตนอกร้าน แสดงพฤติกรรมด้านลบเพื่อประชดชีวิต หรือฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ ระบบการศึกษาเองก็เปลี่ยนแปลงตามสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของเด็กไทยลดลง ทั้งนี้พัฒนาการด้านสติปัญญาและการเรียนรู้แบบ “คิดเป็นทำเป็น” สัมพันธ์กับการพัฒนาวุฒิภาวะของบุคคลซึ่งคือ คุณภาพของประชากร และเป็นปัจจัยสำคัญของสังคมคุณธรรม

ด้านผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของเด็กไทย

ในด้านการศึกษาของเด็กไทยเองก็ยังมีผลไม่เป็นที่น่าพอใจ จากการทดสอบความรู้รวบยอดปลายช่วงชั้นตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยทุกวิชาไม่ถึงร้อยละ 50 โดยเฉพาะวิชาภาษาไทยได้คะแนนเฉลี่ยเพียงร้อยละ 36.58

ต่ำกว่าวิชาอื่นๆ และมีผู้สอบผ่านเกณฑ์ 50 คะแนนเพียงร้อยละ 9.8 ขณะที่คะแนนโอเน็ตของเด็กมัธยม 6 บ่งบอกว่า เด็กมีความรู้เพียง 1 ใน 3 ตามมาตรฐานหลักสูตรในวิชาภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ 9

ผลการทดสอบวิชาสำคัญของนักเรียนมัธยมต้นและปลายมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 50 ทุกวิชาโดยวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์มีค่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำที่สุด สาเหตุสำคัญคือ ขาดแคลนครูในสาขาวิชาสำคัญ คุณภาพครูจากผลิตจากสถาบันและครูประจำการยังอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง ภาระหนี้สินจำนวนมากทำให้ครูต้องหารายได้เพิ่ม การใส่ใจต่อการเรียนการสอนจึงลดลง ขณะเดียวกัน โรงเรียนก็ขาดแคลนสื่อและเทคโนโลยีในการยกระดับคุณภาพการศึกษา ซึ่งโรงเรียนในกรุงเทพมหานครได้เปรียบภาคอื่นๆ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹⁰

ด้านสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย

ผลสำรวจระดับ IQ และ EQ ของเด็กไทย พ.ศ. 2550 เปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2545 ในโครงการติดตามสภาวะการณ์ IQ และ EQ ของเด็กไทย (IQ/EQ Watch) ของกรมสุขภาพจิต พบว่า เด็กไทยมีพัฒนาการลดลงแต่ยังอยู่ในระดับปกติ ทั้งในกลุ่มอายุ 0-5 และ 6-11 ปี เด็กยังมี IQ และ EQ แตกต่างกัน (IQ สูง EQ ต่ำ, IQ ต่ำ EQ สูง และ IQ สูง EQ สูง)* เด็กที่สนใจเรียนวิชาคณิตศาสตร์จะมีพัฒนาการของ IQ และ EQ สูงกว่าเด็กที่ไม่สนใจระบบการเรียนการสอนจึงควรให้เด็กใช้ความคิดมากกว่าการท่องจำ และการมีเพื่อน มีสังคม มีความเอื้อเพื่อช่วยเหลือกัน เป็นการส่งเสริมวุฒิภาวะ เคล็ดลับในการสนับสนุน IQ 6 ข้อได้แก่ การกอด เอ่ยคำชมลูก เล่นกับลูก สร้างนิสัยรักการอ่าน รับประทานอาหารเย็นร่วมกัน และพ่อแม่ไม่ติตโทรทัศน์ และสนับสนุน EQ 8 ข้อ ซึ่งเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ได้แก่ ฝึกให้เด็กซักถาม ให้คิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง เล่นเกมพัฒนาความคิดและฝึกสังเกต เล่นเกมพัฒนาการวางแผน จัดหาหนังสือคุณภาพไว้ที่บ้าน ส่งเสริมให้เขียนบันทึก ให้ประดิษฐ์ของเล่นเอง และทดลองวิทยาศาสตร์อย่างง่ายในบ้าน¹¹

* EQ มีความสัมพันธ์กับระดับ IQ โดยเฉพาะในด้านกระตือรือร้น ความสนใจใฝ่รู้ กล้าพูด กล้าแสดงออก และความพึงพอใจในตนเอง

ด้านพฤติกรรมทางสังคมของเยาวชนไทย

พ่อแม่จำนวนมากมักปล่อยให้ลูกดูโทรทัศน์ เล่นเกม เล่นคอมพิวเตอร์ เพื่อจะได้ไม่ยุ่งกับพ่อแม่เวลาทำงานเพราะคิดว่าปลอดภัย แต่ทำให้เด็กขาดพัฒนาการทางกายตามที่ควรจะเป็น ขาดปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น เลียนแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม/ทำลายสังคม/ใช้ความรุนแรง สมารถสัน เป็นการบ่มเพาะพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเกิดปัญหาด้านบุคลิกภาพ การสื่อสาร การเข้าสังคม และการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น นอกจากนี้ การนั่งๆ นอนๆ อยู่กับที่ นานๆ ไม่ได้ใช้กำลังกาย ไม่ได้รับประทานอาหารที่มีคุณภาพเพราะติดพันความสนุก ทำให้มีโอกาสทั้งขาดสารอาหารและอ้วน เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ ในอนาคต¹²

การสำรวจการมี การใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่า กลุ่มอายุ 6-14 ปี มีอัตราการใช้คอมพิวเตอร์สูงสุด (ร้อยละ 61.1) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 51.8) ส่วนการใช้อินเทอร์เน็ต มีการใช้มากที่สุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 6-14 ปี และ 25-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.7, 19.3 และ 15.9 ตามลำดับ (ตาราง 2.6) เมื่อเปรียบเทียบปี 2547, 2548, 2549 และ 2550 พบว่า ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีการใช้คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และโทรศัพท์มือถือเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยการใช้โทรศัพท์มือถือเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว ในด้านการกระจาย การเป็นเจ้าของอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ (ได้แก่ โทรศัพท์พื้นฐาน เครื่องโทรสาร คอมพิวเตอร์ และการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต) พบว่า กรุงเทพมหานครมีร้อยละของครัวเรือนที่มีอุปกรณ์เหล่านี้ มากกว่าในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ¹³

ตาราง 2.6 ร้อยละของผู้ใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	คอมพิวเตอร์	อินเทอร์เน็ต
6-14	61.1	19.3
15-24	51.8	39.7
25-34	23.6	15.9
35-49	12.8	8.4
50+	4.4	2.9

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550¹³

การติดโทรศัพท์มือถือของวัยรุ่นทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นและยังบ่มเพาะให้เกิดพฤติกรรม รอคอยอะไรไม่ได้ การที่สามารถพูดคุยหรือส่งข้อความสั้นสื่อสารกันได้อย่างสะดวกขึ้นเร็วขึ้น ทำให้คนรุ่นใหม่รอคอยไม่เป็น และอาจเป็นสื่อนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร¹⁴

จากการเฝ้าระวังเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า ร้อยละ 17 และ 8.7 ของกลุ่มวัยรุ่นชายและหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ โดยร้อยละ 79.8 ของวัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือแฟน ร้อยละ 62.5 ของวัยรุ่นหญิงมีเพศสัมพันธ์แบบสมัครใจ การใช้ถุงยางอนามัยมีเพียงร้อยละ 46.9 และ 39.1 ในวัยรุ่นชายและหญิง ตามลำดับ สาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การดูหนังหรือวิดีโอโป๊ของนักเรียนชายร้อยละ 81.7 นักเรียนหญิงดูหนังหรือวิดีโอโป๊ร้อยละ 48.3 นักเรียนชายเข้าเว็บไซต์โป๊ร้อยละ 53 นักเรียนหญิงเข้าเว็บไซต์โป๊ร้อยละ 17.9 นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กนักเรียนมัธยมปีที่ 2 ทั้งชายและหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วและใช้ถุงยางอนามัยในระดับต่ำ ในกลุ่มเยาวชนซึ่งอายุมากขึ้นมีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนมากขึ้น แต่การใช้ถุงยางอนามัยยังอยู่ในระดับต่ำ¹⁵

จากการสำรวจของกระทรวงวัฒนธรรม ประชาชนมีความคิดเห็นว่า สังคมไทยมีปัญหาคือต้องเร่งแก้ไขเช่น การแต่งกายของวัยรุ่นที่สื่อไปทางยั่วเย้าทางเพศ คุณธรรม/จริยธรรม/จิตสำนึกที่ดิ่งงาม ความกตัญญู การสืบสานวัฒนธรรมประเพณี อบรมมุข การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร วัฒนธรรมไทยถูกกลืน สื่อเผยแพร่ภาพและเนื้อหาไม่เหมาะสม ความเสื่อมทางศาสนา¹⁵ ทั้งนี้กลุ่มเยาวชนอายุ 20 ปีลงมาเป็นกลุ่มที่มีคุณธรรมต่ำที่สุด กลุ่มอายุ 20 ปีลงมาและกลุ่มรายได้น้อยมีความเอนเอียงที่จะยอมรับการกระทำที่ขาดคุณธรรม และเลียนแบบการกระทำดังกล่าว ตัวอย่างคือ การปาหินเพื่อชิงทรัพย์หรือคิกคะนอง การขโมยนอตเสาไฟฟ้าแรงสูงและสิ่งของสาธารณะ¹⁶ เพื่อนำเงินไปใช้จ่าย

ผลการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ เรื่อง ผลประมาณการจำนวนคนที่ตั้งใจเล่นทายพนันบอลและวงเงินสะพัดช่วงบอลยูโร 2008 กรณีศึกษาเด็กและเยาวชนอายุ 12-24 ปีในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ระหว่างวันที่ 1-14 มิถุนายน 2551 พบว่ามีผู้เตรียมเล่นทายพนันร้อยละ 18.8 โดยเยาวชนร้อยละ 44.5 ตั้งใจเล่นพนันกับโต๊ะบอล รองลงมาคือ ร้อยละ 37.5 เล่นกับเพื่อนในสถาบันการศึกษา โดยมีสาเหตุใน

การเล่นพนันคือ อยากรวยทางลัด ร้อยละ 66.7 ร้อยละ 64.3 เพราะได้ลุ่น ตื่นเต้นในการชม การแข่งขัน ปัญหาที่คนเล่นทายพนันบอลประสบคือ ร้อยละ 79.7 หมดตัวเป็นหนี้ หมนเงินไม่ทัน ร้อยละ 16.8 หมกมุ่น เครียด เสียอนาคต ที่น่าสังเกดคือ ร้อยละ 65.2 ระบวว่าการเข้มงวดของ เจ้าหน้าที่ดำรวจไม่มีผลทำให้คนเล่นเล็กทายพนันบอล¹⁷

นอกจากนี้ เด็กและเยาวชนยังมีการกระทำผิดเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับไตรมาสแรกของปี 2550 ในไตรมาสแรกของปี 2551 เจ้าหน้าที่ดำรวจจับกุมคดีเกี่ยวกับยาเสพติดและทรัพย์ได้ เพิ่มขึ้นร้อยละ 49.4 และ 10.2 ตามลำดับ โดยที่ผู้กระทำผิดเป็นเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.4 และ 14.0 ตามลำดับ (ตาราง 2.7)

ตาราง 2.7 อัตราเพิ่มของคดีที่จับกุมได้และของคดีที่เด็กและเยาวชนกระทำผิดเกี่ยวกับ ยาเสพติดและทรัพย์ระหว่างไตรมาสแรกของ พ.ศ. 2551 เปรียบเทียบกับ ไตรมาสแรกของ พ.ศ. 2550

คดีที่จับกุมได้	อัตราเพิ่ม (ร้อยละ)	อัตราเพิ่มของคดีที่เด็กและเยาวชนกระทำผิด
เกี่ยวกับยาเสพติด	49.4	38.4
เกี่ยวกับทรัพย์	10.2	14.0

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทยในไตรมาสที่ 1 ปี 2551.

คดียาเสพติดยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากกันยายน 2550 - เมษายน 2551 คิดเป็น ร้อยละ 45.518 ประเภทยาเสพติดสำคัญคือ ยาบ้า กัญชา และเฮโรอีน โดยส่วนใหญ่ลักลอบ นำเข้าจากชายแดนภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ¹⁹

สาเหตุของการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนและถูกจับกุมส่งสถานพินิจทั่วประเทศ ในปี 2544 มาจากการคบเพื่อน สภาพเศรษฐกิจ รู้เท่าไม่ถึงการณ์ สภาพครอบครัว และอื่นๆ ร้อยละ 47.1, 14.6, 14.1, 12.2 และ 12.0 ตามลำดับ ในปี 2548 ก็เป็นไปในทำนองเดียวกัน โดยการคบเพื่อนเพิ่มเป็นร้อยละ 52.8 และอื่นๆ ร้อยละ 18.1 (ตาราง 2.8) สถานการณ์ที่นับ วันจะเป็นปัญหาเด่นชัดมากขึ้นคือ วัยรุ่นความนิยมใช้ความรุนแรงเสมือนเป็นประเพณีปฏิบัติ ดังปรากฏเป็นข่าวการวิวาท ทำร้ายร่างกายนักศึกษาต่างสถาบัน และสืบทอดความการใช้ ความรุนแรงนี้ผ่านประเพณีการรับน้องที่มีการทำร้ายร่างกายกัน²⁰

ตาราง 2.8 ร้อยละของคดีที่เด็กและเยาวชนถูกจับกุมส่งสถานพินิจทั่วประเทศ จำแนกตามสาเหตุแห่งการกระทำความผิด พ.ศ. 2541 และ 2548

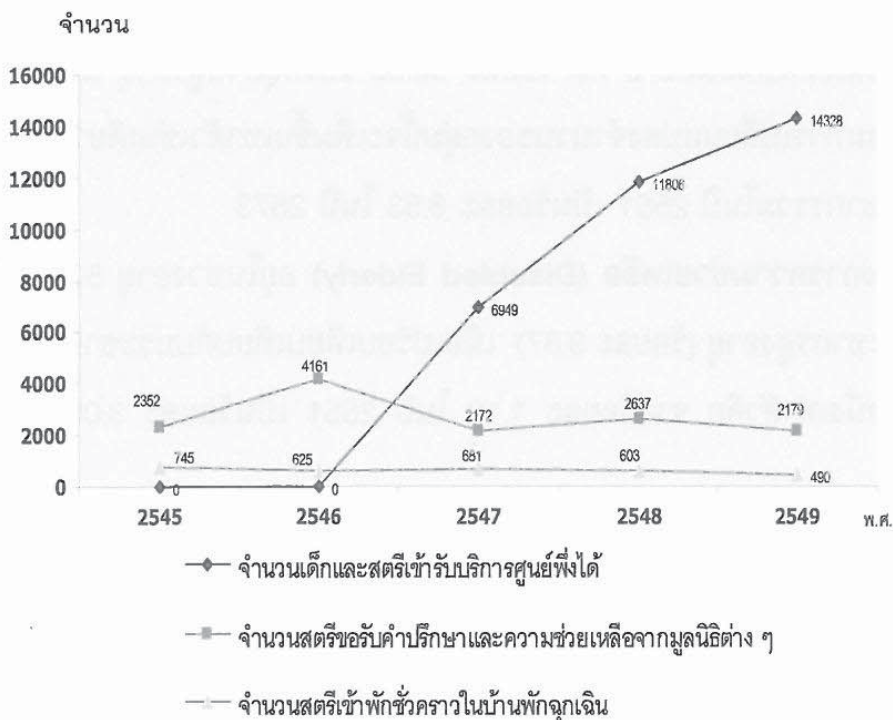
สาเหตุแห่งการกระทำความผิด	2541	2548
• การคบเพื่อน	47.1	52.8
• สภาพเศรษฐกิจ	14.6	7.0
• รู้เท่าไม่ถึงการณ์	14.1	13.4
• สภาพครอบครัว	12.2	8.7
• อื่นๆ	12.0	18.1

ที่มา : สำนักพัฒนาระบบยุติธรรมเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 2549.

ด้านความรุนแรงในครอบครัว

นิตยา พิริยะพงศ์พันธ์ มูลนิธิผู้หญิง รายงานสถานการณ์ข่าวความรุนแรงในครอบครัวจากการรวบรวมข่าวหนังสือพิมพ์ 6 ฉบับ (ข่าวสด ไทยรัฐ เดลินิวส์ คมชัดลึก มติชน และกรุงเทพธุรกิจ) ใน พ.ศ. 2551 พบว่าจากจำนวนข่าวความรุนแรงในครอบครัวทั้งสิ้น 426 ชิ้น

ภาพ 4.5 จำนวนเด็กและสตรีประสบเหตุความรุนแรงในครอบครัว



ที่มา :

1. สำนักพัฒนาระบบและบริการสุภาพ
2. จำนวนสตรีขอรับคำปรึกษาและความช่วยเหลือจากมูลนิธิต่างๆ
3. จำนวนสตรีเข้าพักชั่วคราวในบ้านพักฉุกเฉิน

จำแนกได้ 7 ประเภทคือ การฆ่ากัน (181 ชั้น) การฆ่าตัวตาย (103 ชั้น) เด็กทารกถูกทิ้ง (52 ชั้น) การทำร้ายกัน (39 ชั้น) การละเมิดทางเพศคนในครอบครัว (20 ชั้น) การฟ้องร้องในครอบครัวและเครือญาติ (3 ชั้น) และอื่นๆ (28 ชั้น) โดยเป็นเหตุการณ์ที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยกระตุ้นถึงร้อยละ 22²¹ จากภาพ 4.5 จำนวนเด็กและสตรีเข้ารับบริการในศูนย์พึ่งได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากจำนวน 6,949 ใน พ.ศ. 2546-2549 เพิ่มขึ้นเป็น 14,328 ราย ส่วนจำนวนสตรีขอรับคำปรึกษาและความช่วยเหลือจากมูลนิธิต่างๆ และจำนวนสตรีที่พักชั่วคราวในบ้านพักฉุกเฉิน มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2549

สถานการณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ด้วยสถานการณ์โครงสร้างประชากรของประเทศไทย บ่งชี้ว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุซึ่งสามารถแบ่งกลุ่ม ผู้สูงอายุ ได้ 3 กลุ่ม²² คือ

1. **กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging)** อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.08 ของประชากรวัยสูงอายุ ในปี 2551 และจะมีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว จากร้อยละ 6.46 ของประชากรรวมในปี 2551 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 13.53 ในปี 2573

2. **กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ (Independent Living for Elderly)** อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี มีสัดส่วนมากเป็นอันดับ 2 คือ ร้อยละ 32.05 ของกลุ่มวัยสูงอายุ และเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรรวม การเปลี่ยนแปลงจำนวนของกลุ่มนี้จะเพิ่มขึ้นเท่าตัวเช่นเดียวกันคือ จากร้อยละ 3.56 ของประชากรรวมในปี 2551 เป็นร้อยละ 8.53 ในปี 2573

3. **กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ (Disabled Elderly)** อยู่ในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเล็กที่สุดในประชากรสูงอายุ (ร้อยละ 9.87) เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรรวม จำนวนจะเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าตัวคือ จากร้อยละ 1.10 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 3.05 ของประชากรรวมในปี 2573

ในการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนอายุ 18-59 ปี เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 91.5 มีความเห็นว่า สังคมควรให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ ร้อยละ 91.4 เห็นว่าควรได้รับความเคารพนับถือเสมอ ร้อยละ



88.8 เห็นว่า เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อคนรุ่นหลัง มีเพียงร้อยละ 35.6 ที่เห็นว่า ผู้สูงอายุมักเป็นภาระแก่บุตรหลานครอบครัว เป็นคนมีประโยชน์น้อย ร้อยละ 20.9 ควรไปอยู่ในบ้านพักคนชรา ร้อยละ 9.0 ควรไปอาศัยอยู่ในวัด ร้อยละ 7.9 นอกจากนี้ยังเห็นว่าผู้ดูแล ผู้สูงอายุควรเป็นบุตร (ร้อยละ 65.1) ตัวผู้สูงอายุเอง (ร้อยละ 13.8) คู่สมรส (ร้อยละ 10.1) รัฐบาล (ร้อยละ 7.7) ญาติ (ร้อยละ 2.7) ด้านแหล่งเงินในยามชรา ร้อยละ 32.6 คาดว่ามาจากบุตร ทำงานเลี้ยงตนเองได้ (ร้อยละ 27.2) เงินออมหรือทรัพย์สิน (ร้อยละ 22.7) คู่สมรส (ร้อยละ 7.4) และเบี้ยยังชีพจากภาครัฐ (ร้อยละ 4.4) ²³

ผลกระทบของการย้ายถิ่นของวัยแรงงาน ทำให้ครัวเรือนในชนบทกลายเป็นครัวเรือนกระโดดที่มีเฉพาะเด็กกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ควรได้พักผ่อนต้องรับภาระดูแลเด็กและสุขภาพของตนเพียงลำพัง²⁰

การจำแนกผู้สูงอายุจึงมีหลายมิติได้แก่ มิติศักยภาพในการดำเนินชีวิต (ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ/ช่วยเหลือตนเองได้/ต้องการความช่วยเหลือ) มิติสุขภาพ (ปกติ/เป็นโรคแต่มีคุณภาพชีวิต/

ทุพพลภาพ) และมีติด้านครอบครัว (อาศัยอยู่กับครอบครัว/อยู่ตามลำพัง/มีภาระต้องเลี้ยงดูเด็กด้วย)

การจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ โดยรับผู้สูงอายุเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ที่มีส่วนผลักดันให้ครอบครัวถ่ายโอนภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุแก่ภาครัฐ ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้โดดเดี่ยว ทางสังคมมากขึ้น แม้ว่ากรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการจะปรับการรับผู้สูงอายุเฉพาะรายที่ จำเป็นจริงๆ แต่จำนวนผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือขาดคนเลี้ยงดูก็ยังมีจำนวนมาก²⁴

ปัญหาสุขภาพทางสังคม (ผนวกกับข้อมูลในบทที่ 1) สรุปได้ดังตาราง 2.9

ตาราง 2.9 ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพสังคมของคนไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงทางสังคม
0-4 ปี	1. การดูแลขณะอยู่ในครรภ์/คลอด/หลังคลอด 2. การเลี้ยงดู พัฒนาการ 3. การอยู่กับกับพ่อแม่หรือครอบครัว 4. การปรับตัวเข้ากับสังคมโรงเรียน
5-14 ปี	1. การอยู่กับกับพ่อแม่ 2. การปรับตัวเข้ากับสังคม/โรงเรียน 3. การคบเพื่อน
15-29 ปี	1. ความรัก/ความอบอุ่นในครอบครัว 2. ความภาคภูมิใจในตน 3. การปรับตัวในสังคม/โรงเรียน/ที่ทำงาน 4. การบริโภค 5. เพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม
30-59 ปี	1. เครียด ชีวิตเร่งรีบ 2. เน้นหารายได้ 3. บริโภคไม่เหมาะสม 4. ขาดการออกกำลังกาย 5. พักผ่อนน้อย 6. กินเหล้า สูบบุหรี่ 7. เพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม 8. หย่าร้าง
60+ ปี	1. รายได้น้อย ไม่มีรายได้ 2. อยู่ตามลำพัง (อาจมีภาระดูแลเด็ก) เหงา 3. การเคลื่อนไหวจำกัด อาจมีโรคประจำตัว 4. ไร้อุปกรณ์

ที่มา : คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. 2551.



แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพกาย จิต และ สังคม ของแต่ละกลุ่มอายุ สรุปลงได้ดังตาราง 2.10 ในกลุ่มเด็กเน้นการเลี้ยงดูดูแลเด็กให้มีความปลอดภัย ปลอดภัยโรค เติบโตอย่างสมบูรณ์ และมีพัฒนาการทางกาย จิต อารมณ์ ตามวัย ในด้านสังคม มีการปลูกฝังด้านการคุณธรรม ความดี ความถูกต้อง และการใช้ชีวิตอย่างพอเพียง ทั้งนี้เป็นบทบาทหลักของครอบครัวและชุมชน เมื่อเข้าสู่ระบบการศึกษา การเรียนการสอนควรเน้นให้เกิดสติปัญญา พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ และเรียนรู้ทักษะชีวิตในการดำเนินกิจกรรมประจำวันและทำกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกชักจูงเข้าหาอบายมุข ยาเสพติด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ในวัยสูงอายุมักมีปัญหาด้านโรคภัยไข้เจ็บ สืบเนื่องจากความเสื่อมของร่างกายและอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะเมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเมื่ออยู่ในวัยอายุน้อยก่อนหน้านี้

ตาราง 2.10 แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	แนวทาง	สาระสำคัญ
0-4 ปี	สร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม: ส่งเสริม: ปกป้อง: ป้องกัน: ส่งเสริมพัฒนาการ:	<ul style="list-style-type: none"> ● ความดี ความถูกต้อง บ้าน/ชุมชน/สถานดูแล ปลอดภัย ● อาหารปลอดภัย ● อุบัติเหตุ ความรุนแรง การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ● โรคติดต่อ ความผิดปกติแต่กำเนิด ● กาย จิต ปัญญา อารมณ์
5-14 ปี	สร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม: ปกป้อง: ป้องกัน: ส่งเสริมพัฒนาการ: พัฒนาทักษะชีวิต:	<ul style="list-style-type: none"> ● ความดี ความถูกต้อง การใช้ชีวิตแบบพอเพียง ● อาหาร/สินค้าและบริการ/สถานศึกษาและที่ทำงานปลอดภัย ● อุบัติเหตุ ความรุนแรง การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ● เพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม สิ่ง/สาร/ยาเสพติด ● โรคติดต่อ ● กาย จิต ปัญญา อารมณ์ ● รักตัวเอง ภาคภูมิใจในตัวเอง
15-29 ปี	ส่งเสริม: ปกป้อง: ป้องกัน: พัฒนาทักษะชีวิต: ฟื้นฟูสภาพ:	<ul style="list-style-type: none"> ● การทำกิจกรรมสร้างสรรค์ การใช้ชีวิตแบบพอเพียง ● อาหาร/สินค้าและบริการ/สถานศึกษาและที่ทำงานปลอดภัย ● อุบัติเหตุ ความรุนแรง การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ● เพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม สิ่ง/สาร/ยาเสพติด ● โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ● วุฒิภาวะ รักตัวเอง ภาคภูมิใจในตัวเอง ● การติดสิ่ง/สาร/ยาเสพติด
30-59 ปี	ปรับแนวคิดชีวิต: ส่งเสริม: ป้องกัน: พัฒนาทักษะชีวิต: ฟื้นฟูสภาพ:	<ul style="list-style-type: none"> ● เศรษฐกิจพอเพียง ● อาหาร/สินค้าและบริการ/ที่ทำงานปลอดภัย ● คัดกรองโรคเรื้อรัง/มะเร็ง และปรับพฤติกรรม อุบัติเหตุ ● การใช้ชีวิตแบบพอเพียง ● สุขภาพจิต การเสพติดต่างๆ
60+ ปี	ส่งเสริม: ป้องกัน: ฟื้นฟูสภาพ:	<ul style="list-style-type: none"> ● การมีกิจกรรมสร้างสรรค์สมัย ● คัดกรองโรคเรื้อรัง/มะเร็ง และปรับพฤติกรรม อุบัติเหตุ ทุพพลภาพ ● สุขภาพกาย สมอง จิตใจ

ที่มา: คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. 2551.

เอกสารอ้างอิง

1. Deen J L, Vos T, Huttly S R A, Tulloch J. Policy and Practice: Injuries and noncommunicable diseases: emerging health problems of children in developing countries. Bulletin of the World Health Organization 1999; 77(6):518-524.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2547. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข 2550.
3. คณะทำงานการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บกระทรวงสาธารณสุข. การจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพของประชากรไทยในปี 2542 โดยการใช้เครื่องชี้วัดการโรค. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2543; 13(2):239-256.
4. สรุปผู้ป่วยเอดส์วัยทำงานมากที่สุด. หนังสือพิมพ์มติชน. [on line] 21 พฤษภาคม 2551. [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.matichon.co.th/matichon/matichon__detail.php?s__tag=011if03210551&day=2008-05-21§ionid=0132.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
6. คณะทำงานสุขภาพคนไทย. รายงานสุขภาพคนไทย 2550. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550.
7. คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ภาคที่ 1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป. ในร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan) พ.ศ. 2550-2559. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ/ กระทรวงสาธารณสุข/ สถาบันวิจัยและโภชนาการมหิดล, 2551. หน้า 3-17.
8. บุญลือสังข์ชั้นบัญญัติในตุ๋ก แก่ปัญหา นศ. คูคลิปโป้-พนนบอล-ติดก้องห้องสมุด. หนังสือพิมพ์สยามรัฐ. [on line] 10 มิถุนายน 2551. [สืบค้นเมื่อ 10 มิ.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.siamrath.co.th/UIFont/NewsDetail.aspx?cid=56&nid=15845>.

9. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทยในไตรมาสที่ 1 ปี 2551.
10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ผลการพัฒนาด้านสังคมของประเทศในระยะครึ่งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ด้านการพัฒนาทุนทางสังคม. [on line] [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: [http://socialnesdb.go.th/nesdbsoc/doc/ผลการพัฒนาด้านสังคมของประเทศในระยะครึ่งแผนพัฒนาฯ %20ฉบับที่%209%20\(พ.ศ.2545-2549\).doc](http://socialnesdb.go.th/nesdbsoc/doc/ผลการพัฒนาด้านสังคมของประเทศในระยะครึ่งแผนพัฒนาฯ %20ฉบับที่%209%20(พ.ศ.2545-2549).doc).
11. วิกฤตเด็กไทยปี 51 ไอคิวตก อีคิวต่ำ. ผู้จัดการออนไลน์. [on line] 4 กันยายน 2551 [สืบค้นเมื่อ 4 ก.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000104275>.
12. “เคาน์ซีไปเตได้” คุณคามเด็กไทย หวั่นเพาะโรคร้ายในอนาคต จิตแพทย์ชี้ออกกำลังกายวันละ 1 ชม.ช่วยได้. หนังสือพิมพ์บางกอกทูเดย์. วันที่ 18 มิถุนายน 2551. ปีที่ 6 ฉบับที่ 1768 หน้า 43.
13. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การมี การใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) พ.ศ. 2549. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. [on line] [สืบค้นเมื่อ 17 มิ.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/report_ict49.pdf.
14. หมอเตือนพ่อแม่ระวังลูกเป็นโรคติดมือถือ แนะนำอย่าให้เด็กมือถือการใช้มือถือจนควบคุมไม่ได้. กรุงเทพธุรกิจ. วันที่ 17 มิถุนายน 2551. ปีที่ 21 ฉบับที่ 7208 หน้า 7.
15. แฉสังคมไทยพอนเพะ ม.2 เริ่มมีเช็กซ์. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. [on line] 3 กันยายน 2551 [สืบค้นเมื่อ 3 ก.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.thairath.co.th/news.php?section=education&content=102708>.
16. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมรายเดือนมีนาคม 2551.
17. โพลล์อึ้งวัยรุ่น 45% เล่นบอลอยากรวยทางลัด. หนังสือพิมพ์สยามรัฐ. [on line] 15 มิถุนายน 2551 [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.siamrath.co.th/UIFont/NewsDetail.aspx?cid=104&nid=16207>.

18. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมรายเดือนเมษายน 2551.
19. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมรายเดือนกุมภาพันธ์ 2551.
20. 3 รุ่นพี่ “เทคนิคกรุงเทพ” รับน้องโหด รับทราบข้อกล่าวหา. ผู้จัดการออนไลน์. [on line] 10 สิงหาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 10 ส.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: [http://www.manager.co.th/Crime/View News.aspx?Newsid=9510000071321](http://www.manager.co.th/Crime/View%20News.aspx?Newsid=9510000071321).
21. เพยปี 51 ชำวความรุนแรงในครอบครัวสูงเฉียด 500 กรณี ชี “เหล่า” ตัวกระตุ้นหลัก. ผู้จัดการออนไลน์. [on line] 27 เมษายน 2552 [สืบค้นเมื่อ 28 เม.ย. 2552]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9520000047239>.
22. สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาสังคม. (ร่าง) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551.
23. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนวความคิเคเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. [on line] [สืบค้นเมื่อ 17 มิถุนายน 2551]. แหล่งข้อมูล <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/servicesurvey/olderop50.pdf>.
24. ชวัญเมือง บวรธศวกุล. แนวทางการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2546.





บทที่ 3

การสร้างเสริมสุขภาพ



กระบวนการทัศน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพบุคคล แนวใหม่จึงควรเริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยนเป้าหมายชีวิตจาก “ความมั่งคั่ง” มาเป็น “อยู่ดีมีสุข” ด้วยยุทธศาสตร์ชุมชนเข้มแข็ง พึ่งตนเอง และยั่งยืน เพื่อพัฒนาสู่สภาวะ “อยู่เย็นเป็นสุข” หรือ สุขภาวะของสังคม/ชุมชนเป็นสิทธิและเป็นหน้าที่ของสมาชิกในสังคม/ชุมชนโดยมีวิถีชีวิต (กิจวัตรประจำวัน การงาน และความเป็นอยู่) ที่เอื้อต่อสุขภาพ (every day healthy practices) ของบุคคลและสังคม ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ให้บรรลุเป้าหมายคือ สุขภาพของบุคคลและสุขภาวะของสังคมบนพื้นฐานชุมชนเข้มแข็ง นั่นคือ “สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี”¹

ในแง่นี้ ในฐานะผู้ผลิต ต้องลดการมุ่งแสวงหากำไรสูงสุดมากที่สุด มาเป็นการผลิตเพื่อยังชีพและมีเหลือออมเพียงพอเพื่อมีเหตุการณ์จำเป็นหรือฉุกเฉิน หรือเป็นการผลิตเพื่อกำไรตามแนวคิดธุรกิจคุณธรรม เมื่อเป็นผู้บริโภคก็มีสติคิดรู้ถึงประโยชน์แท้จริงของการบริโภคสินค้าและบริการ จึงเป็นการบริโภคตามความจำเป็นแทนที่จะเป็นการบริโภคตามกระแสนิยม ซึ่งเป็นความสุขเทียม การบริโภคที่ไม่จำเป็นยังเป็นการส่งสัญญาณกลับไปให้ผู้ผลิตให้ผลิตหรือพัฒนาสินค้าบริการที่ไม่จำเป็นเพิ่มขึ้น เป็นการใช้ทรัพยากรของโลกอย่างไม่จำเป็น ในหลายกรณีก็เป็นการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมด้วย

“ชุมชนเข้มแข็ง” สามารถรับมือกับปัญหาและปัจจัยคุกคามได้ทุกอย่างไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม หรือสุขภาพ แนวคิดหลัก (approach) ที่จะสนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็งมี 3 ประการคือ เศรษฐกิจแบบพอเพียง ที่อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเคารพสิทธิและเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

ใน พ.ศ. 2542 สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้อัญเชิญแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นกรอบของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 และ 10 ความว่า

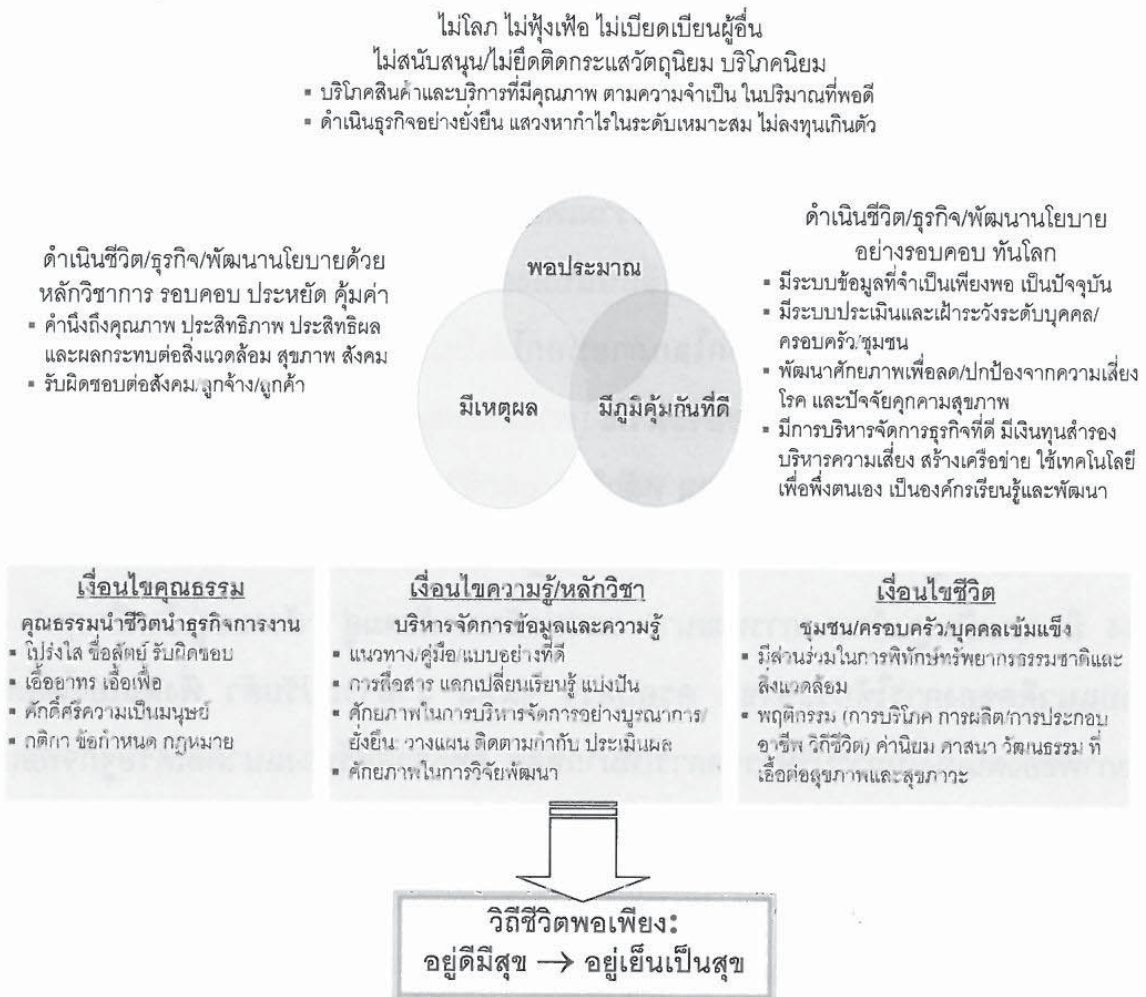
“เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาชี้แนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลางโดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อยุคโลกา

ภิวัดน์ ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควร ต่อการมีผลกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน ทั้งนี้จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่างๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน และขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎี และนักธุรกิจในทุกระดับ ให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ ปัญญา และความรอบคอบเพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี” โดยมีองค์ประกอบและคุณลักษณะที่สำคัญคือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี โดยมีเงื่อนไขสำคัญ 3 ประการคือ คุณธรรม หลักวิชา และชีวิต ²

ปรัชญาแนวคิดของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2544 มี “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” และมุ่งพัฒนาสังคมสู่ “สังคมอยู่เย็นเป็นสุข” ตามกรอบแนวคิดของการให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน สามารถปรับตัว พึ่งตนเองได้โดยใช้ศักยภาพของตนเองในการบริหารจัดการให้มากที่สุด ยุทธศาสตร์ของแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 มี 5 ประการคือ การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและยั่งยืน การพัฒนาบนฐานความหลากหลายทางชีวภาพและการสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม และการเสริมสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการประเทศ³

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสามารถประยุกต์ใช้กับการสร้างเสริมสุขภาพได้ดังภาพ 3.1

ภาพ 3.1 กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุม และป้องกันโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง



ปรับจาก : 1. เสรี พงศ์พิศ. 2551⁴
2. คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 2551⁵

เครื่องมือสำคัญในการบรรลุยุทธศาสตร์ชุมชนเข้มแข็ง พึ่งตนเอง และยั่งยืน ได้แก่ แผนชุมชน (หมายถึง กระบวนการที่ชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันค้นหา ร่วมกันเรียนรู้ เพื่อให้เข้าใจชุมชน โดยการสำรวจข้อมูล ปัญหา และศักยภาพของชุมชนเอง)⁶ ข้อมูลของชุมชน ข้อมูลนอกชุมชน และการสื่อสาร แผนชุมชนเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการทบทวนตนเองโดยคนในหมู่บ้าน/ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อกำหนดอนาคตและทิศทางการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนของตน แผนชุมชนจึงมีลักษณะ 5 ร่วมคือ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมสรุปบทเรียน และร่วมรับประโยชน์

กลไกบริหารจัดการระดับชุมชน

ข้อพึงสังเกตคือ การที่ชุมชนจะเข้มแข็งได้ ต้องเริ่มจากความเข้มแข็งของผู้นำ เพื่อนำพาสมาชิกตามวิถีประชาธิปไตยให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งให้เพิ่มขึ้นตามลำดับด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์และประสบการณ์จริง ชุมชนเข้มแข็งจะประดับประดาสนับสนุนเป็นที่เลี้ยงให้ครอบครัวและบุคคลมีพัฒนาการสู่ความเข้มแข็งได้แม้ผู้คนจะถูกรบกวนการดำรงชีวิตด้วยสภาพเศรษฐกิจและสังคม จากการดูงานของคณะทำงานการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุณภาพ ณ หมู่บ้านหนองกลางดง ตำบลศิลาลอย กิ่งอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ในวันที่ 10-11 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 พบว่า ลักษณะที่เด่นชัดของชุมชนเข้มแข็งคือ มีอิสระ (autonomy) ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของผลประโยชน์ของชุมชน กลไกในการบริหารจัดการของหมู่บ้านนี้คือ สภาผู้นำหมู่บ้าน

“ในหมู่บ้านไม่มีคนๆ เดียวที่เก่งทุกอย่าง แต่ละคนก็เก่งไปคนละเรื่อง จึงต้องเอาคนเก่งเหล่านี้มาร่วมกันทำงานเพื่อหมู่บ้าน” เป็นแนวคิดที่ผู้ใหญ่โชคชัย ลิ้มประดิษฐ์ ผู้ใหญ่บ้านหนองกลางดง นำมาใช้ในการจัดตั้งสภาผู้นำหมู่บ้านหนองกลางดง หลังจากเคยไปศึกษาดูงานเรื่องสภาผู้นำตำบลไม้เรียง และขยายไปสู่อีก 8 หมู่บ้าน จนสำเร็จเป็นสภาผู้นำตำบลศิลาลอย ได้ต้องใช้เวลาถึง 12 ปีเต็ม โดยมีเทคนิคในการทำงานเป็น 5 ขั้นตอน⁷ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ต้องชวนคนในชุมชนหมู่บ้านมาสร้างความเข้าใจ เรียนรู้ ค้นหาของดี และปัญหาที่ดำรงอยู่ในชุมชนทำให้ชาวบ้านเข้าใจว่า บ้านเรามีดีอะไร มีปัญหา มีทุกข์ เรื่องอะไรบ้าง ให้ทุกคนตระหนักและหันหน้ามาแก้ปัญหาร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 เมื่อคนส่วนใหญ่เข้าใจ “ตนเอง” และรู้ปัญหาของตนเองดีแล้ว ต่อก็คือรวบรวมคนเก่งมาทำงาน เป็นคนที่กล้าคิด กล้าทำ กล้าเปลี่ยนแปลง ทำงานบนหลักการของการพึ่งตนเอง ที่สำคัญต้องมีคุณธรรม ซึ่งผู้ใหญ่โซคซัยเรียกว่า “คณะผู้ก่อการดี” ต้องมีคุณสมบัติอย่างน้อย 3 ประการคือ ฉลาด มีจิตสาธารณะ และพูดจารู้เรื่อง

ขั้นตอนที่ 3 สรรหาคนดี คนเก่ง ที่มีจิตอาสาช่วยกันทำงาน โดยในแต่ละหมู่บ้านจะแบ่งกลุ่มองค์กรต่างๆ ออกเป็น 14 กลุ่มได้แก่ กลุ่มปลูกสับปะรด กลุ่มปลูกผัก กลุ่มไม้ยืนต้น กลุ่มทำนา กลุ่มแปรรูปผลไม้ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มผู้ใช้น้ำประปาหมู่บ้าน กลุ่มออมทรัพย์ ร้านค้าชุมชน และกลุ่มอาสาพัฒนาชุมชน ให้ส่งคนดีมากลุ่มละ 4 คน รวมเป็น 56 คน เข้ามาเป็นสมาชิกสภาผู้นำหมู่บ้านร่วมกับผู้นำทางการอีก 3 คน คือ ผู้ใหญ่บ้านและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2 คน เป็นสภาผู้นำหมู่บ้านหรือ “สภา 59”

ขั้นตอนที่ 4 จากนั้นสมาชิกสภาผู้นำซึ่งมีความรู้ความถนัดที่ต่างกันก็จัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วม นั่นคือ สภาผู้นำหมู่บ้านจะต้องมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง ใช้ฐานข้อมูลที่เป็นจริง ซึ่งได้จากการพูดคุย สอบถามจากชาวบ้าน ในแต่ละกลุ่มมาเป็นฐานในการวางแผน ให้ชาวบ้านร่วมคิดร่วมวางแผนทำเป็นพัฒนาของหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 5 คือการพัฒนาไปสู่สภาผู้นำระดับตำบล เพื่อทำแผนของแต่ละหมู่บ้านมาบูรณาการเป็นแผนตำบล ก่อนที่จะเสนอให้ อบต. ซึ่งการทำเช่นนี้จะทำให้สมาชิกทุกคนรู้ทั้งตำบลมีเรื่องอะไรสำคัญเร่งด่วน เรื่องอะไรต้องชะลอไว้ก่อน โดยสมาชิกจะต้องมาจากสมาชิกสภาผู้นำหมู่บ้านๆ ละ 5 คน ได้แก่ สภาผู้นำระดับตำบลจะมาจาก 3 ส่วนคือ แกนนำชุมชน (ตัวแทนกลุ่มชาวบ้าน) 2 คน ผู้นำท้องที่ (ผู้ใหญ่บ้าน) 1 คน และผู้นำท้องถิ่น (อ.บ.ต.) 2 คน

สภาผู้นำจึงเป็นสภามหาชนมากกว่าสภาทางการไม่มีโครงสร้างอำนาจหรือผูกขาดทางความคิด สมาชิกในสภาผู้นำทุกคนต่างตระหนักดีว่า ไม่มีใครคนใดรู้ทุกเรื่อง ดังนั้นทุกคนจึงต้องยอมรับกันและกันอย่างเท่าเทียม สลายคำว่า “พรรคพวก” เหลือเพียงว่า “พวกเรา” อันเป็นภาพรวมการพัฒนาหมู่บ้านและหมู่บ้านร่วมกัน

ทั้งนี้กลไกสำคัญของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนคือ โครงสร้างที่เท่าเทียมและยุทธศาสตร์ร่วมในการพัฒนาชุมชน การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจะทำให้ชุมชนสามารถกำหนดชีวิตกำหนดอนาคตเองได้ผ่านทางการเมืองภาคประชาชน

บทบาทสภาผู้นำหมู่บ้านหนองกลางดง^๑

สภาผู้นำหมู่บ้านมีบทบาท 5 ประการคือ

ยกร่างระเบียบกติกา ระเบียบกติกาในการอยู่ร่วมกันได้มาจากการระดมความคิดเห็นของสมาชิกชุมชน โดยเป็นหน้าที่ของสภาผู้นำในการยกร่างฯ และเสนอให้ชุมชนพิจารณาปรับแก้ และรับร่างฯ เพื่อนำไปใช้ร่วมกัน

รวบรวมปัญหา รับฟังข้อคิดเห็น และวิเคราะห์ปัญหา หาทางออกร่วมกัน โดยสภาผู้นำ รวบรวมปัญหาและแนวทางแก้ไขที่ผ่านการระดมความคิดเห็นร่วมกันในแต่ละกลุ่ม ผ่านทางตัวแทนกลุ่มทั้ง 14 กลุ่ม จากนั้นแจกแจง วิเคราะห์ความเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัญหา และกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาที่สอดคล้องกับชุมชน

ติดตาม ตรวจสอบ กระบวนการแก้ปัญหาของชุมชนให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด

บริหารจัดการ ผลประโยชน์ในชุมชนอย่างเท่าเทียม เมื่อมีการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่างๆ ชุมชนจะร่วมกันระดมความคิดเห็น วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ในการรับการสนับสนุน แล้วตัดสินใจ รวมทั้งการคัดสรรผู้นำระดับต่างๆ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และ อ.บ.ต. ให้อยู่ในกติกาอย่างสมานฉันท์

สร้างสวัสดิการชุมชน มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการซึ่งได้ทุนสมทบจากกลุ่มต่างๆ ของชุมชนที่มีรายได้ เพื่อใช้ในการจัดสวัสดิการแก่สมาชิกชุมชน การรักษาความปลอดภัย ป้องกันยาเสพติด และบ่อนการพนัน กระทำโดยคนในชุมชนช่วยกันเฝ้าระวัง หนึ่งบ้านดูแลสองบ้าน ด้านชายและขวา ส่วนการดูแลผู้ต้องการเลิกยาเสพติดทั้งที่เป็นสมาชิกชุมชนเองหรือถูกส่งมาจากสถานบำบัดยาเสพติดนอกชุมชน เป็นการให้ผู้รับการฟื้นฟูเข้าอยู่ในครอบครัวและร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน

กลไกสภาผู้นำหมู่บ้านหนองกลางดงที่เอื้อให้สมาชิกมีส่วนร่วม ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาท้องถิ่นด้วยตนเอง เป็นการพัฒนาการเมืองภาคประชาชนนั้น ทำให้เกิดการแก้ปัญหาหรือพัฒนาชุมชนใน 3 ระดับคือ ระดับชุมชน ระดับท้องถิ่น และระดับนโยบาย

ในระดับชุมชน เกิดการปรับความคิด ปรับพฤติกรรมจากการทำตามคำสั่ง รอคอยความช่วยเหลือจากคนอื่น มาเป็น มีความรู้สึกมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมทำ คิดหา

ทางแก้ปัญหาจากตนเอง จากครอบครัว มองปัญหาชุมชนเสมือนปัญหาของครอบครัว เกิดการยอมรับกันและกันในชุมชน เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการหนุนเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และเป็นต้นแบบในการพัฒนาประชาธิปไตยชุมชน สร้างการเมืองสมานฉันท์

ในระดับท้องถิ่น มีการจัดความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชนแบบมีส่วนร่วม บทบาทการพัฒนาท้องถิ่นของแต่ละภาคส่วนชัดเจนขึ้น โดยมีนโยบายภาครัฐเป็นเครื่องมือในการพัฒนาตามยุทธศาสตร์หรือทิศทางที่ชุมชนกำหนด

ในระดับนโยบาย เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญ 2 ประการคือ สถาปนาเป็นกลไกการพัฒนาประชาธิปไตยชุมชนแบบสมานฉันท์ และเป็นกลไกในการกระจายอำนาจอย่างมีส่วนร่วมสู่ท้องถิ่น ซึ่งทั้งสองประการนี้เป็นหัวใจของการพัฒนาชุมชน รวมทั้งด้านสุขภาพ

น่าสังเกตว่า ชุมชนเข้มแข็งมักเป็นความเข้มแข็งด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก ตามมาด้วยความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ส่วนแผนงานด้านสุขภาพในภาษาของประชาชนมักแบ่งเป็นด้านสวัสดิภาพและสุขภาวะ ดังตัวอย่างแผนงานของหมู่บ้านหนองกลางดง (ตาราง 3.1)

ตาราง 3.1 แผนงานด้านสุขภาพของหมู่บ้านหนองกลางดง ตำบลศิลาลอย
กิ่งอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

แผนงาน	โครงการ	กิจกรรม
1. สวัสดิการ และสวัสดิภาพ ชุมชน	1.1 เฝ้าระวังยาเสพติด บ่อนการพนัน ลักขโมย	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างจิตสำนึก หาข่าว ป้องปราม
	1.2 จัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ● สงเคราะห์ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ● มอบทุนการศึกษา ทุนรักษาพยาบาล ● จัดทำประกันอุบัติเหตุให้สมาชิก ● กลุ่มออมทรัพย์
2. สุขภาวะ	2.1 ดูแลรักษาสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมกิจกรรมดูแลสุขภาพ
	2.2 การรักษาพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมการแพทย์แผนไทย ● ส่งเสริมการใช้สมุนไพร ● สวัสดิการการรักษาพยาบาล ● การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

ที่มา : สถาปนาหมู่บ้านหนองกลางดง. แผนชุมชน. 2551.

ส่วนการผลิตปุ๋ยน้ำจากขยะอินทรีย์เพื่อใช้ในการทำเกษตรอินทรีย์และเป็นการกำจัดขยะนั้นอยู่ในแผนงานลดต้นทุนการผลิต ทั้งนี้ไม่พบว่า มีแผนงานป้องกันและควบคุมโรค แม้ในข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนจะพบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นั่นคือ ชุมชนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรค เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านั้นเป็นผู้สูงอายุที่มีลูกหลานดูแลและเข้าถึงบริการรักษาที่โรงพยาบาล จึงเสมือนว่า ไม่มีปัญหา รวมถึงกรณีโรคไข้เลือดออกที่มีเด็กนักเรียนได้รับเชื้อมาจากโรงเรียนประถมศึกษาซึ่งอยู่ในหมู่บ้านอื่น เท่ากับอยู่นอกเขตความรับผิดชอบของหมู่บ้านหนองกลางดง ซึ่งหากไม่มีการติดตามว่ามีการจัดการแก้ปัญหาเด็กย่อมความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อมาอีก

การสนับสนุนชุมชนให้มีความเข้มแข็งในด้านสุขภาพ

วิธีหนึ่งในการสนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพคือ การให้ข้อมูลที่สำคัญย้อนกลับสู่ชุมชน ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่มาจาก ระบบเฝ้าระวัง การคัดกรอง หรือฐานข้อมูลการบริการ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า (input) ให้ชุมชน ผ่านการประชุมสภาผู้นำ (ระดับหมู่บ้าน) การประชุมอบต. (ระดับตำบล) และอาจผ่านการประชุมระดับอำเภอ แล้วแต่ความเหมาะสมของประเด็นปัญหาและสถานการณ์ ทั้งนี้ต้องเป็นข้อมูลที่มีการวิเคราะห์ให้เห็นปัญหาและเป็นปัญหาที่ชุมชนเป็นตัวหลักในการแก้ปัญหา หรือต้องการแรงสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งในที่สุด ชุมชน จะเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่าเป็นปัญหาของชุมชนหรือไม่ และมีลำดับความสำคัญมากน้อย ไม่ใช่เป็นการกำหนดจากภาครัฐว่า ชุมชนนี้มีปัญหาอะไรบ้าง

ในกรณีนี้ ทักษะของบุคลากรสาธารณสุขที่จำเป็นคือ ทักษะการบริหารจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำเสนอ (MIS: managing information system) ด้วยแนวทางการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนที่เข้มแข็งจะมีทักษะในการพิจารณา วิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญผ่านกระบวนการกลุ่มทั้งระดับผู้นำและชาวบ้าน หากข้อมูลมีการจัดลำดับชัดเจนแสดงให้เห็นว่า ขนาดหรือความรุนแรงมากน้อยต่างจากชุมชนอื่นอย่างไร ชุมชนย่อมให้ความสำคัญเพราะเป็นการพัฒนาหรือยกระดับคุณภาพหมู่บ้าน หลังจากชุมชนร่วมแรงร่วมใจจัดปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และปัญหายาเสพติดแล้ว สำหรับการประยุกต์พัฒนาเครื่องมือในการค้นหาปัญหา (ในกรณีที่สถานการณ์ยังไม่เป็นปัญหา



เด่นชัด) การเฟื่องฟู และในการสอบสวนโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ (ในกรณีที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด) ชุมชนที่เข้มแข็งจะเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวอย่างสอดคล้องกับวิถี/ ศักยภาพชุมชน ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีทักษะและความรู้ทางระบาดวิทยาสังคม ด้วยแนวทางการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

โดยทั่วไป ชุมชนมักต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐในด้านวิชาการความรู้ การจัดการ และงบประมาณ แต่เนื่องจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนที่มีพื้นที่ทำงานในระดับชุมชนมีจำนวนไม่น้อย จึงควรบูรณาการความช่วยเหลือดังกล่าวในลักษณะร่วมกันคิดและจัดทำแผนร่วมกับชุมชนตั้งแต่ต้นทาง แต่อาจดำเนินงานเฉพาะโครงการ หากไม่มีความเกี่ยวข้องกับโครงการหรือแผนงานอื่นๆ ในรูปแบบ “ร่วมกันคิด แยกกันทำ” ดังภาพ 3.2 สำหรับการสนับสนุนจากภาครัฐจะกล่าวถึงต่อไปในหัวข้อการสร้างเสริมสุขภาพในมุมมองของภาครัฐ

ภาพ 3.2 การปรับกระบวนการทัศน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ



ที่มา : คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. 2551.

การสนับสนุนครอบครัว

เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการเลี้ยงดู ดูแล และอบรมเด็กและเยาวชน เพื่อเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ แม้ในการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา จะส่งผลให้สัดส่วนประชากรเด็กลดลง แต่ด้วยความสำคัญของ “เด็กและเยาวชน” ไม่ว่าจะในมิติของการสืบตระกูลและความสัมพันธ์ของครอบครัว กำลังแรงงานรุ่นใหม่ หรือทรัพยากรมนุษย์ของประเทศและโลก ประเทศไทยจึงมีมาตรการสนับสนุนครอบครัวที่มีบุตร พัฒนาสถาบันครอบครัว และการสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ดังต่อไปนี้

ก. การสนับสนุนครอบครัวที่มีบุตร ของประเทศไทย ⁹

การส่งเสริมให้มีบุตรเป็นแนวทางหนึ่งในการยกระดับภาวะเจริญพันธุ์ให้คงอยู่ในระดับปัจจุบัน เพื่อรักษาปริมาณและคุณภาพของประชากรในอนาคต อันประกอบด้วย มาตรการทางการคลัง มาตรการด้านการคุ้มครองทางสังคม และมาตรการลาคลอดและเลี้ยงดูบุตร เป็นการจูงใจให้มีและสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรขั้นพื้นฐาน ดังนี้

1. มาตรการทางการคลัง สามารถลดหย่อนภาษีเงินได้สำหรับบุคคลธรรมดาแก่ผู้มีบุตร ดังนี้

1.1 การหักลดหย่อนบุตรชอบด้วยกฎหมายหรือบุตรบุญธรรมของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบุตรชอบด้วยกฎหมายของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้ ตามเงื่อนไข บุตรที่เกิดก่อนหรือใน พ.ศ. 2522 หรือที่ได้รับเป็นบุตรบุญธรรมก่อน พ.ศ. 2522 คนละ 15,000 บาท บุตรที่เกิดหลัง พ.ศ. 2522 หรือที่ได้รับเป็นบุตรบุญธรรมในหรือหลัง พ.ศ. 2522 คนละ 15,000 บาท แต่รวมกันต้องไม่เกิน 3 คน การนับจำนวนบุตรให้นับเฉพาะบุตรที่มีชีวิตอยู่ตามลำดับอายุสูงสุดของบุตร โดยให้นับรวมบุตรที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการหักลดหย่อนด้วย

1.2 การหักลดหย่อนบุตรที่อยู่ในสถานศึกษาในประเทศ ได้เฉพาะบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือมีอายุไม่เกิน 25 ปี และยังคงศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยหรือชั้นอุดมศึกษาให้ลดหย่อนได้คนละ 17,000 บาท

1.3 การหักค่าลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูบุตร คู่สมรส บิดา มารดา บุตรชอบด้วยกฎหมายหรือบุตรบุญธรรมของผู้มีเงินได้หรือคู่สมรส ที่เป็นคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือ

ตนเองได้และมีบัตรประจำตัวคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 โดยให้หักได้ 30,000 บาทต่อผู้พิการ ตั้งแต่ปีภาษี 2551¹⁰

2. มาตรการด้านการคุ้มครองทางสังคม ด้วยโครงข่ายคุ้มครองทางสังคมช่วยเหลือครอบครัวที่มีบุตร โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

2.1 กองทุนประกันสังคม ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2537 และ 2542)* ได้แก่ ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร และประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร โดยผู้ประกันตนแต่ละคนมีสิทธิได้รับค่าคลอดสำหรับการคลอดบุตรไม่เกินสองครั้งรวมทั้งได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีที่หยุดงานเพื่อคลอดบุตร และยังมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์บุตรสำหรับบุตรที่มีอายุระหว่าง 0-6 ปี ได้คราวละไม่เกิน 2 คน เป็นจำนวน 350 บาทต่อบุตร 1 คน

2.2 สวัสดิการข้าราชการและลูกจ้างรัฐบาลที่มีบุตร มี 4 รูปแบบคือ การลาคลอด และเลี้ยงดูบุตร เงินสวัสดิการช่วยเหลือและการศึกษาของบุตร และสวัสดิการรักษาพยาบาล

2.3 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** เป็นสวัสดิการด้านการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยคุ้มครองเด็กทุกคน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ไม่ว่าบิดามารดามีสิทธิสวัสดิการใดๆ)

2.4 การประชาสงเคราะห์ เป็นการช่วยเหลือด้านสวัสดิการด้านต่างๆ แก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ด้อยโอกาส (ตาราง 3.2)

* มีกลุ่มเป้าหมายคือลูกจ้างเอกชนอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี ไม่เกิน 60 ปีที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป คุ้มครองลูกจ้างด้านการเจ็บป่วย ทูพพลภาพ คลอดบุตร เสียชีวิต ชราภาพ สงเคราะห์บุตรและการว่างงาน โดยผู้ประกันตน นายจ้างและรัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามอัตราดังนี้ กรณีเจ็บป่วย ทูพพลภาพ คลอดบุตร และเสียชีวิต สมทบฝ่ายละร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง กรณีชราภาพและสงเคราะห์บุตร ผู้ประกันตนและนายจ้างสมทบร้อยละ 3.0 รัฐบาลสมทบร้อยละ 1.0 และกฎกระทรวงฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2538) ได้บัญญัติข้อกำหนดเกี่ยวกับค่าจ้างไว้ว่า อัตราค่าจ้างสูงสุดและต่ำสุดที่แต่ละฝ่ายต้องจ่ายสมทบคือ 15,000 บาท และ 1,650 บาทต่อเดือน สำหรับผู้ที่ไม่ใช่ลูกจ้างในสถานประกอบการแต่ต้องการเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (มาตรา 40) จะได้รับความคุ้มครอง 3 กรณี คือ คลอดบุตร ทูพพลภาพ และเสียชีวิต ซึ่งต้องจ่ายสมทบปีละ 3,360 บาท

** เฉพาะผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวบัตรประชาชน 13 หลัก และไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้



นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือด้านอื่นๆอีก เช่น กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชน การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกและครอบครัวโดยองค์การทหารผ่านศึก

3. มาตรการลาคลอดและเลี้ยงดูบุตร ปัจจุบันกฎหมายแรงงานกำหนดให้ลูกจ้างสตรีสามารถลาคลอดได้ไม่เกิน 90 วัน สำหรับลูกจ้างที่เป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคม การลาดังกล่าวสามารถรับเงินชดเชยระหว่างการลา โดยที่นายจ้างและกองทุนประกันสังคมเป็นผู้รับภาระคนละครึ่ง สำหรับข้าราชการและลูกจ้างประจำลาคลอดได้ไม่เกิน 90 วัน โดยมีสิทธิได้รับเงินเดือนและสามารถลาต่อเนื่องได้ถึง 150 วันทำการ โดยไม่มีสิทธิรับเงินเดือน

สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการมีบุตรของโครงการประกันสังคม สรุปได้ดังตาราง 3.3 ของกลุ่มข้าราชการและลูกจ้างประจำเป็นดังตาราง 3.4

ตาราง 3.2 การประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ด้อยโอกาส

กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการช่วยเหลือ
เด็กแรกเกิด - 18 ปีในครอบครัวยากจน เด็กถูกทอดทิ้ง เวิร์ดนอน ขอดทาน กำพริ้ว ถูกใช้แรงงานหรือถูกกระทำทารุณ	- เงิน 1,000 บาทต่อเด็ก 1 คนในครอบครัว (ไม่เกิน 3 คน) - การช่วยเหลือสิ่งของ (เช่น เครื่องอุปโภคบริโภค แป้ง นม อุปกรณ์การศึกษา)
เด็กพิการตั้งแต่แรกเกิด -18 ปี ในครอบครัวเดือดร้อน	- เงินช่วยเหลือเป็นค่าครองชีพครั้งละไม่เกิน 1,000 บาท - อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

ตาราง 3.3 สิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคมเกี่ยวกับการมีบุตร

สิทธิประโยชน์	รายละเอียด
กรณีการคลอดบุตร (ต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 7 เดือน ก่อนเดือนที่คลอดบุตร)	- เข้ารับบริการทำคลอดที่สถานพยาบาลใดก็ได้ - เหมายจ่าย ค่าบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตรให้แก่ ผู้ประกันตนในอัตรา 12,000 บาทต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง
เงินสงเคราะห์การหยุดงาน เพื่อการคลอดบุตร ไม่เกิน 2 ครั้ง	- เป็นการเหมายจ่ายในอัตราครั้งละร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย 90 วัน ตามมาตรา 57 (แม้จะกลับเข้าทำงานก่อน 90 วัน ก็ตาม)
กรณีสงเคราะห์บุตร (ต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 12 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน) คราวละไม่เกิน 2 คน	- เหมายจ่ายเดือนละ 350 บาทต่อบุตรหนึ่งคนโดยชอบด้วย กฎหมาย ซึ่งมีอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ (บุตรโดยชอบด้วย กฎหมายดังกล่าวไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยก ให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น) เว้นแต่ผู้ประกันตน เป็นผู้ทุพพลภาพหรือถึงแก่ความตาย ในขณะที่บุตรมีอายุ ไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ จะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนต่อจน อายุ 6 ปีบริบูรณ์

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม. 2551¹¹

ตาราง 3.4 สิทธิประโยชน์ของข้าราชการและลูกจ้างประจำเกี่ยวกับการมีบุตร

สิทธิประโยชน์	รายละเอียด
สิทธิการลาคลอดบุตร	ลาคลอดได้ไม่เกิน 90 วัน โดยมีสิทธิได้รับเงินเดือน และลาเลี้ยงดูบุตรต่อเนื่องจากการลาคลอดบุตรได้อีก 150 วัน ทำการ โดยไม่มีสิทธิรับเงินเดือน
เงินสวัสดิการช่วยเหลือบุตร เฉพาะข้าราชการลูกจ้างประจำ ที่เข้ารับราชการก่อน 1 เมษายน 2535	จำนวน 50 บาทต่อคนต่อเดือน จนบุตรอายุ 18 ปีบริบูรณ์ ไม่เกิน 3 คน
เงินสวัสดิการการศึกษาของบุตร	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับอนุบาลหรือเทียบเท่า ปีละไม่เกิน 4,650 บาท - ระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ปีละไม่เกิน 3,200 บาท - ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่าปีละไม่เกิน 3,900 บาท - ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/หรือหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) หรือเทียบเท่า ปีละไม่เกิน 3,900 บาท - ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปีละไม่เกิน 11,000 บาท - ระดับปริญญาตรี สถานศึกษาของทางราชการ ให้เบิกจ่ายได้เต็มจำนวนเงินที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินปีละ 20,000 บาท และสถานศึกษาของเอกชน ให้เบิกจ่ายได้ครึ่งหนึ่งของจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินปีละ 20,000 บาท
เงินสวัสดิการรักษาพยาบาล สำหรับบุตรไม่เกิน 3 คน	ครอบคลุมข้าราชการลูกจ้าง ผู้รับบำนาญ บิดา/มารดา/คู่สมรส/บุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือเป็นคนไร้ความสามารถ

ที่มา : 1. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 2551¹²

2. กระทรวงการคลัง 2551¹³

ข. การพัฒนาสถาบันครอบครัว⁹

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556 แบบบูรณาการของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้รับการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2547 โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว

เพื่อให้ครอบครัว มีชีวิตที่เป็นสุข ปราศจากความรุนแรงสามารถพึ่งพาตนเองได้ และเลี้ยงลูกให้มีความสุข ตลอดจนเป็นพลังสร้างสังคมที่มีคุณภาพประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ คือ

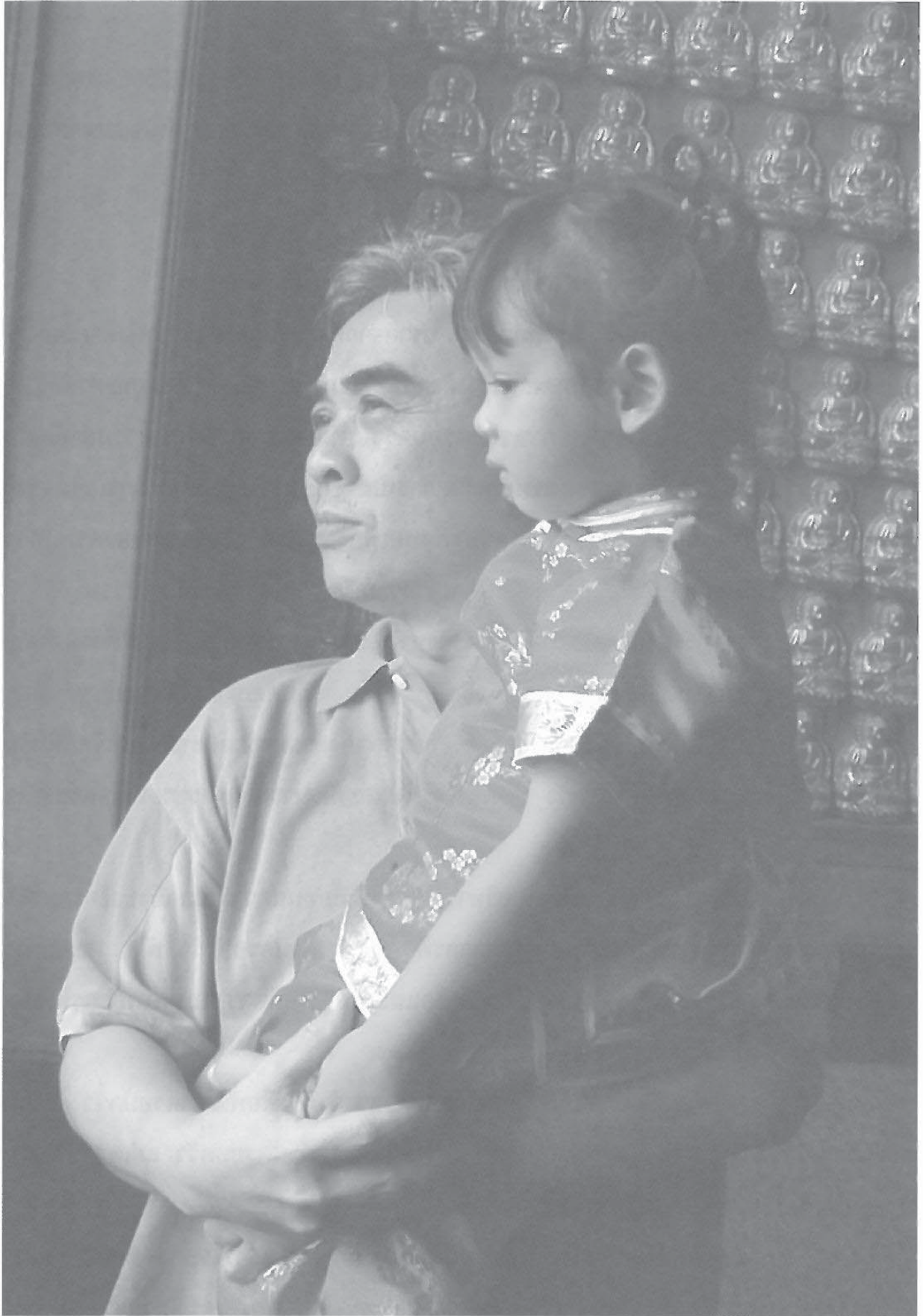
1.1 การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของครอบครัวสู่การเป็นครอบครัวที่เข้มแข็ง การเสริมสร้างศักยภาพเศรษฐกิจครอบครัวบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง การสร้างสุขภาพของครอบครัว และการเสริมสร้างครอบครัวมีสำนึกและรักษาค่านิยมความเป็นไทยโดยชุมชนมีส่วนร่วม

1.2 การสร้างหลักประกันคุ้มครองทางสังคมของครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนา การบังคับใช้กฎหมาย กฎและระเบียบ การส่งเสริมพัฒนาภาคี การป้องกันและลดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้มีภูมิคุ้มกัน และลดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาระบบการช่วยเหลือและแก้ไขครอบครัวที่มีปัญหา

1.3 การสร้างระบบกลไกบริหารจัดการให้เกื้อหนุนความเข้มแข็งของครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านครอบครัว พัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กรด้านครอบครัว ส่งเสริมสื่อและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการพัฒนาครอบครัวรวมทั้งส่งเสริมการวิจัย

1.4 การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายทางสังคมเพื่อพัฒนาครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านครอบครัว แก่เครือข่ายทางสังคมและพัฒนาระบบการบริหารจัดการเครือข่าย

2. แผนปฏิบัติการส่งเสริมสถาบันครอบครัว พ.ศ.2547-2556 ซึ่งมีเป้าหมายเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวให้เข้มแข็ง โดยส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วมใน การ



พัฒนาสถาบันครอบครัวไทยอย่างเป็นเอกภาพ ด้วยการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 54 แห่ง ร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ (เป็นหน่วยงานภาครัฐ 55 แห่งและเอกชน 9 แห่ง) และมีการจัดทำแผนงานโครงการเช่น โครงการครอบครัวเข้มแข็ง ครอบครัวพอเพียง การแก้ไข ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ การส่งเสริมองค์การด้านครอบครัวให้มีการทำงานอย่างเป็นเครือข่าย และรณรงค์วันอาทิตย์เป็นวันครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยพลังร่วมที่เข้มแข็ง และมีกลไกการติดตามการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

ค. การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว⁹

การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาสถาบันครอบครัว ซึ่งในปัจจุบันมีหน่วยงานต่างๆที่ส่งเสริมและสนับสนุนหลายหน่วยงานด้วยกัน ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1. ส่งเสริมพื้นที่สาธารณะเพื่อใช้ในการทำกิจกรรมระหว่างครอบครัวร่วมกัน โดย กรุงเทพมหานคร เทศบาล อบต.มีการปรับปรุงพื้นที่สาธารณะให้เป็นพื้นที่ที่มีประโยชน์ สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้และทำกิจกรรมของครอบครัว เช่นสนามกีฬา สนามออกกำลังกาย สวนสาธารณะ ห้องสมุด เป็นต้น

2. จัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในรูปแบบ การท่องเที่ยวในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ หรือจัดกิจกรรมในวันหยุดนักขัตฤกษ์ เช่น เวียนเทียน ในวันวิสาขบูชา การรดน้ำขอพรผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ หรือจัดกิจกรรมในวันหยุดพิเศษเช่น วันแม่ วันพ่อ วันครอบครัว

อย่างไรก็ตาม ครอบครัวไม่สามารถอยู่ได้โดยลำพังในชุมชน/สังคม จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์/เชื่อมโยง/ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวอื่นและหรือสถาบันอื่นๆ ในสังคม รวมทั้งรับการสนับสนุนเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในด้านต่างๆ ทั้งในด้านกายภาพ จิตใจอารมณ์ และสังคม ในด้านการงานอาชีพ ด้านสังคมวัฒนธรรม ดังจะกล่าวต่อไป ในหัวข้อมาตรการหลักในการสร้างเสริมสุขภาพฐานชุมชน

มาตรการหลักในการสร้างเสริมสุขภาพฐานชุมชน

มาตรการหลักในการสร้างเสริมสุขภาพจะมี 4 ประการได้แก่

1) การพึ่งตนเองของชุมชน โดยมีแผนชุมชนเป็นเครื่องมือสำคัญ และสมาชิกมีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมตัดสินใจ และร่วมดำเนินการ

2) การศึกษา/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อการคิด วิเคราะห์ รับรู้ข้อมูลข่าวสารให้รู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง พัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง ศักยภาพและทักษะชีวิตในด้านต่างๆ อาจเป็นการศึกษาในระบบสำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชน และเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกระบวนการทำงานและดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ใหญ่

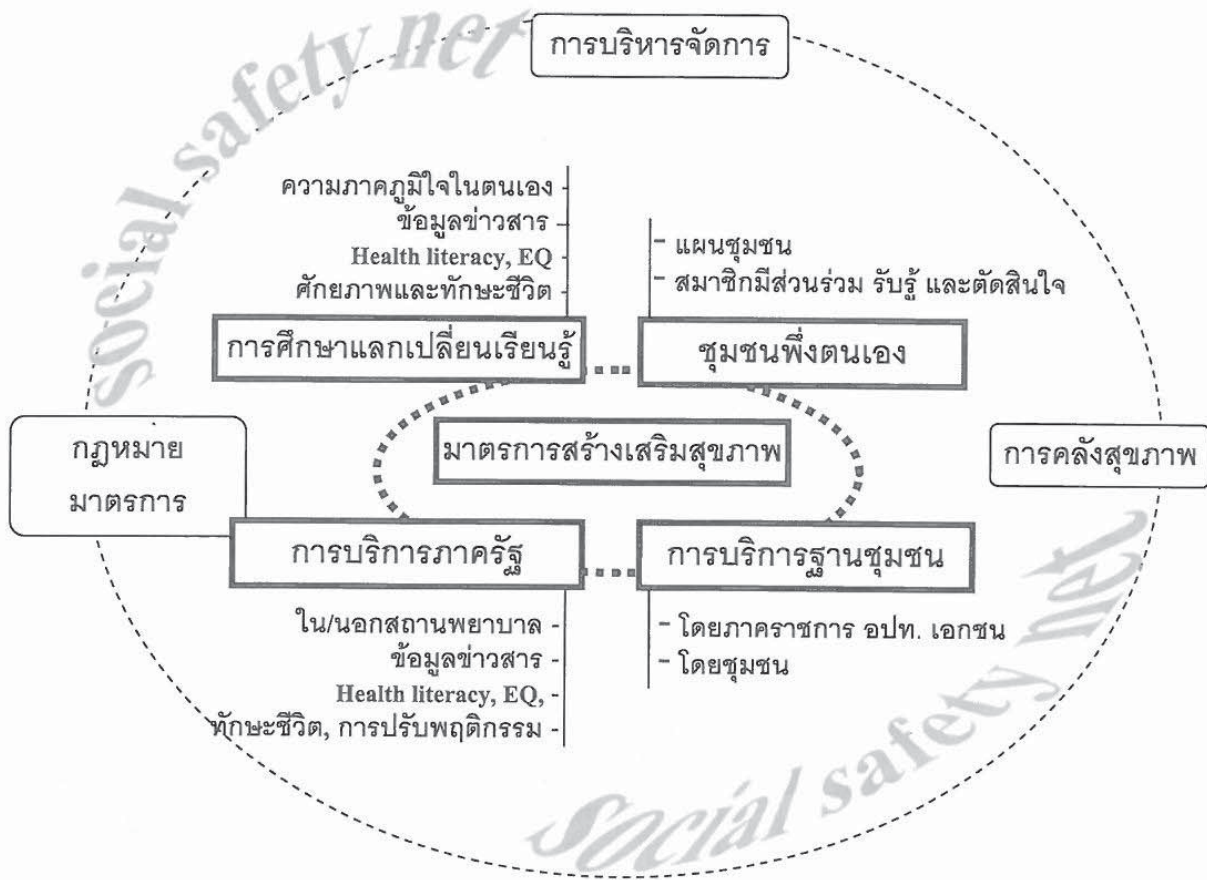
3) การบริการภาครัฐ อาจเป็นบริการในหรือนอกสถานพยาบาล เน้นการปรับปรุงพฤติกรรมระดับบุคคล ซึ่งบุคคลมักมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติ ทำให้ไม่ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

4) การบริการฐานชุมชน เป็นบริการที่มีชุมชนโดยสมาชิกชุมชนเป็นศูนย์กลาง อาจจัดโดยภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน หรือเป็นบริการโดยชุมชนเอง

ส่วนมาตรการสนับสนุน ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการ* ด้วยกลไกบริหารจัดการระดับชุมชน และกลไกสนับสนุน/ประสานจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 2) กฎหมาย/มาตรฐาน 3) การคลังสุขภาพ ดังภาพ 3.3

* การบริหารจัดการที่ดีมีหลักการคือ 1) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (public participation) 2) การมีกระบวนการทำงานที่โปร่งใส (transparency) 3) ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ (accountability) 4) ความชอบธรรมในการใช้อำนาจ (political legitimacy) การบริหารจัดการที่ดีมีหลักการคือ 1) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (public participation) 2) การมีกระบวนการทำงานที่โปร่งใส (transparency) 3) ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ (accountability) 4) ความชอบธรรมในการใช้อำนาจ (political legitimacy)

ภาพ 3.3 มาตรการหลักและมาตรการสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพฐานชุมชน



ที่มา : คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. 2551.

มาตรการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน ครอบครัว สถานศึกษา สถานประกอบการ และระดับประเทศ สรุปได้ดังตาราง 3.5

ตาราง 3.5 มาตรการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามระดับการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย	หลักการ	กลไกการศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้	บริการฐานชุมชน	กลไกการทำงานระดับชุมชน และกลไกสนับสนุน/ประสาน
1. ระดับ ชุมชน (ตาม พื้นที่) ● ชนบท ● เมือง	1. ชุมชน ปลอดภัย 2. ที่ทำงาน น่าอยู่ 3. อนุรักษ์ ทรัพยากร ธรรมชาติ/ สิ่งแวดล้อม	1. การดำรงชีวิต/ ประกอบอาชีพ/ การทำงาน มีสำนึก สาธารณะ เพื่อ ความปลอดภัยของ ผู้ทำงานเองและ ชุมชนสังคม - การเกษตรอินทรีย์ - การผลิตสินค้าและ บริการที่รับผิดชอบต่อ ผู้บริโภค สังคม และสิ่งแวดล้อม 2. การจัดทำศูนย์ ข้อมูลชุมชน เข้มแข็งในด้าน ต่างๆ ในระดับ จังหวัด	ชุมชนที่มีการจัดการ วิสาหกิจชุมชน สถานประกอบการ และอุตสาหกรรมได้ดี เป็นแหล่งเรียนรู้ (ปัจจุบันมีศูนย์เรียนรู้ ชุมชนเข้มแข็ง)	1. บูรณาการความคิดและความร่วมมือระดับ พื้นที่: อปท. ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง (กระทรวง สาธารณสุข พัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มหาดไทย คลัง อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม กรรมการชุมชน สมาพันธ์/สมาคม/ชมรม อาชีพ ผู้ประกอบการ นักวิชาการ และกลุ่ม ผู้บริโภค 2. มีตัวแทนอาชีพและกลุ่มต่างๆ ของชุมชนอยู่ใน โครงสร้างกรรมการระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด: เพื่อให้เกิดเครือข่ายอาชีพ เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ สตรี/แม่บ้าน 2.1 เป็นกลไกสะท้อนปัญหา/ความต้องการ ของแต่ละกลุ่มย่อยในสังคม 2.2 ร่วมให้ความเห็นชอบต่อกิจกรรม กิจการ การผลิต การประกอบการที่จะเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแล้วในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด 3. KM ผ่านช่องทางสื่อสารอื่นๆ เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม ยกย่องที่จัดการวิสาหกิจชุมชนและ สถานประกอบการได้ดี 4. ส่งเสริมยกย่องวิสาหกิจชุมชนและสถาน ประกอบการที่มีสำนึกสาธารณะ (Corporate Social Responsibility) 5. มีกลไกการรับฟังความเห็นจากตัวแทนชุมชน ที่จะเข้ามาประกอบการในชุมชน
2. ระดับ ครอบครัว (Family Level)	1. ชุมชน ปลอดภัย 2. ชุมชน/สังคม	1. Skill พ่อแม่ - การดูแลครรภ์ - การเลี้ยงดูเด็ก	- ANC, WBC, EPI - บริการในศูนย์เด็ก/ ร.ร.	1. บูรณาการความคิดและความร่วมมือ (อาจ รวมถึงงบประมาณ)ระหว่างชุมชน อปท. หน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ผ่านแผนยุทธศาสตร์

ตาราง 3.5 มาตรการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามระดับการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย	หลักการ	กลไกการศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้	บริการฐานชุมชน	กลไกการทำงานระดับชุมชน และกลไกสนับสนุน/ประสาน
<ul style="list-style-type: none"> • หญิงมีครรภ์ • เด็กเล็ก • เด็กวัยเรียน • วัยรุ่น 	<p>สนับสนุนให้ครอบครัวเข้มแข็ง</p> <p>3. ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน</p>	<p>โภชนาการ เน้นนมแม่ถึง 6 เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก - อนามัยทั่วไป - ความปลอดภัยใน/นอกบ้าน - รับฟัง ส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ - การบริโภคอาหาร - อนามัยทั่วไป - sexuality, -gender equality <p>2. Skill เด็กและเยาวชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมในชีวิตประจำวันในบ้าน ร.ร. และชุมชน - การปรับตัวที่ ร.ร./การเรียน - การปกป้องตัวเองจากอุบัติเหตุ - อบายมุข การถูกล่วงละเมิดทางเพศ - sexuality - gender equality <p>3. EQ เด็กและเยาวชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความภาคภูมิใจ 	<p>EQ, IQ พัฒนาการ และสุขภาพตามวัย (ค่ายทักษะชีวิต ค่ายวิชาการ ทักษะ-ศึกษา การแข่งขัน กีฬา การประกวดที่ใช้ทักษะความสามารถพิเศษต่าง ๆ)</p>	<p>เด็ก/ผู้สูงอายุ แผนชุมชน ฯ</p> <p>2. ชุมชนและภาครัฐทุกระดับสนับสนุนการรวมตัวของกลุ่มเด็กและเยาวชน และสนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมตามความสนใจ กีฬา หรือกิจกรรมสร้างสรรค์</p> <p>3. สนับสนุนและเปิดโอกาสให้กลุ่มเด็กและเยาวชนมีบทบาทในกิจกรรมระดับชุมชน ท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด</p>

ตาราง 3.5 มาตรการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามระดับการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย	หลักการ	กลไกการศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้	บริการฐานชุมชน	กลไกการทำงานระดับชุมชน และกลไกสนับสนุน/ประสาน
<ul style="list-style-type: none"> ● วัยทำงาน ● วัยสูงอายุ 		<p>ในตนเอง รักตัวเอง/รักครอบครัว/ชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำกิจกรรม/ฝึกทักษะการทำงานร่วมกับผู้ใหญ่ - หลีกเลี่ยงยาเสพติด <p>4. ความรู้และ Skill ผู้ใหญ่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริโภคอาหาร - สุขภาพอนามัยทั่วไป - sexuality - gender equality - การปกป้องตัวเองจากการถูกละเมิดทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อุบัติเหตุ อนามัย <p>5. EQ ผู้ใหญ่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การปรับตัวในที่ทำงาน - การเลือกคบเพื่อน - การจัดการกับปัญหา - การบำบัดความเครียด 		

ตาราง 3.5 มาตรการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามระดับการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย	หลักการ	กลไกการศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้	บริการฐานชุมชน	กลไกการทำงานระดับชุมชน และกลไกสนับสนุน/ประสาน
3. ระดับ สถาน ศึกษา	ครอบครัวและ ชุมชนมีส่วน ร่วมในการดูแล และสนับสนุน สถานศึกษา	<p>1. Skill เด็กและ เยาวชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมในชีวิตประจำวันในบ้าน ร.ร. และชุมชน - การปรับตัวที่ ร.ร. / การเรียน - การปกป้องตัวเองจากอุบัติเหตุ อบายมุข การถูกล่วงละเมิดทางเพศ - sexuality - gender equality <p>2. EQ เด็กและ เยาวชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความภาคภูมิใจในตนเอง รักตัวเอง/รักครอบครัว/ชุมชน - ทำกิจกรรม/ฝึกทักษะการทำงานร่วมกับผู้ใหญ่ - หลีกเลี่ยงยาเสพติด 		<p>1. สนับสนุนการรวมตัวของกลุ่มเด็กและเยาวชน ในการทำกิจกรรมตามความสนใจ กีฬา หรือกิจกรรมสร้างสรรค์ของกลุ่มเด็กและเยาวชน</p> <p>2. สนับสนุนและเปิดโอกาสให้กลุ่มเด็กและเยาวชนมีบทบาทในกิจกรรมของสถานศึกษา</p>

ตาราง 3.5 มาตรการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามระดับการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย	หลักการ	กลไกการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้	บริการฐานชุมชน	กลไกการทำงานระดับชุมชนและกลไกสนับสนุน/ประสาน
4. ระดับสถานประกอบการ	ชุมชน รัฐ และสังคม พึ่งกำกับดูแลให้ - สถานประกอบการ/ที่ทำงาน นำอยู่ - สถานประกอบการ/ที่ทำงาน/กิจกรรมต่างๆ เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ชุมชนและผู้บริหาร	1. สร้างสำนึกสาธารณะและมีความรับผิดชอบต่อเพื่อนมนุษย์ พนักงาน/ลูกจ้าง สังคมและสิ่งแวดล้อม 2. ดำเนินกิจกรรมต่างๆ และผลิตสินค้าและบริการอย่างรับผิดชอบต่อสังคมและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม	วิสาหกิจชุมชนและสถานประกอบการที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมเป็นแหล่งเรียนรู้	1. บูรณาการความคิดและความร่วมมือระดับพื้นที่: อปท. ชุมชน (สมาพันธ์ ชมรม) ผู้ประกอบการ นักวิชาการ และผู้บริหาร 2. KM ผ่านช่องทางสื่อสารอื่นๆ เพื่อสนับสนุนส่งเสริม วิสาหกิจชุมชนและสถานประกอบการที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม 3. มีกลไกการรับฟังความเห็นจากตัวแทนชุมชนและครอบครัวในการดำเนินการสถานบริการ/ประกอบการที่เกี่ยวข้องกับเด็กเยาวชน และชุมชน
5. ระดับประเทศ (เป็นการสร้างกระแสและอุดมการณ์ของสังคม)	ภาครัฐและเอกชนส่งเสริมสนับสนุน ด้านวิชาการและงบประมาณในการพัฒนา ความเข้มแข็งของชุมชนด้านชีวิตความเป็นอยู่ และด้านสุขภาพ	ภาครัฐและเอกชนส่งเสริมสนับสนุนแนวคิดและอุดมการณ์ - เงินทองเป็นของมายา - อยู่ดีมีสุข - อยู่เย็นเป็นสุข - การพึ่งตนเอง ชีวิตพอเพียง - สุขภาพดีไม่มีขาย - มนุษย์มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง	-	1. บูรณาการความคิด: ภาครัฐ เอกชน และประชาชนเพื่อ - ปรับทัศนคติของผู้นคนในการดำรงชีวิตและประกอบอาชีพ ลดการพึ่งพาแพทย์หรือบริการที่ไม่จำเป็น - พัฒนานโยบาย/มาตรการที่สอดคล้องและสนับสนุนสุขภาวะของสังคมไทย 2. บังคับใช้กฎหมายหรือพิทักษ์สิทธิชุมชน/บุคคล ด้วยพลังชุมชน/ พลังผู้บริหาร/พลังประชาชน

ที่มา : คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. 2551.

การสร้างเสริมสุขภาพในมุมมองของภาครัฐ

ในปัจจุบัน กฎบัตรออตตาวา (The Ottawa Charter for Health Promotion)¹⁴ เป็นแม่แบบของการดำเนินงานของภาครัฐในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีแนวคิดที่ ๖ ปัจจัยพื้นฐานและทรัพยากรในการมีสุขภาพดีได้แก่ ความสงบสุข ที่พักอาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่เสถียร ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความยุติธรรมในสังคมและความเป็นธรรม โดยมี **ยุทธศาสตร์** ในการสร้างเสริมสุขภาพคือ ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาให้ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยา เอื้อต่อสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพดีเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และบุคคล อีกทั้งยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต (Advocacy), การสร้างเสริมสุขภาพเน้นที่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยการลดความแตกต่างของสถานะสุขภาพ และมีความเท่าเทียมในโอกาสและการเข้าถึงทรัพยากร รวมทั้งการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะชีวิต และโอกาสในการตัดสินใจเลือกด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถบรรลุศักยภาพด้านสุขภาพได้อย่างเต็มที่ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของตน ไม่ว่าจะ เป็นชาย หญิง หรือมีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจใดๆ (Enable) และเนื่องจากเรื่องสุขภาพไม่สามารถบรรลุได้จากการทำงานของภาคสาธารณสุขโดยลำพัง จำเป็นต้องเกิดจากการตระหนักถึงความสำคัญร่วมกันของสังคม ทำงานร่วมกันประสานกันทุกภาคส่วน รัฐ/เอกชน ภาคสังคม/เศรษฐกิจ ส่วนกลาง/ภูมิภาค/ท้องถิ่น ภาคการผลิต/บริการ /สื่อสารมวลชน ครอบคลุมระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยวิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทเป็นตัวกลางเชื่อมประสานกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ในสังคม ทั้งนี้โครงการต่างๆ ควรปรับให้ตรงความจำเป็นของพื้นที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ (Mediate)

กลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา

กลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา สามารถเชื่อมต่อกับมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพฐานชุมชน (ภาพ 3.3) เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีความเข้มแข็งพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ และหากจำเป็นก็ได้รับบริการอย่างเหมาะสมทันที่จากภาครัฐหรือเอกชน ซึ่งมี 5 ประการดังนี้

1. การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะหมายถึง กฎหมาย มาตรการ การจัดเก็บภาษี และการเปลี่ยนแปลงองค์กร ที่ก่อให้เกิดผลดีในด้านสุขภาพ รายได้ และความเป็นธรรมในสังคม โดยมุ่งให้ระดับนโยบายในทุกภาคส่วนทุกระดับตระหนักและคำนึงถึงผลตามมาในด้านสุขภาพจากการตัดสินใจนั้นๆ รวมถึงการขจัดอุปสรรคในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อให้สังคมมีสินค้าและบริการที่ปลอดภัย เป็นมิตร และเอื้อต่อสุขภาพของผู้ผลิต ผู้บริโภค และสิ่งแวดล้อม

2. พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เนื่องจากสังคมมีความซับซ้อนและมีความสัมพันธ์กันและต่างมีเป้าประสงค์ และไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสภาพแวดล้อม ไม่ว่าจะบริบททางสังคมวัฒนธรรมหรือสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การส่งเสริมวิถีชีวิต (การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน และการพักผ่อน) ที่เอื้อต่อสุขภาพ และการดูแลทำนุบำรุงอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จึงเป็นกลวิธีสำคัญอย่างหนึ่งของการสร้างสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมจากธรรมชาติหรือจากนโยบายต่างๆ ของภาครัฐหรือเอกชน

3. สร้างความเข้มแข็งของชุมชน ชุมชนอาจเป็นการรวมกลุ่มตามพื้นที่หรือตามความสนใจ การสนับสนุนเริ่มจากสนับสนุนให้มีการรวมตัวและพัฒนากระบวนการตัดสินใจตั้งแต่การลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดกลวิธี และดำเนินการ โดยกระบวนการกลุ่ม เพื่อยกระดับสถานะสุขภาพของสมาชิกชุมชนอย่างมีพลัง เงื่อนไขจำเป็นของชุมชนเข้มแข็งคือ ภาวะผู้นำชุมชน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และการพัฒนาโอกาสและศักยภาพด้านสุขภาพ รวมทั้งงบประมาณซึ่งอาจเป็นการสนับสนุนจากภาครัฐหรือเอกชนหรือของชุมชนเอง

4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกทักษะชีวิต เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลและสังคมให้มีอำนาจตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมต่อสุขภาพตนเองซึ่งอาจเป็นผู้มีสุขภาพดี เป็นโรคอยู่ ได้รับบาดเจ็บ หรือมีภาวะโรคเรื้อรัง กระบวนการดังกล่าวอาจดำเนินการนอกสถานพยาบาล เช่น โรงเรียน บ้าน สถานที่ทำงาน ชุมชน โดยครู อาสาสมัคร บุคลากรสาธารณสุข หรือวิชาชีพ ต่างจากการให้สุขศึกษาแบบเดิมๆ ที่ไม่ได้คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงศักยภาพด้านสุขภาพ

5. ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการต้องมุ่งการสร้างเสริมสุขภาพ แทนการเน้นรักษาโรค โดยทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เนื่องจากสุขภาพเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันของบุคคล ชุมชน วิชาชีพ สถานพยาบาล และภาครัฐ เพื่อสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีการใช้ชีวิตและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการวิจัย การปรับหลักสูตรการศึกษาและการอบรม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนเจตคติและการจัดองค์การบริการแบบเป็นองค์รวม

เมื่อผนวกแนวคิดและมุมมองจากด้านประชาชนและภาครัฐ สามารถสรุป หลักการ เป้าหมาย และมาตรการ ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ชุมชนเข้มแข็ง ได้ดังนี้

การสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ชุมชนเข้มแข็ง

หลักการ

- สุขภาพเป็นสิทธิและหน้าที่ของบุคคล
- บุคคลมีสิทธิที่จะอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- สุขภาวะของชุมชนและสังคมเป็นหน้าที่ของสมาชิกที่จะร่วมกันสร้าง เพื่อให้มีวิถีชีวิต (กิจวัตรประจำวัน การงาน และความเป็นอยู่ : every day healthy practices) ที่เอื้อต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งรวมถึงอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ อันสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม และศาสนา บนพื้นฐานชุมชนเข้มแข็งภายใต้แนวคิด “เศรษฐกิจพอเพียง”

- ชุมชนเข้มแข็งเป็นยุทธศาสตร์หลักของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ

เป้าหมาย

- สร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยดำเนินการอย่างเชื่อมโยงทั้ง 5 ด้านคือ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชน 2) การมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของชุมชนภายใต้แนวคิด “เศรษฐกิจพอเพียง” 3) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 4) การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

- สนับสนุนชุมชนให้มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพ

มาตรการ

1. ทุกภาคส่วนควรร่วมขับเคลื่อนสังคมไทยจาก “บริโศคนิยม” มาเป็น “เศรษฐกิจพอเพียง”
2. ภาครัฐต้องส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคคลและครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตและการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการจัดหาพื้นที่และพัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรม ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น อย่างเท่าทันการเปลี่ยนแปลง
3. ทุกภาคส่วนควรส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบสังคม รวมทั้งการดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและปัญญา
4. ภาครัฐและภาคีด้านสุขภาพพึงส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาภาวะผู้นำชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชนและเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง และครอบครัวอบอุ่น
5. ภาครัฐต้องส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนและบุคคลในการดูแลและปกป้องทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
6. ภาครัฐ เอกชน และชุมชนพึงมีมาตรการทางการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้พิการ อย่างมีประสิทธิภาพ
7. ภาครัฐต้องจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนตามสิทธิ โดยปราศจากอคติทางชาติพันธุ์ ศาสนา เศรษฐฐานะ เพศ หรือถิ่นที่อยู่
8. ภาครัฐและเอกชนพึงมีนโยบาย/แผนงาน/แผน/มาตรการ/กิจกรรม ที่ส่งเสริมสนับสนุนและจัดการพฤติกรรม ปัจจัย และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
9. ภาครัฐพึงสนับสนุนการสร้างและการจัดการความรู้ เทคโนโลยี ทุน และการตลาด แก่การเกษตรอินทรีย์และการผลิตสินค้าและบริการที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

- 1 สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. **สาระสำคัญแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554** ใน: **แผน 10 ยุทธศาสตร์พอเพียง**. กระทรวงสาธารณสุข. [on line] [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: [http:// www.moph.go.th/other/inform/10/plan_10pdf](http://www.moph.go.th/other/inform/10/plan_10pdf).
- 2 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ 21 เซ็นจูรี; 2550. หน้า 7-16.
- 3 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)**. [on line] [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: [http:// www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/plan10/book/สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาฯ% 20ฉบับที่%2010pdf](http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/plan10/book/สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาฯ%20ฉบับที่%2010pdf).
- 4 เสรี พงศ์พิศ. **ร้อยคำที่ควรรู้**. [on line] [สืบค้นเมื่อ 9 มี.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL:[http:// www.phongphit.com/index.php?option=com_content&task=view&id=316&Itemid=52](http://www.phongphit.com/index.php?option=com_content&task=view&id=316&Itemid=52)
- 5 คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. **ภาคที่ 2 ปรัชญาแนวคิดและยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย**. ในร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan).พ.ศ. 2550-2559. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ/ กระทรวงสาธารณสุข/สถาบันวิจัยและโภชนาการมหิดล. 2551. หน้า 20-32.
- 6 โครงการชุมชนเป็นสุข. **แผนชุมชนคือแผนแก่นของจริง: กรณีศึกษาแผนชุมชนบ้านหนองกลางดง ต.ศิลาลอย กิ่งอำเภอสามร้อยยอด จ.ประจวบคีรีขันธ์**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- 7 โชคชัย ลิมประดิษฐ์ **บันได 5 ขั้นสู่สภาพผู้นำตำบลศิลาลอย**. [on line] [สืบค้นเมื่อ 9 มี.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.codi.or.th/index.php?option=com_content&task=view&id=1761&Itemid=2.
- 8 ศูนย์ศึกษาวิทยาการชุมชนบ้านหนองกลางดง. **สภาพผู้นำ สภาพประชาชน ของดี ของชุมชน**. วิทยาลัยการจัดการทางสังคม: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์; 2550.
- 9 สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาสังคม. (ร่าง) **การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ**สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551.

- 10 สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี, ประดิษฐ์ ภัทรประสิทธิ์, ศุภรัตน์ ควัฒน์กุล, ศานิต ร่วงน้อย. แถลงข่าว กรม.ให้
ความเห็นชอบมาตรการภาษีกระตุ้นเศรษฐกิจ วันที่ 4 มีนาคม 2551 ณ ทำเนียบรัฐบาล.
กระทรวงการคลัง. [on line] [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: [http://www.mof.
go.th/mof_speech/New?index_sp.html](http://www.mof.go.th/mof_speech/New?index_sp.html).
- 11 สำนักงานประกันสังคม. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการได้รับสิทธิกรณีคลอดบุตร. [on line] [สืบค้นเมื่อ
9 มี.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: [http://www.sso.go.th/faq.php?menu_id=2&content_
id=210](http://www.sso.go.th/faq.php?menu_id=2&content_id=210).
- 12 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. หนังสือด่วนที่สุด ที่ ศธ 04002/ว 1699
ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2551 เรื่อง การใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรของ
สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน. [on line] [สืบค้นเมื่อ 9 มี.ค. 2551].
แหล่งข้อมูล:URL: [http://www.cgd.go.th/
uploadfile/doc/6729__doc.PDF](http://www.cgd.go.th/uploadfile/doc/6729__doc.PDF).
- 13 กระทรวงการคลัง. หนังสือด่วนที่สุด ที่ กค 0422.3/ว 271 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2551 เรื่อง
ประเภทและอัตราเงินบำรุงการศึกษาและค่าเล่าเรียนในหลักสูตรระดับปริญญาตรี. [on line]
[สืบค้นเมื่อ 9 มี.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล [http://www.cgd.go.th/uploadfile/doc/
6730__doc.PDF](http://www.cgd.go.th/uploadfile/doc/6730__doc.PDF).
- 14 World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First
International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
[on line] [cited 2009 Mar 9] Available from: URL: [http://www.who.int/
healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/
index.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html)