



ภาวะสังคมไทย

ไตรมาสสาม ปี 2560

Social Situation and Outlook

ISSN 1950-1824

ปีที่ 14 ฉบับที่ 4 เดือนธันวาคม 2560

ประเด็นหลัก

- การจ้างงานลดลงเล็กน้อยร้อยละ 1.6 โดยภาคเกษตรลดลงร้อยละ 1.2 เป็นผลต่อเนื่องจากอุทกภัยปลายปี 2559 จนถึงช่วงกลางปีและสถานการณ์รุนแรงในช่วงกรกฎาคม-สิงหาคม 2560 ที่ผ่านมา ขณะที่ภาคนอกเกษตรมีการจ้างงานลดลงร้อยละ 1.8 แม้ภาคการส่งออกจะขยายตัวได้ดี แต่ผู้ผลิตยังคงเน้นการระบายคลังสินค้าแทนการจ้างแรงงานเพิ่มและการนำเข้าเทคโนโลยีที่เพิ่มสูงขึ้น ส่วนอัตราการว่างงานอยู่ที่ร้อยละ 1.19 เพิ่มขึ้นจากไตรมาส 3 ปี 2559 ที่ร้อยละ 0.94 ค่าจ้างแรงงานขยายตัวเล็กน้อย ส่วนผลิตภาพแรงงานยังคงเพิ่มขึ้นทั้งภาคเกษตรและนอกภาคเกษตร
- หนี้สินครัวเรือนเพิ่มขึ้นในอัตราชะลอตัวลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สินเชื่ออุปโภคบริโภคส่วนบุคคลของธนาคารพาณิชย์เพิ่มขยายตัวเพิ่มขึ้นตามทิศทางการฟื้นตัวของตลาดอสังหาริมทรัพย์ และยอดขายรถยนต์ที่ขยายตัวต่อเนื่อง สัดส่วนหนี้เพื่อการอุปโภคบริโภคที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ต่อสินเชื่อรวมที่เพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มขึ้นของสินเชื่อที่อยู่อาศัยเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม การผิวนัดชำระหนี้เกิน 3 เดือนขึ้นไปของสินเชื่อส่วนบุคคลภายใต้การกำกับและสินเชื่อบัตรเครดิตลดลง
- การเจ็บป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังโดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.8 แต่ต้องเฝ้าระวังโรคที่แพร่ระบาดในช่วงปลายฝนต้นหนาวซึ่งพบผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิตของคนไทยในภาวะน้ำท่วม นอกจากนี้ ควรเร่งส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายให้เพียงพอในทุกกลุ่มวัย เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ทำให้มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี
- ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังเพิ่มขึ้น มีการบังคับใช้มาตรการด้านภาษีและราคาซึ่งต้องดำเนินการอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย ทั้งด้านการตลาด อาทิ การห้ามโฆษณา ห้ามจัดกิจกรรมส่งเสริมการขาย และมาตรการการเข้าถึง อาทิ ลดช่องทางจัดจำหน่าย ลดเวลาจัดจำหน่าย จัดโซนนิ่งสถานที่จัดจำหน่าย สถานที่สูบบุหรี่ รวมถึงการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการบริโภคบุหรี่ยาและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- คดียาเสพติดยังคงเพิ่มขึ้น แนวนโยบายของรัฐจึงมุ่งทั้งการป้องกันและลดปัญหาเพื่อสร้างสังคมปลอดภัย โดยเน้นการปราบปรามกลุ่มผู้มีอิทธิพลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดข้ามชาติอย่างต่อเนื่อง คุมเข้มแนวชายแดน และใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาใช้ในการตรวจหายาเสพติด
- การเกิดอุบัติเหตุลดลง แต่ยังคงต้องรณรงค์สร้างความตระหนักด้านปัญหาความปลอดภัยทางถนนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านความเสี่ยงและความร้ายแรงของอุบัติเหตุอย่างเข้มข้นเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนให้ปลอดภัยยิ่งขึ้น
- นวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเอง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า มีการคัดค้านนวัตกรรมจากภูมิปัญญาชาวบ้านที่ใช้ฐานทุนและทรัพยากรในพื้นที่ นวัตกรรมของชุมชนที่ออกแบบให้เหมาะสมกับพื้นที่ รวมทั้งนวัตกรรมที่นำเทคโนโลยีมาปรับใช้ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

บทความเรื่อง “ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย”

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรส่งผลให้ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และเกือบ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุวัยปลายมีภาวะพึ่งพิง ขณะที่ศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุลดลงจากขนาดครัวเรือนที่เล็กลง ความต้องการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวมีเพิ่มขึ้น ประเทศไทยจึงมียุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการจัดบริการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ภายใต้กรอบการดูแลที่ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง มีการดูแลทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อม ขณะที่การจัดบริการในสถาบันโดยภาคเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งการส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้าน และการดูแลในสถานบริการในรูปแบบต่างๆ ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับการกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐาน ส่วนการบริการในชุมชนต้องส่งเสริมให้มีบุคลากร การดูแลระยะกลาง และมีฐานข้อมูลเพื่อการติดตามเชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกชุมชน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายในชุมชน สนับสนุนบริการป้องกันและการจัดการบริการระยะกลาง และสร้างเครื่องมือทางการเงินและนวัตกรรมเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนแรก: ความเคลื่อนไหวทางสังคมที่สำคัญ

การจ้างงานลดลง อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นเล็กน้อย
รายได้และผลิตภาพยังคงขยายตัว

ไตรมาสสามปี 2560 มีกำลังแรงงาน 38.2 ล้านคน ลดลงร้อยละ 1.3 จากไตรมาสเดียวกันปีที่แล้ว เป็นผู้มีงานทำ 37.6 ล้านคน ลดลงร้อยละ 1.6 โดยการจ้างงานภาคเกษตรลดลงร้อยละ 1.2 เนื่องจากได้รับผลกระทบจากอุทกภัยในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม เกิดความเสียหายทั้งด้านพืช ด้านประมง และปศุสัตว์ ในหลายจังหวัดทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีและเครื่องจักรมาใช้ในการผลิตภาคเกษตรมากขึ้นประกอบกับการบริหารจัดการน้ำ ส่งผลให้ผลผลิตเกษตรยังสามารถขยายตัวได้

การจ้างงานภาคนอกเกษตรลดลงร้อยละ 1.8 โดยลดลงในสาขาการผลิต การก่อสร้าง การขายส่ง และสาขาโรงแรมและภัตตาคาร ร้อยละ 4.0 6.8 2.6 และ 1.0 ตามลำดับ ขณะที่สาขา

การขนส่งและการเก็บสินค้า การศึกษา มีการจ้างงานเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้การจ้างงานภาคนอกเกษตรลดลง แต่มูลค่าการผลิตภาคนอกเกษตรยังขยายตัวดี สะท้อนถึง (1) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการผลิต โดยมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการผลิต/การดำเนินธุรกิจมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความต้องการแรงงานลดลง (2) การส่งออกขยายตัวดีแต่เป็นการขยายตัวในกลุ่มที่ใช้ทุนเข้มข้น อาทิ อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ อุตสาหกรรมยานยนต์ และอุตสาหกรรมเคมีภัณฑ์ ขณะที่การส่งออกในกลุ่มที่ใช้แรงงานเข้มข้นยังขยายตัวช้า อาทิ เครื่องนุ่งห่ม สิ่งทอ และสินค้าบางประเภทเป็นการทยอยระบายสินค้าในสต็อก ทำให้ความต้องการจ้างงานในภาคการผลิตยังคงลดลง

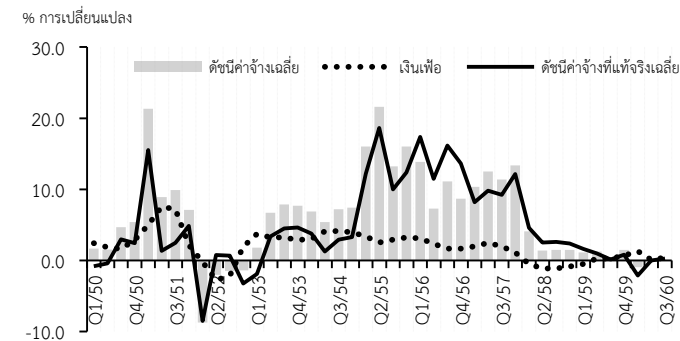
ตาราง 1 ผลสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไตรมาสสาม ปี 2560

	จำนวน (หน่วย: ล้านคน)							การเปลี่ยนแปลง (%YOY)						
	2559				2560			2559				2560		
	Q2	Q3	Q4	ทั้งปี	Q1	Q2	Q3	Q2	Q3	Q4	ทั้งปี	Q1	Q2	Q3
กำลังแรงงานรวม	38.2	38.7	37.9	38.3	38.2	38.3	38.2	-0.6	-0.2	-2.1	-0.7	-0.3	0.3	-1.3
1. ผู้มีงานทำ	37.4	38.3	37.4	37.7	37.4	37.5	37.6	-0.9	-0.2	-2.5	-0.9	-0.6	0.4	-1.6
(การทำงานต่ำกว่าระดับ)*	0.4	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	26.8	-13.4	-15.4	0.9	14.6	-0.5	24.9
1.1 ภาคเกษตร	11.0	12.7	12.2	11.7	11.0	11.6	12.6	-6.2	-2.3	-6.0	-4.3	-1.4	6.3	-1.2
1.2 นอกภาคเกษตร	26.4	25.6	25.3	25.9	26.4	25.9	25.1	1.4	0.9	-0.7	0.8	-0.3	-2.1	-1.8
- อุตสาหกรรมการผลิต	6.4	6.2	6.1	6.3	6.3	6.2	6.0	-1.7	-1.9	-4.4	-2.6	-1.5	-4.2	-4.0
- ก่อสร้าง	2.6	2.2	2.1	2.7	2.4	2.3	2.0	5.4	0.1	0.2	3.1	-8.7	-11.8	-6.8
- ค้าส่ง/ค้าปลีก	6.4	6.3	6.2	6.3	6.5	6.4	6.2	1.4	3.9	1.9	2.5	0.9	1.0	-2.6
- โรงแรม ภัตตาคาร	2.8	2.7	2.7	2.7	2.9	2.7	2.7	4.0	6.1	0.1	3.2	4.2	-2.7	-1.0
- การขนส่ง/เก็บสินค้า	1.2	1.1	1.2	1.2	1.3	1.2	1.2	0.9	-7.3	-3.1	-1.4	2.9	1.3	3.0
- การศึกษา	1.2	1.1	1.2	1.2	1.2	1.2	1.1	-1.1	-2.6	1.3	0.2	0.5	0.8	1.0
- อื่นๆ	6.0	5.8	5.8	5.9	5.9	6.0	5.9	2.6	1.3	0.1	1.2	0.2	0.3	1.4
2. จำนวนผู้ว่างงาน**	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	22.3	1.8	18.6	1.2	25.3	13.1	24.8
อัตราการว่างงาน (%)	1.08	0.94	0.97	1.0	1.2	1.2	1.2							
3. แรงงานรอฤดูกาล	0.4	0.1	0.1	0.2	0.3	0.3	0.1	12.4	-28.4	81.2	2.6	19.9	-25.7	19.3
สัดส่วนต่อกำลังแรงงาน (%)	0.9	0.2	0.3	0.5	0.8	0.7	0.2							
4. ชั่วโมงทำงานเฉลี่ย/สัปดาห์ (เอกชน)	46.5	47.1	48.9	46.6	44.0	46.5	46.8	-0.7	0.6	-6.8	-1.6	0.1	0.1	-0.5
5. ชั่วโมงทำงานเฉลี่ย/สัปดาห์ (ทุกสถานภาพ)	43.1	44.1	43.9	43.2	41.7	43.3	44.0	-1.3	1.1	11.4	2.8	-0.2	0.5	-0.2
5.1 ผู้ทำงานน้อยกว่า 10 ชม.***	1.0	0.3	0.5	0.7	1.0	0.8	0.3	14.5	-17.3	-10.2	-5.0	6.6	-13.6	-1.3
- ต้องการการทำงานเพิ่ม	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	29.3	-6.0	-21.1	-5.2	74.8	-20.2	-5.3
- ไม่ต้องการการทำงานเพิ่ม	0.8	0.3	0.4	0.6	0.9	0.7	0.3	12.8	-18.8	-8.2	0.9	0.6	-12.7	-0.7
5.2 ผู้ทำงานน้อยกว่า 35 ชม.***	6.4	5.5	5.5	6.5	8.4	6.0	5.3	-0.8	-13.5	-5.8	-5.5	-1.6	-6.0	-3.6
- ต้องการการทำงานเพิ่ม	0.4	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	26.9	-13.4	-15.4	0.9	14.6	-0.5	24.9
- ไม่ต้องการการทำงานเพิ่ม	6.1	5.2	5.3	6.2	8.0	5.7	5.0	-2.1	-13.5	-5.4	-5.5	-2.1	-6.3	-4.7
5.3 ผู้ทำงาน 40 ชม. ขึ้นไป	26.8	28.2	27.5	26.9	25.1	27.3	27.9	-2.2	1.9	-2.5	-0.7	0.0	1.8	-1.0
5.4 ผู้ทำงาน 50 ชม. ขึ้นไป	8.0	8.5	8.2	8.0	7.4	7.9	8.0	-10.7	0.2	-6.6	-7.0	-1.0	-0.8	-6.0
6. จำนวนผู้ว่างงานแฝง	0.5	0.1	0.2	0.3	0.4	0.4	0.1	15.9	-20.3	23.3	0.6	32.5	-24.4	8.9
อัตราการว่างงานแฝง (%)	1.2	0.3	0.5	0.7	1.2	0.9	0.3							

หมายเหตุ: * ทำงานต่ำกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และต้องการการทำงานเพิ่ม (นับรวมผู้ที่ทำงาน 0 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
** ผู้ว่างงาน หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้ทำงานและไม่มีงานประจำแต่ได้หางาน สมัครงานหรือรอการบรรจุงาน และผู้ที่ไม่ได้ทำงานแต่พร้อมจะทำงาน ในระหว่าง 30 วันก่อนวันสัมภาษณ์
ผู้ว่างงานแฝง คือ ผู้ที่ทำงานน้อยกว่า 10 ชม./สัปดาห์ และต้องการการทำงานเพิ่ม และผู้รอฤดูกาล อัตราการว่างงานแฝง = ผู้ว่างงานแฝง/กำลังแรงงาน
*** นับรวมผู้ที่ทำงาน 0 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

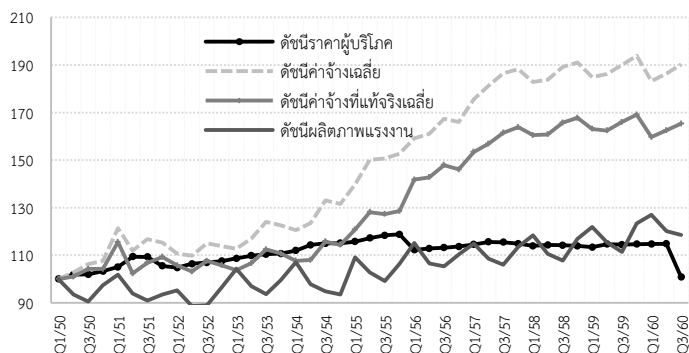
ที่มา: ข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภาพ 1 การเปลี่ยนแปลงค่าจ้าง และเงินเฟ้อ



ที่มา: กระทรวงพาณิชย์, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภาพ 2 ดัชนีค่าจ้างเฉลี่ย และดัชนีราคาผู้บริโภค



ที่มา: กระทรวงพาณิชย์, สศช., สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ชั่วโมงการทำงานของแรงงานโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 44.0 ชั่วโมง/สัปดาห์ ทรงตัวเมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันปี 2559 สำหรับ ชั่วโมงการทำงานของภาคเอกชนอยู่ที่ 46.8 ชั่วโมง/สัปดาห์ ลดลงเล็กน้อยจาก 47.1 ชั่วโมง/สัปดาห์ในช่วงเวลาเดียวกันปีที่แล้ว ส่วนหนึ่งเนื่องจากชั่วโมงการทำงานของภาคเกษตรที่ลดลงมาก ขณะที่สาขาการผลิตเป็นสาขาที่มีชั่วโมงการทำงานเพิ่มขึ้น

สำหรับผู้ว่างงานมีจำนวน 4.5 แสนคน คิดเป็นอัตราการว่างงาน 1.19 เพิ่มขึ้นจากไตรมาสสาม ปี 2559 ที่มีอัตราการว่างงานเท่ากับ 0.94 โดยเป็นการเพิ่มขึ้นทั้งผู้ที่ทำงานมาก่อนและผู้ที่ไม่เคยทำงานมาก่อนร้อยละ 14.2 และ 34.7 ตามลำดับ สำหรับผู้ที่ไม่เคยทำงานมาก่อนพบว่าเป็นผู้จบการศึกษาระดับอุดมศึกษาร้อยละ 43.4 และประมาณร้อยละ 85 ของคนกลุ่มนี้ใช้เวลาหางานมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน ขณะที่ผู้ว่างงานที่เคยทำงานมาก่อนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 65 เป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายลงมาและหางานมาแล้วไม่เกิน 3 เดือน ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะว่างงานก่อนกลุ่มอื่นและจะหางานยากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าสามารถทำงานซ้ำๆ แทนคนได้ ซึ่งจะง่ายต่อการบริหารจัดการและทำให้มีต้นทุนลดลง

ค่าจ้างแรงงานโดยรวม¹ ในไตรมาส 3 ปี 2560 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5 ส่วนค่าจ้างแรงงานภาคเอกชนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.1 โดยค่าจ้างในภาคเกษตรกรรมยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องร้อยละ 2.0 ส่วนค่าจ้างในสาขาการผลิตและสาขาโรงแรมและภัตตาคารเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.2 และ 7.3 มีเพียงสาขาการขนส่งและสาขาการเป็นตัวกลางในการเงินที่มีค่าจ้างลดลง ส่วนค่าจ้างแท้จริงที่หักเงินเฟ้อแล้วร้อยละ 0.4 ยังคงเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.1

ผลิตภาพแรงงานยังคงขยายตัวได้ดีตามการขยายตัวของเศรษฐกิจ โดยผลิตภาพแรงงานภาพรวมขยายตัวร้อยละ 6.0 เป็นการขยายตัวทั้งภาคเกษตรกรรมร้อยละ 11.2 และนอกภาคเกษตรกรรมขยายตัวร้อยละ 5.8

ประเด็นด้านแรงงานที่ต้องติดตามและให้ความสำคัญในระยะต่อไป ได้แก่

- แนวโน้มการจ้างงานที่มีโอกาสขยายตัวเพิ่มขึ้นภายใต้สถานการณ์การเติบโตทางเศรษฐกิจต่อเนื่องและมีการกระจายตัวมากขึ้น การเติบโตทางเศรษฐกิจที่มีแนวโน้มปรับตัวดีขึ้นโดยเฉพาะการลงทุนภาคเอกชนและการค้าระหว่างประเทศที่ฟื้นตัวดีขึ้นตั้งแต่ต้นปีเป็นต้นมา หากเศรษฐกิจเติบโตต่อเนื่องจะส่งผลต่อความเชื่อมั่น

¹ ค่าจ้างที่อยู่ในรูปแบบเงิน

การส่งเสริมอุตสาหกรรมเกษตรไปสู่อุตสาหกรรมเกษตรสมัยใหม่
สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนมีนโยบายยกระดับอุตสาหกรรมเกษตรไปสู่อุตสาหกรรมเกษตรสมัยใหม่ โดยเปิดให้มีการส่งเสริมกิจการที่จะช่วยเหลือเกษตรกรรายย่อยคือ ธุรกิจที่นำเทคโนโลยีโดยเฉพาะเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือการออกแบบทางวิศวกรรมมาปรับเปลี่ยนการผลิตภาคเกษตรดั้งเดิมให้ทันสมัยขึ้น อาทิ ระบบโรงเรือนอัจฉริยะ ระบบการควบคุมการใช้ทรัพยากร เช่น น้ำ ปุ๋ย และระบบตรวจจับหรือติดตามสภาพต่างๆ โดยผู้ให้บริการด้านนี้จะได้รับยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลเป็นเวลา 5 ปี และมีมาตรการสนับสนุนให้ผู้ประกอบการภาคเกษตรรายเดิมยกระดับอุตสาหกรรมเกษตรไปสู่มาตรฐานสากลที่ประเทศไทยมีผู้ได้รับการรับรองน้อย เช่น มาตรฐานการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี (GAP) มาตรฐานระบบการจัดการความปลอดภัยของอาหาร (ISO 22000) เป็นต้น เพื่อให้สินค้าเกษตรของไทยได้รับการรับรองตามมาตรฐานสากลและสามารถขยายตลาดได้มากยิ่งขึ้น โดยจะให้ได้รับยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลเป็นเวลา 3 ปี ในวงเงินไม่เกินร้อยละ 50 ของเงินลงทุนที่ใช้ในการยกระดับมาตรฐาน โดยกำหนดให้ยื่นคำขอรับการส่งเสริมภายในสิ้นปี 2563

ที่มา: ศูนย์บริการการลงทุน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ของผู้ประกอบการ รวมถึงการกระจายการผลิตไปสู่ผู้ประกอบการที่เป็นคู่ค้าหรือผลิตรายย่อยมากขึ้น และเกิดการขยายตำแหน่งงาน จึงต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมด้านกำลังแรงงานและคุณภาพแรงงานให้มีเพียงพอต่อการรองรับการขยายตัวของภาคการผลิต

- **การปรับตัวของภาคเกษตรจากแนวโน้มจำนวนแรงงานลดลง** จากแรงงานภาคเกษตรที่ลดลงต่อเนื่องจากที่เคยมีส่วนประมาณร้อยละ 42 ของกำลังแรงงานในปี 2544 เหลือเพียงร้อยละ 31.2 ในปี 2559 และยังมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง นอกจากนั้น แรงงานเกษตรส่วนใหญ่ร้อยละ 47 อายุมากกว่า 50 ปี โดยร้อยละ 72 มีการศึกษาระดับประถมและต่ำกว่า รวมถึงสภาพการทำงานที่หนักทำให้การทดแทนแรงงานมีน้อย ดังนั้น การปรับตัวของเกษตรกรและแรงงานในภาคเกษตรจึงมีความจำเป็น โดยเฉพาะการเรียนรู้การนำเทคโนโลยีและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เพื่อช่วยในการทำงานที่จะลดการใช้แรงงานคนลง ซึ่งในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีหลายอย่างเข้าช่วยในการทำเกษตร อาทิ อากาศยานไร้คนขับ (โดรน) ในการบินฉีดพ่นยาและใส่ปุ๋ย ที่ทำให้ประหยัดแรงงานคน เวลา ปุ๋ยและเคมี รวมถึงเป็นผลดีต่อสุขภาพเกษตรกรในระยะยาว หรือการใช้เทคโนโลยีการพยากรณ์สภาพอากาศที่จะสามารถพยากรณ์ปริมาณน้ำฝนภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้เกษตรกรมีการวางแผนการเก็บเกี่ยวเพาะปลูกได้ดีและแม่นยำมากยิ่งขึ้น รวมถึงเครื่องหยอดข้าวที่สามารถลดต้นทุนการผลิตจากการใช้แรงงานคนและจากการประหยัดเมล็ดพันธุ์ได้มากกว่า 10 เท่าเมื่อเทียบกับการหว่านมือ การเข้าถึงผู้บริโภคโดยตรงผ่านอินเทอร์เน็ต นอกจากนั้น การรวมกลุ่มเพื่อแบ่งปันความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือเครื่องจักร ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยลดต้นทุนการผลิตโดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกรรายย่อย

- **ทักษะแรงงานในตลาดยุคดิจิทัล** ในยุคดิจิทัลและการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว มีแนวโน้มการนำปัญญาประดิษฐ์ ระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ และการเชื่อมโยงกิจกรรมต่างๆ เข้าสู่ระบบอินเทอร์เน็ต มาใช้ในการผลิตและการจัดการมากขึ้น โดยเฉพาะในกิจการขนาดใหญ่และขนาดกลางที่มีแนวโน้มเปลี่ยนไปสู่ระบบการผลิตแบบอัตโนมัติมากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต การนำเทคโนโลยีนวัตกรรมที่สูงขึ้นมาใช้ส่งผลให้โครงสร้างธุรกิจมีรูปแบบการผลิตและบริการที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การใช้ปัญญาประดิษฐ์วิเคราะห์และรวบรวมทางสถิติที่มีผลแม่นยำ ถูกต้องมากยิ่งขึ้นในธุรกิจการเงินการธนาคารรวมถึงการตลาด การใช้ระบบ Automation

ตาราง 2 หนี้สินครัวเรือน (สินเชื่อจากสถาบันการเงิน)

ณ สิ้นระยะเวลา	2558	2559				2560	
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
หนี้สินครัวเรือน (ล้านล้านบาท)	11.10	11.14	11.25	11.35	11.48	11.49	11.60
%YOY	5.3	4.8	4.4	4.2	3.5	3.2	3.1
-สถาบันรับฝากเงิน	6.1	5.6	5.1	4.8	4.2	3.7	3.6
-สถาบันการเงินอื่น	-0.1	-0.2	0.0	0.6	-1.3	-0.7	0.3
สัดส่วนต่อ GDP	81.17	80.65	80.34	80.04	79.95	78.71	78.44

ที่มา: ธนาคารแห่งประเทศไทย

ในกระบวนการผลิต ทำให้บริษัทมีการลดจำนวนแรงงานเหลือเพียงแต่ผู้ควบคุมดูแลเครื่องจักร การเปิดธุรกิจในรูปแบบ E-commerce และธุรกิจบริการในรูปแบบ Online booking and Check-in ที่เพิ่มสูงขึ้น จะส่งผลต่ออาชีพพนักงานขายและบริการลูกค้าที่ลดลง ขณะเดียวกันความต้องการผู้ดูแลระบบออนไลน์จะเพิ่มมากขึ้น แรงงานในยุคใหม่จึงจำเป็นต้องมีทักษะที่สามารถที่ตอบสนองต่องานในรูปแบบใหม่และความต้องการของผู้ประกอบการ ซึ่งเป็นคุณลักษณะและทักษะที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการทำงานในยุคดิจิทัลได้ อาทิ มีความสนใจใฝ่รู้ทันโลกทันเหตุการณ์ ค้นคว้าหรือใช้เทคโนโลยีเป็น สามารถวิเคราะห์และจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ สามารถทำงานหลากหลาย (Multi-Skill) มีทักษะด้านภาษา รวมถึงมีความยืดหยุ่นในการทำงาน

หนี้สินครัวเรือนเพิ่มขึ้นในอัตราชะลอตัวลงอย่างต่อเนื่อง

ไตรมาสสองปี 2560 หนี้สินครัวเรือนมีมูลค่าเท่ากับ 11,602,553 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีที่แล้วร้อยละ 3.1 ทั้งนี้ เป็นการเพิ่มขึ้นในอัตราที่ชะลอตัวลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สัดส่วนลดลงเป็นร้อยละ 78.4 ต่อ GDP

ไตรมาสสามปี 2560 หนี้สินครัวเรือนมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้น สะท้อนจากยอดคงค้างสินเชื่อเพื่อการอุปโภคบริโภคส่วนบุคคลของธนาคารพาณิชย์ที่ขยายตัวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 ในไตรมาสสองปี 2560 เป็นร้อยละ 5.5 ในไตรมาสนี้ โดยสินเชื่อที่อยู่อาศัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.7 ตามทิศทางการฟื้นตัวของตลาดอสังหาริมทรัพย์ และสินเชื่อเพื่อซื้อหรือเช่าซื้อรถยนต์เพิ่มขึ้น 6.5 สอดคล้องกับยอดขายรถยนต์ที่ขยายตัวต่อเนื่อง

ความสามารถในการชำระหนี้ เมื่อพิจารณาสัดส่วนหนี้เพื่อการอุปโภคบริโภคที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ต่อสินเชื่อรวมพบว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.66 ในไตรมาสสองปี 2560 เป็นร้อยละ 2.74 ในไตรมาสนี้ โดยเป็นการเพิ่มขึ้นของสินเชื่อที่อยู่อาศัยเป็นสำคัญ จากร้อยละ 3.06 เป็นร้อยละ 3.26 ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการสิ้นสุดเงื่อนไขโปรโมชั่นอัตราดอกเบี้ยต่ำในช่วง 3 ปีแรกของสินเชื่อที่อยู่อาศัยซึ่งขยายตัวเพิ่มขึ้นมากในช่วงปี 2557 นอกจากนี้ ยังต้องเฝ้าระวังลูกหนี้ที่ค้างชำระเงินต้นหรือดอกเบี้ยเกินกว่า 1 เดือนแต่ไม่ถึง 3 เดือน ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.20 ในไตรมาสสองปี 2560 เป็นร้อยละ 3.26 ในไตรมาสนี้

การผิदनัดชำระหนี้เกิน 3 เดือนขึ้นไปของสินเชื่อส่วนบุคคลภายใต้การกำกับมีมูลค่า 8,964 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 21.1 และคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 2.6 ของยอดสินเชื่อคงค้าง สำหรับการผิदनัดชำระหนี้เกิน 3 เดือนขึ้นไป

ตาราง 3 การเปลี่ยนแปลงการให้สินเชื่อค้างอุปโภคบริโภคส่วนบุคคลของธนาคารพาณิชย์

ณ สิ้นระยะเวลา (%)	สัดส่วน (%)	2559	2560		
			Q1	Q2	Q3
สินเชื่ออุปโภคบริโภคส่วนบุคคล	100.0	4.9	4.5	4.4	5.5
- ที่อยู่อาศัย	51.3	7.0	6.1	5.0	5.7
- ซื้อหรือเช่าซื้อรถยนต์	22.9	1.3	2.4	4.5	6.5
- การศึกษา	0.0	42.5	35.3	33.0	24.5
- เดินทางไปต่างประเทศ	0.0	-2.8	-3.3	-1.9	-1.8
- บริโภคอื่น ๆ	25.7	4.1	3.2	3.1	4.2

ที่มา: ธนาคารแห่งประเทศไทย

ตาราง 4 หนี้เพื่อการอุปโภคบริโภคที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้

ณ สิ้นระยะเวลา	2559	2560		
		Q1	Q2	Q3
หนี้เพื่อการอุปโภคบริโภคที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (ล้านบาท)	105,287	109,902	104,989	110,177
% YOY	10.7	14.2	6.9	5.9
สัดส่วนต่อ NPLs รวม	27.30	27.17	25.22	25.74
สัดส่วนต่อสินเชื่อรวม	2.71	2.82	2.66	2.74

ที่มา: ธนาคารแห่งประเทศไทย

ตาราง 5 สินเชื่อส่วนบุคคลภายใต้การกำกับและสินเชื่อบัตรเครดิต

ณ สิ้นระยะเวลา	2559	2560		
		Q1	Q2	Q3
สินเชื่อส่วนบุคคลภายใต้การกำกับ				
(1) ยอดสินเชื่อกค้าง (ล้านบาท)	338,117	331,489	335,966	347,757
%YOY	4.2	3.0	2.7	4.5
(2) สินเชื่อผิดนัดชำระหนี้เกิน 3 เดือนขึ้นไป	10,602	9,844	8,911	8,964
%YOY	-36.9	-12.8	-15.5	-21.1
(2) / (1) (ร้อยละ)	3.1	3.0	2.7	2.6
สินเชื่อบัตรเครดิต				
(1) ยอดสินเชื่อกค้าง (ล้านบาท)	358,413	333,249	336,386	342,710
%YOY	6.5	7.9	6.6	8.2
(2) ยอดค้างชำระเกิน 3 เดือนขึ้นไป	10,383	9,859	8,339	7,217
%YOY	-0.7	-10.1	-15.6	-39.1
(2) / (1) (ร้อยละ)	2.9	3.0	2.5	2.1

ที่มา: ธนาคารแห่งประเทศไทย

ของสินเชื่อบัตรเครดิตมีมูลค่า 7,217 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 39.1 และคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 2.1 ของยอดสินเชื่อคงค้าง

ทั้งนี้ รัฐบาลได้ผลักดันนโยบายและมาตรการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย การออม และลดหนี้สินอย่างต่อเนื่อง โดยเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2560 สภานิติบัญญัติแห่งชาติ มีมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่..) พ.ศ. ... เพื่อเพิ่มเติมแหล่งที่มาของเงินกองทุนผู้สูงอายุ เพื่อนำเงินไปจัดสรรช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ให้มีรายได้ในการดำรงชีพเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยกำหนดให้มีการเพิ่มแหล่งที่มาของเงินกองทุนจาก 2 แหล่ง คือ (1) เงินบำรุงกองทุนผู้สูงอายุจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิตในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีที่เก็บจากสินค้าสุราและยาสูบ ซึ่งจะเริ่มดำเนินการเมื่อร่างพระราชบัญญัติฯ มีผลบังคับใช้ และ (2) โครงการบริจาคเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเข้ากองทุนผู้สูงอายุ² ซึ่งจะเริ่มโครงการตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2560 เป็นต้นไป

นอกจากนี้ กระทรวงการคลังได้ออกแนวทางการส่งเสริมการออมทั้งระบบ³ เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักรู้และเห็นถึงความสำคัญของการบริหารการเงินเพื่อให้รู้จักออมและใช้จ่ายอย่างเพียงพอและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดปัญหาหนี้สินและมีเงินออมเพื่อใช้หลังเกษียณอายุอย่างเพียงพอ สร้างความแข็งแกร่งให้กับสถาบันการออมในระดับชุมชนเพื่อเป็นเสาหลักทางการเงินให้กับประชาชนในระดับฐานราก รวมทั้งทำให้ระบบการออมเพื่อการชราภาพของประเทศไทยมีความครอบคลุมแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบได้อย่างแท้จริง และทำให้คนไทยทุกคนสามารถก้าวสู่วัยเกษียณอายุโดยมีหลักประกันความมั่นคงที่เพียงพอ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การจัดทำแผนการส่งเสริมความรู้ทางการเงินแห่งชาติ (วาระแห่งชาติ) โดยเสนอร่างแผนการให้ความรู้พื้นฐานทางการเงิน พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้คนไทยมีความตระหนักรู้และเห็นถึงความสำคัญของการบริหารการเงินส่วนบุคคล และสามารถวางแผนและบริหารจัดการการเงินของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การสร้างความแข็งแกร่งให้สถาบันหรือองค์กรการออมที่ไม่ใช่สถาบันการเงินในระบบ เพื่อสร้างความแข็งแกร่งให้กับระบบสหกรณ์และสร้างความเชื่อมั่นให้กับสมาชิกของสหกรณ์ โดยกระทรวงการคลังและกระทรวงเกษตรและ

เชิญชวนบริจาคเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเข้ากองทุนผู้สูงอายุ
เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย



“บริจาคเบี้ยยังชีพกันเถอะ”

เงินบริจาคจะนำมาจ่ายเป็น
เงินช่วยเหลือให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
ในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ



กองทุนผู้สูงอายุ



ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
ที่อยู่ในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

ติดต่อขอบริจาคเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
โดยนำบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาที่หน่วยงานที่ท่านได้ลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพไว้ ได้แก่ ที่ทำการ อบต. เทศบาล สำนักงานเขต กทม. และสำนักงานเมืองพัทยา (ท่านที่มีผู้สูงอายุต่างจังหวัดแต่อาศัยใน กทม. ติดต่อได้ที่ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ถนนนครราชสีมา เขตคลองเตย)

ผู้บริจาคจะได้รับ*
♦ เหรียญจิตรูบเกียรติ
♦ หักลดหย่อนภาษี 1 เท่า
ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

* กระทรวงการคลังจะพิจารณา และจะพิจารณาว่าผู้มีรายได้น้อยได้รับสวัสดิการในลักษณะใดบ้าง

“อืมใจผู้ให้
สุขใจผู้รับ..”

บริจาคเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุวันนี้... ท่านจะเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 3 ล้านคนทั่วประเทศ

ที่มา: กระทรวงการคลัง

² ผู้สูงอายุที่บริจาคเบี้ยยังชีพของตนเองจะได้รับสิทธิในการหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา 1 เท่าของเงินที่บริจาค แต่เมื่อรวมกับเงินบริจาคอื่นแล้วไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินได้พึงประเมินหลังจากหักค่าใช้จ่ายและหักค่าลดหย่อน

³ คณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2560

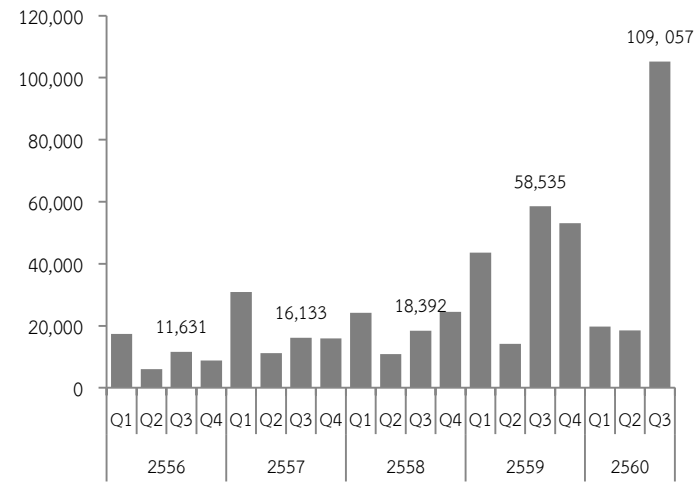
ตาราง 6 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเฝ้าระวัง

(หน่วย : ราย)

โรค เฝ้าระวัง	2559				2560			%YOY Q3/60
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	
ปอดอักเสบ	65,661	45,244	72,851	61,455	63,869	53,578	79,622	9.3
ไข้เลือดออก	14,840	7,874	25,744	15,473	8,203	7,732	20,866	-18.9
มือ เท้า ปาก	10,066	19,012	39,589	11,243	11,450	19,958	35,168	-11.6
ไข้หวัดใหญ่	43,634	14,135	58,535	53,058	19,742	18,518	109,057	86.4
บิด	1,820	1,841	1,887	1,178	1,329	1,410	1,130	-40.1
หัด	221	271	466	730	367	295	479	2.3
ฉีหนู	446	401	671	777	573	592	1,166	73.7
ใช้สมองอักเสบ	179	187	231	175	259	143	193	7.8
อหิวาตกโรค	41	2	7	1	2	2	2	-
ไข้กาฬหลังแอ่น	6	5	4	2	5	5	7	-
พิษสุนัขบ้า	4	2	5	2	0	3	2	-
รวม	136,918	88,974	199,990	144,094	105,799	102,236	247,692	23.8
อัตราต่อ ประชากรแสนคน	209.2	135.9	305.7	220.3	161.7	156.2	378.5	

หมายเหตุ: ข้อมูลปี 2560 ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2560
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพ 3 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ รายไตรมาสปี 2556-2560



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

สหกรณ์ร่วมกันพิจารณาแนวทางการกำกับดูแล และส่งเสริมความแข็งแกร่งและยั่งยืน รวมทั้งกำกับดูแลองค์กรการเงินในชุมชนให้สามารถเป็นเสาหลักทางการเงินของประชาชนฐานราก

3. การเพิ่มผลิตภัณฑ์การออมและมาตรการลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย เพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีเงินเหลือในการออม และมีการออกผลิตภัณฑ์การออมใหม่ๆ โดยเฉพาะการออมแบบระยะยาว เพื่อจูงใจให้ประชาชนมีการออมเงินเพิ่มมากขึ้น

4. การเติมเต็มระบบการออมเพื่อการเกษียณอายุ เช่น การเร่งรัดการบังคับใช้ร่างพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ พ.ศ. ... การปรับปรุงกฎหมายของกองทุนการออมเพื่อการเกษียณอายุที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นต้น และการปรับปรุงกลยุทธ์เพื่อจูงใจให้แรงงานนอกระบบมีการออมเงินผ่านกองทุนการออมเพื่อการเกษียณอายุโดยเฉพาะกองทุนการออมแห่งชาติเพิ่มมากขึ้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังโดยรวมเพิ่มขึ้น และยังคงเฝ้าระวังสุขภาพจิตคนไทย

ไตรมาสสามปี 2560 มีผู้ป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังรวม 247,692 ราย เพิ่มขึ้นจากไตรมาสเดียวกันของปี 2559 ร้อยละ 23.8 เป็นการเพิ่มขึ้นของโรคที่แพร่ระบาดในช่วงปลายฝนต้นหนาว ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีที่ผ่านมาร้อยละ 86.4 เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า และโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.3 เนื่องจากสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ประกอบกับช่วงนี้เป็นช่วงการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย โดยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-30 พฤศจิกายน 2560 พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ 183,203 ราย มีผู้เสียชีวิตแล้ว 54 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 15-24 ปี ประชาชนควรดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยใช้มาตรการ “ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด” ได้แก่ (1) ปิด คือปิดปาก ปิดจมูก เมื่อไอ จาม ควรใส่หน้ากากอนามัย (2) ล้าง คือล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ (3) เลี่ยง คือหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วย และ (4) หยุด คือเมื่อป่วยควรหยุดเรียน หยุดงาน หยุดกิจกรรมในสถานที่แออัด และหากป่วยต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง ดังนี้

1. การระบาดของโรคไข้หวัดนก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีการระบาดของโรคไข้หวัดนกหลายสายพันธุ์ทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ได้เริ่มระบาดในภูมิภาคยุโรปและเอเชียตั้งแต่เดือนกันยายน 2560 องค์การอนามัยโลก

ตาราง 7 จำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตจำแนกตามปีงบประมาณ 2554-2559

ประเภทโรค	2554	2555	2556	2557	2558	2559
โรคจิต	413,901	388,779	354,695	344,362	443,677	480,422
โรควิตกกังวล	321,931	348,770	319,395	364,238	432,717	448,302
โรคซึมเศร้า	186,651	222,168	223,564	179,341	231,082	270,659

ที่มา: กลุ่มพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 8 10 อันดับปัญหาสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ปีงบประมาณ 2559

จำแนกประเภทปัญหา	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1. มีความเครียดหรือวิตกกังวล	17,999	33.25
2. ปัญหาทางจิตเวช	16,251	30.02
3. ปัญหาความรัก	3,783	6.99
4. ปัญหาเรื่องเพศ	2,589	4.78
5. ปัญหาครอบครัว	1,681	3.11
6. ปัญหาพฤติกรรม	1,036	1.91
7. ปัญหาการทำงาน	705	1.30
8. ปัญหาซึมเศร้า	536	0.99
9. คิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง	463	0.86
10. ปัญหาการพนัน	443	0.82

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ได้รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดนกทั่วโลก ดังนี้ (1) สายพันธุ์ H5N1 ตั้งแต่ปี 2546-27 กันยายน 2560 พบผู้ป่วยยืนยันจำนวน 860 ราย เสียชีวิต 454 ราย โดยพบใน 16 ประเทศ และ (2) สายพันธุ์ H7N9 ตั้งแต่ปี 2556-20 กันยายน 2560 พบผู้ป่วยยืนยันจำนวน 1,589 ราย เสียชีวิต 616 ราย โดยพบในประเทศจีน มาเลเซีย และแคนาดา และ (3) สายพันธุ์ H5N6 ตั้งแต่ปี 2557-12 ตุลาคม 2560 พบผู้ป่วยยืนยันจำนวน 16 ราย เสียชีวิต 6 ราย โดยพบในประเทศจีน

สำหรับประเทศไทยมีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ปี 2547-2549 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดนก 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย หลังจากนั้นยังไม่พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกเพิ่มอีก ส่วนสายพันธุ์อื่นๆ ที่พบในต่างประเทศยังไม่เคยมีรายงานในไทยมาก่อน จากสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดนกในต่างประเทศดังกล่าว ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินมาตรการเพื่อเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด โดยให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพ พร้อมทั้งให้อสม. ออกให้คำแนะนำวิธีป้องกันแก่ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

2. ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยโรคจิต โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า จากข้อมูลการให้บริการสายด่วนปรึกษาสุขภาพจิต 1323 ในปีงบประมาณ 2559 พบว่า 5 อันดับปัญหาที่มีผู้ขอคำปรึกษามากที่สุดคือ ความเครียดหรือวิตกกังวล ทางจิตเวช ความรัก เรื่องเพศ และครอบครัว ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิตมีโครงการเพิ่มคุณภาพระบบบริการโรคจิตเวชที่สำคัญเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตและโรคซึมเศร้าที่ครอบคลุม การส่งเสริมป้องกัน การคัดกรองและการประเมินความรุนแรงของอาการ การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ การติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้กลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงได้รับการป้องกันไม่ให้เป็น

สำหรับการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยน้ำท่วมภาคใต้ กรมสุขภาพจิตร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลทุกระดับ จัดทีมสุขภาพจิตออกให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มเสี่ยงเกิดผลกระทบจิตใจ เช่น กลุ่มเด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยติดเตียง ครอบครัวผู้เสียชีวิต หรือสูญเสียทรัพย์สิน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ ครอบครัว ชุมชน สังคมและบุคคลใกล้ชิด มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ประสบภัยในภาวะวิกฤตและความสูญเสียได้รับการดูแล

การปฐมพยาบาลทางใจ

ดูแลจิตใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วย 3ส

สอดส่อง มองหา (LOOK)

มองหาคนที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน

- โรคเครียดเฉียบพลันรุนแรง
- กินไม่ได้
- นอนไม่หลับ
- สำรวจกลุ่มเสี่ยง ที่แสดงอารมณ์ ความสูญเสีย เช่น
 - เด็ก
 - ผู้สูงอายุ
 - ผู้พิการ
 - ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง

ใส่ใจ รับฟัง (LISTEN)

มีสติ รับฟังอย่างตั้งใจ

ใช้ภาษากาย เช่น สบตา จีบมือ สัมผัส

เพื่อช่วยให้นักเรียนบอกเล่าอารมณ์ความรู้สึก คลายความทุกข์ในใจ และจัดการอารมณ์ให้สงบ

ส่งต่อ เชื่อมโยง (LINK)

ช่วยเหลือ ตามความจำเป็นพื้นฐาน เช่น

- น้ำ
- อาหาร
- ยา

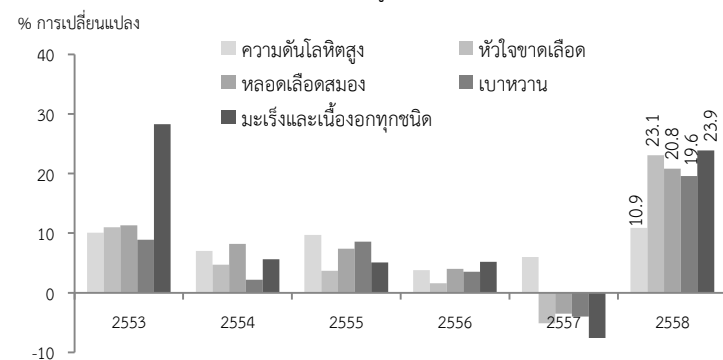
หากควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ โรคเครียดรุนแรง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ให้ส่งต่อ

ติดต่อครอบครัว หรือชุมชนของนักเรียน

หากมีปัญหาด้านสุขภาพจิต
เช่น เครียด ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ควรรับบริการจากสถานบริการใกล้บ้าน หรือโทรสายด่วนสุขภาพจิต 1323

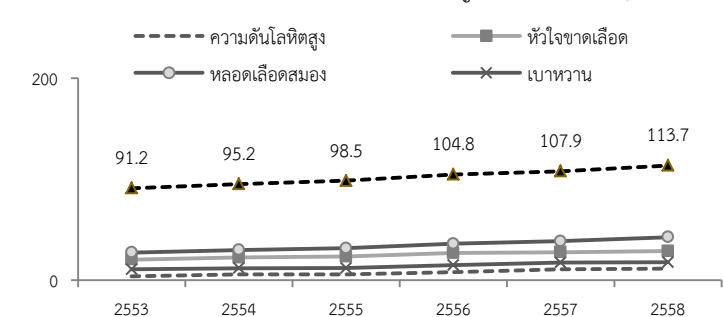
สุขภาพจิตดี...เริ่มต้นที่ตัวเรา

แผนภาพ 4 การเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพ 5 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ต่อประชากร 100,000 คน



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมทันทั่วทั้งที่ โดยการใช้ หลัก 3 ส. ช่วยปฐมพยาบาลทางใจในเบื้องต้นเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย ได้แก่ ส. ที่ 1 คือ สอดส่องมองหา (look) โดยช่วยกันสังเกตมองหาผู้ประสพภัยที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น ผู้ที่ร้องไห้ มีอาการซึมเศร้า เสียใจรุนแรง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ส. ที่ 2 คือ ใส่ใจรับฟัง (Listen) อย่างตั้งใจ รวมทั้งใช้ภาษากาย เช่น จีบมือ โอบกอด เพื่อช่วยให้ผู้สูญเสียบอกเล่าความรู้สึก คลายความทุกข์ในใจออกมา และ ส. ที่ 3 คือ ส่งต่อผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ (Link) หากอาการยังไม่ดีขึ้น เช่น มีอาการเศร้าซึมอย่างรุนแรง มีความคิดเบียดเบียนให้พยายามติดต่อครอบครัวและแจ้งอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ในหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาจากผู้มีความเชี่ยวชาญอย่างเหมาะสมต่อไป

การเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

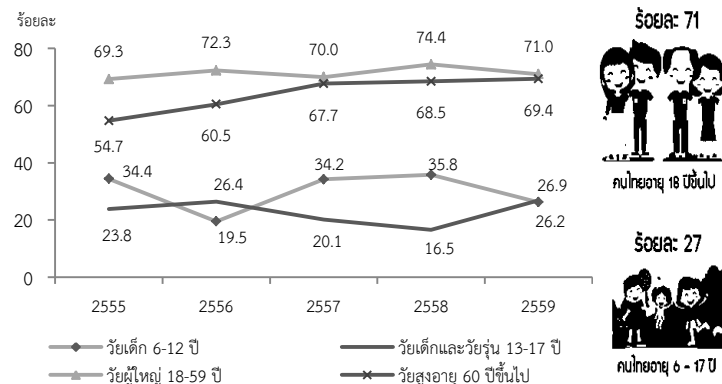
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นโรคที่มีอัตราการป่วยและการเสียชีวิตอยู่ในอันดับต้นๆ ของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ทั้งการบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2558 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.9 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.6 ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.8 และผู้ป่วยโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.9 ขณะเดียวกันจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรค NCDs ที่สำคัญก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1

การมีกิจกรรมทางกาย⁴ อย่างเพียงพอ สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรค NCDs ได้ การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในทุกกลุ่มวัยจึงกลายเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในปัจจุบัน เพราะทำให้มีสุขภาพที่ดี ลดการสะสมไขมันในร่างกาย ลดความวิตกกังวล ซึมเศร้า เครียด กระตุ้นการเรียนรู้และป้องกันโรคความจำเสื่อม ป้องกันอาการภูมิแพ้และหอบหืด นอกจากนี้ ยังทำให้เด็กสนุกสนาน มีเพื่อน มีทักษะทางสังคม และช่วยสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรม

⁴ กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายใดๆ ที่เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อโครงร่าง (กล้ามเนื้อมัดใหญ่) ซึ่งก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย

แผนภาพ 6 ระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในประชากรไทย



ที่มา: แผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. 2561-2573) พฤศจิกายน 2560



ที่มา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

ประเทศไทยมีการสำรวจข้อมูลกิจกรรมทางกาย โดยหลายหน่วยงาน อาทิ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย กรมอนามัย กรมควบคุมโรค สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คนไทยประมาณ 1 ใน 3 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคมทำการสำรวจระดับกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่งโดยเฉพาะ พบว่า ในปี 2559 วัยผู้ใหญ่ 18-59 ปี ร้อยละ 71 มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ขณะที่วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 69.4 มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ⁵ สำหรับวัยเด็กและวัยรุ่น 6-17 ปี มีเพียงร้อยละ 27 ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ⁶ สำหรับในกลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ยังไม่มีข้อมูลเนื่องจากการสำรวจยังไม่ครอบคลุม ทั้งนี้ ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขจากรายงานพัฒนาการของกล้ามเนื้อมัดหลัก (Gross Motor) พบว่า เด็กปฐมวัยร้อยละ 5.8 มีปัญหาพัฒนาการของกล้ามเนื้อมัดหลักส่วนระยะเวลาการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งในแต่ละวันที่ไม่รวมเวลานอนหลับนั้นสูงถึงเกือบ 14 ชั่วโมงต่อวันและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม พบว่าในวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุเริ่มเกิดความตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยหันมามีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ส่วนวัยเด็กและเยาวชนยังมีกิจกรรมทางกายน้อย

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายของเด็กและเยาวชนไทย ปี 2559 ของศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ซึ่งเก็บข้อมูลจากเด็กนักเรียนจำนวน 16,788 คน ที่มีอายุระหว่าง 6-17 ปี จากโรงเรียน 336 แห่ง ใน 27 จังหวัด จาก 9 ภูมิภาคและกรุงเทพฯ พบว่า เด็กไทยมีระดับการมีกิจกรรมทางกายและการเล่นอย่างกระฉับกระเฉงในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมเนือยนิ่งหรือกิจกรรมที่ไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายมาก อย่างไรก็ตาม พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลรอบข้างเพื่อให้เด็กมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางถึงดี

การส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในชีวิตประจำวันของประชาชนแต่ละช่วงวัยและช่วงเวลาของวัน จำเป็นต้องมีการประสานเชื่อมโยงกันของหลายภาคส่วน ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในหลายภาคส่วน อาทิ

⁵ เกณฑ์กิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คือ อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์

⁶ เกณฑ์กิจกรรมทางกายที่เพียงพอของเด็ก คือ อย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน

แนวทางปฏิบัติกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่มวัย

วัยเด็กและเยาวชน ช่วงอายุ 5-17 ปี 	
ลักษณะของกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม	แนวทางปฏิบัติ
- มุ่งส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สุขภาพของกระดูก และตัวชี้วัดทางชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกระบวนการเมตาบอลิซึมจนถึงภาวะเครียดและการซึมเศร้า - ได้แก่ การเล่นต่างๆ อาทิ เล่นเกม เล่นกีฬา การเดินทางด้วยการเดินเท้าและจักรยาน กิจกรรมนันทนาการ การเรียนพลศึกษา และการออกกำลังกายที่มีการวางแผน	- ควรทำกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 60 นาที/ครั้ง ด้วยกิจกรรมที่ออกแรงระดับปานกลางถึงหนักทุกวันเป็นประจำ - ถ้าทำกิจกรรมมากกว่า 60 นาที/ครั้ง จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น - กิจกรรมควรเป็นแบบแอโรบิก โดยมีกิจกรรมระดับหนักผสมอยู่บ้าง รวมทั้งควรทำกิจกรรมที่สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูกอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์
วัยผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 18-64 ปี และวัยผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป 	
- มุ่งสร้างเสริมสมรรถภาพของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สุขภาพของกระดูก เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการเรียนรู้ตลอดชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ - ได้แก่ กิจกรรมนันทนาการ/กิจกรรมยามว่าง การเดิน ขี่จักรยาน การทำงานที่ต้องออกแรง การทำงานบ้าน การเล่นต่างๆ อาทิ เล่นเกม เล่นกีฬา และกิจกรรมออกกำลังกายที่เป็นแบบแผน โดยให้กิจกรรมเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตในบ้านและในชุมชน	- ควรทำกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ ด้วยกิจกรรมแบบแอโรบิกระดับปานกลาง หรืออย่างน้อย 75 นาที/สัปดาห์ ด้วยกิจกรรมแอโรบิกระดับหนัก หรือทำกิจกรรมระดับปานกลางผสมผสานกับกิจกรรมระดับหนักในเวลาเท่ากัน - กิจกรรมแบบแอโรบิกที่ทำแต่ละครั้งนั้น ควรทำเป็นยกๆ ละอย่างน้อย 10 นาที - เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ควรเพิ่มการทำกิจกรรมแบบแอโรบิกระดับปานกลางให้ถึง 300 นาที/สัปดาห์ หรือทำกิจกรรมแบบแอโรบิกระดับหนัก 150 นาที/สัปดาห์ หรืออาจทำผสมผสานทั้งระดับปานกลางและระดับหนัก - กิจกรรมที่สร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ที่สำคัญๆ เช่น กล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อลำตัว ควรทำ 2-3 วัน/สัปดาห์ - ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ควรมีกิจกรรมเพิ่มความสมดุลของร่างกาย เช่น ฝึกการทรงตัวเพื่อป้องกันการหกล้มอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ และในกรณีที่ไม่สามารถทำตามข้อแนะนำดังกล่าวได้ ควรทำตามศักยภาพและเงื่อนไขของร่างกายเท่าที่จะเอื้ออำนวย

หมายเหตุ: ในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ สามารถทำกิจกรรมทางกายแบบสะสมติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที 3 ครั้ง/วัน รวมแล้วให้ได้อย่างน้อย 30 นาที/วัน

ที่มา: ศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ สสส.

1. **สถานศึกษา** เช่น ศูนย์เด็กเตาะแตะ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แต่ไม่ได้กำหนดระยะเวลาการมีกิจกรรมที่ชัดเจน และโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนทางด้านสุขภาพ พบว่าสถานศึกษาสามารถส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งได้นอกเหนือจากชั่วโมงพลศึกษา อาทิ การเรียนนอกห้องเรียน การเรียนเกษตรกรรม การเดินเปลี่ยนอาคารเรียน เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ การออกกำลังกายหน้าเสาธงตอนเช้า การทำความสะอาดห้องเรียน การเดินหรือขี่จักรยานไปโรงเรียน และการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายนอกเวลาเรียน

2. **สถานประกอบการ** มีการดำเนินการเพื่อกระตุ้นให้คนวัยทำงานได้มีกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงานผ่านหลายโครงการ อาทิ โครงการสถานที่ทำงานมีความสุข (Happy Workplace) โครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Workplace) โครงการสถานที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพ (CSR in Health) โครงการสถานที่ทำงานปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข และการเตรียมพร้อมก่อนเกษียณ ซึ่งได้ดำเนินการโดยอาศัยความสมัครใจของสถานประกอบการเป็นสำคัญ และเน้นการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม

3. **ชุมชน** หลายหน่วยงานดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชุมชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหาสถานที่ออกกำลังกายหลากหลายให้ประชาชนมีทางเลือกในการใช้เวลาว่างออกกำลังกายด้วยตนเอง โดยการพัฒนาสวนสาธารณะและสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน การมีกิจกรรมเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน เพื่อสุขภาพ และการพัฒนาระบบขนส่งสาธารณะให้มีความหลากหลายครอบคลุม มีคุณภาพ และเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

4. **บริการสาธารณสุข** กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินคลินิกไร้พุง และคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานพยาบาลรัฐทั่วประเทศ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือผู้ที่เป็นโรคอ้วนด้วยหลักการ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ โดยมีการดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันจัดทำแผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. 2561-2573) ครอบคลุม 3 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ (1) การส่งเสริมกิจกรรมทางกายประชาชนทุกกลุ่มวัย (2) การส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และ (3) การ

หน่วยงานและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย



ที่มา: แผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. 2561-2573) พุทธศักราช 2560

พัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อให้
หน่วยงานต่างๆ ใช้เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติ
การประจำปี เพื่อช่วยผลักดันและขับเคลื่อนการพัฒนาตามแผน
สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีเป้าประสงค์ภายในปี
2569 ประชาชนทุกกลุ่มวัยจะมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและ
ลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในชีวิตประจำวัน ผ่านสภาพแวดล้อม
ที่เอื้ออย่างครอบคลุม ทั้งถึง เป็นรูปธรรม และยั่งยืน

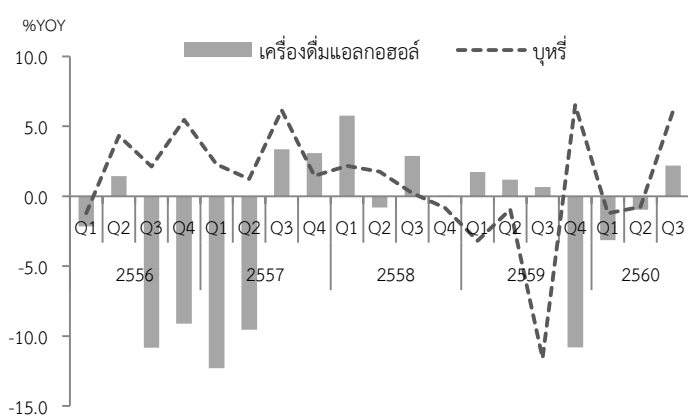
ขณะเดียวกัน ในระดับความร่วมมือกับนานาชาติ ที่ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกาย รวมทั้งการประกาศปฏิญญากรุงเทพฯ⁷ ว่าด้วยการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพะโลกและการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นฉบับแรกของโลกที่มีกรอบแนวทางปฏิบัติเพื่อกิจกรรมทางกาย กระตุ้นให้เกิดกระแสการมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการประชุมนานาชาติว่าด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและสุขภาพ ครั้งที่ 6 เมื่อวันที่ 16-19 พฤศจิกายน 2559 ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังเพิ่มขึ้น มีการบังคับใช้มาตรการด้านภาษีและราคาซึ่งต้องดำเนินมาตรการอื่นๆ ควบคู่ไปด้วยเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น จาก 30,786 ล้านบาทในไตรมาสสามปี 2559 เป็น 31,477 ล้านบาทในไตรมาสนี้ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.2 ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการบริโภคบุหรี่ยังเพิ่มขึ้นจาก 12,759 ล้านบาทในไตรมาสสามปี 2559 เป็น 13,536 ล้านบาทในไตรมาสนี้ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.1 ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการบริโภคบุหรี่ยและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 3.4 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือน

จากการที่กรมสรรพสามิตได้ปฏิรูปโครงสร้างของระบบกฎหมายภาษีสรรพสามิตและแนวทางการจัดเก็บภาษี ตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน 2560 โดยจัดเก็บภาษีเหล้า-บุหรี่ แบบระบบผสมทั้งในอัตราตามมูลค่าและอัตราตามปริมาณ เพื่อสะท้อนถึงความฟุ่มเฟือยและหลักสุขภาพให้ประชาชนบริโภคสุราที่มีดีกรีต่ำ ลดปัญหาสุราเถื่อน และเพื่อลดการเข้าถึงการบริโภคยาสูบ มีผลให้บุหรี่ต้องเสียภาษี

แผนภาพ 7 การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายการบริโภคของครัวเรือน
หมวดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ (ณ ราคาปี 2002)



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

⁷ เป็นข้อตกลงร่วมกันของประเทศสมาชิก เพื่อเรียกร้องต่อภาครัฐ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้ทุน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิก องค์การสหประชาชาติ และองค์กรที่มีไชนหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ภาคส่วนเอกชน ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชน ร่วมกันสนับสนุนและนำปฏิกิริยากรุงเทพฯ ว่าด้วยเรื่องกิจกรรมทางกายนี้ไปปฏิบัติใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนภาพ 8 โครงสร้างภาษีบุหรืและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใหม่



ที่มา: thestandard.co

มวนละ 1.20 บาท ซึ่งเป็นการเก็บภาษีตามปริมาณ จากนั้นใช้ราคาขายปลีกมาเป็นเกณฑ์อ้างอิง หากราคาขายปลีกสูงกว่า 60 บาท ต้องเสียภาษีร้อยละ 40 ของมูลค่า กรณีต่ำกว่า 60 บาท เสียภาษีในอัตราร้อยละ 20 ของมูลค่า เป็นเวลา 2 ปี หลังจากนั้น จะปรับเป็นอัตราร้อยละ 40 ของมูลค่าเท่ากันไม่ว่าจะขายปลีกในราคาใดก็ตาม ส่วนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เน้นไปที่ปริมาณแอลกอฮอล์ ซึ่งเดิมให้น้ำหนักไปที่การจัดเก็บภาษีตามมูลค่าประมาณร้อยละ 80 และตามปริมาณแอลกอฮอล์ร้อยละ 20 แต่โครงสร้างใหม่จะให้น้ำหนักที่มูลค่าร้อยละ 60 และตามปริมาณแอลกอฮอล์ร้อยละ 40 ส่งผลให้เหล้า/เบียร์ที่มีดีกรีสูงต้องเสียภาษีเพิ่มขึ้น

มาตรการด้านภาษีและราคาเป็นมาตรการหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าเป็นมาตรการที่ทำได้ง่ายที่สุด ใช้ได้ผลต่อการลดการบริโภคบุหรืและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดด้วยต้นทุนที่ต่ำที่สุด ซึ่งจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าหากราคาบุหรืแพงขึ้นร้อยละ 10 จะลดการบริโภคได้ร้อยละ 4 ในประเทศที่มีรายได้สูงหรือรายได้ปานกลาง ส่วนประเทศที่มีรายได้น้อยจะลดการบริโภคได้มากกว่านั้น และในส่วนของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีงานวิจัยจากทั่วโลกที่รองรับว่าการขึ้นราคามีผลให้ปริมาณการดื่มลดลงได้จริงแต่อาจลดลงไม่มาก

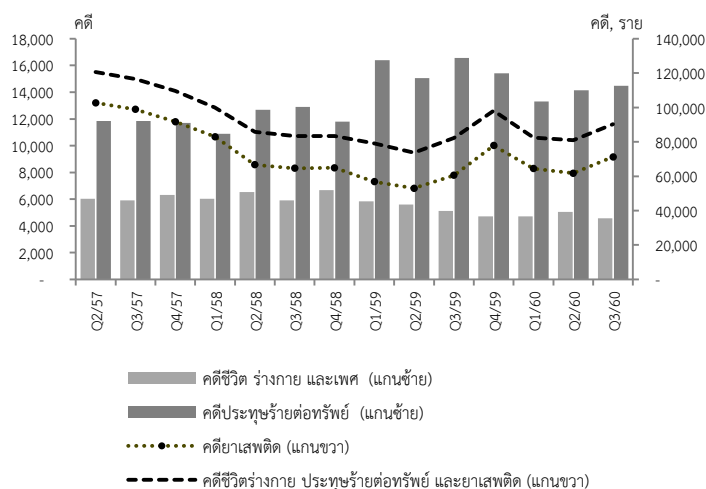
ผลการวิจัยเรื่องความยืดหยุ่นต่อราคาและความยืดหยุ่นไขว้ของอุปสงค์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พบว่า เบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทเดียวที่ผู้ดื่มจะลดการบริโภคลงหากราคาปรับเพิ่มขึ้น แต่มีผลเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเรื่องของวัฒนธรรมการดื่มเข้ามาเกี่ยวข้อง อาทิ การเข้าสังคม การเลี้ยงฉลอง ดังนั้น ปัจจัยด้านราคาเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถลดนักดื่มลงได้ จะต้องมีการอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วยทั้งมาตรการด้านการตลาด เช่น การห้ามโฆษณา ห้ามจัดกิจกรรมส่งเสริมการขาย และมาตรการเรื่องการเข้าถึง อาทิ ลดช่องทางจัดจำหน่าย ลดเวลาจัดจำหน่าย และจัดโซนนิ่งสถานที่จัดจำหน่าย

ทั้งนี้ ก่อนที่ พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 จะมีผลบังคับใช้ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้าโพล) ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเรื่องการปรับขึ้นอัตราภาษีสุราและยาสูบ⁸ มีประเด็นที่น่ากังวลคือประชาชนร้อยละ 69.04 ระบุว่า การปรับขึ้นอัตราภาษีดังกล่าวจะทำให้มีสินค้าหนีภาษีเพิ่มขึ้น และร้อยละ 73.12 ระบุว่า การปรับขึ้นอัตราภาษีดังกล่าวไม่สามารถช่วยลดจำนวนผู้บริโภคได้และ

⁸ โดย นพพล วิทย์วรงค์ และ พงศัทธ วนิชานันท์ สำนวณนักดื่มอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 3,559 คน

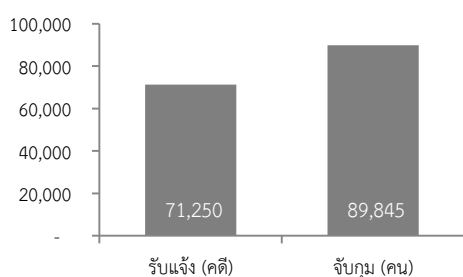
⁹ ทำการสำรวจระหว่างวันที่ 11-12 กันยายน 2560 โดยสอบถามความคิดเห็นจากประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศ รวมทั้งสิ้น 1,250 ตัวอย่าง

แผนภาพ 9 จำนวนคดีอาญาประเภทประทุษร้ายต่อทรัพย์ ชีวิตร่างกาย และเพศ และคดียาเสพติด รายไตรมาสปี 2557-2560



ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ข้อมูล ณ วันที่ 6 พฤศจิกายน 2560)

แผนภาพ 10 จำนวนรับแจ้งและการจับกุมคดียาเสพติด ไตรมาสสามปี 2560



ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ข้อมูล ณ วันที่ 6 พฤศจิกายน 2560)

หากสามารถช่วยได้ก็ค่อนข้างน้อย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังเพื่อการควบคุมยาสูบประจำเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ที่พบว่า หลังจากคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบร่างกฎกระทรวงกำหนดอัตราภาษีสรรพสามิต บริเวณชายแดนไทย-เมียนมา ด้านอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก บริเวณเกาะโนนแมนแลนด์ ได้สะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา ซึ่งปกติจะมีสินค้าปลอดภาษี โดยส่วนใหญ่เป็นของเลียนแบบจำหน่ายหลายชนิดทั้งบุหรี่และสุราต่างประเทศ ได้รับความสนใจจากลูกค้าคนไทยเข้ามาจับจ่ายใช้สอยกันเป็นอย่างมาก

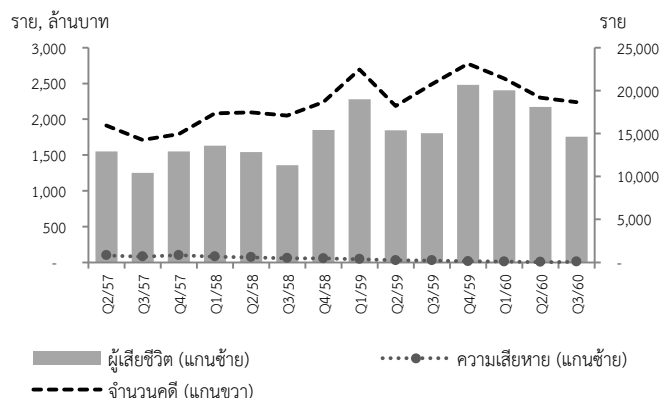
หลังจาก พ.ร.บ.ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มีผลบังคับใช้ สรรพสามิตจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการลงพื้นที่ออกตรวจตราราคาสินค้าอย่างเข้มงวด เพื่อไม่ให้เกิดการกักตุนสินค้าและไม่ให้ขายเกินราคา และมีการออกตรวจตราตามแนวตะเข็บชายแดนที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านเพื่อไม่ให้เกิดการลักลอบนำสินค้าที่หลบเลี่ยงภาษีและสินค้าปลอมเข้ามาในประเทศ ซึ่งหากตรวจพบจะถูกดำเนินคดีอย่างเด็ดขาด ทั้งนี้ ในส่วนของบุหรี่ปกติมีบุหรี่ปกติต่างประเทศบางยี่ห้อปรับลดราคาขายปลีกลงมาให้ต่ำกว่า 60 บาทเพื่อสู้กับตลาดระดับล่าง ส่งผลให้ยอดขายบุหรี่ปกติของโรงงานยาสูบและรายได้จากการเก็บภาษียาสูบของกรมสรรพสามิตลดลงมาก

คดีอาญาเพิ่มขึ้น แนวนโยบายจึงต้องเน้นการปราบปรามเพื่อสร้างสังคมปลอดภัย

ไตรมาสสามปี 2560 คดีอาญารวมมีการรับแจ้ง 90,309 คดี เพิ่มขึ้นจากไตรมาสเดียวกันของปี 2559 และจากไตรมาสก่อน ร้อยละ 9.9 และ 11.6 ตามลำดับ โดยคดียาเสพติดมีสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 78.9 ของคดีอาญารวมมีการรับแจ้ง 71,250 คดี เพิ่มขึ้นจากไตรมาสเดียวกันของปี 2559 และจากไตรมาสก่อน ร้อยละ 17.8 และ 15.4 ตามลำดับ ขณะที่คดีชีวิตร่างกายและเพศรับแจ้ง 4,573 คดี ลดลงจากไตรมาสเดียวกันของปี 2559 และจากไตรมาสก่อน ร้อยละ 10.6 และ 9.4 ตามลำดับ คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์รับแจ้ง 14,486 คดี ลดลงจากไตรมาสเดียวกันของปี 2559 ร้อยละ 12.6 แต่เพิ่มขึ้นจากไตรมาสก่อนร้อยละ 2.5

นโยบายของรัฐในการป้องกันและลดปัญหาอาชญากรรมเพื่อสร้างสังคมปลอดภัย จึงได้เน้นการปราบปรามกลุ่มผู้มีอิทธิพลที่เกี่ยวข้องกับอาวุธสงคราม ยาเสพติดข้ามชาติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มรายใหญ่ที่มีเครือข่ายเชื่อมโยงใช้ธุรกิจบังหน้าในรูปแบบต่างๆ เช่น วงการบันเทิง ขายสินค้า

แผนภาพ 11 สถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก ตาย และมูลค่าความเสียหาย รายไตรมาส ปี 2557-2560



ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ข้อมูล ณ วันที่ 6 พฤศจิกายน 2560)

ตาราง 9 การคำนวณมูลค่าจากอุบัติเหตุทางถนน

ปี	จำนวนผู้เสียชีวิต ¹ (คน)	จำนวนผู้บาดเจ็บสาหัส ² (คน)	มูลค่าความสูญเสียจากการเสียชีวิต (ล้านบาท)	มูลค่าความสูญเสียจากการบาดเจ็บสาหัส (ล้านบาท)	มูลค่าความสูญเสียโดยรวม (ล้านบาท)	มูลค่าความสูญเสียโดยรวม (เมื่อปรับอัตราเงินเฟ้อ โดย CPI 2556=100)	อัตราส่วนต่อ GDP ⁴
2556	21,814	107,123	218,140	321,369	539,509	533,263	5.83%
2555	22,284	110,777	222,840	322,331	555,171	536,996	6.02%
2554	22,281	104,542	227,450	314,175	541,625	508,594	6.13%
เฉลี่ย	22,281	107,542	222,810	322,625	545,435	526,284	6.00%

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) รายงานอุบัติเหตุทางถนน..ความเสียหายร้ายแรงต่อเศรษฐกิจไทย

หมายเหตุ: ¹ ข้อมูล 3 ฐาน
² สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
³ ข้อมูล CPI ธนาคารแห่งประเทศไทย
⁴ ข้อมูล GDP ธนาคารแห่งประเทศไทย

ออนไลน์ทั้งในและนอกประเทศ และในปี 2560 เป็นปีแห่งการปราบปรามยาเสพติด เน้นการปราบปราม ล่อซื้อ ขยายผล จับกุมเครือข่ายยาเสพติด คุ่มเข้มแนวชายแดนเพื่อสกัดกั้นมิให้ใช้เป็นเส้นทางการนำเข้าและส่งออกสารเสพติด มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาใช้ในการตรวจหายาเสพติด เพื่อสร้างสวัสดิภาพและเปิดพื้นที่ปลอดภัยให้กับสังคม

การเกิดอุบัติเหตุลดลง แต่ยังต้องสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงและความร้ายแรงของอุบัติเหตุเพื่อการปรับพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนให้ปลอดภัยขึ้น

สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบกในไตรมาสสามปี 2560 มีการรับแจ้ง 18,643 ราย ลดลงจากไตรมาสเดียวกันของปี 2559 และจากไตรมาสก่อน ร้อยละ 10.1 และ 2.9 ตามลำดับ มีผู้เสียชีวิต 1,756 คน ลดลงจากไตรมาสเดียวกันของปี 2559 และจากไตรมาสก่อน ร้อยละ 2.7 และ 19.1 ตามลำดับ มีผู้บาดเจ็บ 763 ราย ลดลงจากไตรมาสเดียวกันของปี 2559 และจากไตรมาสก่อน ร้อยละ 56.3 และ 63.3 ตามลำดับ ขณะที่มูลค่าความเสียหายลดลงจากไตรมาสเดียวกันของปี 2559 ร้อยละ 66.7 แต่เพิ่มขึ้นมาจากไตรมาสก่อนร้อยละ 125 รถที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดยังคงเป็นรถจักรยานยนต์คิดเป็นร้อยละ 38.5 ของประเภทรถยนต์ที่เกิดอุบัติเหตุทั้งหมด รองลงมาได้แก่รถยนต์นั่งร้อยละ 30.5 และรถปิคอัพร้อยละ 17.3

อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ประเทศต้องสูญเสียงบประมาณและทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและวัยแรงงานที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศในอนาคต ข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2560) พบว่า ในช่วงปี 2554-2556 มูลค่าของอุบัติเหตุ¹⁰ เฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 545,435 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) และได้คำนวณมูลค่าความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจร¹¹ พบว่าการเสียชีวิตมีมูลค่าประมาณ 10 ล้านบาทต่อราย การบาดเจ็บสาหัสมีมูลค่าประมาณ 3 ล้านบาทต่อราย

ขณะที่ข้อมูลสถิติผู้เสียชีวิตจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถแสดงให้เห็นว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

¹⁰ คณะนักวิจัยจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้วิจัยเรื่องอุบัติเหตุทางถนน..ความเสียหายร้ายแรงต่อเศรษฐกิจ ผู้วิจัยได้อ้างอิงมูลค่าของอุบัติเหตุในการประเมินความสูญเสียของทั้งประเทศ เนื่องจากพื้นที่ทำการสำรวจเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท จึงสามารถเป็นพื้นที่ตัวแทนของทั้งประเทศได้

¹¹ คำนวณมูลค่าความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจรจากพื้นที่ในจังหวัดสระบุรี ด้วยวิธีการประเมินความเต็มใจที่จะจ่ายในการลดอุบัติเหตุทางถนนของคนในพื้นที่

หลีกเลี่ยง 5 ปัจจัยเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุ อัตราความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุจะลดน้อยลงจนแทบไม่มีโอกาสเกิดขึ้น

- การใช้ความเร็วสูงในการขับขี่ จะยิ่งเสี่ยงมากขึ้น ก่อให้เกิดอุบัติเหตุเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับการขับขี่ด้วยความเร็วปกติ หนึ่งวิธีที่จะช่วยให้ไม่ต้องขับขี่ด้วยความเร็วคือการเผื่อเวลาเดินทาง และศึกษาเส้นทางก่อนออกเดินทางเสมอ
- ความไม่พร้อมของผู้ขับขี่ ง่วงนอน ความเครียด อาการเมเามาต่างๆ ล้วนทำให้ความสามารถในการขับขี่ลดน้อยลง ประสิทธิภาพในการขับขี่ก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การดูแลตัวเอง ไม่เครียด และเตรียมความพร้อมร่างกายจะช่วยลดความเสี่ยงได้
- การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ป้ายเตือน ป้ายห้าม ข้อกำหนดต่างๆ บนท้องถนน ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญยิ่ง ผู้ขับขี่ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด
- การใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ การที่เราละสายตาจากถนนเพียงไม่กี่วินาที อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ ขณะก้มดูหน้าจอสื่อโทรศัพท์ หากรถคันหน้าเบรกกะทันหัน ทำให้เบรกไม่ทันได้ หรือการคุยโทรศัพท์ สมาธิจดจ่ออยู่กับการคุย อาจทำให้เราตัดสินใจไม่ทันหากเกิดเหตุคับขัน
- ความไม่พร้อมของรถยนต์ ควรหมั่นตรวจเช็คสภาพรถให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ คอยสังเกตถึงความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ที่มา: <https://www.autodeft.com/deftanswer/5-risk-accident>: 5 ปัจจัยเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุ



ทางถนนประมาณ 22,281 คนต่อปี ส่วนข้อมูลผู้บาดเจ็บสาหัสของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเฉลี่ย 107,542 คนต่อปี คิดเป็นอัตราส่วนประมาณครึ่งหนึ่งของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด

ทั้งนี้ คนไทยส่วนใหญ่ขาดความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงและความร้ายแรงของอุบัติเหตุจราจรทางบก ทำให้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้รถใช้ถนนมาก อาทิ “เมา” ความสามารถในการขับขี่ลดลง การตัดสินใจและการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินจะช้าลงกว่าปกติ 8 เท่า การมองเห็นโดยเฉพาะในช่วงกลางคืนลดลง “ง่วง” จะมีโอกาสหลับในหรือหลับประมาณ 3-5 วินาที ทำให้รถวิ่งอย่างไร้การควบคุม หากผู้ขับรถตื่นอยู่ 18 ชั่วโมงแล้วไปขับรถ สมรรถภาพในการขับขี่จะเท่ากับผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และหากไม่ได้นอนทั้งคืน สมรรถภาพในการขับรถจะเท่ากับผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ “ขับเร็วเกินไป” ความเร็วที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบต่อระยะทางในการหยุดรถ เช่น ความเร็ว 80 กม./ชั่วโมง ต้องใช้ระยะทางในการหยุดรถ 76 เมตร และหากประสบอุบัติเหตุจะทำให้แรงปะทะ ณ จุดเกิดเหตุเพิ่มสูงขึ้น เช่น การขับขี่ด้วยความเร็ว 60 กม./ชม. มีโอกาสเสียชีวิตถึงร้อยละ 90 “โทรไปขับไป” เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าการขับรถในช่วงปกติ 2-4 เท่า จากการเสียสมาธิในการควบคุมรถ ปฏิบัติการในการตอบสนองช้ากว่าปกติ 0.5 วินาที “ขับไปกินไป” ทำให้จับพวงมาลัยเพียงข้างเดียว ปฏิบัติการตอบสนองในการขับขี่ช้ากว่าปกติ 2 เท่า

ดังนั้น การรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ด้านปัญหาความปลอดภัยทางถนนจึงเป็นสิ่งที่ควรจะทำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านความเสี่ยงและความร้ายแรงของอุบัติเหตุจราจรทางบกอย่างเข้มข้น ปลุกฝังจิตสำนึกและระเบียบวินัยเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนให้ปลอดภัยยิ่งขึ้น ควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด มีบทลงโทษแรง รวมทั้งการจัดอบรมคนรุ่นใหม่ให้ตระหนักถึงความร้ายแรงของอุบัติเหตุ จะทำให้การลดอุบัติเหตุทางถนนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การค้าประเวณีเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาการค้ำมนุษย์ จึงต้องเร่งดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหานี้จริงจังต่อเนื่อง

การกระทำความผิดจากการบังคับค้าประเวณีจัดเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาการค้ำมนุษย์ที่ไทยถูกจับตามองมาโดยตลอด

หลักสูตรต้นกล้าครอบครัว

ภายใต้โครงการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการค้าประเวณี หลักสูตรต้นกล้าครอบครัวป้องกันความเสี่ยงการค้าประเวณีและค่านิยม หลักสูตรที่ช่วยให้เด็กกลุ่มเป้าหมายระดับชั้น ป. 4-6 มีภูมิคุ้มกันและรู้จักป้องกันตนเอง รวมทั้งส่งเสริมการสร้างครอบครัวที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันปัญหาต่างๆ การดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย คือ 1) การเสริมสร้างความตระหนักในตนเอง รู้จักตนเอง กล้าคิด กล้าทำในสิ่งที่ถูกต้อง 2) การสร้างคุณค่าในตนเอง สามารถค้นหาจุดแข็งของตนเอง เคารพและเห็นใจผู้อื่น 3) ทักษะในการป้องกันตนเอง รู้และความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย เข้าใจรัก รู้จักเช็กส์ อย่างถูกต้องปลอดภัย และ 4) แนวทางในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เห็นคุณค่าในเรื่องที่เป็นสิ่งสำคัญในชีวิต สร้างเสริมความมั่นใจในการลงมือทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ทั้งนี้ การได้ส่งเสริมค่านิยมและประพฤติตนที่เหมาะสมตามวัย ส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศ ตลอดจนร่วมกันสอดส่องดูแลพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการค้าประเวณีจะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความรักความอบอุ่นในครอบครัว และป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ได้ต่อไป

ที่มา: กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

แม้ว่าภาครัฐได้กำหนดนโยบาย “ไม่ยอมรับต่อปัญหาการค้ามนุษย์ หรือ “Zero Tolerance” เพื่อปราบปรามกระบวนการค้ามนุษย์อย่างจริงจัง มีการเฝ้าระวัง จับกุมนำเข้าสู่กระบวนการสอบสวนโดยละเอียด เพื่อตรวจสอบความเชื่อมโยงของพฤติกรรมเข้าข่ายเป็นเหตุระงับให้มีการค้าประเวณีหรือค่านิยม ในทางปฏิบัติก็ยังพบการค้าประเวณีได้ทั่วประเทศและมีแนวโน้มสูงขึ้นในหลายพื้นที่ เจ้าหน้าที่ได้จัดชุดปฏิบัติการตรวจเข้มในสถานประกอบการ ระดมกวาดล้างอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง จัดให้มีโซนนิ่งพื้นที่สีแดงใน 15 จังหวัด¹² ที่มีปัญหาหลักลอบค้าประเวณี รวมถึงการเข้มงวดเอาผิดเจ้าหน้าที่ที่ปล่อยปละละเลย ผลจากการปราบปรามอย่างเข้มงวดต่อเนื่องพบว่าเหยื่อและผู้ทำหน้าที่จัดหาเมียอายุค่อยๆ ลดลงเรื่อยๆ เป็นเด็กหญิงอายุเพียง 13-15 ปี ที่มีฐานะยากจน บางรายถูกคนใกล้ชิดข่มขืนจึงหันมาประกอบอาชีพนี้ ทั้งนี้ ผู้ค้าบริการทางเพศส่วนใหญ่ใช้สื่อโซเชียลมีเดียเป็นเครื่องมือทำให้ใช้ง่าย ฟุ้งเฟ้อ¹³ บางรายถูกคนใกล้ชิดล่อลวงให้ไปทำงานต่างประเทศแล้วถูกบังคับให้ขายบริการทางเพศ หากไม่ยินยอมจะข่มขู่ ทุบตี บางรายถูกบังคับให้เสพยาเสพติด ขณะที่ข้อมูลกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว พบว่าร้อยละ 70-80 ของคดีการค้ามนุษย์เชื่อมโยงจากการค้าประเวณี รวมทั้งพบกลุ่มเด็กเยาวชนหญิงมีความเสี่ยงตกเป็นเหยื่อถูกล่อลวงไปในทางไม่เหมาะสมมากขึ้น

ภาครัฐดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการค้าประเวณีอย่างจริงจังและต่อเนื่องตามโครงการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการค้าประเวณี ขับเคลื่อนระบบคุ้มครอง สวัสดิภาพแก่ผู้ถูกแสวงหาประโยชน์จากการค้าประเวณี อาทิ จัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันการค้ามนุษย์ในชุมชน จัดทำหลักสูตรการป้องกันการค้ามนุษย์และการแสวงหาประโยชน์กับเด็กในชุมชน สร้างเครือข่ายในการทำงาน จัดค่ายเยาวชนสร้างเสริมพลังสรรสร้างจรรโลงความดีสู่สังคม เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงปัญหาการค้าประเวณีมากขึ้น และให้ความร่วมมือเป็นเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาการค้าประเวณีในพื้นที่ รวมทั้งมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบังคับใช้กฎหมายให้เห็นผลชัดเจน ดำเนินคดีทุกระดับอย่างจริงจัง และลงโทษ

¹² ชลบุรี ฉะเชิงเทรา เชียงราย เชียงใหม่ นครปฐม นครราชสีมา ปทุมธานี ภูเก็ต ระยอง สกลนคร สงขลา สมุทรปราการ สมุทรสาคร หนองคาย และอุดรธานี

¹³ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) องค์การสิทธิมนุษยชน มูลนิธิ Walk Free Foundation และองค์การระหว่างประเทศโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) (กันยายน 2560) ทั้ง 3 หน่วยงานประเมินว่า ประชากรราว 40.3 ล้านคนทั่วโลก ติดกับดักตกเป็นทาสสมัยใหม่ในปี 2016 ในจำนวนนี้ราว 24.9 ล้านคน ถูกบังคับค้าประเวณี ใช้แรงงานในโรงงาน และก่อสร้าง เกษตรและเรือประมง รวมทั้งคนรับใช้ในบ้าน ส่วนอีก 15.4 ล้านคน ถูกบังคับแต่งงาน โดยเกือบ 3 ในทุก 4 คน เป็นผู้หญิงกับเด็กสาว และอีก 1 ใน 4 เป็นเด็ก ส่วนใหญ่อยู่ในแถบแอฟริกา รองลงมาคือเอเชีย-แปซิฟิก

ผู้กระทำความผิดให้ถึงที่สุดโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับคดีค้ำมนุษย์

ขณะเดียวกันแนวทางแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืนต้องเริ่มต้นที่ครอบครัว ผู้ปกครองเฝ้าระวังดูแลพฤติกรรมบุตรหลานอย่างใกล้ชิด ให้ความรัก ความเข้าใจ ปลุกฝังให้ตระหนักถึงคุณค่าและสิทธิที่ตนพึงมี ไม่ตกเป็นทาสวัตถุ นิยม กลุ่มเด็กและเยาวชนมีการให้ความรู้ จัดการเรียนรู้ การสอน สอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาการค้ามนุษย์และการปกป้องตนเองให้ปลอดภัย สร้างเครือข่ายป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการค้ามนุษย์ในพื้นที่ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความรู้ความเข้าใจและตระหนักในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการค้าประเวณี รวมทั้งการใช้มาตรการเชิงรุกด้านการข่าว อาศัยข้อมูลที่ได้จากองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่เป็นหลัก สร้างพื้นที่คุณภาพผ่านสื่อทุกประเภท

ตาราง 10 ปริมาณอัตราการเกิดน้ำเสียต่อคนต่อวัน

หน่วย : ลิตร/คน-วัน

ภาค	2536	2540	2545	2550	2555	2560
กลาง	160-214	165-242	170-288	176-342	183-406	189-482
เหนือ	183	200	225	252	282	316
ตอ./เหนือ	200-253	216-263	239-277	264-291	291-306	318-322
ใต้	171	195	204	226	249	275

ที่มา: โครงการพัฒนาและปรับปรุงข้อมูลอัตราการเกิดน้ำเสียและปริมาณความสกปรกของแหล่งกำเนิดประเภทชุมชน กรมควบคุมมลพิษ 2553

ตาราง 11 ปริมาณน้ำเสียชุมชนทั่วประเทศ ปี 2555-2559

หน่วย : ล้านลูกบาศก์เมตร/วัน

ปริมาณน้ำเสีย	2555	2556	2557	2558	2559
ปริมาณน้ำเสียจากชุมชนที่เกิดขึ้น	9.7	9.7	10.9	9.5	9.6
จำนวนระบบบำบัดน้ำเสียรวมของชุมชน (แห่ง)	91	92	93	93	101
จำนวนระบบบำบัดน้ำเสียที่ใช้งานได้ (แห่ง)	85	85	85	89	88
ความสามารถในการบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม./วัน)/ร้อยละของปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้น	na.	na.	29	34	15

ที่มา: รายงานสถานการณ์มลพิษ กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการจัดการน้ำเสีย

ปัญหามลพิษทางน้ำในปัจจุบันรุนแรงมากขึ้นมักเกิดจากการระบายน้ำเสียจากอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และส่วนใหญ่มาจากกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ โดยปริมาณน้ำเสียที่ปล่อยทิ้งจากอาคาร บ้านเรือนมีประมาณร้อยละ 80 ของปริมาณน้ำใช้หรืออาจประเมินได้จากจำนวนประชากร หรือพื้นที่ใช้สอยของอาคารแต่ละประเภท ซึ่งส่วนใหญ่ระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำโดยตรง ไม่ถูกรวบรวมเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียรวม โดยขณะนี้ระบบบำบัดน้ำเสียชุมชนมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และไม่เพียงพอต่อปริมาณน้ำเสียที่เพิ่มขึ้นตามอัตราการขยายตัวของชุมชน นอกจากนี้ ระบบบำบัดน้ำเสียหลายแห่งยังชำรุดเสียหายเนื่องจากขาดการบำรุงดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เกิดสภาพน้ำเน่าเสีย ไม่สามารถนำมาใช้อุปโภคและบริโภคได้ ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายและความเสียหายต่อการประมง การเกษตร การสาธารณสุขที่สำคัญทำให้ระบบนิเวศธรรมชาติถูกทำลายหรือเสื่อมคุณภาพจนไม่เหมาะสมที่สิ่งมีชีวิตจะอาศัยอยู่ได้

จากรายงานสถานการณ์มลพิษประเทศไทยปี 2559 พบปริมาณน้ำเสียจากชุมชน 9.6 ล้านลูกบาศก์เมตรต่อวัน¹⁴ เพิ่มขึ้นจากปี 2558 เพียงเล็กน้อยที่ 9.5 ล้านลูกบาศก์เมตรต่อวัน และได้รับการบำบัดน้ำเสียเพียงร้อยละ 15 จากระบบบำบัดน้ำเสียที่สามารถใช้งานได้เพียง 88 แห่ง จากทั่วประเทศ 101 แห่ง ในขณะที่ปี 2558 ได้รับการบำบัดน้ำเสียร้อยละ 34 จากระบบบำบัดน้ำเสียที่สามารถใช้งานได้ 89 แห่ง จากทั่วประเทศ 93 แห่ง

¹⁴ รายงานหมายเหตุมลพิษ ปีที่ 13 ฉบับที่ 35 เดือนธันวาคม 2559-มกราคม 2560 กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ก๊าซชีวภาพจากฟาร์มสุกร ความสุขที่ยั่งยืนของชุมชน “คนท่ามะนาว”

ชุมชนท่ามะนาว อ.ชัยบาดาล จ.ลพบุรี เดิมประสบปัญหาเรื่อง “กลิ่นมูลสุกร” ซึ่งเกิดจากการปล่อยน้ำเสียจากฟาร์มสุกรขนาดใหญ่มากกว่า 20 แห่ง

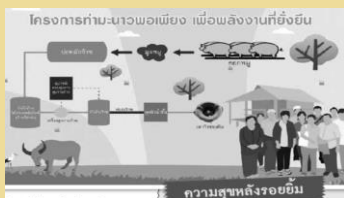
- ผู้นำชุมชน (คุณวสันต์ ตรีชัย นายภา ออบต.ท่ามะนาว) จุดประกายในการแสวงหาพลังงานทดแทน โดยนำข้อมูลที่ได้ศึกษามาเป็นเครื่องมือชักชวนให้ชาวบ้านมาวิเคราะห์ตัวเอง และแปรรูปให้เป็นโอกาสด้วยการนำมูลสุกรมาสร้างมูลค่าด้วยการหมักให้เป็นก๊าซชีวภาพที่เกิดประโยชน์ร่วมกันและแก้ปัญหาเรื่องกลิ่นเหม็นจากฟาร์มสุกรให้หมดไป



- การประชุมความร่วมมือระหว่างชุมชนกับสถาบันวิทยาการพลังงาน และบริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) ที่ช่วยเข้ามาหนุนเสริมความรู้และเทคโนโลยีให้กับชุมชน ด้วยการสร้างบ่อหมักก๊าซชีวภาพระดับฟาร์ม เป็นบ่อหมักแบบแคปซูล โดยนำร่องทำการผลิตก๊าซเดินท่อต่อและส่งก๊าซให้ชาวบ้านจำนวน 9 ครัวเรือน และต่อมาขยายผลให้ชุมชนกว่า 130 ครัวเรือน



- จากความสำเร็จได้ก่อให้เกิดเป็น “กลุ่มผู้ใช้ก๊าซจากมูลสัตว์ ต.ท่ามะนาว” องค์กรชุมชนเล็กๆ ที่เป็นบทพิสูจน์ผลสำเร็จแห่งความเพียร และความยั่งยืนบนวิถีความพอเพียง
- องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการสร้างวิถีชุมชนท่ามะนาว พบว่า (1) เป็นการทำงานที่มีความยืดหยุ่นสูง ยืดหยุ่นค่อยเป็นค่อยไป (2) สร้างศักยภาพคนเพื่อความต่อเนื่องยั่งยืน (3) มีกลไกการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม (4) ทำให้เห็นจริงก่อนขยายผล (5) บูรณาการทุกเรื่องและแสวงหาภาคีเครือข่ายสนับสนุนการทำงาน (6) เลือกสิ่งที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ไม่เน้นเทคโนโลยีระดับสูงหรือราคาแพง (7) ทำแล้วไม่ทิ้ง แต่มีการวิเคราะห์ประเมิน และ (8) ใช้หลักท้องถิ่นท้องถิ่นที่สามัคคีกัน



- ปัจจัยของความสำเร็จของชุมชนที่ท่ามะนาว (1) ความเข้มแข็งของแกนนำและวิสัยทัศน์ของผู้นำส่วนท้องถิ่น (2) การพูดคุยคือสิ่งสำคัญ และ (3) การมีมุมมองที่เป็นองค์รวมเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของแกนนำหลัก

ที่มา: วารสารสานสุข สานความสุขสู่สังคม

ภาครัฐได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาน้ำเสียของชุมชน โดยได้ดำเนินแก้ไขปัญหามลพิษจากแหล่งกำเนิดต่างๆ เช่น การบังคับการใช้กฎหมายกับแหล่งกำเนิดน้ำเสียที่เข้มงวดมากขึ้น การผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บค่าบริการบำบัดน้ำเสีย ให้คำแนะนำในการฟื้นฟูระบบบำบัดน้ำเสียที่มีอยู่เดิมให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบำบัดน้ำทิ้งให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด การจัดทำแผนนโยบายผู้ได้ประโยชน์เป็นผู้จ่ายในส่วนของการจัดการน้ำเสีย และดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหาน้ำเสียและขยะมูลฝอยในแหล่งท่องเที่ยวต้นแบบ 11 แห่ง โดยรณรงค์ให้นักท่องเที่ยวรักษาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทั้งนี้ การปรับปรุงคุณภาพน้ำเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งการใช้กฎระเบียบ ข้อบังคับ รวมถึงการสร้างจิตสำนึกของประชาชนให้มีส่วนร่วมและเฝ้าระวังในการบำบัดน้ำเสียที่เกิดจากชุมชน ซึ่งขณะนี้หลายชุมชนได้เริ่มบำบัดน้ำเสียด้วยวิธีต่างๆ เช่น การนำน้ำหมักชีวภาพเทลงในคลองเดือนละ 1-2 ครั้ง เพื่อปรับสภาพน้ำให้เป็นสีเขียวและใสขึ้น รวมถึงการใช้ถังดักไขมันในการบำบัดน้ำเสียเบื้องต้น ก่อนระบายลงสู่คลอง การจัดการขยะทั้งเปียกและแห้ง และการขุดลอกคูคลองให้มีการไหลเวียนของน้ำที่ดีขึ้น

ตัวอย่าง “ชุมชนต้นแบบพลังงานยั่งยืน” ขององค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะนาว อ. ชัยบาดาล จ. ลพบุรี โดยการนำมูลสุกรมาทำแก๊สชีวภาพ ซึ่งในอดีตมูลสุกรเคยเป็นปัญหาของหมู่บ้านในเรื่องกลิ่นซึ่งเกิดจากการปล่อยน้ำเสียจากฟาร์มสุกรที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งขั้นรุนแรงของชนในชุมชน ชุมชนแก้ปัญหาด้วยการจับเข้าค่าย การออกไปหาความรู้และแสวงหาความร่วมมือจากภายนอก การสร้างองค์ความรู้ด้วยการแปรสภาพของมูลสุกรให้กลายเป็นพลังงานสะอาดที่มีคุณค่าและสร้างมูลค่า รวมถึงการพัฒนาวัฒนธรรมและระบบการจัดการเพื่อส่งต่อพลังงานให้คนในชุมชนกว่า 130 ครัวเรือนได้ใช้ประโยชน์ร่วมกัน จนก่อให้เกิดเป็น “กลุ่มผู้ใช้ก๊าซจากมูลสัตว์ ต.ท่ามะนาว” ที่ได้พิสูจน์ผลสำเร็จแห่งความยั่งยืนบนวิถีความพอเพียง

เปิดพื้นที่การเรียนรู้: นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

การเป็นสังคมผู้สูงวัย เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม สิ่งแวดล้อม ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจ ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดต่อการเข้าถึงบริการสาธารณะ และต้องการการดูแลมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องมีนวัตกรรมเฉพาะด้านเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ให้ผู้สูงอายุมีการ

นวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ

โดยความร่วมมือระหว่าง เอสซีจี สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ 10 นวัตกรรมเด่นเพื่อผู้สูงอายุ มีนวัตกรรมเด่น ๆ ดังนี้

“หุ่นยนต์ดินสอ”



แฉ่งเตือนเรียกแพทย์ฉุกเฉินผ่านจอสัมผัสและกล้องสามมิติ

ถุงเท้าลอกผิว “Derma romp”



ลอกผิวหนังที่ตายแล้วมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน

“SenZe”



อุปกรณ์ช่วยในการสื่อสารทางสายตาสำหรับผู้ปวยอัมพาต

หมวกเลเซอร์ปลูกผม-Prime



ผู้มีปัญหาผมบาง สวมใส่เพื่อการบำบัดครั้งละ 20 นาทีวันเว้นวัน

อุปกรณ์ออกกำลังกายในบ้าน



ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพลิดเพลินกับคอนเทนต์ที่อยู่รอบตัว พร้อมๆ กับที่ระบบกล้ามเนื้อ ข้อต่อ และเส้นเอ็นของร่างกาย

เฟอร์นิเจอร์ชุดครัว



นำความรู้เรื่อง “การฟัง” มาสร้างความรู้สึกทางด้านร่างกายในการยืนท่าคว่ำของผู้สูงอายุ

นวัตกรรมที่อยู่อาศัย



ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในบ้านได้อย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุต่างๆ

Aging Simulation Suite



แบบจำลองความเสื่อมถอยของร่างกายผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการมองเห็น การได้ยิน หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย

ที่มา: มหกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงวัย “เฮลท์แคร์ 2016” จัดโดยเอสซีจี, สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติฯ และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติฯ

เตรียมความพร้อม มีสุขภาพะที่ดีสามารถพึ่งตนเองและอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าโดยไม่เป็นภาระกับบุคคลอื่น

ภาครัฐและเอกชนมีการตื่นตัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีการคิดนวัตกรรมโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อเตรียมความพร้อมในการอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยและสะดวกสบายมากขึ้น ลดภาระการพึ่งพิงของคนวัยแรงงานได้มากขึ้น หรือนวัตกรรมที่เป็นภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อรองรับกิจกรรมต่างๆ ในวิถีชีวิตผู้สูงอายุในการฟื้นฟูภาวะสุขภาพให้มีสุขภาพะที่ดี มีคุณภาพ ไม่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือด โรคหัวใจหรือโรคมะเร็ง เป็นต้น

นวัตกรรมนำสมัยที่มีการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ อาทิ “หุ่นยนต์ดินสอ” แฉ่งเตือนเรียกแพทย์ฉุกเฉินผ่านจอสัมผัสและกล้องสามมิติ “เครื่องช่วยฟังในหู” สำหรับผู้มีปัญหาการได้ยิน สามารถคว้ารางวัลระดับโลกที่งาน Euroinvent 2016¹⁵ “อุปกรณ์ออกกำลังกายในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ” นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนสนับสนุนให้เกิดการวิจัยเพื่อพัฒนาต่อยอดผลงานด้านนวัตกรรม โดยการส่งเสริมให้เยาวชนสร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์เพื่อสังคม เช่น ไม้เท้าแฉ่งเตือนการล้มสำหรับผู้สูงอายุ เป็นผลงานของนักศึกษาวิทยาลัยสารพัดช่างสงขลาที่สามารถคว้ารางวัล Enjoy Science¹⁶ โดยนำวิชาที่เรียนไม่ใคร่คอนโทรลเลอร์มาประยุกต์ใช้ให้ไม้เท้าสามารถแฉ่งเตือนไปยังโทรศัพท์เคลื่อนที่ของลูกหลานได้ทันที หากผู้สูงอายุล้มขณะใช้ไม้เท้า หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน (Walker) สำหรับผู้สูงอายุที่มีความพิการช่วงล่างสามารถใช้ชีวิตได้อย่างสะดวกสบายมากขึ้นที่ได้พัฒนาตามคำแนะนำของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

นวัตกรรมจากภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาศัยฐานทุนสำคัญ คือ องค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมและทรัพยากรในพื้นที่ การประดิษฐ์เครื่องช่วยเหลือทางการแพทย์จากวัสดุเหลือใช้ในพื้นที่ เช่น เตียงผู้ปวยเครื่องกายภาพบำบัดเพื่อกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง มือและเอ็นติดขัด แขนขาอ่อนแรง อาทิ กะลามะพร้าวรักษาอาการปวดเมื่อยไปจนถึงอัมพฤกษ์-อัมพาต โดยนั่ง/นอนทับกะลามะพร้าวในบริเวณที่ปวดเมื่อย ของตำบลละงู

¹⁵ EUROINVENT 2016 (8th European Exhibition of Creativity and Innovation) จัดขึ้นระหว่างวันที่ 19-21 พฤษภาคม 2559 ณ Palas Mall, Lasi ประเทศโรมาเนีย เป็นงานประกวดที่รวมผลงานวิจัยจากทั่วโลกมากกว่า 700 ผลงานจากประเทศต่างๆ

¹⁶ โครงการ Chevron Enjoy Science: สนุกวิทย์ พลังคิด เพื่ออนาคต โครงการระยะยาว 5 ปี โดยบริษัท เชฟรอนประเทศไทยสำรวจและผลิต จำกัด กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดย สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) องค์การพิพิธภัณฑ์วิทยาศาสตร์แห่งชาติ (อพวช.) สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับสถาบันคีนันแห่งเอเชีย จัดโครงการ “Enjoy Science: Young Makers Contest ปีที่หนึ่ง (2558) ในหัวข้อสิ่งประดิษฐ์เพื่อผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยเชิญชวนนักสร้างสรรค์นวัตกรรมรุ่นใหม่ในระดับนักเรียน-นักศึกษาสายสามัญและอาชีวศึกษา ร่วมประกวดสิ่งประดิษฐ์เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยในชุมชนให้ดีขึ้น

นวัตกรรมที่เกิดจากภูมิปัญญาชาวบ้าน



สมาคมคนจิตอาสา ต. บ้านต่อม อ. เมืองพะเยา จ. พะเยา ประดิษฐ์ เครื่องกายภาพบำบัดสำหรับผู้พิการ ทำจากวัสดุเหลือใช้ เช่น รถเข็นคนไข้ และขวดน้ำพลาสติก

ชุมชนประจวบศิริ เทศบาลเมืองประจวบฯ จ. ประจวบคีรีขันธ์ สร้างนวัตกรรมกะลา นวดฝ่าเท้าเป็นอุปกรณ์สำหรับช่วยบำบัด พื้นฟูสุขภาพผู้เจ็บป่วยและผู้สูงอายุจาก ภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง



กลุ่มกะลามะพร้าวบ้านหน้าถ้ำ จ. ยะลา นำมะพร้าวแถมมาทำเป็น ลูกบิดเม็ดเล็กๆ ร้อยเรียงเพื่อเย็บ เป็นรองเท้าสุขภาพ ผลจากการ สัมผัสส่วนโค้งมนของลูกบิด กะลามะพร้าวจะช่วยกระตุ้นปลาย ประสาท

ชุมชนละลุ จ. สตูล ปอกเปลือกจน เหลือแต่กะลาทั้งลูกมาเป็นอุปกรณ์ สำคัญในการรักษาอาการปวดเมื่อย ไปจนถึงอัมพฤกษ์-อัมพาตให้แก ่ทั้งกะลามะพร้าว 1 เดือน



ชุมชนโคกสำโรง จ. ลพบุรี นำหลอด กาแฟ ทำหมอนเพื่อสุขภาพ มีการ ถ่ายเทของอากาศสะดวก ทำให้ ไม่ร้อน หมอนรองรับบริเวณต้นคอได้ เป็นอย่างดี ตามสรีระต้นคอ ไม่มีฝุ่น ไม่ก่อให้เกิดอาการภูมิแพ้ สามารถ เปลี่ยนไส้หมอนและถอดทำความสะอาดได้เป็นโอท็อปประจำอำเภอเป็น ที่ต้องการของตลาด

สมอไม้คลายเส้น สำหรับบำบัด และรักษาอาการปวดเมื่อย ด้วยตัวเอง บริเวณหลังสับ ก ไห่ เอว ไตขา สะโพก หน้าขา ลดการใช้ยาแก้ปวด ผลงาน ของพันตรีนิเวศน์ บุญทรมณ์ วุฒิสภาสาธารณสุขจังหวัด อุตรดิตถ์



ที่มา: รวบรวมข้อมูลจากแหล่งความรู้ Website ต่างๆ



จังหวัดสตูล กะลาผ่าครึ่งซีกมาประกอบกับราวไม้เป็นอุปกรณ์ นวดฝ่าเท้า ช่วยบำบัดฟื้นฟูสุขภาพจากภาวะแทรกซ้อน ของโรคเรื้อรัง ของชุมชนประจวบศิริ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รองเท้าสุขภาพบำบัดอาการปวดเส้นเท้า เส้นเลือดขอดที่ขา ทำจากมะพร้าวแถมมาทำเป็นลูกบิดร้อยเรียงเย็บเป็นรองเท้า ของชุมชนบ้านหน้าถ้ำ จังหวัดยะลา หรือผลงานของพันตรี นิเวศน์ บุญทรมณ์ วุฒิสภาสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ได้คิดค้นอุปกรณ์เพื่อช่วยผู้ที่เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ จาก อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เช่น สมอไม้คลายเส้น ใช้สำหรับ บำบัดและรักษาอาการปวดเมื่อยของร่างกาย ลูกคิดนวด ฝ่าเท้า เป็นการผ่อนคลายเส้นแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานลงเท้า ฟูกหลอดกาแฟ ป้องกันและแก้แผลกดทับ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นตามโครงการถ่ายทอดภูมิ ปัญญาผู้สูงอายุ 3 ส. (สร้างสรรค์ สร้างอาชีพ สร้างแรง บันดาลใจ) ให้กับเด็กเยาวชนในสถานศึกษา โดยผู้สูงอายุใช้ ประสบการณ์และภูมิปัญญาเพื่อสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่ สังคม เด็กและเยาวชนได้ใกล้ชิดกับวัยผู้สูงอายุได้เรียนรู้สืบทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุ ตระหนักและรู้คุณค่าของผู้สูงอายุ สามารถนำรับความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ ไป ประกอบอาชีพในอนาคตได้

ในระดับพื้นที่และชุมชนได้ดำเนินการในเรื่อง ของนวัตกรรมชุมชนในหลายรูปแบบ เช่น “โครงการแสนสุข สมาร์ทซิตี้ Saensuk Smart City” เป็นโครงการนำร่อง 3 ปี เทศบาลตำบลแสนสุข ชลบุรี มีผู้สูงอายุในตำบล 6,000 คน มีเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลไม่เพียงพอ จึงมีการนำเทคโนโลยีสายรัด ข้อมืออัจฉริยะ/สายคล้องคอที่มีระบบเซนเซอร์ตรวจจับ พฤติกรรมการเดิน การนอน รวมถึงเหตุฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น เมื่อผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านคนเดียว อุปกรณ์จะส่งสัญญาณแจ้ง ผู้ดูแลทันที เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2559 ระยะแรกนำร่อง 30 ครัวเรือน และตั้งเป้าไว้ 140 ครัวเรือน ที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้สูงอายุ หรือกรณี “นวัตกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุ” เป็นการออกแบบสถานที่เพื่อให้ทุกคน พึ่งพาตัวเองได้ ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้นและไม่ต้องเป็น ภาระของคนอื่น หลายชุมชนจะมีการออกแบบโรงเรียน ผู้สูงอายุในแบบฉบับของตนเอง ดังเช่น ตำบลไทรนอก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้พัฒนา ศักยภาพดูแลตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ชุมชน และ สังคม เน้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพพัฒนาสมอง ออก กกำลังกายด้วยการรำไม้พลอง ของเล่นฝึกสมอง รวมถึง การสอนเรื่องอาชีพที่สามารถต่อยอดได้

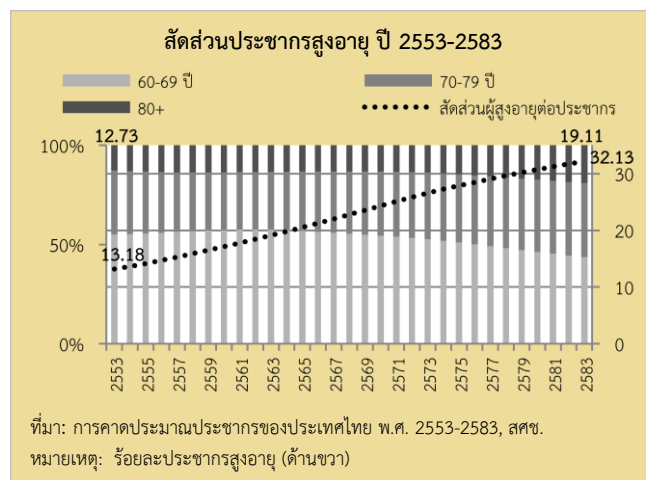
ส่วนที่สอง: บทความเรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย”

การที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ขณะที่ขนาดของครอบครัวที่เล็กลง การย้ายถิ่นเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงาน ทำให้มีความต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาและจัดบริการ อาทิ การสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชน การจัดบริการดูแลของสถานบริการต่างๆ เช่น สถานะบริบาล บ้านพักผู้สูงอายุ การดูแลระยะท้าย ฯลฯ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รูปแบบของการจัดบริการ นโยบาย ยุทธศาสตร์และแนวทางการจัดบริการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

สังคมสูงวัยกับความจำเป็นที่ต้องเตรียมระบบการดูแลระยะยาว

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี 2548 โดยในปี 2560 มีผู้สูงอายุประมาณ 11.23 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.13 ของประชากรทั้งประเทศ และเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ในปี 2564 (13.1 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 20) โดยคาดว่าในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 20.5 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากร ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ถึงร้อยละ 56.3 โดยเป็นผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายร้อยละ 37.2 และ 19.1 ตามลำดับ

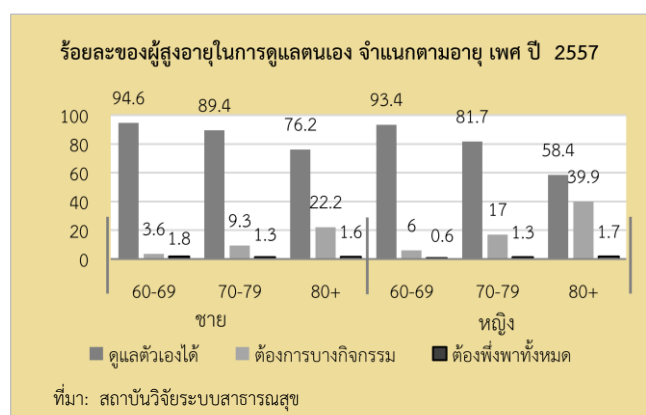
ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและความต้องการบริการสุขภาพมากขึ้น รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Livings, ADL) 10 ด้าน ของผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง¹⁷ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.5 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 20.7 ในปี 2557 โดยเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ และเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 16.0 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นร้อยละ 31.2 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในการประกอบกิจกรรมมากที่สุดคือ การขึ้นลงบันไดและการเคลื่อนที่ภายในบ้าน ส่วนการกลืนปัสสาวะหรือกลืนอุจจาระ ร้อยละ 16.6 และ 11.8 ตามลำดับ ขณะที่การดูแลตนเอง ผู้สูงอายุ ร้อยละ 87.4 สามารถดูแลตนเองได้ ร้อยละ 11.4 ต้องการการดูแลในบางกิจกรรม และร้อยละ 1.3 ต้องพึ่งพาทั้งหมด



ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน จำแนกตามกลุ่มอายุปี 2552 และ 2557

กลุ่มอายุ	2552	2557
60-69 ปี	12.6	16.0
70-79 ปี	17.5	24.9
80+ ปี	24.7	31.2
รวม	15.5	20.7

ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



¹⁷ ภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันหมายถึงการมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) โดยการทำกิจกรรมต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือหรือใช้อุปกรณ์ หรือทำเองไม่ได้เลยตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไป ในหมวดกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) หรือไม่สามารถกลืนปัสสาวะหรือกลืนอุจจาระได้อย่างใดอย่างหนึ่ง

นอกจากนี้ ด้านภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย พบผู้สูงอายุที่มีความชุกภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 เป็นต้อกระจก ร้อยละ 22.3 สำหรับโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้ออักเสบ/ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือด สมอง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต รวมถึง ปัญหาการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยพิการ หรือทุพพลภาพและอยู่ในภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต

ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวลดลง
จากขนาดของครอบครัวที่ลดลง จากร้อยละ 5.2 ในปี 2537 เหลือ ร้อยละ 3.1 ในปี 2558 และครัวเรือนคนเดียวมีมากถึงร้อยละ 18.3 โดยผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็น ร้อยละ 8.7 ในปี 2557 และอยู่ลำพังคู่สมรสถึงร้อยละ 19 ในปี 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) ทำให้ผู้สูงอายุยังขาดผู้ดูแล โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายร้อยละ 4 ต้องการคนดูแลแต่ยังขาดผู้ดูแล

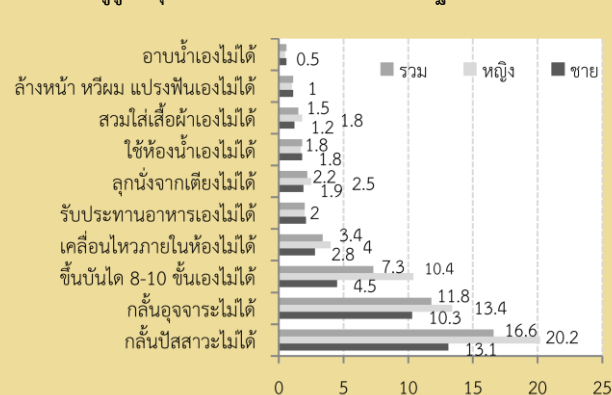
ภาวะการณดังกล่าวข้างต้นทำให้ความต้องการบริการ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้น ซึ่งการจัดบริการมีภาระ ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงทั้งในส่วน of ครอบครัวและงบประมาณ รัฐบาล ดังนั้น การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงจำเป็นต้อง มีการพัฒนาระบบให้สนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และมีความเหมาะสม กับบริบทของประเทศ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

การจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเทศไทยมียุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ภายใต้กรอบ การดูแลที่ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยัง แข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ ได้แก่ แผนบูรณาการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุ พ.ศ. 2557-2566 กระทรวงสาธารณสุข และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

การดำเนินงานได้มีการทำบันทึกความร่วมมือ 4 หน่วยงาน คือ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ในพื้นที่เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 มุ่งเน้นร่วมมือกันสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจัดระบบการดูแล ระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการบริการด้านการแพทย์เชิงรุกในพื้นที่ โดยในปี พ.ศ. 2559 มีการบริหารจัดการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประมาณ 1,000 แห่ง รวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายเป็น 500,000 ราย (ร้อยละ 50) ครอบคลุม 5,000 พื้นที่ และเพิ่มเป็น 1 ล้านราย (ร้อยละ 100) ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐาน (ADL) ปี 2557



ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

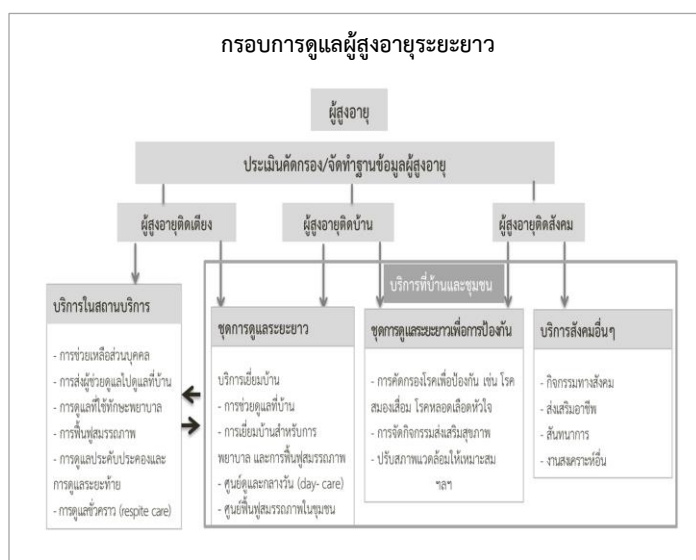
ร้อยละผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล ปี 2557



ที่มา: สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558

การขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาตำบลนำร่องในการจัดบริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ มีตำบลเข้าร่วมกระบวนการและผ่านเกณฑ์ 3,013 แห่ง การผลิตผู้จัดการดูแล (Care Manager) 4,577 คน และผู้ดูแล (Care Giver) 18,308 คน จัดทำแผนดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (Care Plan) 53,880 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล 106,710 ราย จัดทำหลักสูตรผู้ดูแล และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดำเนินการฝึกอบรมผู้ดูแล และดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ซึ่งปัจจุบันมีประมาณ 50,000 คน และจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) 878 แห่ง เพื่อเป็นศูนย์การดูแลและส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนเชื่อมโยงท้องถิ่นในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ สปสช. เพื่อจัดบริการให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวเกินไป

กรอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มติดเตียง คือช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้เลย (2) กลุ่มติดบ้าน คือช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง และ (3) กลุ่มติดสังคม คือช่วยเหลือตนเองได้ดี ซึ่งในกลุ่มที่ 1 จัดบริการดูแลระยะยาว ได้แก่ บริการดูแลในสถานบริการต่างๆ บริการดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้านสำหรับการพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ฯลฯ ส่วนกลุ่มที่ 2 และ 3 อยู่ในชุดบริการป้องกันและไม่มีภาวะพึ่งพิง โดยชุดบริการป้องกัน ได้แก่ การคัดกรองโรคเพื่อป้องกันและการฟื้นฟูผู้ป่วยเพื่อป้องกันหรือชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ประสบอุบัติเหตุ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ตลอดจนบริการสังคมอื่นๆ เช่น ส่งเสริมอาชีพในผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เบี้ยยังชีพ สันทนาการต่างๆ



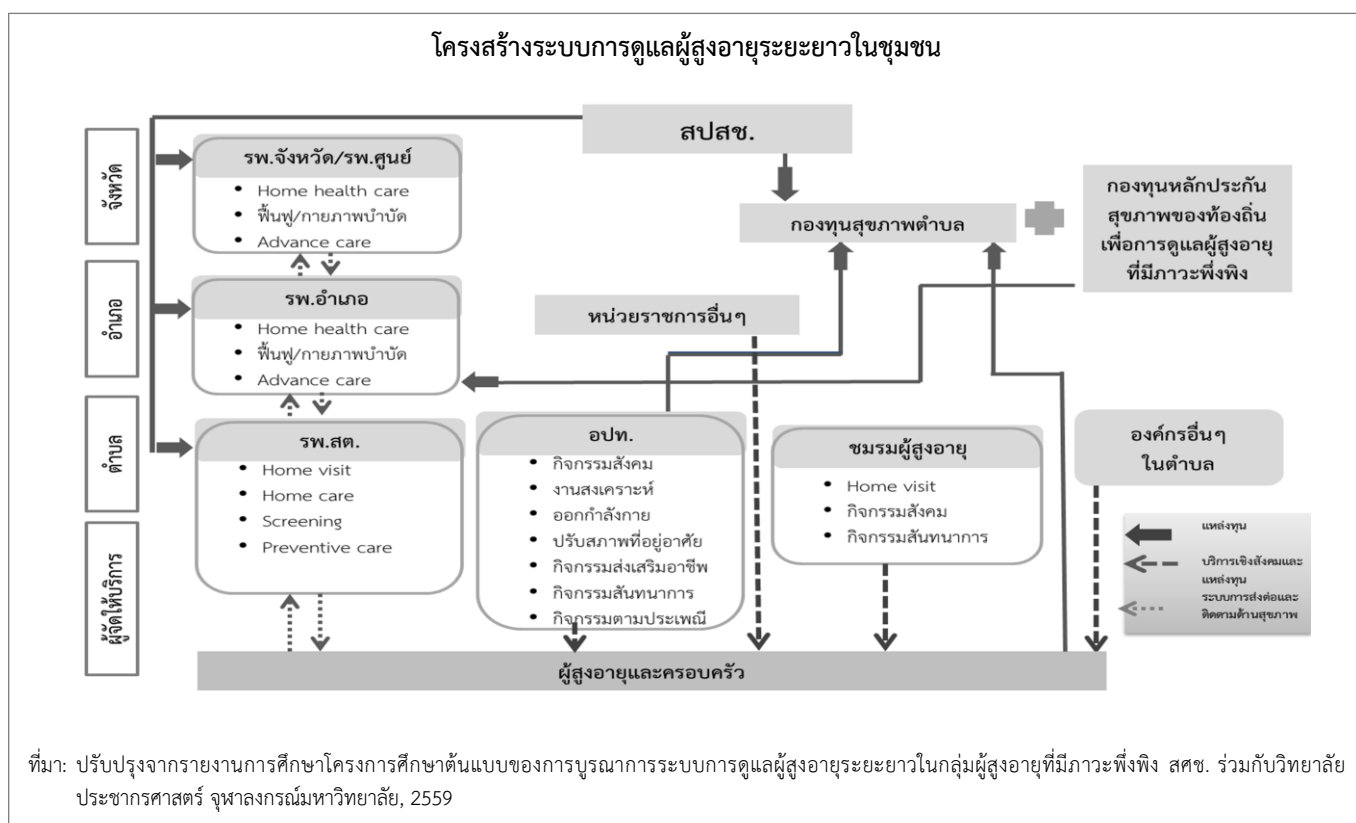
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำแนกได้ทั้งตามสถานที่ ได้แก่ ในสถาบันและนอกสถาบัน และระดับของการดูแล ได้แก่ การดูแลทางสังคม การดูแลทางการแพทย์ (Nursing Care) และการดูแลที่ซับซ้อน (Complex Care)

การดูแลนอกสถาบัน เป็นการจัดการบริการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวและชุมชน มุ่งใช้ชุมชนเป็นฐานการให้บริการ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เป็นการจัดการที่สอดคล้องกับแนวคิดการให้ผู้สูงอายุอาศัยในที่เดิม (Aging in Place) คือ การให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระในบ้านตนเองโดยไม่ย้ายการดูแลไปยังสถาบันหรือสถานบริการ ซึ่งจำเป็นต้องให้ชุมชนหรือเครือข่ายในชุมชน อาทิ ครอบครัว เพื่อนบ้าน บริการสาธารณสุข บริการด้านอื่นๆ พัฒนาระบบรองรับเพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยภาครัฐสนับสนุนให้มีการดำเนินงาน ดังนี้

(1) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แนวทางการดูแลประกอบด้วย **บริการด้านการแพทย์** เช่น การจัดทำระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ บริการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นทั้งการเยี่ยมผู้เจ็บป่วย ผู้ป่วยระยะท้าย เยี่ยมเพื่อการประเมินผู้สูงอายุและติดตามหลังการรักษา บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด อุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ เป็นต้น และ **บริการด้านสังคม** เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้านและบริการอื่นๆ เป็นต้น การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการและชุมชน รวมทั้งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การกำหนดชุดบริการที่เหมาะสม ได้แก่ ชุดบริการป้องกัน สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง และช่วยเหลือตนเองได้ดี และชุดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้เลย

(2) การดูแลผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน โดยการจัดให้มีคนดูแลเพื่อเป็นทางเลือกให้ชุมชนสามารถใช้บริการ การมีสถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการพักผ่อนและมีกิจกรรมมุ่งให้มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมีการควบคุมและแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเฉพาะให้การดูแลและอำนวยความสะดวก มีอาสาสมัครที่จะให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ให้คำแนะนำและข่าวสารด้านสุขภาพ ปฐมพยาบาล วัดความดันโลหิต ตรวจหาระดับน้ำตาล

(3) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุด้านอาชีพ รายได้ กิจกรรมสังคมและสภาพแวดล้อม เช่น การส่งเสริมอาชีพและการออมในผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ บริการบ้านพักฉุกเฉิน การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในบ้าน เช่น ทางลาด ราวจับ ห้องน้ำ ถนนทางเชื่อมทางเดินต่างๆ มุมพักผ่อน เพื่อให้ผู้สูงอายุออกมาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น



หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก (Main Actors) คือ รพ.สต. หรือศูนย์สุขภาพบริการ “เจ้าภาพ” รับผิดชอบ ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ อปท. “เจ้ามือ” สนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อดำเนินงานและจัดกิจกรรม และสมาชิกชุมชนและชมรมผู้สูงอายุ “เจ้าของ” เป็นผู้อยู่ในพื้นที่และเกี่ยวข้องกับตนเองและสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลรองมีบทบาทสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกโดยเป็นกลุ่มที่อยู่ในชุมชน ได้แก่ อสม. อพส. วัด โรงเรียน ฯลฯ กลุ่มที่อยู่นอกชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลระดับต่างๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับพื้นที่และส่วนกลาง สถานบันการศึกษา ภาคเอกชน

ทั้งนี้ ปัจจัยที่ทำให้ชุมชนมีการดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ คือ (1) **การมีพื้นที่สาธารณะ** เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เกิดระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เกิดการร่วมมือด้านกำลังคนและงบประมาณ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานหลักที่อยู่ในระดับชุมชนทำงานกันอย่างมีบูรณาการ (2) **การบริหารจัดการแบบปรับเปลี่ยน (Adaptive Management)** ตั้งแต่การกำหนดประเด็นปัญหา การกำหนดแผนการแก้ปัญหา การดำเนินงาน การประเมินและการปรับแก้ ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ปฏิบัติและภาคีเครือข่าย เกิดความเป็นเจ้าของ (Ownership) ที่จะเสริมให้การบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุเกิดความยั่งยืน (Sustainability) (3) **ระบบการเงินที่สนับสนุนการดูแลระยะยาวแบบองค์รวม** ซึ่งแหล่งเงินมีการดำเนินงานไม่เฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น การจะประสบความสำเร็จในการดึงดูดทรัพยากรมาใช้ต้องมีความร่วมมืออย่างดี ทั้งนี้ ในปี 2559 ได้มีการจัดตั้งกองทุนระบบดูแลระยะยาวซึ่งจะช่วย

ส่งเสริมการบูรณาการการทำงานระหว่างผู้ปฏิบัติที่มีใช้หน่วยงานด้านสุขภาพกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นต่อไป และ (4) **การจัดการฐานข้อมูล** โดยการแบ่งปัน เชื่อมโยงข้อมูล นำไปใช้จริงและมีการคืนข้อมูลกลับชุมชน เพื่อนำไปสู่การกำหนดประเด็นปัญหาและกระบวนการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กระบวนการดำเนินงาน ไปจนถึงการประเมินติดตามผลการดำเนินงานและปรับปรุงการดำเนินงาน (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559)

การดูแลในสถาบัน เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมในสถานบริการ โดยสถานบริการมีหลายประเภทแบ่งตามลักษณะการบริการที่ให้และระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การดูแลระยะยาวในสถานบริการยังขาดการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั้งในด้านจำนวน ประเภทและลักษณะการให้บริการ ตลอดจนคุณลักษณะของผู้รับบริการ นอกจากนี้ สถานบริการหลายๆ แห่ง ได้จัดให้มีการบริการหลายระดับตั้งแต่การช่วยเหลือส่วนบุคคลถึงการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ จึงทำให้ยากต่อการจัดประเภทสถานบริการได้อย่างชัดเจน

การจัดบริการดูแลระยะยาวที่เป็นสถาบันมีการดำเนินงานของทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรไม่แสวงหากำไร แบ่งเป็น

(1) บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ การจัดบริการที่จัดโดยภาครัฐส่วนใหญ่เป็นการสงเคราะห์สำหรับคนไร้ที่พึ่ง ต่อมาผู้ที่มีที่อยู่อาศัยแต่ต้องการผู้ดูแลหรืออยู่ร่วมกับผู้สูงอายุอื่นเพื่อความสะดวกต่างๆ จึงมีการเช่าซื้อบ้านหรือห้องเช่าระยะยาวและอยู่จนสิ้นอายุขัย การดูแลมุ่งเน้นการดูแลทางสังคม การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น มีจำนวน 25 แห่งทั่วประเทศ สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 12 แห่ง (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ”) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 12 แห่ง และกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง แม้จะเป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ แต่มีการให้บริการระยะยาวร่วมด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้นทำให้สถานสงเคราะห์คนชราบางแห่งมีลักษณะเป็นสถานบริการแบบการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตด้วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2552) ซึ่งสถานสงเคราะห์คนชรายังมีข้อจำกัดเรื่องปริมาณและความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพและเพียงพอ

ปัจจุบันรัฐบาลขยายการจัดบริการที่อยู่อาศัยเพิ่มขึ้น โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 เห็นชอบให้มีโครงการก่อสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุหรือซีเนียร์คอมเพล็กซ์ซึ่งจะมีที่อยู่อาศัย คลินิก และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ส่วนภาคเอกชนและองค์กรไม่แสวงหากำไรเริ่มมีการขยายการจัดบริการเพิ่มขึ้นจากความไม่เพียงพอและความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น อาทิ บ้านพักผู้สูงอายุสวนสนวน ภูเก็ต สภาอากาศไทย โครงการที่อยู่อาศัยของภาคเอกชนสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการเช่าซื้อบ้านหรือห้องพักในระยะยาว แต่ไม่สามารถมีกรรมสิทธิ์ในบ้านนั้นเมื่อเสียชีวิต ฯลฯ

(2) สถานบริการ ส่วนใหญ่มีการจัดบริการโดยภาคเอกชน จากข้อมูลกรมพัฒนาธุรกิจการค้าผู้ประกอบการธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 800 ราย แบ่งเป็น นิติบุคคล 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 21 และบุคคลธรรมดา 631 ราย คิดเป็นร้อยละ 79 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2560) โดยธุรกิจดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเดย์แคร์ (Day Care) การดูแลระยะยาว (Long Stay) ครอบคลุมการพักค้างคืน บริการอาหาร ทำความสะอาดเสื้อผ้าและร่างกาย พร้อมทั้งติดตามดูแลสุขภาพเบื้องต้น การบริการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และสถานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ให้บริการตรวจสุขภาพและคำแนะนำในการส่งเสริมดูแลสุขภาพ เป็นต้น

(3) โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว มีการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ หอผู้ป่วยสูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ปัจจุบันสถานบริการของรัฐได้ให้ความสำคัญมากขึ้น โดยมีการจัดตั้งศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลสวนดอก รวมทั้งจัดตั้งโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ เช่น โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน สังกัดกรุงเทพมหานคร

การดูแลระยะยาวในสถาบัน ประกอบด้วย

- 1) บ้านพักคนชรา (Residential Home) หรือชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ (Independent Living Communities)
- 2) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีพ (Assisted Living Setting) สำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง โดยไม่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์หรือการพยาบาล
- 3) โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว (Long-Stay Hospital) หมายถึง สถานที่ให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
- 4) สถานบริการ (Nursing Home) เป็นสถานที่สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ในการดูแล
- 5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Care) หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บปวดหรืออาการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเปิดโอกาสให้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อน

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

(4) สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ยังมีผู้น้อยซึ่งอาจตั้งอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานที่ทางศาสนา เช่น หอผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลสงฆ์ ศูนย์มหาวิทยาลัยรังสิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข วัดคำประมงคณ จ. สกลนคร เป็นต้น ปัจจุบันได้เริ่มดำเนินงานโดยพัฒนาทั้งรูปแบบและแนวทางการดูแล ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดลได้จัดตั้งศูนย์รองรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้าย การก่อตั้งหน่วยงานดูแลประคับประคองและหน่วยดูแลคุณภาพชีวิตในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ส่วนภาคเอกชนจะเป็นการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้านจนถึงระยะท้าย

ข้อจำกัดและโอกาสของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1. **การดูแลโดยครอบครัว** ครอบครัวยังมีหน้าที่หลักโดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากค่านิยมเรื่องความกตัญญู แต่มีข้อจำกัดด้านความรู้ อุปกรณ์การดูแลและปัญหาทางการเงิน รวมทั้งผู้ดูแลจำนวนมากมีบทบาทเชิงซ้อน (Sandwich Roles) คือต้องดูแลทั้งลูกและพ่อแม่ และการทำงานเพื่อหารายได้ ขณะที่ผู้ดูแลมีแนวโน้มเป็นผู้สูงอายุด้วยกันมากขึ้นทั้งจากผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ผู้ดูแลที่เป็นบุตรโอรสเป็น/เป็นผู้สูงวัยเอง ดูแลบุพการีที่เป็นผู้สูงอายุวัยปลายโดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง การจัดการบริการจึงควรครอบคลุม/คำนึงถึงผู้ดูแลเพื่อบรรเทาภาวะอารมณ์ จิตใจ ความเครียด ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุ

2. **การดูแลโดยชุมชน** ปัจจุบันภาครัฐได้ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างกว้างขวาง การจัดการบริการครอบคลุมทั้งกลุ่มติดเตียง ติดบ้าน และติดเตียง ซึ่งมีแนวทางดำเนินงานโดยการเร่งผลิตบุคลากรเพื่อรองรับความต้องการบริการดูแลในชุมชน ทั้งนี้ การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนมีบริบทที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ โดยชุมชนในชนบทมีวิถีชีวิตและทุนทางสังคมที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน รวมทั้งมีบุคคลและองค์กรที่รับผิดชอบในการดูแลในทุกระดับแต่ยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรดูแลโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ชุมชนในเมือง บุคลากรด้านการแพทย์มีศักยภาพในการดูแล แต่ระบบอาสาสมัครยังมีข้อจำกัดทำให้การเยี่ยมบ้านหรือดูแลที่บ้านทำได้น้อย และขาดสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ¹⁸ ในการดูแลระยะกลาง ส่วนชุมชนในกรุงเทพฯ การจัดการบริการเกิดขึ้นจากผู้นำชุมชน แต่ผู้สูงอายุไม่มั่นใจบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบกับมีโอกาสเข้าถึงสถานบริการทำให้เลือกใช้สถานบริการระดับตติยภูมิ ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขาดความเชื่อมโยงระหว่างการดูแลในชุมชนกับสถานบริการ และผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจขาดโอกาสได้รับการดูแล (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559)

3. **คุณภาพของสถานบริการและผู้รับจ้างดูแลที่บ้าน** ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงและครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ด้วยตนเอง หรือขาดผู้ดูแลจำเป็นต้องมีระบบการดูแลในสถาบันรองรับอย่างเหมาะสม ทั้งในรูปแบบบริการจ้างผู้ช่วยดูแลมาดูแลที่บ้าน และการเข้ารับบริการดูแลในสถานบริการต่างๆ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันยังขาดการกำกับและควบคุมคุณภาพ แม้ว่าจะมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2553 และแนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ. 2553 เพื่อเป็นแนวทางแก่ราชการส่วนท้องถิ่นในการออกข้อกำหนดและบังคับใช้ในท้องถิ่น แต่ในทางปฏิบัติพบว่ายังมีส่วนน้อยที่ดำเนินการ สำหรับบริการการพักผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุได้มีการจัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ พ.ศ. 2555 เพื่อเป็นแนวทางการจัดการบริการบ้านพักผู้สูงอายุให้มีลักษณะที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน รวมถึงมาตรฐานการจัดการบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เพื่อรองรับการจัดสวัสดิการในสถานสงเคราะห์ซึ่งมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ

4. **การพัฒนาการดูแลระยะกลาง**¹⁹ แม้ว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม การให้บริการยังคงเน้นการดูแลแบบเฉียบพลัน (Acute Care) เป็นหลักโดยเฉพาะระบบการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้วยังมีช่องว่างในการให้บริการ โดยงานศึกษาหลายชิ้นพบว่าผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลยังไม่ได้รับการฟื้นฟู

¹⁸ สถานพยาบาล แบ่งตามระดับบริการ ได้แก่ (1) การให้บริการปฐมภูมิ (Primary Care) คือ ให้บริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ เช่น โรงพยาบาลสาธารณสุขตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสาธารณสุข (2) การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และ (3) การบริการตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary Care and Excellent Center) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่างๆ โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ เป็นต้น

¹⁹ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤตแต่ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลและการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองและลดภาระการพึ่งพาผู้ดูแล การบริการสุขภาพนี้มีความจำเป็นเพราะเมื่อผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น จากโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเข้าสู่สถานพยาบาลและได้รับการรักษาจนรอดชีวิตแล้ว ช่วง 3-6 เดือนนับจากออกจากสถาบันหรือโรงพยาบาล เป็นระยะโอกาสทอง (Golden Period) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายให้กลับมาเหมือนเดิมหรือใกล้เคียงสภาพเดิมหากไม่ได้รับการฟื้นฟูก็จะตกอยู่ในภาวะพิการตลอดชีวิต

สมรรถภาพ รวมทั้งบริการที่มีอยู่ในชุมชนยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างเหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือพิการจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะที่มีลักษณะเรื้อรังและไม่เหมาะสำหรับการดูแลในโรงพยาบาลแล้ว ขณะที่บริการปฐมภูมิ มีข้อจำกัดของจำนวนและศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ แม้จะมีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและจัดทีมให้บริการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อรองรับผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องพัฒนาการดูแลระยะกลาง ควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและต่อเนื่องของระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงระยะพึ่งพิงที่ต้องดูแลระยะยาว ซึ่งการดูแลระยะกลางที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตอย่างอิสระ ลดภาระการดูแลระยะยาวในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

การเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลต่อการดูแลหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง รูปแบบการดูแลระยะยาวมีส่วนสำคัญในการชะลอภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ สามารถฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยภาครัฐและผู้เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งทาง เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม โดยเฉพาะการสนับสนุนการดูแลที่บ้านและในชุมชน การพัฒนาและขยายการจัดบริการในสถาบันที่เหมาะสมเพียงพอ โดยการดำเนินงานมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. การสนับสนุนและพัฒนากิจการดำเนินงานที่มีปัจจุบัน ได้แก่

- การสนับสนุนการดูแลในชุมชน โดยออกแบบการบริการที่คำนึงถึงลักษณะของพื้นที่ สร้างพลังภาคีเครือข่ายชุมชน เปิดพื้นที่สาธารณะเพื่อสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงกันในทุกระดับเพื่อสร้างความเข้มแข็งในพื้นที่ที่ยังขาดศักยภาพ ตลอดจนเร่งการทำงานเชิงรุกของสถานบริการในระดับตติยภูมิร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชนกรุงเทพฯ เนื่องจากสามารถเข้าถึงสถานพยาบาลได้ง่าย รวมทั้งสนับสนุนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพงาน โดยการพัฒนาระบบข้อมูล สนับสนุนทีมหมอครอบครัว และเพิ่มกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อขยายระบบการจัดการการดูแลแบบรายกรณี (Care Manager) ที่สามารถจะวางแผนและติดตามแผนการรักษาได้ และสามารถเชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการที่มีทั้งในและนอกชุมชน ตลอดจนการปรับปรุงกฎระเบียบข้อบังคับด้านการเงินและสนับสนุนงบประมาณในท้องถิ่นที่มีรายได้ไม่เพียงพอเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้
- การส่งเสริมและสนับสนุนการให้บริการในชุดบริการป้องกันดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิงที่จะเกิดขึ้น เช่น โรคสมองเสื่อม การพลัดตกหกล้ม โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานและความดัน รวมทั้งเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพและช่วยกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง
- การส่งเสริมพัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเชื่อมโยงผ่านระบบการดูแลและติดตามการรักษาระยะไกล จะช่วยลดการพึ่งพาและการเข้าสู่สถานบริบาลก่อนความจำเป็น ซึ่งแบ่งเทคโนโลยีได้เป็น เพื่อการป้องกันการบาดเจ็บ เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เทคโนโลยีเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพและติดตามการบำบัดรักษา

2. การกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคเอกชน โดยการกำหนดมาตรฐานการดูแลตามระดับการดูแล รวมทั้งออกกฎระเบียบเพื่อขึ้นทะเบียนและกำกับดูแลให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน

3. การสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะกลาง โดยใช้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นฐาน จัดให้มีสถานที่สำหรับผู้ป่วยระยะกลางเฉพาะเพื่อประเมินและวางแผนการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมแบบเฉพาะราย รวมทั้งการจัดการดูแลในช่วงกลางวัน (Day Care) เพื่อช่วยรองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคมและติดบ้าน ซึ่งจะช่วยเหลือการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ช่วยเพิ่มศักยภาพของครอบครัวสามารถทำงานในช่วงกลางวันและใช้ชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุได้หลังจากเลิกงาน ตลอดจนเพิ่มบริการที่จำเป็นในการดูแลระยะยาวอย่างบูรณาการ ได้แก่ การจัดทำแผนการดูแลเชิงสังคมเข้ากับแผนการดูแลทางการแพทย์ เพื่อให้มีการดูแลแบบครบทุกมิติ

4. การผลักดันกฎหมายและสร้างเครื่องมือทางการเงินในการจัดบริการ อาทิ การผลักดันกฎหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในทุกหน่วยงานและแนวทางเดียวกัน การพัฒนาระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมในประเด็นการดูแลระยะยาว การใช้พันธบัตรเพื่อสังคม (Social Impact Bond) ที่ลงทุนโดยเอกชนหรือภาคประชาสังคมซึ่งมีเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อสังคม

ตัวชี้วัดภาวะสังคม (รายไตรมาส)

องค์ประกอบหลัก	2558				2559				2560		
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3
1. คุณภาพของคน											
<i>การมีงานทำ^{1/}</i>											
การมีงานทำ (พันคน)	37,612	37,752	38,330	38,370	37,684	37,393	38,263	37,430	37,443	37,538	37,647
อัตราการว่างงาน (ร้อยละ)	0.94	0.88	0.92	0.80	0.97	1.08	0.94	1.00	1.21	1.22	1.19
อัตราการว่างงานตามระดับการศึกษา (ร้อยละ)											
- รวม	0.94	0.88	0.92	0.80	0.97	1.08	0.94	0.97	1.21	1.24	1.19
- ประถมศึกษาและต่ำกว่า	0.48	0.37	0.37	0.42	0.45	0.42	0.41	0.47	0.62	0.53	0.45
- มัธยมศึกษาตอนต้น	1.29	0.84	1.20	0.96	1.35	1.41	0.98	1.34	1.27	1.57	1.47
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.22	1.19	1.09	0.98	1.17	1.33	0.91	1.07	1.64	1.41	1.21
- อาชีวศึกษา	1.15	1.19	1.28	1.07	1.90	1.70	1.22	1.44	2.25	2.51	1.61
- วิชาชีพชั้นสูง	1.37	1.77	1.81	1.17	1.27	2.13	1.51	1.17	2.34	2.63	2.47
- อุดมศึกษา	1.61	1.86	1.82	1.44	1.61	1.98	2.24	1.75	1.91	2.02	2.40
การทำงานต่ำระดับ (พันคน)	281.18	277.18	250.90	280.82	292.90	351.81	217.31	237.45	335.65	350.14	271.39
(ทำงานน้อยกว่า 35 ชม./สพ.ที่พร้อมจะทำงานเพิ่ม)											
สัดส่วนกำลังแรงงานตามระดับการศึกษา (ร้อยละ)											
- รวม	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
- ประถมศึกษาและต่ำกว่า	47.90	47.92	47.78	47.46	46.75	46.62	46.83	45.78	45.80	45.49	45.36
- มัธยมศึกษาตอนต้น	15.82	15.79	15.79	15.90	16.13	16.04	16.28	16.45	16.39	16.38	16.85
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	12.16	12.24	12.25	12.44	12.61	12.56	12.42	12.77	12.64	12.77	12.61
- อาชีวศึกษา	3.57	3.62	3.67	3.39	3.57	3.69	3.71	3.65	3.71	3.60	3.76
- วิชาชีพชั้นสูง	4.77	5.00	5.05	5.01	4.89	5.04	5.01	5.14	4.99	5.22	5.18
- อุดมศึกษา	15.77	15.43	15.46	15.80	16.05	16.04	15.74	16.21	16.46	16.54	16.25
สุขภาพ											
จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง (ราย) ^{2/}											
- ปอดอักเสบ	56,556	42,176	57,754	60,473	65,661	45,244	72,851	61,455	63,869	53,578	79,622
- ไข้เลือดออก	7,538	24,409	60,768	52,237	14,840	7,874	25,744	15,473	8,203	7,732	20,866
- มือ เท้า และปาก	9,217	7,771	14,594	9,810	10,066	19,012	39,589	11,243	11,450	19,958	35,168
- ไข้หวัดใหญ่	24,206	10,840	18,397	24,483	43,634	14,135	58,535	53,058	19,742	18,518	109,057
- บิด	1,804	1,956	1,774	1,508	1,820	1,841	1,887	1,178	1,329	1,410	1,130
- หัด	224	236	276	279	221	271	466	730	367	295	479
- ฉี่หนู	283	393	723	752	446	401	671	777	573	592	1,166
- ไข้สมองอักเสบ	164	144	178	146	179	187	231	175	259	143	193
- อหิวาตกโรค	2	2	4	100	41	2	7	1	2	2	2
- ไข้กาฬหลังแอ่น	4	6	9	6	6	5	4	2	5	5	7
- พิษสุนัขบ้า	1	1	2	1	4	2	5	2	-	3	2
2. ความมั่นคงทางสังคม											
<i>ความสงบสุขในสังคม (ต่อประชากรแสนคน)^{3/}</i>											
- สัดส่วนการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุ-การจราจรทางบก	9.67	9.57	8.02	8.83	7.11	5.82	5.26	5.37	5.14	4.57	3.72
- สัดส่วนคดีชีวิต ร่างกาย และเพศ	8.96	9.71	8.77	9.92	8.65	8.31	7.57	6.95	6.97	7.46	6.76
- สัดส่วนคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน	16.20	18.87	19.18	17.51	24.32	22.32	24.55	22.82	19.67	20.9	21.40
- สัดส่วนคดียาเสพติด	123.55	99.15	96.05	96.37	84.31	78.60	89.61	95.51	95.28	91.27	105.25
<i>การคุ้มครองผู้บริโภค^{5/}</i>											
จำนวนเรื่องร้องเรียน (ราย)	1,522	1,911	1,787	1,898	2,033	1,983	1,744	1,649	1,701	2,807	2,304
- กรณีสัญญา	632	753	742	748	727	795	509	606	548	1,380	928
- กรณีฉลาก	572	726	614	640	704	559	387	360	618	472	486
- กรณีโฆษณา	260	272	253	334	457	373	298	500	432	827	734
- กรณีกฎหมาย	4	1	1	-	25	12	-	-	-	-	-
- กรณีขายตรงและตลาดแบบตรง	54	159	177	176	120	244	550	183	103	128	156
การให้คำปรึกษาทางสายด่วน 1166 (ราย)	12,293	12,300	12,865	12,250	11,666	10,555	12,438	12,670	12,071	12,681	9,432

ตัวชี้วัดภาวะสังคม (รายปี)

องค์ประกอบหลัก	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
1. คุณภาพของคน												
การมีงานทำ												
ผลิตภาพแรงงาน กรณีแรงงาน (บาท/คน/ปี) ^{6/}	201,450	209,094	208,294	203,072	216,435	215,823	228,623	235,077	242,394	249,926	260,213	
อัตราการมีงานทำ (ร้อยละ) ^{7/}	97.96	98.13	98.19	98.13	98.43	98.83	98.81	98.81	98.70	98.62	98.50	
อัตราการว่างงาน (ร้อยละ) ^{7/}	1.51	1.38	1.38	1.49	1.04	0.70	0.70	0.70	0.80	0.88	0.99	
การทำงานต่ำระดับ (พันคน) ^{6/}	578	597	508	605	521	383	347	274	256	273	275	
(ทำงานน้อยกว่า 35 ชม./สป.ที่พร้อมจะทำงานเพิ่ม)												
สุขภาพ ^{8/}												
อัตราผู้ป่วยนอก (ต่อประชากรพันคน)	2,080	2,292	2,436	2,639	2,816	2,948	3,116	2,917	2,837	3,160		
อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ (ต่อประชากรแสนคน)												
- มะเร็ง และเนื้องอกทุกชนิด	113	617	629	613	784	821	862	902	829	1,026		
- หัวใจ	618	688	750	793	845	936	955	887	845	1,012		
- เบาหวาน	587	650	676	736	793	849	868	1,081	1,033	1,233		
- ความดันโลหิต	660	778	861	981	1,059	1,187	1,246	1,622	1,561	1,901		
ความผิดปกติทางจิต/จิตเภท/ความหลงผิด (ต่อประชากรแสนคน)	46	49	47	50	57	64	63	83	79	92		
ความผิดปกติทางอารมณ์ (ต่อประชากรแสนคน)	16	18	20	26	31	34	35	43	45	55		
ความผิดปกติจากโรคประสาท/ความเครียด (ต่อประชากรแสนคน)	65	63	61	61	56	60	54	46	39	44		
ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม (ต่อประชากรพันคน)	42	42	46	49	57	61	62	60	51	72		
ประชากร												
อัตราส่วนการพึ่งพิง (ร้อยละ) ^{9/}	49.26	48.84	48.43	48.11	55.22	55.47	55.83	56.29	56.85	57.50	58.24	
สัดส่วนคนยากจน (ร้อยละ) ^{10/}	21.94	20.04	20.43	17.88	16.37	13.22	12.64	10.94	10.53	7.21	8.61	
การศึกษา												
อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียน ^{11/}												
- ประถมศึกษา	103.47	104.51	104.83	104.00	104.30	103.50	104.00	102.72	102.24	102.40	102.74	
- มัธยมศึกษาตอนต้น	96.67	96.37	95.62	94.87	98.01	98.43	97.65	96.75	97.13	98.71	96.77	
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	65.77	67.16	68.14	69.57	71.68	72.18	73.18	75.07	77.29	78.45	78.57	
- อุดมศึกษา (ปริญญาตรีและต่ำกว่า)	62.50	61.05	60.47	56.21	46.21	47.18	51.85	46.48	46.22	48.17	47.72	
จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ^{12/}	7.8	7.9	8.0	8.1	8.2	8.2	8.0	8.0	8.1	8.5	8.5	
จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรกลุ่มอายุ 15-59 ปี ^{13/}	8.7	8.7	8.8	8.9	9.0	9.1	8.8	8.9	9.0	9.3	9.4	
- ชาย	8.9	8.8	8.9	9.0	9.1	9.2	8.9	8.9	9.0	9.2	9.3	
- หญิง	8.6	8.6	8.7	8.9	9.0	9.1	8.8	8.9	9.0	9.3	9.5	
จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ^{13/}	4.2	4.3	4.4	4.4	4.6	4.7	4.5	4.7	4.8	5.0	5.0	
- ชาย	4.9	5.0	5.1	5.1	5.3	5.4	5.1	5.3	5.4	5.6	5.7	
- หญิง	3.6	3.8	4.0	3.9	4.1	4.2	4.1	4.2	4.3	4.5	4.5	
2. ความมั่นคงทางสังคม												
สถาบันครอบครัว												
สัดส่วนครัวเรือนที่มีที่อยู่อาศัยถาวร (ร้อยละ) ^{14/}	98.50	99.30	98.86	99.70	99.78	99.84	99.53	99.71	99.64	99.59	99.62	99.69
ดัชนีครอบครัวอบอุ่น (ร้อยละ) ^{15/}	62.24	61.65	63.97	63.18	63.08	65.17	68.31	65.58	65.53	65.34	67.98	
หลักประกันทางสังคม												
ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพ ^{16/}	97.82	98.75	99.16	99.47	99.36	99.95	99.90	99.87	99.84	99.92	99.95	99.95
- ประกันสังคม	14.75	15.35	15.73	15.34	15.60	15.91	15.99	16.54	16.83	17.18	17.67	
- สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6.51	8.22	8.00	7.90	7.75	7.77	7.69	7.80	7.62	7.37	7.21	
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	76.20	74.79	75.06	75.86	75.20	75.28	75.27	74.61	73.48	73.71	73.44	
- สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น	-	-	-	-	-	-	-	0.15	0.87	0.93	0.93	
- สิทธิอื่นๆ	0.36	0.39	0.37	0.37	0.81	1.00	0.95	0.93	1.03	0.73	0.70	
- สิทธิว่าง (ผู้ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ)	2.18	1.25	0.84	0.53	0.64	0.05	0.10	0.13	0.16	0.08	0.05	
สัดส่วนผู้ประกันตนต่อกำลังแรงงาน ^{17/}	24.32	24.86	24.65	24.53	25.11	27.07	29.70	31.56	35.32	35.77	36.69	
ความสงบสุขในสังคม (ต่อประชากรแสนคน)												
อัตราการตายด้วยอุบัติเหตุการจราจรทางบก ^{18/}	20.20	19.80	18.20	16.90	11.90	14.15	11.84	11.29	9.99	9.77	12.75	
สัดส่วนคดีชีวิต ร่างกาย และเพศ ^{18/}	69.30	62.60	52.80	51.40	45.80	39.76	40.03	36.97	37.26	38.24	32.22	
สัดส่วนคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน ^{18/}	122.40	115.80	106.00	93.70	88.90	78.88	79.72	77.40	72.70	73.44	96.22	
สัดส่วนคดียาเสพติด ^{18/}	176.20	225.00	320.00	371.60	416.40	539.91	565.44	688.30	568.67	424.77	356.21	
ร้อยละของคดีเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดซ้ำต่อคดีทั้งหมด												
ที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจฯ ทั่วประเทศ ^{4/}	11.85	12.92	14.06	13.57	12.62	11.77	19.98	20.37	17.52	19.03	20.02	

องค์ประกอบหลัก	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
การคุ้มครองผู้บริโภค^{5/}												
จำนวนเรื่องร้องเรียน (ราย)	5,693	5,898	4,504	6,818	6,574	7,427	9,489	7,093	6,638	7,118	7,409	
- กรณีสัญญา	2,875	2,681	1,758	2,794	2,362	2,927	3,547	2,729	2,571	2,875	2,637	
- กรณีฉลาก	2,059	1,937	1,540	2,827	2,835	3,121	3,876	2,631	2,352	2,552	2,010	
- กรณีโฆษณา	673	1,187	892	1,072	1,354	1,257	2,013	1,033	1,515	1,119	1,628	
- กรณีกฎหมาย	-	-	-	-	-	5	38	624	69	6	37	
- กรณีขายตรงและตลาดแบบตรง	86	93	314	125	23	117	15	76	131	566	1,097	
การให้คำปรึกษาทางสายด่วน 1166 (ราย)	12,984	14,599	16,808	34,804	53,341	61,242	60,982	41,773	38,701	49,708	47,329	
3. ความเป็นอยู่และพฤติกรรมของคน												
พฤติกรรมในการบริโภค												
ค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค (ร้อยละของค่าใช้จ่ายรวม) ^{18/}	88.75	87.83	88.36	87.90	88.32	88.07	88.30	88.07	87.88	87.11	87.10	
ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการอุปโภคบริโภค (ร้อยละของค่าใช้จ่ายรวม) ^{19/}	11.25	12.17	11.64	12.10	11.68	11.93	11.70	11.93	12.12	12.89	12.90	
อัตราการบริโภคสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ) ^{20/}	-	29.30	-	32.04	-	31.53	-	32.22	32.29	34.00	-	
อัตราการบริโภคบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ) ^{20/}	-	21.22	-	20.70	-	21.36	-	19.94	20.72	19.90	-	
การใช้เวลาในชีวิตประจำวัน												
การใช้บริการจากสื่อต่างๆ (ชม./วัน) ^{21/}	-	-	-	2.90	-	-	-	-	-	3.19	-	
- การอ่านหนังสือ (รวมถึงพิมพ์วารสารทางอินเทอร์เน็ต)	-	-	-	1.00	-	-	-	-	-	1.11	-	
- การดูโทรทัศน์	-	-	-	2.70	-	-	-	-	-	3.00	-	
- การดูวิดีโอ	-	-	-	2.50	-	-	-	-	-	2.07	-	
- การฟังรายการวิทยุ	-	-	-	1.60	-	-	-	-	-	1.64	-	
- การท่องอินเทอร์เน็ต	-	-	-	1.90	-	-	-	-	-	2.03	-	
- การฟังสื่ออื่นๆ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.26	-	
จำนวนประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปที่ใช้ Internet (ล้านคน) ^{22/}	8.50	9.30	10.96	12.33	13.80	14.80	16.60	18.30	21.70	24.59	29.80	
4. สิ่งแวดล้อม												
สารอันตราย												
ปริมาณการใช้สารเคมี (ล้านตัน) ^{23/}	29.34	30.20	29.40	39.64	79.96	65.36	68.13	62.38	21.42	20.36	n.a.	
ขยะ												
การผลิตขยะที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ (ล้านตัน) ^{23/}	14.60	14.72	23.93	24.11	24.22	25.35	24.73	26.77	26.19	26.85	27.06	
การผลิตขยะที่เกิดขึ้นใน กทม. (ล้านตัน) ^{23/}	3.07	3.11	3.20	3.22	3.20	3.37	4.01	4.13	3.94	4.19	4.21	
ความสามารถในการกำจัดขยะแบบถูกสุขลักษณะใน กทม. (ล้านตัน) ^{23/}	3.07	3.11	3.20	3.22	3.20	3.37	4.01	4.13	3.94	3.70	3.73	
ปริมาณของเสียอันตรายทั่วประเทศ (ล้านตัน) ^{23/}	1.83	1.85	3.13	3.07	3.16	3.41	3.57	3.30	2.69	3.45	3.51	
มลพิษทางอากาศ												
ค่าเฉลี่ยฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน มกค./ลบ.ม. (บริเวณพื้นที่ทั่วไปใน กทม.) ^{23/}	43.35	46.27	47.90	42.50	37.80	38.10	38.20	41.00	41.30	38.20	38.40	

ที่มา: 1/ 7/ รายงานการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

2/ สำนักวิทยาศาสตร์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3/ ข้อมูลสถิติคดีอาญาและอาชญากรรมจากศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และข้อมูลประชากรจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573 และ พ.ศ. 2553-2583

ประมวลโดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

4/ กลุ่มงานข้อมูลและข้อสนเทศ สำนักพัฒนาระบบงานยุติธรรมเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

5/ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (การให้คำปรึกษาทางสายด่วน 1166 สลป. ให้บริษัทเอกชนดำเนินการตั้งแต่ไตรมาส 4 ปี พ.ศ. 2552)

6/ ข้อมูล GDP chain volume measures [reference year = 2002] (original) จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และข้อมูลการมีงานทำจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

8/ สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ตั้งแต่ปี 2556 ได้เปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บข้อมูลจาก 75 กลุ่มโรค เป็น 298 กลุ่มโรค

9/ การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตั้งแต่ปี 2553 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

10/ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สศช.

11/ สถิติการศึกษาฉบับย่อ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

12/13/ ข้อมูลปี 2545-2546 จากรายงานผลการประเมินโอกาสและคุณภาพการศึกษาของคนไทย สำนักประเมินผลการจัดการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ข้อมูลตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นไป จากปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทย กลุ่มพัฒนาเครือข่ายสารสนเทศ สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

14/ รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย จากข้อมูลความเป็นพื้นฐาน (ปฐฐ.) กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย

15/ สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

16/ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

17/ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

18/ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกลาง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และข้อมูลประชากรจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

19/ รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

20/ การสำรวจพฤติกรรมกลุ่มผู้บริโภคและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547, 2550, 2554 และ 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552, 2556 และ 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (ปี 2544-2548 เป็นการสำรวจของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป) ทำการสำรวจทุก 2 ปี

21/ รายงานการสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2547, 2552 และ 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ทำการสำรวจทุก 5 ปี

22/ ข้อมูลปี 2545-2551 ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ และการสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) พ.ศ. 2552-2559 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

23/ รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน. 2560. จำนวนผู้สมัครงาน ตำแหน่งงานว่าง และการบรรจุงาน.

_____. 2560. ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน.

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2559. (ร่าง) แผนแม่บทการบริหารจัดการน้ำเสียชุมชนของประเทศ.

_____. 2559. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทยปี 2559.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2559. จำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย.

กฤตวรรณ สาหร่าย. 2560. “การศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในญี่ปุ่นและในประเทศไทย” การสัมมนาวิชาการระดับชาติด้านคนพิการ ครั้งที่ 9 ปี 2560.

คณะกรรมการพัฒนาร่างแผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย. 2560. แผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. 2561-2573).

ทพญ.ชื่นตา วิชชาวุธ และ ผศ.สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล. 2552. “ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย” มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

ธนาคารแห่งประเทศไทย. 2560. สถิติสถาบันการเงิน.

มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559. “รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะที่ท่ามะนาว”. ปีที่ 24 ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2559.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2552. “บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (มส.ผส.)

ศิริพันธุ์ สาสัดย์ และคณะ. 2552. “รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัย เรื่องรูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย” สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. 2560. สถิติคดีจราจรทางบก กรกฎาคม-กันยายน 2560.

_____. 2560. สถิติคดีอาญา กรกฎาคม-กันยายน 2560.

ศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2560. ข้อเสนอระดับสากลเพื่อการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ.

สถาบันวิจัยพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. 2560. โครงการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาโสเภณี.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2560. อุบัติเหตุทางถนน...ความเสียหายร้ายแรงต่อเศรษฐกิจไทย.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2559. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.

สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2558. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. 2553. รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2559. “อยู่เย็นเป็นสุข ทั้งกาย จิต สังคม ปัญญาที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลไกรนอก”.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2559. “รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

_____. 2560. ค่าใช้จ่ายการบริโภคของครัวเรือนหมวดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรื.

สำนักงานรักษาความปลอดภัยและการจราจร. 2559. เดือนผู้ใช้รถใช้ถนนเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงขณะขับรถ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557.

_____. 2560. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557. แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561.

_____. 2559. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2559. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในโรคไม่ติดต่อ ประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2558.

สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2560. สถานการณ์โรคที่เฝ้าระวังทางโรคบาติวิทยา.

สุวิณี วิวัฒนวานิชและคณะ. 2555. “รายงานวิจัยการศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข :การสำรวจแบบวันเดียว” สนับสนุนโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)