

รายงานวิจัย

การจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะ วิถีชีวิต
และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออก

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ
วรากร เกரியงไกรศักดิ์ดา

14 ส.ย. 2549

208988

bk0094176

สนับสนุนการวิจัยโดย

ศูนย์จัดการงานวิจัยระบบสุขภาพภาคตะวันออก (ศวรส.อ) ม.บูรพา

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ศวรส.)



2549

มอบให้สำนักหอสมุด

จาก ศูนย์จัดการงานวิจัยระบบสุขภาพภาคตะวันออก (ศวรส.อ)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาเพื่อจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะ และ ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2548- มกราคม 2549 การศึกษาดำเนินการโดย การวิจัยเอกสาร การสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคล/ กลุ่มบุคคล การระดมความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็นของประชาชน โดยการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งประเด็นการศึกษาออกเป็น 6 ประเด็นหลักคือ พฤติกรรมสุขภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สภาพสังคม ระบบบริการสุขภาพ กลไกภาครัฐ/ประชาชน และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบประเด็นวิจัยที่ควรดำเนินการโดยเร่งด่วน ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

- 1) แนวทางการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์
- 2) แนวทางการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาความสะอาดของอาหารที่ขายในตลาดนัด
- 3) การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ (จันทบุรี ชลบุรี ฉะเชิงเทรา)
- 4) การส่งเสริมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของกลุ่มต่างๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (แรงงาน เยาวชน ทหารเกณฑ์ รักร่วมเพศ ชาย/หญิงบริการ)
- 5) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเยาวชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 6) การสร้างรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กวัยต่างๆ
- 7) ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของสารเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 8) การประยุกต์รูปแบบการออกกำลังกายในสถานที่ทำงานจำแนกตามลักษณะงาน
- 9) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน
- 10) แนวทางการลดอันตรายจากการทำงานของแรงงานอุตสาหกรรม (วัตถุมีคมบาดสิ่งของเข้าตา วัตถุหล่นทับ)

2. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

- 1) สภาพการปนเปื้อนของสารเคมีอันตรายในแหล่งรองรับน้ำเสียจากอุตสาหกรรม

(แม่น้ำบางปะกง พื้นที่ชายฝั่ง แม่น้ำปราจีนบุรี)

- 2) การศึกษาสภาพปัจจุบันของปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเคมีในภาคเกษตรกรรม
- 3) ปัญหาการลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรมกับผลกระทบต่อด้านสุขภาพของประชาชน

(ระยอง สมุทรปราการ ชลบุรี)

- 4) การตรวจวัดระดับเสียงในจุดที่มีการจราจรหนาแน่นในชุมชนเมืองของภาค

ตะวันออก

- 5) การศึกษาติดตามคุณภาพอากาศในพื้นที่ซึ่งมีการร้องเรียน (ระยอง ชลบุรี)
- 6) การศึกษาสภาพปัญหาการขาดแคลนน้ำอุปโภคบริโภคของประชาชนนอกเขต

พื้นที่บริการน้ำประปา

3. สภาพสังคม

- 1) การศึกษาแนวทางการดำเนินการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของสื่อลามกในเยาวชน
- 2) สภาพปัจจุบันของสถานบันเทิงและลักษณะสถานบันเทิงที่ก่อให้เกิดปัญหาสังคม

ในภาคตะวันออก

- 3) ผลกระทบด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนจากปัญหาการหย่าร้างของบิดามารดา
- 4) การศึกษาปัจจัยสาเหตุสำคัญของการกระทำผิดกฎหมายของเด็กและเยาวชนใน

ภาคตะวันออก

- 5) ผลกระทบจากปัญหาที่ดินทำกินต่อภาวะสุขภาพ (ฉะเชิงเทรา ชลบุรี)
- 6) ปัจจัยมูลเหตุที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นและวัยทำงานในภาคตะวันออก

4. ระบบบริการสุขภาพ

1) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชน

2) การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาด้านความพร้อมในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิในภาคตะวันออก

- 3) การพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อใช้หวัดนก

- 4) การประชาสัมพันธ์เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในสิทธิการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ใช้

แรงงาน

5) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชน

- 6) การพัฒนารูปแบบการบริการฝากครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

(ปราจีนบุรี ตราด)

- 7) การสร้างแนวคิดที่เป็นรูปธรรมในการวางแผนระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

5. กลไกภาครัฐ/ประชาชน

- 1) การศึกษาเชิงวิเคราะห์แนวทางการดำเนินงานขององค์กรภาคประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน
- 2) การศึกษาความร่วมมือของร้านค้าในการปฏิบัติตามนโยบายการห้ามขายบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี
- 3) การศึกษาผลกระทบต่างๆ ด้านสุขภาพจากการท่องเที่ยว
(กิจกรรมผดกภูหมาย ยาเสพติด อาชญากรรม)

6. ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ

- 1) การจัดการความรู้เพื่ออนุรักษ์และพัฒนาภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออก (การแพทย์พื้นบ้าน สมุนไพร นวดแผนไทย)
- 2) การศึกษาวัฒนธรรมพื้นบ้านที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน (โรคเอดส์ โรคเรื้อรัง)
- 3) การแก้ไขปัญหาค่าความเชื่อที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออก

อย่างไรก็ดีจากข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์และความพร้อมของทีมนักศึกษา ได้สรุปประเด็นวิจัยที่เห็นควรดำเนินการในเบื้องต้น 7 ประเด็นคือ

1. แนวทางการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์
2. แนวทางการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาความสะอาดของอาหารที่ขายในตลาดนัด
3. การศึกษาแนวทางการดำเนินการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของสื่อลามกในเยาวชน
4. การศึกษาเชิงวิเคราะห์แนวทางการดำเนินงานขององค์กรภาคประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน
5. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชน
6. การจัดการความรู้เพื่ออนุรักษ์และพัฒนาภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออก (การแพทย์พื้นบ้าน สมุนไพร นวดแผนไทย)
7. การศึกษาวัฒนธรรมพื้นบ้านที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
สารบัญ	ง
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
ขอบเขตของโครงการวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
กระบวนการดำเนินงานวิจัย	4
ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	5
การวิเคราะห์ข้อมูล	7
บทที่ 2 แนวคิดด้านสุขภาพ	
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ	9
แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต	15
แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต	18
เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและการพัฒนาสังคม	19
บทที่ 3 สถานการณ์ด้านสุขภาพในภาคตะวันออก	
พฤติกรรมสุขภาพ	34
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	53
สภาพสังคม	73
ระบบบริการสุขภาพ	83
กลไกภาครัฐ/ประชาชน	102
ภูมิปัญญา	122
บทที่ 4 ผังพิสัยการวิจัย	131
พฤติกรรมสุขภาพ	133

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผังพิสัยการวิจัย (ต่อ)	
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	134
สภาพสังคม	135
ระบบบริการสุขภาพ	136
กลไกภาครัฐ/ประชาชน	137
ภูมิปัญญา	138
บรรณานุกรม	139
ภาคผนวก	151

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญและความเป็นมา

สภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน ทำให้วิถีชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบางอย่างก็ส่งผลต่อสุขภาพของคน โดยสุขภาพหรือสุขภาวนั้นไม่ได้หมายถึงการปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงดุลยภาพ หมายถึงการที่ระบบต่างๆ สอดคล้องกันอย่างมีสมดุล มีความเป็นปกติ โดยเราอาจพิจารณาว่ามีสัมพันธภาพเชื่อมโยงกัน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา (หรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณ)

สังคมไทยมีพื้นฐานหลักเป็นสังคมพุทธ มีศาสนา แต่ปัจจุบันสังคมเราอยู่ในกระแสการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทั้งระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก มีการพัฒนาอย่างผิดทิศผิดทาง ทำให้หลาย ๆ อย่างมุ่งเน้นเป็นเรื่องของการพัฒนาเรื่องของวัตถุ และมุ่งเน้นทางการบริโภค ก่อให้เกิดการทรุดโทรมทางสุขภาพในทุกด้าน ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และทางจิตวิญญาณ

ภาคตะวันออกเป็นภาคที่มีการผสมผสานระหว่างสังคมชนบทซึ่งประชากรมีอาชีพหลักในด้านเกษตรกรรม ปศุสัตว์ ประมง กับสังคมเมืองซึ่งประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม ทำงานในสำนักงาน ฯลฯ ซึ่งในประชากรทั้ง 2 กลุ่มนี้มีแบบแผนการดำเนินชีวิต (วิถีชีวิต) ที่แตกต่างกัน จากเหตุปัจจัยแวดล้อมในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ทำให้มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าสนใจในการศึกษาเป็นอย่างยิ่งว่า การทำวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากร 2 กลุ่มนี้ในภาคตะวันออกควรมีทิศทางเป็นอย่างไร

การจัดทำผังพิสัยการวิจัย (Research Mapping) เป็นกระบวนการขับเคลื่อนงานวิจัยที่จะสามารถตอบสนองการจัดการความรู้ให้นำไปสู่แก้ปัญหาการพัฒนาสุขภาพและผลกระทบที่ตามมาได้โดยตรง ดังนั้นจึงเป็นสิ่งน่าศึกษาถึงการจัดทำแผนที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพกับระบบ

สุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อจัดตำแหน่งขององค์ความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพและระบบสุขภาพ อันจะนำไปสู่การนำความรู้ไปใช้ทั้งภาคราชการ ภาคประชาชนและภาคธุรกิจเอกชน

2. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

- 2.1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 2.2 เพื่อสำรวจองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 2.3 เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของนักวิจัย นักวิชาการ ผู้มีส่วนได้เสีย ผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย ในการวิเคราะห์ประเด็นวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 2.4 เพื่อจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาพะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 3.1 ทราบถึงสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 3.2 ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพะ วิถีชีวิตของประชาชน และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 3.3 เกิดเครือข่ายนักวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 3.4 ได้ประเด็นการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ที่ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 3.5 ได้ผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาพะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4. ขอบเขตของโครงการวิจัย

4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการ วิเคราะห์สถานการณ์ สำรวจองค์ความรู้ และจัดทำผังพิสัยการวิจัย จะกำหนดขอบเขตเนื้อหาการวิจัยใน 6 ประเด็นหลัก ดังนี้

- 4.1.1 พฤติกรรมสุขภาพ
- 4.1.2 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
- 4.1.3 สภาพสังคม
- 4.1.4 ระบบบริการสุขภาพ
- 4.1.5 กลไกภาครัฐ/ประชาชน
- 4.1.6 ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ

4.2 ขอบเขตด้านระยะเวลา

1 สิงหาคม 2548 – 30 มกราคม 2549

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

สถานการณ์ด้านระบบสุขภาพ สุขภาวะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียง



วิเคราะห์สถานการณ์ด้านระบบสุขภาพ สุขภาวะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ

ในภาคตะวันออกเฉียง



ทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง



การประชุม สังเคราะห์ ประเด็นวิจัยด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียง



การจัดทำผังพิสัยการวิจัย

6. กระบวนการดำเนินงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยเรื่องการจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงใต้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการดำเนินโครงการวิจัยจะกำหนดขั้นตอนและกิจกรรมการทำงาน ดังนี้

6.1 การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ดำเนินการโดย

6.1.1 การศึกษาข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้อง

6.1.2 การสำรวจเอกสารเพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี ข้อค้นพบ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยเป็นการสำรวจเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี ข้อค้นพบ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงใต้แล้ววิเคราะห์สรุปใน แต่ละประเด็นที่ศึกษา เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดประเด็นการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม

6.2 การศึกษาข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ดำเนินการโดย

6.2.1 การสัมภาษณ์ประชาชน/ ผู้เกี่ยวข้อง

6.2.2 การเสวนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน/ ประกอบอาชีพด้านสุขภาพในระบบ/ นอกกระบวน

6.2.3 การประชุมแบบมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัย นักวิชาการในภาคตะวันออกเฉียงใต้ และ

ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ และค้นหาประเด็นการวิจัยที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงใต้

เพื่อให้การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ มีมุมมอง และประสบการณ์ที่หลากหลายในเรื่องสุขภาพ รวมทั้งครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา จึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยการแบบเจาะจง จำนวนทั้งหมด 31 คน ได้แก่

1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขหรือสุขภาพ แบ่งเป็น ผู้บริหารระดับภูมิภาค ผู้บริหารระดับจังหวัด ผู้บริหารระดับอำเภอ จำนวน 7 ท่าน

2) กลุ่มนักวิชาการที่สอน ศึกษา วิจัย หรือมีผลงานทางวิชาการในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สุขภาวะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญา จำนวน 4 ท่าน

3) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ แบ่งเป็น ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และสถานเอนามัย จำนวน 11 ท่าน

4) กลุ่มผู้บริหาร/ ผู้ปฏิบัติในองค์กรส่วนท้องถิ่นที่ได้ดำเนินนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพ แบ่งเป็น ผู้แทนจากเทศบาล และผู้แทนจาก อบต. จำนวน 4 ท่าน

5) กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของสมาชิกสุขภาพ/ องค์กรภาคประชาชนด้านสุขภาพในแต่ละจังหวัด จำนวน 2 ท่าน

6) กลุ่มผู้มีความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน

6.3 การประชุมผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในภาคราชการ ภาคธุรกิจเอกชน และภาคประชาชน ผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย เพื่อทบทวนประเด็นวิจัย

6.4 การจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

7. ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

7.1 การวิเคราะห์เอกสาร โดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากการทบทวนรายงานการวิจัยและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้แก่

7.1.1 กระทรวงสาธารณสุข

7.1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

7.1.3 โรงพยาบาลจังหวัด/ โรงพยาบาลชุมชน/ สถานีอนามัย

7.1.4 องค์การบริหารส่วนตำบล

7.1.5 สังกมสจ.จังหวัด

7.1.6 ห้องสมุดของมหาวิทยาลัย

7.1.7 กรมควบคุมมลพิษ

7.1.8 กระทรวงมหาดไทย

7.1.9 เว็บไซต์ต่างๆ

7.2 การสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคล/ กลุ่มบุคคล ทั้งข้อมูลที่เป็นจริง (Facts) และข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นส่วนบุคคล (Opinion) เช่น การสัมภาษณ์ประชาชน "มุมมองเกี่ยวกับสุขภาพ" รวมถึงการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน โดยการสัมภาษณ์ (Interview)

7.3 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เชิงประจักษ์ (Situation Analysis) ได้แก่ การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

7.4 การระดมความคิดเห็น (Brain Storming) โดยการจัดเสวนา การดำเนินการเสวนามีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

7.4.1 ศึกษาบททวนวรรณกรรม เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ แยกประเด็น เพื่อกำหนดเป็นแนวคำถามกว้างๆ ที่จะใช้ในการเสวนา

7.4.2 กำหนดและเตรียมกลุ่มผู้ร่วมเสวนา โดยลำดับแรกติดต่อเป็นการส่วนตัวอธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการทำวิจัย ตลอดจนขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย และเวลาที่ต้องใช้โดยประมาณ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเสวนา พร้อมทั้งมอบเอกสารข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการเตรียมตัวก่อนวันเสวนา และนัดวันเวลา สถานที่ ก่อนวันเสวนาติดต่อยืนยันการนัดหมาย เพื่อให้ผู้ร่วมเสวนาได้เตรียมข้อมูลและความคิดสำหรับการเสวนา

7.4.3 ชี้แจงความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนะนำคณะผู้วิจัย

7.4.4 เริ่มเสวนาโดยการเปิดประเด็นคำถามอย่างกว้างๆ ในแต่ละประเด็นที่ศึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมเสวนาได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

7.4.5 สรุปประเด็นการเสวนา ในแต่ละประเด็น และให้ผู้ร่วมเสวนาได้แสดงความคิดเห็นอีกครั้ง ก่อนสรุปเป็นความคิดเห็นโดยรวมของผู้เข้าร่วมเสวนา

7.4.6 ให้ผู้เสวนาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นการวิจัยด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่จะจัดทำในอนาคตว่า การวิจัยในแนวทางใด ประเด็นใด ที่ผลการวิจัยจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัย

7.5 ภายหลังจากสิ้นสุดการเสวนา นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์แนวโน้มการวิจัยด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ผู้เข้าร่วมเสวนาสวนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกัน ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสารการทบทวนวรรณกรรม แล้วเขียนเป็นผังพิสัยการวิจัยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

7.6 สรุป (ร่าง) ผังพิสัยการวิจัย

7.7 การจัดทำผังพิสัยการวิจัย เป็นการจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการนำผังพิสัยการวิจัยที่ได้จากการเวทีเสวนามาวิเคราะห์ความเป็นไปได้เชิงวิชาการของกระบวนการดำเนินการวิจัย และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิพากษ์ให้ความเห็น พร้อมทั้งนำข้อมูลมาปรับผังพิสัยการวิจัยฯ ก่อนสรุปเป็นผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

8.1 การวิเคราะห์เอกสารจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิและแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เกี่ยวกับ สุขภาพ สุขภาวะ วิถีชีวิต และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออก ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสรุปเป็นประเด็นสำคัญ นำเสนอใน รูปความเรียง และการสรุปเป็นแผนภาพ

8.2 ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการศึกษา วิเคราะห์ โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ และ นำเสนอในรูปตาราง

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

บทที่ 2

แนวคิดด้านสุขภาพ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะ วิถีชีวิต และ ภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออก ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

เมื่อพูดถึงสุขภาพ คนไทยมักนึกถึงโรงพยาบาล หมอ หรือยา ซึ่งเป็นความคิดแบบตั้งรับ คือรอให้เจ็บป่วยเสียก่อน แทนที่จะนึกถึงการสร้างสุขภาพให้ดี โรงพยาบาลจึงกลายเป็นโรงพยาบาล สุขภาพ ทั้งที่ความจริงแล้วสุขภาพต้องสร้างจากนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ในตัวเอง ในครอบครัว ในชุมชน ในโรงเรียน ในที่ทำงาน ในสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การที่จะเกิดแนวความคิดใหม่ในเรื่องสุขภาพได้ ควรทำความเข้าใจในเรื่องความหมายของสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และสุขบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งขออธิบายโดยสรุป ดังนี้

1.1 ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ (Health) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม มิได้หมายถึงเฉพาะการไม่พิการและการไม่เป็นโรคเท่านั้น และในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 ได้เพิ่มเติมคำว่า Spiritual well-being เข้าไปในความหมายของสุขภาพด้วย

จากความหมายของสุขภาพดังกล่าวจะเห็นว่า การมีสุขภาพดีต้องประกอบด้วย สุขภาพทางกาย (Physical health) สุขภาพทางจิต (Mental health) การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี (Social well-being) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being)

คณิงนิตย์ ชื่นคำ และ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2545, หน้า 20-22) ได้สรุปความหมายของ สุขภาพกาย และสุขภาพจิตไว้ดังนี้

1.1.1 สุขภาพทางกาย หมายถึงสภาพที่ดีทางร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่ดีมีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนอย่างดีซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานด้วย

ลักษณะของสุขภาพที่ดีทางกาย ควรประกอบด้วย

- 1) ร่างกายมีความสมบูรณ์และแข็งแรง
- 2) ระบบต่าง ๆ และอวัยวะทุกส่วนทำงานเป็นปกติและมีประสิทธิภาพ
- 3) ความเจริญงอกงามของร่างกายเป็นไปด้วยอัตราปกติ และมีความสัมพันธ์กับความเจริญงอกงามด้านอื่น ๆ ด้วย
- 4) ร่างกายมีความแข็งแรง สามารถทำงานได้นาน ๆ ไม่เหนื่อยเร็วและไม่เสื่อมประสิทธิภาพทางกาย
- 5) การนอนและการพักผ่อนเป็นไปตามปกติ และภายหลังจากการนอนหรือการพักผ่อนแล้วร่างกายคืนสู่สภาพปกติ สดชื่นตามเดิม
- 6) ฟันมีความคงทนแข็งแรง และมีความเป็นระเบียบสวยงาม
- 7) หูและตามีสภาพที่ดี สามารถรับฟังและมองเห็นได้ดี
- 8) ผิวหนังมีความสะอาดเกลี้ยงเกลา สดชื่น เปล่งปลั่ง
- 9) ทรวดทรงดี ได้สัดส่วน ไม่มีบกพร่อง
- 10) ปราศจากความอ่อนแอและโรคภัยไข้เจ็บใดๆ

1.1.2 สุขภาพทางจิต หมายถึงสภาพที่ดีทั้งหลายทางจิตใจ ที่สามารถควบคุมอารมณ์ทำ จิตใจให้เบิกบาน แจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือความขัดแย้งภายในจิตใจ ซึ่งสามารถช่วยให้ปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สุขภาพทางจิตที่ดีย่อมมีผลมาจาก สุขภาพทางกายที่ดีด้วย

ลักษณะของสุขภาพที่ดีทางจิต ควรประกอบด้วย

- 1) สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี
- 2) มีความกระตือรือร้น ไม่เหนื่อยหน่ายท้อแท้ใจ หรือหมดหวังในชีวิต
- 3) มีอารมณ์มั่นคงและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี
- 4) ไม่มีอารมณ์เครียดจนเกินไป ควรมีความสุขขันบ้างตามสมควร
- 5) มีความรู้สึกและมองโลกในแง่ดีเสมอ
- 6) มีความตั้งใจและจรรจบในงานที่ตนกำลังทำอยู่
- 7) รู้จักตนเองและเข้าใจบุคคลอื่นได้ดี
- 8) มีความเชื่อมั่นตนเองอย่างมีเหตุผล

- 9) สามารถแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อประสบความล้มเหลว
- 10) มีความสามารถตัดสินใจได้รวดเร็วและถูกต้องไม่ผิดพลาด
- 11) มีความปรารถนาและยินดี เมื่อบุคคลอื่นมีความสุข ความสำเร็จและมีความปรารถนาให้การป้องกันแก่ผู้อื่น ให้มีความปลอดภัยจากอันตรายหรือโรคภัยไข้เจ็บ

1.1.3 การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและทางจิตที่สุขสมบูรณ์ จึงจะสามารถติดต่อและปรับตัวให้อยู่ในสังคมแห่งตนได้อย่างดี และมีความสุข

1.1.4 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ

ประเวศ วะสี (2542, หน้า 31-32) ได้อธิบายความหมายของสุขภาวะทางจิตวิญญาณไว้ว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกมีความสุขในจิตใจ โดยอาจเรียกว่า ความสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual Happiness) ตัวอย่างเช่น เมื่อเราทำความดี เช่น การให้ของหรือช่วยเหลือผู้อื่น การเสียสละ การบำเพ็ญกิจทางศาสนา หรือเจริญสติ เจริญสมาธิ แล้วเกิดความสุขอันประณีต ต็มตำ เมื่อใดที่เราว่างจากตัวตนหรือความเห็นแก่ตัว จิตวิญญาณของเราก็สูงขึ้น เรียกว่ามีพัฒนาการทางจิตวิญญาณหรือพัฒนาการทางคุณค่ามนุษย์เป็นสัตว์ประเภทเดียวกันเท่านั้นที่มีมิติทางจิตวิญญาณ สามารถพัฒนาการทางจิตวิญญาณได้ และควรเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการพัฒนามนุษย์ ถ้ามนุษย์สนใจแต่พัฒนาการทางกายหรือทางวัตถุเท่านั้น อย่างที่เป็นมาในสมัย 300 ปีที่ผ่านมา ความเป็นมนุษย์ก็จะตกต่ำลงจะเครียด และเพี้ยน ต้องหันไปหายาเสพติด ซ้ำตัวตายและความรุนแรงประเภทต่าง ๆ เพราะมนุษย์ขาดพัฒนาการทางจิตวิญญาณไม่ได้ แต่เมื่อวิถีชีวิตที่ขาดพัฒนาการทางจิตวิญญาณมนุษย์ก็เครียด เพี้ยน และไปหาสิ่งภายนอกมาเติมในส่วนที่ขาด แต่ก็แทนกันไม่ได้ พัฒนาการทางจิตวิญญาณจะเข้ามามีผลทางบวกต่อกาย ใจและสังคม อย่างมีพลังที่สุด สุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือ spiritual health จึงเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ในการส่งเสริมสุขภาพ

1.2 การส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพหมายถึง เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจิตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพดี และเกิด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบาย



ภาพที่ 1 แสดงระบบส่งเสริมสุขภาพ 4 วง

วงในสุด คือการสร้างคุณค่า (Core Value) และจิตสำนึก คุณค่า จิตสำนึกเสมือนจิตวิญญาณ ซึ่งมีอิทธิพลต่อทุกสิ่งทุกอย่าง คุณค่าและจิตสำนึกจะมีผลต่อการกระทำในทุกวง และการกระทำทุกอย่างต้องสร้างคุณค่าและจิตสำนึก

วงที่ 2 การเรียนรู้ พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ต้องใช้ ณ ทุกจุดของวงที่ 3 การเรียนรู้ และพฤติกรรมต้องใช้ ณ ทุกจุดของวงที่ 4

วงที่ 3 ตำแหน่งที่การปฏิบัติเกิดขึ้น คือ บุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และที่ทำงาน

วงที่ 4 ระบบสนับสนุนมหภาค ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมมหภาค ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ศาสนา สื่อ ระบบบริการสังคม กฎหมาย ถ้าระบบมหภาคดีก็จะสนับสนุนวงที่ 3 วงที่ 2 และวงในสุด วงที่ 4 นี้ อาจเรียกว่า การมีนโยบายสาธารณะที่ดี หรือ Health Public Policies

1.3 สุขบัญญัติแห่งชาติ

ปี พ.ศ. 2538 คณะกรรมการสุขภาพศึกษา ซึ่งได้รับอนุมัติแต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2538 ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนจากหน่วยราชการต่าง ๆ อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี

และสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานอื่น ๆ ในแต่ละกระทรวงดังกล่าวข้างต้น ระดมความคิดพิจารณาปรับปรุงสุขบัญญัติแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) และสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลด้านสาธารณสุข ซึ่งเน้นที่ระบบในการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บและเสริมสร้างสุขอนามัยที่ดีให้แก่ประชาชน ตลอดจนการส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น และเสนอสุขบัญญัติแห่งชาติต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อลงมติอนุมัติให้ดำเนินการต่อไป โดยนำสุขบัญญัติแห่งชาติกำหนดเป็นกลวิธีในการสร้างสิ่ง จูงใจ และสนับสนุนให้องค์กรเอกชน ธุรกิจเอกชน ชุมชน รวมทั้งประชาชน ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยคณะรัฐมนตรีได้ลงมติอนุมัติตามมติคณะกรรมการรัฐมนตรีฝ่ายสังคม เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2539 สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย
4. กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหาร
5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี
9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

แนวทางปฏิบัติขั้นพื้นฐานตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
 - 1.1 อาบน้ำให้สะอาดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
 - 1.2 สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
 - 1.3 ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอ
 - 1.4 ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน
 - 1.5 ใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้น และให้อบอุ่นเพียงพอ
 - 1.6 จัดเก็บของใช้ให้เป็นระเบียบ
2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง

- 2.1 ถูฟันหรือบ้วนปากหลังกินอาหาร
- 2.2 หลีกเลียงการกินลูกอม ลูกกวาด ทอฟฟี่ เป็นต้น
- 2.3 ตรวจสอบสุขภาพในช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- 2.4 แปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธี อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน
- 2.5 ห้ามใช้ฟันกัดขบเคี้ยวของแข็ง
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่ายทุกครั้ง
 - 3.1 ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่ายทุกครั้ง
4. กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลียงอาหารรสจัดสีฉูดฉาด
 - 4.1 เลือกซื้ออาหารที่สด สะอาด ปราศจากสารอันตราย
 - 4.2 กินอาหารที่มีการเตรียม การประกอบอาหาร และใส่ในภาชนะที่สะอาด
 - 4.3 กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ
 - 4.4 ไม่กินอาหารที่ใส่สี มีสารอันตราย เช่น สีย้อมผ้า ยากันบูด ผงชูรส บอแรกซ์ ยาฆ่าแมลง พอร์มาลิน เป็นต้น
 - 4.5 กินอาหารให้เป็นเวลา
 - 4.6 กินอาหารให้ครบ 5 หมู่
 - 4.7 ดื่มน้ำที่สะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เช่น น้ำประปา น้ำต้ม น้ำฝน น้ำที่ผ่านการกรอง น้ำกลั่น น้ำที่ผ่านกระบวนการผลิตอย่างถูกวิธี เป็นต้น
 - 4.8 หลีกเลียงอาหารรสหวานจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด และของหมักดอง
 - 4.9 หลีกเลียงของกินเล่น
5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
 - 5.1 งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน
 - 5.2 สร้างเสริมค่านิยม รักเดียวใจเดียว รักนวลสงวนตัว ไม่ซิงสุกก่อนห้าม (มีคู่ครองเมื่อถึงเวลาอันควร)
6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
 - 6.1 สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันทำงานบ้าน
 - 6.2 มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในครอบครัว
 - 6.3 มีการปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีปัญหา
 - 6.4 เผื่อแผ่หัวใจไม่ตรีให้กับสมาชิกในครอบครัว
7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
 - 7.1 ระวังระวังในการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น ไฟฟ้า เต้าแก๊สของมีคม จุดธูป เทียนบูชาพระ ไม่ขีดไฟ เป็นต้น

7.2 ระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะ เช่น ปฏิบัติตามกฎหมายแห่งความปลอดภัย จากการจราจรทางบก ทางน้ำ ป้องกันอันตรายจากโรงฝึกงาน ห้องปฏิบัติการ เขตก่อสร้าง หลีกเลี่ยงการชุมนุมห้อมล้อมในขณะเกิดอุบัติเหตุ

8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี

8.1 ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

8.2 ออกกำลังกายและเล่นกีฬาให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัย

8.3 เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายอย่างสนุกสนาน

8.4 ตรวจสุขภาพโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ

9.1 พักผ่อนให้เพียงพอ

9.2 เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ควรหาทางผ่อนคลายโดยการปรึกษาผู้ใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ หรือเข้าหาสิ่งบันเทิงใจ เช่น เล่นกีฬา ฟังเพลง ดูภาพยนตร์ เป็นต้น

9.3 ทำงานอดิเรกในยามว่าง

9.4 ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา

10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

10.1 ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด

10.2 อนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชน ป่า น้ำ สัตว์ป่า เป็นต้น

10.3 ทิ้งขยะในที่รองรับ

10.4 หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดมลภาวะ ต่อสิ่งแวดล้อม เช่น

พลาสติก สเปรย์ เป็นต้น

10.5 มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ

10.6 มีการกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือนและโรงเรียนที่ถูกต้อง

แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ โดยมีผู้ให้นิยามความหมายไว้ในลักษณะต่าง ๆ กันไป ทั้งที่เป็นการมองคุณภาพชีวิตในมิติเดียว จนถึงหลายมิติ และระหว่างมิติเหล่านั้น มีบางอย่างที่เหมือนกันและบางอย่างแตกต่างกันไป โดยสิ้นเชิง ตัวอย่างเช่น

ยุพา อุดมศักดิ์ (2516 : 82) ให้นิยามคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง คุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมืองและศาสนา ซึ่งเป็นค่าเทียบเคียง ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว

แน่นอน ทุกคนหรือทุกประเทศจะกำหนดมาตรฐานในเรื่องดังกล่าวแตกต่างกันตามความต้องการ ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาและสภาวะต่าง ๆ ด้วย

คุณณี สุทธิปริยาศรี (2542 : 29) กล่าวไว้ในหนังสือ การปฏิรูประบบการสาธารณสุข เพื่อสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าในศตวรรษที่ 21 ว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำสองคำ คือ คุณภาพ และชีวิต โดยให้คำจำกัดความไว้ว่า

คุณภาพ หมายถึง ลักษณะดี ลักษณะพิเศษ ลักษณะประจำตัวหรือลักษณะสิ่งของ
ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ตรงข้ามกับความตาย

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดี ความอยู่ดีมีสุข

นอกจากนี้ยังกล่าวไว้ด้วยว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วย ลักษณะวิกฤต 4 ประการคือ

1. ความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตโดยทั่วไปของบุคคล
2. ความสามารถด้านจิตใจ ในการประเมินชีวิตตนว่า พอใจ หรือเป็นสุขหรือไม่
3. การประเมินโดยบุคคลอื่น ว่าสภาพของบุคคลพอเพียงหรือถูกคุกคามหรือไม่

เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542 : 293) อธิบายถึงลักษณะของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

พระเทพเวที (ประยุทธ์ ปยุตโต, 2533) ได้จำแนกคุณภาพชีวิต ออกเป็น 3 ระดับคือ

1. **คุณภาพชีวิตระดับพื้นฐาน** คือ ระดับ ทุภฏัมมิกัตถะ มีดังนี้
 - 1.1 สุขภาพดีมีพลานามัยและมีปัจจัยเครื่องรักษาส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.2 พึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจเช่นมีอาชีพ มีความประหยัด ขยันและสุจริต มีเงินใช้ และใช้เงินเป็น เป็นผู้ผลิตและบริโภคเป็น
 - 1.3 มีอาหารที่มีคุณค่า มีกินและกินเป็น
 - 1.4 มีที่อยู่อาศัยและที่ทำงานที่เหมาะสม ไม่แออัด สะอาด สะดวกสบายต่อการดำเนินชีวิต การทำงานและการเดินทาง
 - 1.5 มีครอบครัวซึ่งมีกำลังพอบำรุงเลี้ยงดูได้ อยู่ด้วยกันด้วยความสุขทั้งอบอุ่นและร่มเย็น
 - 1.6 อยู่ร่วมและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี รับผิดชอบ เอื้อเฟื้อ มีน้ำใจ เกื้อการุณย์ ผูกมิตร และชวนชวาย ทำกิจที่เป็นประโยชน์
 - 1.7 มีเวลาว่างเป็นของตนเอง และรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ในการเสนอความริ่รรมย์บันเทิงที่ไร้โทษ ชื่นชมซาบซึ้งในสุนทรีย์และในการที่จะพัฒนาตนเองยิ่งขึ้นไปในด้านต่าง ๆ

2. คุณภาพชีวิตระดับพัฒนาการหรือระดับสัมปราชัยกัตตะ

2.1 มีการศึกษา รู้เข้าใจเท่าทันเหตุการณ์ มีประสบการณ์ที่เป็นฐานการดำเนินชีวิต และตัดสินใจอย่างฉลาด

2.2 มีวิจารณ์ญาณ พิจารณาเหตุปัจจัย รู้จักคิด รู้จักแก้ปัญหาดำเนินชีวิตด้วยปัญญา มีกุลศลวิธีที่จะแก้ไขคลายทุกข์ได้

2.3 มีจิตใจที่พัฒนา กอปรด้วยคุณธรรมและจริยธรรม เชื่อมั่นในการทำ ความดี ประพฤติดีงาม สุขจิตทั้งกาย วาจา ใจ มั่นใจในคุณค่าแห่งชีวิตของตนเบิกบาน ผ่องใส เป็นสุข มองโลกและชีวิตตามความเป็นจริง

3. คุณภาพชีวิตระดับเอื้อโอกาสหรือระดับอุภยัตตะ

3.1 มีความปลอดภัยทั้งกายใจ เช่น ปราศจากใจร้ายผู้ร้ายละอบายมุข

3.2 อยู่ในสังคมที่มีสวัสดิการและบริการดี อำนวยลสิทธิเสรีภาพความเสมอภาคและไมตรีสังเคราะห์

3.3 อยู่ในสังคมที่อำนวยโอกาสในการทำงานที่ตนถนัด โอกาสในการเรียนรู้และเข้าถึง วิทยาการต่าง ๆ โอกาสในการมีส่วนร่วม ในสังคม ในชุมชนและในทางการเมือง และโอกาสในการได้รับความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ

3.4 อยู่ในสังคมที่มีระเบียบมีขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและกฎหมายที่เป็น ธรรมและเอื้อต่อการพัฒนาชีวิตและสังคม

3.5 มีธรรมชาติแวดล้อมที่เกื้อกูล รื่นรมย์ สวยงาม ผืนน้ำ อากาศบริสุทธิ์ ไร้มลพิษ

ประเวศ วะสี (เสรี พงศ์พิศ, บก, 2531 : 72 - 77) กล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่า คือ เสรีภาพ 3 ด้าน คือด้านวัตถุ ด้านสังคม และด้านจิตใจ

ด้านสังคม มีเครื่องชี้วัด คือไม่มีการกดขี่เบียดเบียนกัน ด้วยประการต่าง ๆ ในสังคม มนุษย์ สามารถเป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ที่จะเลือกดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง และดีงาม

ด้านจิตใจ มีเครื่องชี้วัดคือ การมีเสรีภาพจากการบีบคั้น จากกิเลสตัณหาในใจของตนเอง UNESCO กำหนดว่า คุณภาพชีวิตจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 5 ประการ คือ

1. มาตรฐานการดำรงชีวิต (Standard of Living) ได้แก่ มาตรฐานความเป็นอยู่ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การศึกษา ที่อยู่อาศัย อาหารการกิน รายได้ การประกอบอาชีพและการ บริการทางสังคมต่าง ๆ

2. ภาวะประชากร (Population Situation) ได้แก่ ขนาด การกระจายและการ เปลี่ยนแปลงทางประชากร

3. ปัจจัยทางสังคม – วัฒนธรรม (Socio –Cultural Factors) ได้แก่ ระบบสังคม ระบบการเมือง การปกครอง ค่านิยมทางวัฒนธรรมและแบบแผนของการบริโภคทางสังคม
4. กระบวนการพัฒนา (Process of Development) ได้แก่ การพัฒนาประเทศการค้า การอุตสาหกรรม ความช่วยเหลือจากต่างประเทศและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ
5. ทรัพยากร (Resource) ได้แก่ ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรธรรมชาติ และทรัพยากรที่ใช้ในการลงทุน และเทคโนโลยีต่าง ๆ

องค์ประกอบทั้ง 5 มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งระดับบุคคลและประเทศชาติ

2. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตเกิดขึ้นมาในช่วงทศวรรษ 2510 หลังจากที่ได้มีการพัฒนาสังคมไปแล้วประมาณ 10 ปี การพัฒนาคุณภาพชีวิตคือเรื่องที่เราเรียกว่า จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) จปฐ. เริ่มถูกกล่าวถึงตั้งแต่อยู่ในแผนพัฒนาฉบับที่ 3 (2515-2519) ซึ่งเป็นช่วงที่การเมืองไทยผันผวนอย่างมาก แนวคิดนี้เกิดจากการที่พิจารณาว่าประเทศได้มีความเจริญทางเศรษฐกิจ รายได้ประชาชาติเพิ่มขึ้น แต่การกระจายรายได้กลับไม่เป็นธรรม คนส่วนใหญ่ของประเทศยังยากจน ควรจะได้พิจารณาการการพัฒนาในแง่ของการสร้างคุณภาพชีวิตใกล้กับคนในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มที่ด้อยโอกาส เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน ลูกจ้าง แนวคิด จปฐ. ไม่ได้ถูกกำหนดเป็นนโยบายของรัฐ มีลักษณะเป็นเพียงเครื่องชี้วัดการดำรงชีพของประชาชนหรือเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาเท่านั้น

สมพร เทพสิทธิ์า (2535) พูดถึงเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำเป็นต้องพัฒนาทั้งในด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้ประชาชนในชาติมีการดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐาน คือ มีสัมมาอาชีพมีรายได้ตามสมควรแก่อัตภาพ มีปัจจัยสี่ในการครองชีพ (ด้านเศรษฐกิจ) มีการศึกษาตามสมควรมีสุขภาพอนามัยดี มีครอบครัวดี (ด้านสังคม) เป็นผู้ที่มีคุณธรรม สามารถพึ่งตนเองได้ ทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น สังคม และประเทศชาติ (ด้านจิตใจ) นอกจากนี้ยังกล่าวถึง คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีว่าควรมีดังนี้ 1) มีความรู้ดี 2) มีสุขภาพอนามัยดี 3) มีความสามารถดี 4) มีความคิดดี 5) มีการกระทำดี 6) มีจิตใจดี

ด้านปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต มี 7 ด้าน คือ 1) ประชาชนยังขาดการใฝ่พัฒนาตนเอง 2) ประชาชนขาดจิตสำนึกในหน้าที่และความรับผิดชอบของตน 3) บริการสาธารณะยังไม่ดีพอและทั่วถึง 4) มีมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ 5) มีชีวิตและทรัพย์สินที่

ขาดความปลอดภัย 6) ประชาชนยังขาดปัจจัยในการครองชีพที่เหมาะสม และ 7) ยังมีช่องว่างในสังคมอยู่มากและสังคมยังขาดความเป็นธรรม

3. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและการพัฒนาสังคม

ได้มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนทำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและการพัฒนาสังคมไว้เป็นจำนวนมาก ในส่วนของหน่วยงานของรัฐนั้นพบว่า หน่วยงานที่มีบทบาทในเรื่องเครื่องชี้วัดทางสังคม คือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) กรมการพัฒนาชุมชน และคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ โดยได้สร้างชุดตัวบ่งชี้ เรียกว่า เครื่องชี้ภาวะสังคม กชช. 2 ค และจปฐ. ขึ้น นอกจากการนี้ก็มีหน่วยงานอื่น ๆ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ กรมอนามัย กรุงเทพมหานคร ฯลฯ ได้จัดทำเครื่องชี้วัดเฉพาะด้านที่หน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง หรือจัดทำเครื่องชี้วัดอื่น ๆ เพิ่มเติมขึ้นอีก รายละเอียดของข้อมูลมีดังต่อไปนี้

3.1 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

ปี พ.ศ. 2518 สศช. ได้เริ่มจัดทำ เครื่องชี้ภาวะสังคม ขึ้นเป็นครั้งแรก โดยได้แนวคิดจากบทความเกี่ยวกับการเคหะ ของ Dr.Cant ในปี พ.ศ. 2513 หลังจากนั้น สศช. ได้นำเรื่องเสนอต่อที่ประชุมอาเซียนและระดมความคิดจากหลาย ๆ ฝ่าย เพื่อให้แต่ละกระทรวงทบวง กรม จัดทำเครื่องชี้ภาวะสังคมขึ้น เพื่อใช้ในการวางแผนวิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ ในครั้งแรกที่จัดทำแบ่งออกเป็น 6 หมวด คือ หมวดประชากร (มีเครื่องชี้วัด 2 ตัว) หมวดระดับรายได้ (2 ตัวชี้วัด) หมวดการสาธารณสุข (2 ตัวชี้วัด) หมวดการศึกษาและการเผยแพร่ข่าวสาร (2 ตัวชี้วัด) หมวดการมีงานทำ (1 ตัวชี้วัด) หมวดความปลอดภัย (5 ตัวชี้วัด)

ต่อมาได้มีการปรับปรุงเครื่องชี้ภาวะสังคมอีกหลายครั้ง กล่าวคือในปี 2519 ได้เพิ่มหมวดการเคหะ รวมเป็น 7 หมวด ปี 2520 ตัดหมวดระดับรายได้ ปี 2521 เพิ่มหมวดสินเชื่อของเกษตรกร ปี 2522 เพิ่มอีก 3 หมวดคือ คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจสังคม สถิติการสังคม และตัดหมวดสินเชื่อของเกษตรกรออกไป ปี 2524 ตัดหมวดคุณภาพชีวิต เพิ่มหมวดการหย่าร้าง ปี 2527 เพิ่มหมวดมลภาวะอีก 1 หมวด รวมเป็น 9 หมวด จนถึงปี 2534 เปลี่ยนชื่อหมวดเป็น ภาวะมลพิษ

สำหรับเวลาในการจัดทำเครื่องชี้วัดนั้นพบว่า ได้จัดทำทุกปีโดย สศช. เป็นผู้กำหนดให้กระทรวงต่าง ๆ ผลิตข้อมูลเสนอ ประโยชน์ที่ได้รับคือ ทำให้ทราบว่าในอดีตที่ผ่านมา

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมหรือมีวิวัฒนาการอย่างไร และทำให้มองเห็นภาพว่าขณะนี้เราอยู่ ณ จุดใด ทำให้เดินทางต่อไปในอนาคตได้

3.2 คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.)

คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ ตั้งขึ้นโดยคณะรัฐมนตรี เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาชนบทโดยตรง ในปี 2528 คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบโครงการปีรณรังค์ คุณภาพชีวิต และประกาศให้มีการรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ (2528-2530) โดยใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) 8 หมวด 32 เครื่องชี้วัด เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยว่า คนไทยควรมีคุณภาพชีวิตในเรื่องอะไรบ้างเป็นอย่างไร และควรมีระดับความเป็นอยู่ไม่ต่ำกว่าระดับไหน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ๆ ซึ่งรายละเอียดมีดังนี้

หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกต้องลักษณะและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มี 3 เครื่องชี้วัด

หมวดที่ 2 ประชาชนที่มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มี 4 เครื่องชี้วัด

หมวดที่ 3 ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ มี 7 เครื่องชี้วัด

หมวดที่ 4 ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มี 1 เครื่องชี้วัด

หมวดที่ 5 ประชาชนมีการผลิตและหาอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ มี 5 เครื่องชี้วัด

หมวดที่ 6 ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตรได้ตามต้องการ มี 1 เครื่องชี้วัด

หมวดที่ 7 ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นอยู่และการกำหนดวิถีชีวิตของตนเองและชุมชน มี 7 เครื่องชี้วัด

หมวดที่ 8 ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น มี 4 เครื่องชี้วัด

ต่อมาในปี 2531 กชช. ได้มีมติให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมอบโครงการปีรณรังค์ให้กระทรวงมหาดไทย โดยกรมการพัฒนาชุมชนเป็นหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินงานต่อภายใต้ชื่อว่า “งานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท (พชช.)” ในปีเดียวกันนั่นเอง กชช. จึงมีมติเห็นชอบแผนการจัดเก็บข้อมูล จปฐ. และคณะอนุกรรมการแผนพัฒนาระดับภูมิภาคและท้องถิ่นได้พิจารณารายละเอียดแผนการจัดเก็บข้อมูล จปฐ. ปี 2533 และนับตั้งแต่ปี 2533 เป็นต้นมา จึงมีการจัดเก็บข้อมูล จปฐ. ทุกครัวเรือนทั่วประเทศ ทุกปี และกรมการพัฒนาชุมชนทำการประมวลผล วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาพรวมทั้งประเทศ ในปี 2534 ได้มีมติจากที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ

งานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท โดยเห็นชอบให้มีการจัดเก็บข้อมูล จปฐ. ต่อไป ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) และฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540- 2544)

สำหรับในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 8 ได้ปรับความจำเป็นพื้นฐานใหม่ มี 8 หมวด 39 ตัวชี้วัด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

หมวดที่ 1 สุขภาพดี (ประชาชนมีสุขภาพ อนามัยดี) มี 12 ตัวชี้วัด

หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย (ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มี 5 ตัวชี้วัด

หมวดที่ 3 ศึกษาถ้วนทั่ว (ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการศึกษา) มี 7 ตัวชี้วัด

หมวดที่ 4 ครอบครัวสุขสบาย มี 4 ตัวชี้วัด

หมวดที่ 5 รายได้มาก (ประชาชนมีการประกอบอาชีพและมีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต) มี 1 ตัวชี้วัด

หมวดที่ 6 อยากร่วมพัฒนา (ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นอยู่และการกำหนดชีวิตของตนเองและชุมชน) มี 3 ตัวชี้วัด

หมวดที่ 7 พาสู่คุณธรรม (ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจของตนเองให้ดีขึ้น) มี 5 ตัวชี้วัด

หมวดที่ 8 บำรุงสิ่งแวดล้อม (ประชาชนมีจิตสำนึกและร่วมกันอนุรักษ์) ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม มี 2 ตัวชี้วัด

3.3 การวัดความเป็นอยู่ที่ดี (Measures of well - being) ของ OECD (UNESCO, 1976)

OECD ได้วัดความเป็นอยู่ที่ดีของประเทศต่าง ๆ โดยศึกษาจาก 8 ด้าน ต่อไปนี้

3.3.1 สุขภาพ

3.3.2 การพัฒนาของปัจเจกบุคคลโดยการเรียนรู้

3.3.3 การจ้างงานและคุณภาพชีวิตการทำงาน

3.3.4 เวลาและการใช้เวลาว่าง

3.3.5 ความต้องการในเรื่องสินค้าและบริการต่าง ๆ

3.3.6 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (บ้าน ประชากร ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากการจัดการสิ่งแวดล้อม

3.3.7 ความปลอดภัยของบุคคลและการบริหารกระบวนการยุติธรรม

3.3.8 โอกาสทางสังคมและความไม่เสมอภาค

3.4 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก (UN,1990)

ประกอบด้วยเครื่องชี้วัด 9 หมวดใหญ่ (45 ตัวชี้วัดย่อย) ดังต่อไปนี้

- 3.4.1 สุขภาพอนามัย
- 3.4.2 ที่อยู่อาศัย
- 3.4.3 สิ่งแวดล้อม
- 3.4.4 การศึกษา
- 3.4.5 ความปลอดภัยของสาธารณะ
- 3.4.6 วัฒนธรรม
- 3.4.7 การจ้างงานและชีวิตการทำงาน
- 3.4.8 รายได้
- 3.4.9 สถิติการสังคม

3.5 เครื่องชี้วัดการพัฒนาในภูมิภาคของ ESCAP

ESCAP ได้ศึกษาการพัฒนาสังคมของประเทศในภูมิภาค ESCAP ใน 9 เรื่องใหญ่ (97 ตัวชี้วัดย่อย) ดังต่อไปนี้

- 3.5.1 ประชากร
- 3.5.2 สุขภาพ
- 3.5.3 การตั้งถิ่นฐานและสิ่งแวดล้อม
- 3.5.4 การศึกษา
- 3.5.5 การคมนาคมขนส่ง
- 3.5.6 การสื่อสาร
- 3.5.7 การจ้างงาน
- 3.5.8 ผลผลิตและรายได้
- 3.5.9 การลงทุนทางสังคมของประเทศ

3.6 เครื่องชี้วัดการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index-HDI)

- 3.6.1 สำหรับประเทศกำลังพัฒนา
 - 1) อายุขัย
 - 2) อัตราการตายของทารก
 - 3) น้ำที่สะอาดปลอดภัย
 - 4) การได้รับแคลอรี
 - 5) โรคขาดสารอาหาร

- 6) อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่
- 7) จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่อยู่ในโรงเรียน
- 8) จำนวนเครื่องรับวิทยุ
- 9) ผลิตภัณฑ์ในประเทศเบื้องต้น และผลิตภัณฑ์ประชาชาติต่อหัว (Real

GDP,GNP)

3.6.2 สำหรับประเทศอุตสาหกรรม

- 1) อายุขัย
- 2) จำนวนประชากรต่อแพทย์ 1 คน
- 3) อัตราการตายของทารก
- 4) จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่อยู่ในโรงเรียน
- 5) ปริมาณผู้เข้าเรียนทั้งหมด
- 6) ปริมาณผู้เข้าเรียนระดับอุดมศึกษา
- 7) ปริมาณหนังสือพิมพ์ที่ประชาชนบริโภค
- 8) จำนวนเครื่องรับโทรทัศน์
- 9) ผลิตภัณฑ์ในประเทศเบื้องต้น ผลิตภัณฑ์ประชาชาติต่อหัว (Real

GDP,GNP)

3.7 เครื่องชี้วัดความมั่นคงของชีวิตมนุษย์

UNDP เสนอแนวคิดเรื่องความมั่นคงของชีวิตใน 7 ด้าน คือ

- 1) ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ
- 2) ความมั่นคงด้านอาหาร
- 3) ความมั่นคงด้านสุขภาพ
- 4) ความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อม
- 5) ความมั่นคงของบุคคล
- 6) ความมั่นคงด้านชุมชนและครอบครัว
- 7) ความมั่นคงด้านการเมือง

362.104258

ก ๗๒๘ ก

๓๐

208988

4. มิติทางด้านสุขภาพ

วิพุธ พูลเจริญ (2544) ได้นำเสนอมิติทางด้านสุขภาพ ดัชนีเชิงสูญเสีย และดัชนีเชิงสร้างเสริมไว้ดังนี้

มิติทางด้านสุขภาพ	ดัชนีเชิงสูญเสีย	ดัชนีเชิงสร้างเสริม
มิติทางกาย	อัตราป่วย ตาย พิการ พฤติกรรมทำลายสุขภาพ	อายุขัยเฉลี่ย สมรรถภาพร่างกาย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
มิติทางจิตใจ	อัตราความทุกข์ของปัญญาอ่อน โรคจิต การฆ่าตัวตาย	เซาว์ปัญญา การควบคุมอารมณ์ (EQ) ความมั่นคงในตนเอง
มิติทางสังคม และสิ่งแวดล้อม	อัตราความทุกข์ของการใช้ความ รุนแรง ปัญหาอาชญากรรม การตายและป่วยอันเนื่อง มาจาก สิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ	การปรับแก้ปัญหาข้อขัดแย้งใน สังคมและชุมชน การอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อม นโยบายสาธารณะที่ เอื้อต่อสุขภาพ
มิติทางจิตวิญญาณ	จำนวนกลุ่มผู้ด้อยโอกาส อัตราส่วนประชากรยากจน ความไม่เป็นธรรม	ความเท่าเทียมกันของมนุษยชาติ (Equity) ความต้องการที่พอเพียง สันติภาพ ความสมานฉันท์

5. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นรัฐธรรมนูญสุขภาพของคนไทย เป็นเครื่องมือนวัตกรรมทางสังคม เป็นกลไกที่คนไทยร่วมกันสร้างให้เป็นเครื่องมือที่เราทุกคนจะใช้ขับเคลื่อนให้เกิดความถูกต้องต่างๆ ประการ โดยการสร้างความรู้ ร่วมเรียนรู้ด้วยความรัก ความปรารถนาดีต่อกันและความสามัคคีนี้เป็นสันติ ที่จะนำเข้าไปใกล้จุดมุ่งหมายแห่งสุขภาพวะที่สมบูรณ์เป็นลำดับๆ ไป ประเด็นสำคัญใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีดังต่อไปนี้

5.1 สุขภาพไม่ใช่โรคและการรักษาโรคเท่านั้น แต่หมายถึง สุขภาพที่สมบูรณ์ที่เชื่อมโยงกันทุกด้าน ซึ่งเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน สังคมและวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมพร้อมกันไป เพื่อให้การเคลื่อนไหวเรื่องสุขภาพเป็นการเคลื่อนไหวใหญ่ทุกด้าน เพื่อให้สามารถสร้างความสุขที่สมบูรณ์ถ้วนหน้าได้

5.2 สุขภาพเป็นอุดมการณ์ของชาติ เดิมการพัฒนาเอาเศรษฐกิจเป็นตัวตั้ง หรือมุ่งสร้างความร่ำรวย ทำให้เกิดความเห็นแก่ตัวและทอดทิ้งกัน พ.ร.บ. นี้ต้องการสร้างอุดมการณ์ของชาติและทิศทางการพัฒนาขึ้นใหม่ที่ถือเอาสุขภาพที่สมบูรณ์ของสังคมทั้งหมดร่วมกันเป็นสิ่งสูงสุดไม่ใช่เอาเงินเป็นสิ่งสูงสุด นี่เป็นประเด็นใหญ่ที่สุดที่จะใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติเป็นเครื่องขับเคลื่อนการปฏิรูปปฏิวัติและปฏิรูปสังคมไปสู่สังคมแห่งการเอื้ออาทร สังคมแห่งความสามัคคีและสังคมแห่งปัญญา

5.3 ระบบสุขภาพเป็นระบบสร้างนำซ่อม แต่เดิมระบบสุขภาพเป็นระบบตั้งรับคือ รอให้ป่วยแล้วจึงมาซ่อมกัน ทำให้ประชาชนเจ็บป่วยล้มตายพิการโดยไม่จำเป็นและสูญเสียทางเศรษฐกิจจนวิกฤต พ.ร.บ. นี้ปรับระบบสุขภาพจากระบบตั้งรับความป่วยไปเป็นระบบรุกสร้างสุขภาพดี โดยพยายามทุกวิถีทางให้ประชาชนทั้งหมดดำรงอยู่ในความมีสุขภาพดีให้มากที่สุด

5.4 การเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ เป็นศีลธรรมพื้นฐานถ้าปราศจากศีลธรรมพื้นฐาน สังคมจะเจริญไม่ได้ สังคมไทยเป็นสังคมนวมศุนย์อำนาจที่ไม่เคารพคนเล็กคนน้อย คนยากจน พ.ร.บ. นี้กำหนดว่าสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และกำหนดสิทธิด้านสุขภาพไว้เป็นเอกปรีายาย คนยากจนไม่ใช่ขอทานบริการ (มาตรา 13) แต่เป็นสิทธิของเขาที่จะได้รับบริการบุคคลมีสิทธิแม้ต้องการเลือกการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (มาตรา 24)

5.5 หน้าที่ของรัฐตามแนวนโยบายของรัฐธรรมนูญ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 หมวด 5 ได้กำหนดแนวนโยบายของรัฐ ให้รัฐปฏิบัติเพื่อความผาสุกของปวงชน แต่ยังไม่มีการปฏิบัติเท่าที่ควร พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติได้อนุวรรครัฐธรรมนูญโดยกำหนดหน้าที่ของรัฐในการดำเนินการต่างๆ เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ของปวงชน ซึ่งรวมไปถึงนโยบายสาธารณะที่จะไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของปวงชน (มาตรา 28) การดูแลระบบบริการสาธารณสุขไม่ให้เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ (มาตรา 31) การกระจายรายได้อย่างเป็นธรรม จัดระบบการถือครองที่ดินอย่างเป็นธรรมและอื่นๆ เพื่อแก้ไขความยากจน (มาตรา 32) เพราะความยากจนเป็นอุปสรรคต่อสุขภาพดี

5.6 ความมั่นคงด้านสุขภาพ มาตรา 33 – 34 กำหนดความมั่นคงด้านสุขภาพไว้อย่างครอบคลุมหนาแน่น ทั้งความมั่นคงทางสังคม ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงทางโครงสร้างพื้นฐาน ความมั่นคงทางทรัพยากรสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ความมั่นคงทางการเมือง ความมั่นคงเกี่ยวกับความยุติธรรม ความมั่นคงเกี่ยวกับการวิจัย ความมั่นคงเกี่ยวกับความเชื่อถือ ประเพณี ศาสนา วัฒนธรรม ทั้งหมดนี้ก็เป็นกรอบของเรื่องที่ประชาชนและรัฐต้องร่วมกันสร้างขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันว่าสุขภาพที่สมบูรณ์มีความมั่นคงยั่งยืน

5.7 ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ ระบบที่องค์ประกอบครบและเชื่อมโยงกันอย่างสมบูรณ์ ประจวบถยนต์ที่เครื่องสมบูรณ์ จึงจะวิ่งไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่แล้วมาระบบสุขภาพขาด ความสมบูรณ์วิ่งไปก็ติดขัดและเข้าสู่ภาวะวิกฤต พ.ร.บ.นี้พยายามที่จะบังคับให้มีการสร้างสุขภาพที่ สมบูรณ์ดังนี้

5.7.1 ระบบสร้างสุขภาพ ซึ่งรวมความตั้งแต่นโยบายสาธารณะ เพื่อ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ ความเข้มแข็งของชุมชนมาตรการด้านภาษีและอื่นๆ เพื่อสร้าง พฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการปรับระบบบริการสาธารณสุข

5.7.2 ระบบป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ ดังที่เคยเรียกกันว่า การ ป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งหมายถึงเฉพาะโรคติดต่อ แต่ไม่ว่าปัญหาที่คุกคามจะเป็นเชื้อโรคหรือ มิใช่เชื้อโรค เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ ยาเสพติด จะต้องมีการป้องกันและควบคุมที่ ป้องกันการเจ็บ การตาย ของประชาชนโดยไม่จำเป็นให้ได้ดีที่สุด

5.7.3 ระบบสาธารณสุขต้องมีอย่างเพียงพอ เข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มี คุณภาพ มีประสิทธิภาพและไม่เป็นการค้ำก้ำไรเชิงธุรกิจ โดยมีครบถ้วนทุกประการ ตั้งแต่การ ดูแลรักษาตัวเอง การดูแลในครอบครัว การดูแลในชุมชน บริการฉุกเฉิน บริการระดับ ต้น บริการระดับสอง บริการระดับสาม บริการพิเศษ โดยมีระบบรับรองสุขภาพและการ ตรวจสอบให้มีการใช้เทคโนโลยีอย่างถูกต้อง

5.7.4 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ พ.ร.บ.นี้เห็นคุณค่าของการแพทย์ ดั้งเดิม เช่นการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ระบบหมอพื้นบ้าน และสนับสนุนให้ประชาชนมี ทางเลือกที่หลากหลายแผน ให้มีกลไกเฉพาะเพื่อทำงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การใช้ภูมิ ปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

5.7.5 ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ให้มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่สมบูรณ์ และเข้มแข็ง ให้จัดสรรงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งของ รัฐบาลและขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนแก่องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคทั่วทุกพื้นที่

5.7.6 ระบบสมองของระบบสุขภาพ ระบบใดๆ ที่จะดำเนินไปได้ดี ต้องมีสมอง หรือกลไกสมองที่รับรู้ความจริงได้ เอาความจริงมาวิเคราะห์สังเคราะห์เป็นปัญหาที่สูงขึ้น เอา ปัญหาไปใช้ ประเมินการใช้และผลการใช้เพื่อเอามาเรียนรู้ให้เป็นปัญหาที่สูงขึ้น แล้วเอาปัญหา ที่สูงขึ้นไปใช้อีก เช่นนี้ให้ดีขึ้นไปเรื่อยๆ ระบบต่างๆ มักไม่มีกลไกทางสมองที่ว้านี้ แต่ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติกำหนดให้มีระบบสมองคือ "องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ" โดยให้มีการ สร้างความรู้และเอาความรู้ข้อมูลข่าวสารไปสื่อสารให้รู้ถึงกันทั้งระบบ กำหนดให้จัดสรร งบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของงบประมาณด้านสุขภาพเพื่อการวิจัยด้านสุขภาพและให้มี สำนักงานวิจัยสุขภาพแห่งชาติทำการส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยอย่างถูกต้องและพอเพียง

5.7.7 ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข มีความสำคัญยิ่ง ที่แล้วมาไม่มีระบบกำลังคนที่ประสานนโยบายสุขภาพ ระบบบริการ การวางแผน กำลังคน การผลิตกำลังคนและการบริหารจัดการกำลังคนเข้ามาด้วยกันอย่างเป็นเอกภาพ ทำให้เกิดความสูญเสียและไร้ประสิทธิภาพ พ.ร.บ.นี้กำหนดให้มีกลไกเฉพาะทำงานพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์และแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

5.7.8 ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบการเงินการคลังที่ดีสามารถทำให้เกิดระบบบริการที่ดีทุกขั้นตอน เป็นหลักประกันว่าประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเป็นธรรม ระบบทั้งหมดมีความเป็นไปได้ทางการเงินอย่างยั่งยืน เป็นระบบที่ให้ผลคุ้มค่า พ.ร.บ.นี้กำหนดให้มีกลไกดูแลการใช้จ่ายเงินที่เป็นอิสระ โปร่งใสและมีประสิทธิภาพ

5.8 กลไกแบบใหม่ที่จะขับเคลื่อนสังคมไปสู่การสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งหมดใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ ความพยายามที่จะสร้าง “ระบบสุขภาพ” แบบใหม่ที่ครอบคลุมการพัฒนามนุษย์ สังคม สิ่งแวดล้อมโดยรอบด้าน เพื่อให้สามารถสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์หรือความผาสุกให้เกิดขึ้นกับมหาชนชาวสยามอย่างแท้จริง อันเป็นความพยายามที่ยิ่งใหญ่ กลไกเก่าๆ ไม่สามารถขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จ เพราะเป็นกลไกที่ไม่ครบเครื่อง โดยมากเป็นกลไกที่เฉพาะนักการเมืองกับข้าราชการเท่านั้นที่เป็นผู้นำ ขาดกลไกทางสมองและกลไกทางสังคม

6. ระบบสุขภาพภาคประชาชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของสังคมหรือชุมชนนั้นมีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแลและบริหารจัดการให้เกิดสุขภาวะที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6.1 ระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นวัฒนธรรมการดูแลความสุขสมบูรณ์ทางสุขภาพกายและใจของตนเอง สมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชนและสังคมของตน ระบบสุขภาพภาคประชาชนจึงเป็นสุขภาวะทุกมิติทางสังคมในลักษณะองค์รวม ซึ่งรวมถึงระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบอาหาร ระบบยา ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา วิถีชุมชนและวัฒนธรรมชุมชนท้องถิ่น จึงเป็นภาพการทำงานของประชาชนที่เป็นเครือข่าย มีกระบวนการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย มีนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัดและกลวิธีที่ประชาชนเป็นผู้กำหนดภายใต้ความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริงตามสภาวะแวดล้อม บริบท เชื่อมโยง เศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมท้องถิ่นและครอบครัว ใช้ทุนทางสังคมที่เป็นของตน มีรูปแบบการทำงานแบบองค์การรวม ผสมภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาสากล มี

นโยบายและกลไกสนับสนุนจากรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น มีการกระตุ้นจากองค์กรภายนอกและภายในช่วยขับเคลื่อนกระบวนการ

6.2 ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบดำเนินงานเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ การดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพภาคประชาชน จึงมีได้หมายความว่า จะต้องสร้างระบบดำเนินงานที่มาทำงานด้านสุขภาพแยกจากการทำงานด้านอื่นๆ แต่ควรเป็นระบบดำเนินงานที่มีศูนย์กลางการบริหารจัดการเดียวกันของทุกๆ สาขา ทั้งด้านสุขภาพ เกษตร อาชีพ การศึกษาและอื่นๆ เพื่อการบูรณาการของการพัฒนาที่ยืดการแก้ปัญหา สร้างความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่มีความต้องการของชุมชน ท้องถิ่นเป็นประการสำคัญ

เหนือขึ้นมาจากระดับชุมชน ท้องถิ่น ในภาพของสังคมและประเทศ สภาพของปัญหาที่เกิดขึ้นมีความสลับซับซ้อนกว่าแต่ก่อนมาก ปัญหาด้านสุขภาพเองก็มิได้เกิดขึ้นเป็นปัญหาเดียวๆ แต่มีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกับปัญหาอื่นๆ ที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้นกว่าที่จะแก้ไขด้วยกลยุทธ์ทางด้านสุขภาพเพียงประการเดียว รวมทั้งบางปัญหาก็กินกำลังที่ชุมชน ท้องถิ่นจะสามารถจัดการได้แต่เพียงลำพังในชุมชน ท้องถิ่นเดียวได้ ดังนั้นระบบสุขภาพภาคประชาชนแต่ละชุมชน ท้องถิ่นจึงต้องมีการสานต่อเชื่อมโยงกันเป็นกลไกที่เชื่อมต่อกับระบบสุขภาพในระบบต่างๆ รวมถึงระบบการพัฒนาในด้านอื่นๆ เพื่อให้มีบทบาทกำหนดทิศทางและนโยบายการพัฒนาสุขภาพในระดับต่างๆ จนถึงระดับประเทศ อันมีพื้นฐานมาจากสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนที่ส่งต่อกันมาเป็นลำดับ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นเครือข่ายที่มีชุมพลมหาศาลในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาด้านอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ต้องการอาศัยความร่วมมือ การผนึกกำลังอย่างมีเป้าหมาย

6.3 เป้าหมายของระบบสุขภาพภาคประชาชน ระบบสุขภาพของประเทศมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมุ่งสู่เป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี ในฐานะที่ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศที่มีความเชื่อมต่อกับระบบสุขภาพภาครัฐ จึงมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ทั้งนี้ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคม ในการคิดริเริ่มและตัดสินใจในการจัดการระบบสุขภาพตามความคิด ความต้องการชุมชนและสังคม ภายใต้แนวทางการพึ่งตนเองและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของประชาชนนั่นเอง

6.4 วัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพภาคประชาชน หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ การที่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่นเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพความต้องการของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ องค์กรภายนอกเป็นเพียงผู้สนับสนุน กระตุ้นและสร้างปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินงานของชุมชน ท้องถิ่นนั้นๆ จึงเป็นการพัฒนาให้ชุมชน

ท้องถิ่นมีความเข้มแข็งและนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ระบบสุขภาพของชาติมีประสิทธิภาพ สามารถครอบคลุม เข้าถึงและเป็นธรรม ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

7. องค์ประกอบของระบบสุขภาพ

Murry and Frenk, 2000 อ้างถึงใน ทองหล่อ เดชไทย (2546, หน้า 12) ระบบสุขภาพมีเป้าประสงค์หลัก 3 ประการคือ การปรับปรุงสุขภาพ การตอบสนอง และความยุติธรรมในการมีส่วนร่วมด้านการเงิน

หากพิจารณาตามทฤษฎีระบบ ระบบสุขภาพควรประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต สำหรับระบบสุขภาพแห่งชาติ Kleczkowski, Roemer, Van der Werff (1984 อ้างถึงใน ทองหล่อ เดชไทย, 2546, หน้า 12) กล่าวว่าประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ

1. ทรัพยากร (ปัจจัยนำเข้า) หมายถึง การผลิต การจัดสรรเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ เวชภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์ และองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
2. การบริหารจัดการ (กระบวนการ) เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงาน ครอบคลุมถึงการวางแผน การบริหารงาน กฎระเบียบ และกฎหมาย
3. การจัดระเบียบองค์กร (กระบวนการ) องค์กรทางสุขภาพแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ องค์กรของรัฐบาล เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และองค์กรของเอกชน เช่น องค์กรอาสาสมัคร สถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น
4. การสนับสนุนทางเศรษฐกิจ (กระบวนการ) เกี่ยวข้องกับระบบการเงิน การคลังด้านสุขภาพ ซึ่งมีแหล่งเงินหลากหลาย เช่น ภาษีเงินได้ กองทุนประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น
5. การให้บริการสุขภาพ (ผลผลิต) เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

จากการเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับระบบเศรษฐกิจและสังคมตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทำให้เกิดแนวคิด "ระบบสุขภาพพอเพียง" ซึ่งมีลักษณะดังนี้ (ทองหล่อ เดชไทย, 2546, หน้า 17)

1. มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน
2. มีความรอบคอบและรู้จักใช้ความพอประมาณอย่างมีเหตุผลด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ

3. มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
4. มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
5. มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
6. มีคุณธรรม จริยธรรม ได้แก่ ความซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

8. ระบบวิจัยสุขภาพ

ในปัจจุบันมีการจัดทำวิจัยทางด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก ทั้งที่ดำเนินการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยในการศึกษา เมื่อมีจำนวนของงานวิจัยจำนวนมาก การจัดการของกวนนำผลการวิจัยไปใช้ หรือการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะควรคำนึงถึง แนวคิดเรื่องระบบของงานวิจัยทางด้านสุขภาพในประเทศไทยจึงเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินการวิจัยทางสุขภาพมีทิศทางที่เหมาะสม และก่อให้เกิดประโยชน์ในแง่ของการนำผลงานวิจัยไปสู่การใช้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น จึงขอเสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบวิจัยสุขภาพ โดยสังเขปดังนี้

8.1 ระบบวิจัยสุขภาพ 5 มิติ

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2545, หน้า 17-18) ได้กล่าววาระบบวิจัยสุขภาพ ประกอบด้วย 5 มิติคือ

8.1.1 เป้าหมายหรือผลประโยชน์ที่พึงได้ หรือพึงเกิดขึ้นจากระบบวิจัยสุขภาพ โดยรวมอาจบอกได้ว่า มี 4 ด้านคือ

- 1) ความรู้เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ
- 2) ความรู้เพื่อสร้างเทคโนโลยี
- 3) ความสามารถด้านปัญญาของสังคม
- 4) ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ

8.1.2 กลุ่มบุคคลและสถาบัน ที่เกี่ยวข้องในระบบ มี 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

- 1) นักวิจัย
- 2) ผู้กำหนดนโยบายวิจัย
- 3) ผู้ใช้งานวิจัย
- 4) ผู้ให้ทุนวิจัย

8.1.3 กระบวนการสำคัญในระบบวิจัย ที่สำคัญคือ

- 1) กระบวนการกำหนดนโยบายหรือทิศทางวิจัย

- 2) กระบวนการสร้างความรู้
- 3) กระบวนการเชื่อมโยงเพื่อนำความรู้ไปใช้ประโยชน์
- 4) กระบวนการสร้างศักยภาพในการสร้างความรู้และการใช้ความรู้
- 5) กระบวนการจัดการทรัพยากรด้านการเงิน

8.1.4 ระดับต่างๆ ของปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มบุคคลและสถาบันต่างๆ แบ่งเป็น

3 ระดับ

- 1) ระดับนโยบาย
- 2) ระดับเครือข่าย
- 3) ระดับสถาบัน

ทั้งนี้ในแต่ละระดับต้องมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

8.1.5 ค่านิยมหรือหลักการสำคัญ ที่เป็นทางเสือ หรือธนาของระบบวิจัยสุขภาพ ซึ่ง

โดยทั่วไปยอมรับว่า ประกอบด้วย

- 1) หลักการความเท่าเทียมกัน (ความเสมอภาค)
- 2) หลักการมีส่วนร่วมและความเป็นภาคี
- 3) คุณภาพ
- 4) ความคุ้มค่าของการลงทุน

8.2 การจัดการในระบบวิจัย

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2545, หน้า 31-32) ได้กล่าวว่า การจัดการในระบบวิจัย ควรประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

8.2.1 การจัดการในระดับนโยบาย เช่น

- 1) การกำหนดแผนการวิจัย
- 2) การกำหนดและกำกับมาตรฐานทางวัฒนธรรม

8.2.2 การจัดการในระดับการให้ทุน

- 1) การรับข้อเสนอ และการตรวจสอบความเหมาะสม และคุณภาพของ

โครงการวิจัย

- 2) การจัดการเพื่อติดตามการทำงานของโครงการที่ให้ทุนไปแล้ว

- 3) การจัดการระบบการเงิน และระบบข้อมูลโครงการเพื่อให้สามารถรับการ

ตรวจสอบ รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพและความสำเร็จในการให้ทุนของแต่ละแหล่งทุน

8.2.3 การจัดการในระดับของชุดโครงการหรือเครือข่ายวิจัย

8.2.4 การจัดการในระดับสถาบัน

8.3 ระบบการติดตามประเมินผลงานวิจัยที่ดี

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2545, หน้า 37-38). ได้กล่าวว่า ระบบการติดตามการประเมินผลการวิจัย ควรประกอบด้วย

8.3.1 เนื้อหาสำคัญที่ต้องติดตามประเมินผลคือ การกำหนดว่าจะติดตามดูเรื่องอะไร แง่มุมใด จึงเกิดประโยชน์ต่อการให้ฝ่ายต่างๆ นำความรู้ไปปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

8.3.2 ระบบข้อมูลข่าวสาร ต้องสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลที่วิเคราะห์ และที่สำคัญคือส่งไปยังผู้ใช้ประโยชน์ได้ทันเวลา

8.3.3 หน่วยงาน คือกลุ่มต่างๆ ในระบบวิจัยซึ่งต้องมีจุดรับสารหรือกลไกที่จะนำเอาข้อมูลความรู้จากการติดตามประเมินผลมาตีความ และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ สอดคล้องกับบทบาทของแต่ละหน่วยหรือแต่ละกลุ่ม

8.3.4 กลไก หรือองค์การที่วางแผนดำเนินการให้เกิดการติดตามประเมิน ความเชื่อมโยงสื่อสารกับระบบอื่นๆ ในระบบวิจัย

8.4 องค์ประกอบในการประเมินระบบวิจัยสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก อ้างถึงใน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ 2545, หน้า 39) กล่าวว่า องค์ประกอบในการประเมินระบบวิจัยสุขภาพ ควรประกอบด้วย

8.4.1 การกำหนด และกำกับนโยบาย และทิศทางของระบบ

8.4.2 การลงทุนเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ

8.4.3 การพัฒนาศักยภาพนักวิจัย

8.4.4 การสร้างและการใช้ความรู้ในระบบวิจัย

บทที่ 3

สถานการณ์ด้านสุขภาพในภาคตะวันออก

ในการศึกษาเพื่อจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะ และ ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ของประชาชนในภาคตะวันออก ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดย

1. การวิจัยเอกสาร โดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากการทบทวนข้อมูลสถิติของหน่วยงาน แบบรายงาน แบบบันทึกข้อมูล รายงานการวิจัยและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างของแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เช่น

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- กระทรวงสาธารณสุข
- หน่วยงานสาธารณสุขในภาคตะวันออก เช่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3/ศูนย์อนามัยเขต 3/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลชุมชน/ สถานีอนามัย ฯลฯ
- หน่วยงานท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ฯลฯ
- หน่วยงานระดับจังหวัด เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ
- สถาบันการศึกษา เช่น มหาวิทยาลัยราชภัฏ/มหาวิทยาลัยบูรพา ฯลฯ

2. การสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคล/ กลุ่มบุคคล ทั้งข้อมูลที่เป็นจริง (Facts) และข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นส่วนบุคคล (Opinion) เช่น การสัมภาษณ์ประชาชน "มุมมองเกี่ยวกับสุขภาพ"

3. การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เชิงประจักษ์ (Situation Analysis) เช่น การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participation Observation)

4. การระดมความคิดเห็น (Brain Storming) โดยการจัดเสวนา
5. การสำรวจความคิดเห็นของประชาชน โดยการสัมภาษณ์ (Interview)
6. การสนทนากลุ่ม (Focus Group)

โดยแบ่งประเด็นการศึกษาเพื่อการจัดทำผังพิสัยการวิจัยออกเป็น 6 กลุ่ม คือ

- 1) พฤติกรรมสุขภาพ 2) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 3) สภาพสังคม 4) ระบบบริการสุขภาพ
- 5) กลไกภาครัฐ/ประชาชน และ 6) ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ผลการศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ในสังคมไทย ทำให้คนไทยมีวิถีชีวิตเปลี่ยนไป โดยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต ทรัพย์สิน และความมั่นคงของสังคมไทย (ปรีดา แต่อารักษ์, สุวัช เขียวศิริวัฒนา , อรสา ไผ่วินทะ, สุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม, 2546, หน้า 221-224) โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น ด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจร

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุในจังหวัดต่าง ๆ ที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จังหวัด	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545	
	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากรพันคน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากรพันคน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากรพันคน
ฉะเชิงเทรา	23471	37	24990	39	24995	39
ระยอง	17710	34	19205	36	20639	38
ชลบุรี	35942	34	31816	29	36483	33
จันทบุรี	29569	33	28546	28	28692	32
ตราด	8561	22	9543	25	9231	24
นครนายก	11516	26	10654	25	11645	26
สระแก้ว	15621	30	16644	31	15326	30
สมุทรปราการ	26543	33	24635	32	25601	33
ปราจีนบุรี	7634	29	8302	30	9562	31

ที่มา: รายงานการป่วยของผู้ที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2543 – 2545

จากภาพรวมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2545 แนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุการขนส่งที่ลดลง แต่เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าจังหวัดฉะเชิงเทรา ระยอง ชลบุรี แนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุที่สูงขึ้น เนื่องจากการขยายตัวของเมืองมีการใช้ยานพาหนะที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งอุบัติเหตุจากการขนส่งสารเคมีอันตรายต่าง ๆ ก็มีการเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนในบริเวณใกล้เคียง

ตาราง 2 สถิติการเกิดอุบัติเหตุจากรถทางบก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ.2546

หน่วยงาน	รับ แจ้ง	ประเภทอุบัติเหตุ														ความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อบุคคล					
		จักรยานยนต์		สามล้อ		จักรยานยนต์		สามล้อเครื่อง		รถตู้		รถบรรทุก		โดยสาร		รวม		บาดเจ็บ		เสียชีวิต	
		คนเดินเท้า	จักรยานยนต์	สามล้อ	จักรยานยนต์	สามล้อเครื่อง	รถตู้	รถบรรทุก	โดยสาร	โดยสาร	รวม	บาดเจ็บ	เสียชีวิต	รวม	บาดเจ็บ	เสียชีวิต	รวม	บาดเจ็บ	เสียชีวิต		
ตำรวจภูธร จ.อุดรธานี	762	27	20	3	502	1	327	18	165	10	16	71	0	0	12	182	33	215	43	257	70
ตำรวจภูธร จ.ระยอง	217	20	6	0	169	0	30	11	115	2	4	25	0	0	0	73	8	81	18	57	33
ตำรวจภูธร จ.จันทบุรี	869	24	7	10	584	3	119	15	226	44	37	130	21	0	16	181	36	217	82	225	165
ตำรวจภูธร จ.ระยอง	384	28	6	0	304	1	90	7	175	5	21	23	3	0	3	143	34	177	101	148	82
ตำรวจภูธร จ.ปราจีนบุรี	529	47	109	14	382	8	57	30	193	13	14	52	0	0	1	106	40	148	164	59	133
ตำรวจภูธร จ.นครนายก	270	8	8	0	230	2	51	19	150	3	9	12	0	0	8	57	18	75	55	28	180
ตำรวจภูธร จ.นครราชสีมา	113	7	3	0	83	0	43	1	4	4	8	2	0	0	2	51	15	13	6	33	18
ตำรวจภูธร จ.สระแก้ว	300	11	4	0	221	1	49	2	5	5	16	26	12	0	24	172	12	48	48	18	209
ตำรวจภูธร จ.สมุทรปราการ	3,814	274	55	46	2,623	59	1,302	111	1,272	262	207	290	0	0	60	243	40	283	272	108	2,123

สถานการณ์อุบัติเหตุจราจรทางบก ปี 2546 พบว่า จังหวัดที่มีอุบัติเหตุจราจรทางบกสูงที่สุดคือ จังหวัด จันทบุรี ชลบุรีและปราจีนบุรี ตามลำดับ โดยจังหวัดที่มีการตายจากอุบัติเหตุคือ จังหวัด จันทบุรี ชลบุรี และฉะเชิงเทรา ส่วนประเภทรถที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือ รถจักรยานยนต์ ซึ่งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ พื้นที่ซึ่งมีความเสี่ยงมากที่สุดได้แก่ ฉะเชิงเทรา

ตาราง 3 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ในระหว่างวันที่ 29 ธ.ค. 2546 – 5 ม.ค. 2547

จังหวัด	กรมป้องกันและบรรเทา สาธารณภัย			ศูนย์เรนทร			จำนวน ประชากร	จำนวนรถ จดทะเบียน
	ผู้บาดเจ็บ	เสียชีวิต	รวม	ผู้บาดเจ็บ	เสียชีวิต	รวม		
จันทบุรี	476	11	487	589	14	603	512,976	190,093
ฉะเชิงเทรา	487	10	497	530	12	542	652,185	159,739
ชลบุรี	569	17	586	1,448	24	1,472	1,161,241	584,999
ตราด	39	2	41	256	5	261	224,473	66,711
นครนายก	149	2	151	203	4	207	250,771	70,724
ปราจีนบุรี	346	4	350	474	7	481	455,530	112,213
สมุทรปราการ	174	4	178	774	11	785	1,049,000	69,451
สระแก้ว	327	10	337	408	13	421	543,315	86,258

ที่มา: เพ็ญประภา ศิวโรจน์ และคณะ. 2547, หน้า 116-118.

จากรายงานสถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตของศูนย์เรนทร ในช่วงเทศกาลปีใหม่ ปี 2547 พบว่า จังหวัดที่มีจำนวนผู้บาดเจ็บสูงที่สุดคือ จังหวัดชลบุรี รองลงมาคือจังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดจันทบุรี ส่วนข้อมูลการเสียชีวิต พบว่า จังหวัดที่มีการตายจากอุบัติเหตุมากที่สุดคือ จังหวัดชลบุรี รองลงมาคือ จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดสระแก้ว

ตาราง 4 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตต่อแสนประชากร ระหว่างวันที่ 29 ธ.ค.46 - 5 ม.ค.47

จังหวัด	จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตต่อแสนประชากร					
	กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย			ศูนย์นเรนทร		
	ผู้บาดเจ็บ	เสียชีวิต	รวม	ผู้บาดเจ็บ	เสียชีวิต	รวม
จันทบุรี	92.79	2.14	94.94	114.82	2.73	117.55
ฉะเชิงเทรา	74.67	1.53	76.21	81.27	1.84	83.11
ชลบุรี	49.00	1.46	50.46	124.69	2.07	126.76
ตราด	17.37	0.89	18.27	114.04	2.23	116.27
นครนายก	59.42	0.80	60.21	80.95	1.60	82.55
ปราจีนบุรี	75.96	0.88	76.83	104.05	1.54	105.59
สมุทรปราการ	16.59	0.38	16.97	73.78	1.05	74.83
สระแก้ว	60.19	1.84	62.03	75.09	2.39	77.49

ที่มา: เพ็ญประภา ศิริโรจน์ และคณะ. 2547, หน้า 119-121.

จากตาราง พบว่า สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีอัตราการบาดเจ็บเมื่อเทียบต่อแสนประชากร พบว่า จังหวัดที่มีการบาดเจ็บสูงที่สุดคือ จังหวัดชลบุรี รองลงมาคือ จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดตราด ข้อมูลการเสียชีวิตเมื่อเทียบต่อแสนประชากร พบว่า จังหวัดที่มีการเสียชีวิตสูงที่สุดคือจังหวัดจันทบุรี รองลงมาคือ จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดตราด

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ สฐิติมาวดี เจริญรัชต์ และ คณะ (2548) ในโครงการติดตามสภาพการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัดในภาคตะวันออก (Child Watch) พบว่า อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ พบว่า มีอัตรา 989.11 ต่อประชากรแสนคน โดยพื้นที่ซึ่งมีความเสี่ยงมากที่สุดได้แก่ ฉะเชิงเทรา ในช่วงอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี มีอัตรา 2,811.40 และ 2,348.32 คนต่อประชากรแสนคน

และ เอกบุญ ผักไผ่พวก และ รักใจ บุญระดม ทำการวิจัยเรื่อง ประเมินภาวะสุขภาพ และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดจันทบุรี พบว่า มีการปฏิบัติที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร เช่น การขับรถเร็วเกินอัตรากฎหมายกำหนด การเหยียบคนเร่งให้รถมีความเร็วมากขึ้น เมื่อสัญญาณไฟเหลือง และใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) ขณะขับรถ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ (จันทบุรี ชลบุรี ฉะเชิงเทรา)
2. แนวทางการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. แนวทางการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราการตายจากสาเหตุจมน้ำ

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การพัฒนาวิธีการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน (ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ระยอง)

2. การศึกษาปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในวัยรุ่น

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การสร้างจิตสำนึกด้านการขับขี่ปลอดภัยในผู้ขับขี่รถ (รถส่วนบุคคล รถสาธารณะ)

1.2 พฤติกรรมทางเพศ

จากการประเมินสถานการณ์ด้านพฤติกรรมทางเพศของประชาชนในภาคตะวันออกพบว่า จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไปในทุกกลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมพบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง ดังเช่นการศึกษาของ พิทยา ไพบูลย์. (2547). ได้ศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี ของพนักงานชายในโรงงาน จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อประเมินสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี และค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเหล่านี้โดยสุ่มตัวอย่างจากพนักงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าร้อยละ 88.1 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ในปีที่ผ่านมาเคยร่วมเพศกับหญิงขายบริการร้อยละ 24.2 และในกลุ่มนี้ไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 29.3 ร่วมเพศกับหญิงอื่น (นอกเหนือจาก ภรรยา คนรัก หญิงขายบริการ) ร้อยละ 36.0 และในกลุ่มนี้ ไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 58.2 ร่วมเพศกับผู้ขายร้อยละ 6.8 และในกลุ่มนี้ไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 73.9 นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงานในการทำประมงเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศค่อนข้างสูง เช่น ลูกเรือตั้งเเกในจังหวัดระยอง

นอกจากนี้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มอบหมายให้สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง "การสำรวจความคิด

ความเข้าใจ ความรู้สึก และปัญหาของเยาวชน เกี่ยวกับเรื่องอารมณ์และความรัก : กรณีศึกษา กลุ่มเป้าหมายนักเรียน/นักศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น-ปริญญาตรีทั่วประเทศ" ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ พบว่าเยาวชนมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน ร้อยละ 23.8

จูติมาวดี เจริญรักษ์ และ คณะ. (2548). ได้ศึกษาโครงการติดตามสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัดในภาคตะวันออก (Child Watch) สภาวะด้านความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับสื่อและเทคโนโลยีสมัยใหม่ พบว่าเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมการใช้สื่อและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาก และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยใช้เวลาในการดูโทรทัศน์ ดู VCD มากที่สุด และเด็กเกินร้อยละ 50 มีโทรศัพท์มือถือใช้ส่วนตัว สำหรับพฤติกรรมการบริโภคสื่อไปถึงแม้ยังพบไม่มากนัก แต่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นทุกระดับชั้น โดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษา-อุดมศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัดที่มีการบริโภคสื่อไปถึง จะมีอัตราการดื่มเหล้า การเที่ยวกลางคืน และ การมีเพศสัมพันธ์สูง ด้วย

และจากการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มวัยรุ่น นักเรียน นักศึกษา เช่น จากข่าวในหนังสือพิมพ์ พบว่า วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น และมีค่านิยมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น การโอ้อวดเรื่องจำนวนคู่นอน การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การขาดความรับผิดชอบต่อปัญหาการตั้งครรภ์ เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การส่งเสริมพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของกลุ่มต่างๆ ในภาคตะวันออก (แรงงาน เยาวชน ทหารเกณฑ์ รักร่วมเพศ ชาย/หญิงบริการ)
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเยาวชนในภาคตะวันออก

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การศึกษาสถานการณ์ด้านค่านิยมและพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนในภาคตะวันออก
2. ผลกระทบของวัฒนธรรมสมัยใหม่ต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. แนวทางการแก้ไขปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของเยาวชนในภาคตะวันออก

1.3 การบริโภคอาหาร

จากการที่สังคมปัจจุบันให้ความสำคัญกับระบบเศรษฐกิจมากเกินไป ทำให้เกิดค่านิยมใหม่ๆ ขึ้นมาในหมู่คนที่คล้อยตามไปกับความเจริญอันเนื่องมาจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ นั่นคือ “บริโภคนิยม” (Consumerism) และ “วัตถุนิยม” (Materialism) ทำให้เกิดความต้องการทางวัตถุเพื่อให้เกิดความมั่งคั่งและอำนาจ ทำให้มีพฤติกรรมฟุ่มเฟือยโดยไม่จำเป็น รวมถึงการเกิดค่านิยมที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา การบริโภคอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป อาหารพร้อมปรุง การพนัน เป็นต้น

ทั้งนี้จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน พบว่ามี 2 ลักษณะคือ การบริโภคเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และการบริโภคที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ตัวอย่างกระแสการบริโภคของคนในภาคตะวันออก เช่น

1) กระแสการบริโภคอาหารนอกบ้าน จากการที่ต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหาร ประกอบกับการต้องการความสะดวกสบาย ทันใจ และความเหน็ดเหนื่อยจากการทำงาน จึงทำให้คนในภาคตะวันออกหันมาบริโภคอาหารนอกบ้าน และซื้ออาหารสำเร็จแบบถุงพลาสติกมาบริโภคมากยิ่งขึ้น ประเด็นที่น่าเป็นห่วงก็คือ การซื้ออาหารจากแหล่งผลิตที่ไม่ได้มาตรฐานด้านความสะอาด โดยเฉพาะการซื้ออาหารจากร้านค้าแผงลอยริมทางอาหารจากตลาดนัดต่างๆ ที่เปิดอยู่รอบเมือง ฯลฯ

2) กระแสการบริโภคอาหารแบบตะวันตกหรืออาหารจานด่วน (Fast Foods) หรือที่บางตำราเรียกว่า อาหารขยะ (Junk Foods) ซึ่งพบว่าในปัจจุบันร้านอาหารจานด่วนแบรนด์ต่างประเทศได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการบริโภคอาหารของคนในภาคตะวันออกมากยิ่งขึ้น โดยอาหารจานด่วนเหล่านี้ เปิดขายอยู่ทั้งในห้างสรรพสินค้า ซึ่งจากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า ในภาคตะวันออกทุกจังหวัดมีห้างสรรพสินค้าแบรนด์ต่างประเทศตั้งอยู่ทุกจังหวัด โดยจังหวัดขนาดเล็ก เช่น ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี จะมีอยู่ 1-2 แห่ง แต่ถ้าเป็นจังหวัดใหญ่ เช่น ชลบุรี สมุทรปราการ จะมีอยู่ค่อนข้างมาก (มากกว่า 5 แห่ง) และนอกจากนี้ก็ยังมีความนิยมของร้านสะดวกซื้อที่เปิดขาย 24 ชั่วโมง หรือเกือบ 24 ชั่วโมง ซึ่งก็ขายอาหารประเภทแฮมเบอร์เกอร์ ได้กรอก อาหารกล่องแช่แข็งอีกเป็นจำนวนมาก

3) กระแสการบริโภคอาหารตามกระแสทางเลือก เป็นการบริโภคอาหารตามกระแสค่านิยม ความตระหนักในเรื่องสุขภาพและปัญหาสุขภาพ อันเกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การบริโภคอาหารสุขภาพที่ได้รับความนิยม เช่น การบริโภคอาหารปลอดสารพิษ เช่น ผักปลอดสารพิษ ฯลฯ อาหารชีวจิต อาหารเจ การบริโภคอาหารแบบแมคโครไบโอติก กระแสการบริโภคผักพื้นบ้าน เป็นต้น

และจากการศึกษาสถานการณ์เชิงประจักษ์ยังพบว่า ปัจจุบันประชาชนมีความนิยมในการบริโภคอาหารต่างชาติเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้จากอาหารเช้าของคนในภาคตะวันออกเฉียงใต้ เปลี่ยนไป เป็นการดื่มกาแฟ การรับประทานอาหารแบบอเมริกัน เช่น ไข่ดาว แฮมเบอร์เกอร์ แซนวิช ขนมปัง ฯลฯ ได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้น

สำหรับอาหารมื้อกลางวันส่วนใหญ่ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงใต้นิยมบริโภคอาหารจานเดียว และเป็นการซื้อบริโภคมากที่สุด แม้ผู้ที่ไม่ได้ออกไปทำงานนอกร้าน ก็ยังมีความนิยมในการซื้ออาหารกลางวันบริโภคมากกว่าการทำอาหารบริโภคเอง โดยอาหารจานด่วนได้รับความนิยมในการบริโภคมากขึ้น จากการสังเกตในสวนบริการอาหาร Fast Food ที่ห้างสรรพสินค้าในจังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง และจันทบุรี พบว่า อาหารจานด่วนเป็นที่นิยมเป็นอย่างมากของผู้ที่ทำงานประจำ โดยผู้บริโภคมักเลือกอาหารจากความพึงพอใจในรสชาติอาหารมากกว่าการคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ นอกจากนี้จากการเฝ้าสังเกตในร้านสะดวกซื้อพบว่า มีผู้ที่มาซื้ออาหารกล่องพร้อมบริโภคที่เป็นอาหารจานเดียวทำแช่แข็งไว้ไปเป็นอาหารกลางวันจำนวนหนึ่งสำหรับในสถานศึกษาพบว่าอาหารมื้อกลางวันที่ขายให้นักเรียนนักศึกษาในโรงเรียน และมหาวิทยาลัยจะมีลักษณะเป็นอาหารจานเดียวทั้งหมด โดยประเด็นที่น่าสนใจพบว่านักเรียนนักศึกษานิยมบริโภคอาหารที่เป็นเนื้อสัตว์ ไขมันสูง และมีกากใยน้อย มากกว่าการบริโภคอาหารประเภทผักผลไม้ ซึ่งพบว่าอาหารที่ขายดี เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวมันไก่ทอด ข้าวหมูย่าง ข้าวขาหมู ฯลฯ นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนนักศึกษานิยมในการบริโภคน้ำหวาน น้ำอัดลมชาเขียว และกาแฟ ค่อนข้างมาก โดยเครื่องดื่มดังกล่าวมีขายทั้งในโรงเรียนอนุบาล ประถมศึกษามัธยมศึกษา จนถึงระดับอุดมศึกษา ส่วนอาหารที่รับประทานหลังอาหารมื้อกลางวันพบว่า อาหารประเภทขนมขบเคี้ยวได้รับความนิยมในหมู่เยาวชนอย่างมาก และขนมที่มีไขมัน และคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น เค้ก คุกกี้ ฯลฯ จะรับประทานได้ง่ายกว่าขนมหวานแบบไทยๆ เช่น ก๋วยบวชชี ผลไม้ตามฤดูกาล ฯลฯ

ส่วนอาหารเย็นพบว่าคนมีความนิยมในการบริโภคอาหารนอกร้านสูงขึ้น จากการสุ่มสอบถามผู้ที่มารับประทานอาหารในห้างสรรพสินค้า จำนวน 50 คน เกี่ยวจำนวนวันโดยเฉลี่ยในหนึ่งสัปดาห์ ที่ได้มีการรับประทานอาหารนอกร้าน หรือซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน พบว่ามีจำนวนวันอยู่ระหว่าง 1-7 วัน นั่นคือมีบางคนรับประทานอาหารนอกร้านทุกวัน นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับแหล่งบริโภคอาหารที่พบว่าส่วนหนึ่งบริโภคอาหารแผงลอยข้างถนนเป็นประจำ สำหรับแหล่งซื้ออาหารพบว่า ประชาชนมีความนิยมในการซื้ออาหารจากตลาดนัดที่จัดตามจุดต่างๆ เป็นอย่างมาก ซึ่งอาหารส่วนหนึ่งอาจจะไม่สะอาด และไม่ปลอดภัยในการบริโภค เพราะมักจะปรุงไว้เป็นเวลานานกว่าจะจำหน่าย การคัดเลือกวัตถุดิบก็อาจจะขาดคุณภาพ เพราะต้องจำหน่ายในราคาถูก ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์ นายแพทย์ดิเรก ภาคกุล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ในประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของประชาชน ซึ่งนายแพทย์ดิเรกได้ให้ข้อสังเกตว่า การป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารของประชาชนในพื้นที่อำเภอบางคล้า อาจเกี่ยวเนื่องกับการบริโภคอาหารที่ไม่สะอาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่ซื้อจากตลาดนัด

จากข้อมูลดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาลำรวจสถานการณ์เกี่ยวกับอาหารที่ขายในตลาดนัดในจังหวัดฉะเชิงเทรา ข้อมูลเบื้องต้นที่พบคือ ในจังหวัดฉะเชิงเทรามีจำนวนตลาดนัดที่ขายอาหารพร้อมบริโภคด้วยเป็นจำนวนมาก เฉพาะในเขตอำเภอเมือง อำเภอบางคล้า และอำเภอนมสามัคคี มีตลาดนัดที่เวียนกันจัดในสถานที่ต่างๆ ทุกวัน โดยพบว่าอาหารประเภทแกงถุงซึ่งจำหน่ายถุงละ 10 บาท ขายดีมาก แต่จากการประเมินด้านสุขลักษณะในด้านสุขาภิบาลอาหารพบว่าส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับที่ไม่แนะนำให้บริโภค

จากที่กล่าวมาทั้งหมดในข้างต้นจะเห็นได้ว่าประชาชนในภาคตะวันออกยังมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมในหลายประเด็น ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนในประเด็นดังกล่าว เพื่อสามารถนำข้อมูล ไปวางแผนกำหนดนโยบาย ได้อย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ จากการรายงานการศึกษาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในภาคตะวันออก พบว่า ยังมีปัญหาด้านการบริโภคในหลาย ๆ ลักษณะ ดังตัวอย่างงานวิจัย ต่อไปนี้

ธานี เทียนฤทธิเดช (2548) ได้ศึกษา ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 28.6 และภาวะโภชนาการต่ำ ร้อยละ 16.0 ในด้านการรับประทานอาหาร งดรับประทานอาหารเช้า ร้อยละ 47.3 ปริมาณอาหารที่รับประทานได้มากที่สุดคือมื้อกลางวัน ร้อยละ 48.2 เครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยนอกจากน้ำได้แก่ ชา กาแฟ นม น้ำอัดลม น้ำผลไม้ เหล้า เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง ชอบทานขนมหวาน ร้อยละ 76.0

สมหวัง วงษ์เรณู. (2547). ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีน้ำหนักตัวของวัยรุ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นเพศชายมีน้ำหนักตัว เกินมาตรฐาน ร้อยละ 20 เพศหญิง ร้อยละ 21.9

อุดมศักดิ์ มหาวีร์วัฒน์ และคณะ. (2547). ได้ศึกษาพฤติกรรมและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ในเขตก่อสร้าง จ.สมุทรปราการ ผู้ใช้แรงงานมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 17.6 และภาวะโภชนาการต่ำเล็กน้อย ร้อยละ 11.0 ซื้ออาหารสำเร็จรูป มื้อเช้า ร้อยละ 36.24 มื้อเย็น ร้อยละ 31.22 ผู้ชาย ร้อยละ 49.8 และผู้หญิง ร้อยละ 26.9 มักจะรับประทานอาหารดิบๆหรือ สุกๆดิบๆ ประมาณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การสร้างรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยต่างๆ

2) แนวทางการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาความสะอาดของอาหารที่ขายในตลาดนัด

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การพัฒนาทัศนคติด้านการบริโภคอาหารในวัยรุ่นที่มีน้ำหนักตัวผิดมาตรฐาน

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การส่งเสริมความสามารถในการเลือกบริโภคอาหารของประชากรวัยต่างๆ

2. การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อลดปัญหาภาวะโภชนาการเกินในประชากรวัยผู้ใหญ่

3. การสร้างรูปแบบการให้ความรู้ด้านการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในกลุ่มผู้ใช้

แรงงาน

1.4 สารเสพติด

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในภาคตะวันออก พบว่ามีการแพร่ระบาดมากก่อนปี พ.ศ.2544 แต่ภายหลังจากการที่รัฐบาลได้ประกาศนโยบายเพื่อกวาดล้างยาเสพติด ทำให้การแพร่ระบาดของยาเสพติดลดลง แต่หลังจากปี 2547 เป็นต้นมา ยาเสพติดกลับมามีแนวโน้มการแพร่ระบาดสูงขึ้นอีก ดังตาราง

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ติดสารเสพติดจำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2544 -2548

ที่อยู่อาศัย	ปี พ.ศ. 2544		ปี พ.ศ. 2545		ปี พ.ศ. 2546		ปี พ.ศ. 2547		ปี พ.ศ. 2548	
		%		%		%		%		%
กรุงเทพฯ	5,765	42.37	4,652	44.25	2,568	45.01	1,665	37.45	2,545	34.70
ภาคกลาง	5,654	41.56	4,271	40.62	2,131	37.35	1,504	33.83	2,616	35.66
ภาคเหนือ	830	6.10	549	5.22	346	6.06	316	7.11	387	5.28
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	424	3.12	338	3.21	270	4.73	385	8.66	562	7.66
ภาคใต้	131	0.96	116	1.10	76	1.33	67	1.51	76	1.04
ภาคตะวันออก	765	5.62	534	5.08	309	5.42	495	11.13	527	7.18
ไม่ระบุ	36	0.26	54	0.51	5	0.09	14	0.31	622	8.48
รวม	13,605	100	10,514	100	5,705	100	4,446	100	7,335	100

จากการศึกษาสถานการณ์และการสัมภาษณ์ผู้มีประวัติติดสารเสพติดพบว่า การที่ ยาเสพติดกลับมาแพร่ระบาดสูงขึ้นอีก อาจเนื่องจากการดำเนินการด้านการกวาดล้างลดลงและ วัยรุ่นมีช่องทางการซื้อและเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น เช่น การแพร่ระบาดของยาเสพติดในโรงเรียน สถานบันเทิง เป็นต้น ทั้งนี้สาเหตุการใช้ยาเสพติด ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาที่สืบเนื่องมาจากความ ผิดหวัง การว่างงาน และพบการแพร่ระบาดของยาเสพติดมากในแหล่งเสื่อมโทรม ผลของการติด ยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะ ปัญหาอาชญากรรม เช่น การ ปล้นชิงทรัพย์ ลักทรัพย์ การก่อวินาศกรรมของบ้านเมือง เป็นต้น

การแพร่ระบาดของกระท่อม นับเป็นปัญหาหนึ่งด้านยาเสพติดในภาคตะวันออก ทั้งนี้ จากการศึกษานโยบาย จิตร์ภิรมย์ศรี. (2548). เกี่ยวกับสถิติการจับกุมพืชกระท่อม ในปี 2547 ทั่วประเทศ พบว่า จังหวัดที่มีการจับกุมพืชกระท่อมมากที่สุด 3 อันดับแรกของประเทศ เรียงตามลำดับคือ นครนายก ชัยนาทและระยอง (389,375 กรัม , 308,000 กรัม 143,512 กรัม) ซึ่งแนวโน้มที่การบริโภคและการจำหน่ายกระท่อม กระจายไปสู่ภาคต่างๆ โดยเฉพาะ ภาคกลาง ภาคตะวันออกและกรุงเทพฯ เป็นสถานการณ์ที่น่าสนใจ แสดงให้เห็นการเคลื่อนย้ายของพื้นที่การ แพร่ระบาดและทำให้พฤติกรรมการบริโภค วัฒนธรรมการใช้ยาเสพติดดังกล่าวเปลี่ยนไปด้วย เรียงลำดับสถิติการจับกุมพืชกระท่อมของจังหวัดในภาคตะวันออกที่ได้ทำการศึกษา 4 จังหวัด จากมากไปน้อย ได้แก่ 1) นครนายก 2) ระยอง 3) จันทบุรี 4) ฉะเชิงเทรา

และจากการศึกษาสถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในการใช้พืชกระท่อมของ บุคคลในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า อายุที่ใช้กระท่อมครั้งแรก คือ มากกว่า 40 ปี ร้อยละ 56.5 รองลงมาคือ 31-40 ปี ร้อยละ 24.5 และ 11-20 ปี ร้อยละ 8.0 ในเรื่องสาเหตุการใช้ พบว่า อยาก ลอง/กินตามเพื่อน ร้อยละ 46.5 รองลงมาคือ แก้ปวดเมื่อย ร้อยละ 30.0 และ รักษาโรค ร้อยละ 7.5 บุคคลที่ใช้ด้วยครั้งแรก มากที่สุดคือ เพื่อน/เพื่อนบ้าน ร้อยละ 66.5รองลงมาคือ คนเดียว ร้อย ละ 26.0 และ ญาติ ร้อยละ 3.5 อายุที่ใช้กระท่อมเป็นประจำ คือ มากกว่า 40 ปี ร้อยละ 34.0 รองลงมาคือ 31-40 ปี ร้อยละ 6.5 และ ต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 2.5

สำหรับสถานการณ์ด้านสารกึ่งเสพติด จากการรณรงค์เรื่องการสูบบุหรี่ ทำให้เกิด มาตรการทางสังคม เพื่อลดการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น แต่อัตราการสูบบุหรี่ในคนไทยยังลดลงอย่าง ช้าๆ ขณะที่การดื่มสุราและเบียร์ยังเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการใช้สารเสพติดประเภทต่าง ๆ จะมีมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น อันเนื่องมาจากความกดดันของสังคมสมัยใหม่

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่จำแนกตามพฤติกรรมกา
 สูบบุหรี่ เพศ และ ภาค พ.ศ. 2547

เพศ และภาค	รวม	พฤติกรรมกาสูบบุหรี่					
		ไม่สูบ	ร้อยละ	สูบเป็น ประจำ	ร้อยละ	สูบนาน ๆ ครั้ง	ร้อยละ
ทั่วประเทศ	49,438,854	38,084,572	77.0	9,627,685	19.5	1,726,597	3.5
ชาย	24,493,001	13,792,983	56.3	9,101,989	37.2	1,598,029	6.5
หญิง	24,945,853	24,291,589	97.4	525,696	2.1	128,568	0.5
กรุงเทพมหานคร	6,684,467	5,672,503	84.9	858,419	12.8	153,545	2.3
ภาคกลางและภาค ตะวันออก	11,662,817	9,254,722	79.4	2,000,269	17.1	407,826	3.5
ภาคเหนือ	9,189,707	6,908,723	75.2	1,895,233	20.6	385,751	4.2
ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	15,834,598	11,810,880	74.6	3,512,804	22.2	510,915	3.2
ภาคใต้	6,067,265	4,437,744	73.1	1,360,961	22.5	268,560	4.4

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2547).

ทั้งนี้ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า พฤติกรรมกาสูบบุหรี่ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า มีจำนวนกาสูบบุหรี่ ร้อยละ 20.6 เมื่อเทียบกับภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศพบว่า ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ น้อยที่สุด

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547

เพศ และภาค	รวม	พฤติกรรมการดื่มสุรา					
		ไม่ดื่ม	ร้อยละ	ดื่มเป็นประจำ	ร้อยละ	ดื่มนาน ๆ ครั้ง	ร้อยละ
ทั่วประเทศ	49,438,853	33,276,933	67.3	8,807,942	17.8	7,353,978	14.9
ชาย	24,493,001	10,905,644	44.5	8,038,535	32.8	5,548,822	22.7
หญิง	24,945,852	22,371,289	89.7	769,407	3.1	1,805,156	7.2
กรุงเทพมหานคร	6,684,467	5,088,387	76.1	901,073	13.5	695,006	10.4
ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	11,662,817	8,213,252	70.4	2,094,268	18.0	1,355,298	11.6
ภาคเหนือ	9,189,706	5,247,767	57.1	2,199,671	23.9	1,742,268	19.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	15,834,598	9,888,802	62.4	2,831,091	17.9	3,114,704	19.7
ภาคใต้	6,067,265	4,838,723	79.7	781,839	12.9	446,702	7.4

ส่วนในเรื่องพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีจำนวนการสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.6 เมื่อเทียบกับภาคต่างๆ ทั่วประเทศพบว่า ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ น้อยเป็นอันดับสอง รองจากภาคใต้

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านแหล่งขายแอลกอฮอล์ในรัศมี 500 เมตร รอบสถานศึกษา พบว่า บริเวณโดยรอบสถานศึกษามีร้านขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จำนวนมาก โดยเฉพาะสถานศึกษาที่อยู่ในเขตชุมชน นักเรียนนักศึกษาอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมของการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการประเมินในเบื้องต้น พบว่า นักเรียน นักศึกษา มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เร็วที่สุดตั้งแต่ระดับประถมศึกษาตอนปลาย โดย ไวน์ และเบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทแรก ๆ ที่เริ่มดื่ม สำหรับนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา พบว่า มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเหตุผลทางสังคม เช่น การสังสรรค์ ฉลองสอบเสร็จ การพบปะในโอกาสพิเศษ เป็นต้น จึงถือได้ว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชน เป็นสิ่งที่สังคมควรให้การดูแลชี้แนะ

สำหรับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน จากการศึกษาสถานการณ์พบว่า ผู้ใช้แรงงานเกินร้อยละ 50 มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในลักษณะเป็นกิจวัตรประจำวัน โดยเครื่องดื่มที่ได้รับความนิยม ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานสูงที่สุด ได้แก่ เหล้าขาว ยาดอง และสุราผสมปรุง

สำเร็จ เช่น แม่โขง แสงโสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ และคณะ. (2547). เกี่ยวกับพฤติกรรมและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ในเขตก่อสร้าง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่ามีการดื่มเหล้าและยาสูบ ร้อยละ 53.61

นอกจากนี้ในด้านการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง พบว่า ผู้ใช้แรงงานนิยมใช้เครื่องดื่มบำรุงกำลัง เพื่อให้สามารถทำงานได้นานขึ้นและเพิ่มความรู้สึกสดชื่น และจากการศึกษาของ อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ และคณะ. (2547). ยังพบว่า ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 55.36

สำหรับสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง จากการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจ คือ มีนักศึกษาส่วนหนึ่งใช้เครื่องดื่มบำรุงกำลังเพื่อให้สามารถดูหนังสือได้นานขึ้น โดยพบว่าการใช้มากในช่วงก่อนสอบ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของสารเสพติดในภาคตะวันออกเฉียง

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. ความสัมพันธ์ระหว่างการเที่ยวสถานบันเทิงกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

2. ปัจจัยด้านครอบครัวและลักษณะการอยู่อาศัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของเด็ก

และเยาวชน

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับค่านิยมและพฤติกรรมการดื่มสุราของเด็กและเยาวชนในภาคตะวันออกเฉียง

4. ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชนในภาคตะวันออกเฉียง

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การพัฒนารูปแบบการสื่อสารด้านสุขภาพในสถานศึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพนักเรียน

นักศึกษา

2. การสร้างค่านิยมงดการดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนในภาคตะวันออกเฉียง

3. แนวทางการลดพฤติกรรมการใช้กระท่อมของกรรมกรในภาคตะวันออกเฉียง

4. การสร้างรูปแบบการรณรงค์เพื่อสร้างค่านิยมรักสุขภาพในเด็กและเยาวชนใน

สถานศึกษา

5. ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลังและแนวทางการแก้ปัญหาในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. แนวทางการสร้างเสริมกระบวนการทางสังคมเพื่อลดการใช้สารเสพติดและสารกึ่งเสพติดในเด็กและเยาวชน

1.5 การออกกำลังกาย

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านพฤติกรรมมารออกกำลังกายของประชาชนในภาคตะวันออก พบว่า ในขณะที่ในภาพรวม ภาครัฐและเอกชนหลายหน่วยงานให้ความสำคัญกับการรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกาย ในภาครัฐเห็นได้จากการออกนโยบายต่างๆ ในด้านการออกกำลังกาย การประชาสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมต่างๆ ฯลฯ ภาคเอกชนจะเห็นได้จากสร้างศูนย์สุขภาพ ศูนย์พัฒนาสุขภาพ สนามกีฬา สวนสุขภาพ สระว่ายน้ำ โรงยิม ฯลฯ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีประชาชนบางส่วนที่ไม่เห็นคุณค่าของการออกกำลังกาย ประกอบการสภาพการดำรงชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น ไม่มีสถานที่ ไม่มีเวลา จึงทำให้คนกลุ่มหนึ่งละเลยการออกกำลังกายไป

ข้อมูลจากการเสวนากลุ่ม นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผู้นำองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้แทนภาคประชาชน พบว่า จากนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดชมรมสร้างสุขภาพในชุมชน มากขึ้น โดยเฉพาะชมรมออกกำลังกาย ซึ่งกำหนดให้มี 1 ชมรม ต่อ 1 หมู่บ้าน ทำให้เกิดการเคลื่อนไหว ตื่นตัว เกี่ยวกับการออกกำลังกายของประชาชน กระตุ้นให้ประชาชนที่ไม่เคยออกกำลังกายมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เกิดแนวร่วมในการออกกำลังกาย ในชุมชน เกิดสังคมของการออกกำลังกาย เกิดเครือข่ายช่วยเหลือกันเพื่อการออกกำลังกาย เช่น ที่วัดป่ากร่ำ อำเภอแกลง จังหวัดระยอง เริ่มจากมีการใช้พื้นที่วัด ในการออกกำลังกาย เต็นแอโรบิคของกลุ่มแม่บ้าน ต่อมา ได้กลายเป็นสถานที่ซึ่งมีการออกกำลังกายชนิดอื่น ๆ เช่น ตะกร้อ เปตอง ฟุตบอล และเป็นที่รวมของคนในชุมชนทุกเพศทุกวัย ในเวลาเย็น เกิดเป็นสังคมแห่งสุขภาพ หรือชมรมผู้สูงอายุศาลาไทย จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งกิจกรรมหลักของชมรม คือการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเล่นเปตอง การรำไม้พลอง การเต้นแอโรบิค จากการสัมภาษณ์เลขาชมรม ฯ พบว่า นอกจากจะได้ประโยชน์จากการออกกำลังกายซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพแล้ว การมาร่วมกันออกกำลังกาย ยังส่งผลต่อความสุขทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นโอกาสที่ได้พบปะแลกเปลี่ยนทรรสนะในคนวัยเดียวกัน เกิดเครือข่ายพึ่งพิงทางสังคม ที่พึ่ง ที่ปรึกษา นอกจากสุขภาพกายดีแล้ว ยังทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นอีกด้วย

แต่ก็มีปัญหาที่พบเกี่ยวกับนโยบายการสนับสนุนการออกกำลังกาย เช่น การจัดลักษณะของรูปแบบการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถหรือไม่ชอบการเต้นแอโรบิค ในประชาชนบางกลุ่มที่มีการทำงานหนักอาจไม่จำเป็นต้องส่งเสริมให้ออกกำลังกายในช่วงเย็นอีก ข้อมูลจากการเสวนา พบว่า ประชาชนส่วนหนึ่งแม้จะเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานแล้ว ก็มาร่วมออกกำลังกายที่สถานที่ออกกำลังกายของชุมชน ด้วยเหตุผลสำคัญคือ เกรงใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในด้านความยั่งยืนของชมรมออกกำลังกายพบว่า ในหลาย ๆ แห่ง จำนวนผู้เข้าร่วมออกกำลังกาย ลดลงเป็นลำดับ

สำหรับรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นที่น่าสนใจ เช่น รานี เทียนฤทธิเดช (2548) ได้ศึกษา ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี ด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีผู้เห็นด้วยเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 96.4 และเข้าร่วมกับกิจกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 77.7 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ออกกำลังกาย ร้อยละ 73.2 ส่วนมากใช้วิธีการเดินแอโรบิค เดินเร็วๆ และวิ่งเหยาะๆ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการออกกำลังกายประมาณ 10-30 นาที ต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3-7 วัน ในช่วงเวลาเย็นและเช้า สาเหตุที่ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเวลาว่าง

ธงชัย งามวงศ์ และคณะ. (2540). ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี อ.วังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำนวน 400 ราย พบว่า ประชากรวัยแรงงาน อ.วังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการออกกำลังกายในระดับปานกลาง โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย และผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรมมีพฤติกรรม การออกกำลังกายสูงกว่าอาชีพรับราชการ/พนักงาน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นที่ต้องทำระยะเร่งด่วน

1. การประยุกต์รูปแบบการออกกำลังกายในสถานที่ทำงานจำแนกตามลักษณะงาน
2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. แนวทางการบริหารจัดการชมรมออกกำลังกายให้เกิดความยั่งยืน
2. การสร้างรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุในภาค

ตะวันออก (ความถนัด ลักษณะการทำงาน ภาวะสุขภาพ)

1.6 การทำงาน

ในด้านพฤติกรรมในการทำงานและประกอบอาชีพ แม้ว่าระดับการศึกษาของคนไทยจะสูงขึ้นกว่าเดิม แต่พฤติกรรมการทำงานและการประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร แรงงานในสถานประกอบการจำนวนมากยังไม่ได้ถูกฝึกให้ใช้เครื่องป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน อุปกรณ์ต่างๆ จึงไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อุบัติเหตุจากการทำงานสูงขึ้นเรื่อย ๆ (ชนินทร์ เจริญกุล และจิตรา ธรรมบริสุทธิ , 2541)

ปัญหาด้านพฤติกรรมการทำงานของภาคตะวันออก พบว่า ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงจากการประกอบอาชีพของแรงงาน เป็นปัญหาที่ควรให้ความสนใจมากที่สุด ทั้งในด้านปัญหาสุขภาพร่างกาย จากสภาพแวดล้อมในการทำงาน และ ด้านสุขภาพจิต

การศึกษาสถานการณ์โรคที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ พบข้อมูลสำคัญ ดังนี้

ตาราง 8 ผู้ป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริมในบางจังหวัด
ของภาคตะวันออก ในปี พ.ศ. 2543 - 2545

จังหวัด	2543		2544		2545	
	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากรพันคน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากรพันคน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากรพันคน
ฉะเชิงเทรา	68652	73	69462	76	73542	79
ระยอง	75620	74	69546	69	86623	85
ชลบุรี	90331	84	99231	91	139505	125
จันทบุรี	69202	65	68651	63	70236	67
ตราด	47166	211	49653	222	42851	191
สระแก้ว	89211	168	28566	204	99231	175
ปราจีนบุรี	56984	64	58946	68	59864	69

ที่มา : รายงานการป่วยของผู้ที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2543 – 2545

ในปี 2545 ภาคตะวันออกมีผู้ป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริมจำนวน 658,616 คน และมีอัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คน ที่ระดับ 154 คน เพิ่มขึ้นจากอดีตอย่างต่อเนื่อง โดยในจังหวัดชลบุรีมีผู้ป่วยสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ สาเหตุหลักมาจากการขยายตัวของอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมที่ส่งผลให้เกิดการจ้างแรงงานสูงขึ้น เฉพาะโครงการอีสเทิร์นซีบอร์ด ระยะที่ 1 – 2 นั้นมีการจ้างงานสูงถึง 1,717,207 คน และส่วนใหญ่เป็นงานที่ต้องใช้แรงงานจึงส่งผลให้มีผู้เป็นโรคระบบกล้ามเนื้อ ๔ เพิ่มสูงขึ้น

จากข้อมูลสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ปี 2545 พบว่าในพื้นที่ ภาคตะวันออก มีลูกจ้างที่ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ร้อยละ 3.12 ซึ่งสูงกว่าของประเทศที่มีผู้ประสบอันตราย ร้อยละ 2.92 โดยจังหวัดที่มีอัตราการประสบอันตรายสูงสุด คือ ฉะเชิงเทรา (ร้อยละ3.93) รองลงมาคือระยอง (ร้อยละ3.38) และชลบุรี (ร้อยละ3.32) ตามลำดับ

ลักษณะการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ที่เป็นสาเหตุการป่วยสูงสุด คือ วัตถุ/สิ่งของตัด/บาด/ทิ่มแทง (ร้อยละ23.6) รองลงมา คือวัตถุหรือสิ่งของกระเด็นเข้าตา (ร้อยละ 19.88) และวัตถุสิ่งของฟุ้งทลาย/หล่นทับ (ร้อยละ16.35) ตามลำดับ ส่วนลักษณะการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ที่เป็นสาเหตุการตายสูงสุด คือ อุบัติเหตุจากยานพาหนะ (ร้อยละ 0.14)รองลงมา คือไฟฟ้าช็อต (ร้อยละ 0.05)

โรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน ที่เป็นสาเหตุของการป่วย คือ อาการเจ็บป่วยจากการยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก (ร้อยละ2.52) รองลงมา คือ โรคผิวหนังจากการทำงาน (ร้อยละ 1.79) และอาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงาน (ร้อยละ0.05)

ประเภทกิจการที่มีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ที่เป็นสาเหตุการป่วยสูงสุด คือ การผลิตเครื่องเรือน เครื่องใช้ไม้ (ร้อยละ12.23) รองลงมา คือการผลิตชิ้นส่วนอุปกรณ์ยานพาหนะ (ร้อยละ6.26) และการผลิตผลิตภัณฑ์พลาสติก (ร้อยละ 6.09)

ในด้านงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงาน มีดังนี้

สุพล เลิศอุดมชัย. (2544). ได้ศึกษาพฤติกรรมการความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานในนิคมอุตสาหกรรมเกตเวย์ อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานที่มีความรู้สึกว่าจะไม่น่าจะเป็นอันตราย

ศิริลักษณ์ คงสัตยกุล. (2544). ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา จังหวัดระยอง โดยมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การได้รับสนับสนุนวัสดุป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานและทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

พรณี ธนาพล. (2543). ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพาราในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า ผู้ใช้แรงงานมีพฤติกรรมในทางส่งเสริมสุขภาพมากกว่าพฤติกรรมเสี่ยง ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพตามคุณลักษณะประชากร พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ ต่างกันทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางด้านสุขภาพ

อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ และคณะ. (2547). ได้ศึกษาพฤติกรรมและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ในเขตก่อสร้าง จ.สมุทรปราการ ภายใต้นโยบายการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30บาทรักษาทุกโรค) ระยะเวลาที่ 1 พบว่า อุบัติเหตุในการทำงานของผู้ใช้แรงงานส่วนมากคือ วัตถุ/ของแข็งชนหรือกระแทก (56.52 %) ของมีคมบาด (26.96 %) และเศษวัสดุกระเด็นเข้าตา (12.17 %)

วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2539). ได้ศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคณงานก่อสร้างในเขตเทศบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ.2537-2538 ผลการศึกษาโดยสรุป พบว่า คณงานเสี่ยงต่อการเกิดบาดเจ็บจากการทำงานสูง การอบรมและการรณรงค์ เรื่อง ความปลอดภัยในการทำงานมีต่ำ คณงานส่วนใหญ่ไม่ได้สวมเครื่องป้องกันร่างกายที่จำเป็น สถานที่ก่อสร้างประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่ได้จัดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้คณงาน สถานที่ก่อสร้างมักมีคณงานเสียชีวิต เนื่องจากการทำงาน (เช่น ถูกไฟฟ้าดูด) อัตราการบาดเจ็บจากการทำงานเท่ากับร้อยละ 9.5 สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากการถูกตะปูตำและของมีคมบาด

ชะฎายุทธ์ ปัทเมษ และ สุรพล วิชัยศึก (2546) การสำรวจสมรรถภาพการได้ยินของคณงานโรงงานตัดหินอ่อน จังหวัดสระแก้ว ปี 2546 พบว่า มีผลการตรวจวัดพบความผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 09.10 สำหรับ การตรวจวัดสภาพความดังของเสียง พบว่า มีความดังของเสียงเกินมาตรฐาน จำนวน 5 จุด โรงงานมีการแจกอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้แก่ อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน (ที่อุดหู) มีการให้ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงาน และมีกิจกรรมการส่งเสริมด้านความปลอดภัยในการทำงาน แต่พบว่าคณงานส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ในการป้องกัน

ชะฎายุทธ์ ปัทเมษ และ สุรพล วิชัยศึก (2546) การสำรวจสมรรถภาพการทำงานของปอดของคณงานโรงโม่หิน พบว่า มีคณงาน ร้อยละ 31.74 มีผลการทดสอบสมรรถภาพการทำงานของปอดผิดปกติ และมีฝุ่นราคาณบริเวณปากโม่โรงงานที่ 1 จุด ที่มีผลการตรวจวัดเกินมาตรฐานของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มีการแจกอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้แก่ อุปกรณ์ป้องกันฝุ่น (ที่ครอบจมูก) มีการให้ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงาน และมีกิจกรรมการส่งเสริมด้านความปลอดภัยในการทำงาน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. แนวทางการลดอันตรายจากการทำงานของแรงงานอุตสาหกรรม (วัตถุมีคมบาด สิ่งของเข้าตา วัตถุหล่นทับ)

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การพัฒนาภาวะสุขภาพของแรงงานก่อสร้างในภาคตะวันออก

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การสร้างจิตสำนึกเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม
2. การสร้างบทเรียนต้นแบบเพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน
3. การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติของคณาจารย์เพื่อลดอุบัติเหตุจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม
4. การให้ความรู้เกี่ยวกับท่าทางในการปฏิบัติงานของแรงงานในอุตสาหกรรมขนาดเล็ก
5. แนวทางการแก้ปัญหาการทำงานที่ส่งผลต่อการเกิดโรคระบบกล้ามเนื้อของแรงงานภาคอุตสาหกรรม (ท่าทางการทำงาน การยกของหนัก)

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การศึกษาเชิงลึกปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน
2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนงานในอุตสาหกรรมไม่หิน

2. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ปัจจุบันสภาพแวดล้อมทางกายภาพในภาคตะวันออก มีการเปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างมาก จากเดิมที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม มาเป็นสังคมกึ่งอุตสาหกรรมมากขึ้น จะเห็นได้จาก มีการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม เข้าสู่พื้นที่ภาคตะวันออก จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2543 พบว่า ในพื้นที่ ภาคตะวันออก มีจำนวนโรงงานทั้งสิ้น 8,092 โรงงาน แบ่งเป็น

1. อุตสาหกรรมขนาดเล็ก แรงงานไม่เกิน 50 คน จำนวน 7,339 โรงงาน
2. อุตสาหกรรมขนาดกลาง แรงงานมากกว่า 50-200 คน จำนวน 194 โรงงาน
3. อุตสาหกรรมขนาดใหญ่ แรงงานมากกว่า 200 คน จำนวน 159 โรงงาน

โดยโรงงานส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 2,486 โรงงาน รองลงมา คือ ระยอง จำนวน 1,513 โรงงาน และฉะเชิงเทรา จำนวน 1,385 โรงงาน จังหวัดที่โรงงานน้อยที่สุด คือ ตราด จำนวน 688 โรงงาน

การศึกษาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพในภาคตะวันออก แบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

2.1 มลภาวะทางน้ำ

สถานการณ์มลภาวะทางน้ำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การปนเปื้อนของแหล่งน้ำธรรมชาติ มีสาเหตุหลักมาจากน้ำทิ้งชุมชนเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ดังนี้

ตาราง 9 การประเมินน้ำเสียชุมชนในแต่ละลุ่มน้ำของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลุ่มน้ำ	ค่าบีโอดี (กิโลกรัม/วัน)			
	ปี 2538	ปี 2543	ปี 2558	ปี 2558 (กรณีมีระบบบำบัดน้ำเสีย)
1. แม่น้ำปราจีนบุรี	3,657	3,924	4,938	2,732
2. แม่น้ำบางปะกง	3,403	3,820	5,815	3,052
3. แม่น้ำจันทบุรี	2,745	2,896	3,828	1,032
4. พื้นที่ชายฝั่งอื่น ๆ	3,230	9,576	5,331	1,388
รวม	13,035	20,216	19,912	8,204

ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ, 2540 อ้างถึงใน สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 3, 2543.

จากตาราง พบว่า ปัญหาน้ำทิ้งจากชุมชน ซึ่งเกิดจากการขยายตัวของเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นไปอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีแรงงานเข้ามาอยู่ในพื้นที่จำนวนมาก รวมทั้งการขยายตัวของสถานที่ท่องเที่ยว ส่งผลให้ปัญหาน้ำเสียจากชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าจะมีการสร้างระบบบำบัดน้ำเสียรวมของชุมชน แต่ก็ยังพบปัญหา เช่น การปนเปื้อนของคอลีฟอรั่มแบคทีเรียในแหล่งน้ำ ซึ่งเป็นเพราะว่าระบบบำบัดยังไม่สามารถรองรับน้ำเสียได้ทั้งหมดโดยเฉพาะชุมชนที่อาศัยอยู่ริมแม่น้ำ ลำคลอง

ตาราง 10 น้ำเสียจากนิคมอุตสาหกรรมและเขตประกอบการอุตสาหกรรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จังหวัด	พื้นที่อุตสาหกรรม (ไร่)	ปริมาณน้ำเสียอุตสาหกรรม (ลบ.ม./วัน)	ค่าบีโอดี (ก.ก./วัน)
ชลบุรี	19,947	83,384	1,668
ระยอง	61,699	261,436	5,227
ฉะเชิงเทรา	11,662	44,083	883
จันทบุรี	20,500	86,083	1,720
รวม	113,808	474,986	

ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ , 2540 อ้างใน สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 3, 2543

ตาราง 11 น้ำเสียจากโรงงานที่ตั้งอยู่ในเขตชุมชน

แม่น้ำ	จำนวนโรงงาน	ปริมาณน้ำเสีย (ลบ.ม./วัน)	ค่าบีโอดี (กก./วัน)
บางปะกง	56	100,789	48,602
ระยอง	74	85,571	99,937
จันทบุรี	31	37,541	1,911
ปราจีนบุรี	87	26,186	12,843
พังงา	35	10,994	4,398
ตราด	11	9,541	647
ประแสร์	3	298	21
เวฬุ	3	19	10
รวม	300	270,939	

ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ , 2539 อ้างใน สำนักงานนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อม , 2543.

จากตาราง พบว่า ปัญหาน้ำทิ้งของภาคอุตสาหกรรม จากการที่กำหนดนโยบายการพัฒนาภาคตะวันออกให้เป็นเขตอุตสาหกรรมหลักของประเทศ ทำให้เกิดการตั้งนิคมอุตสาหกรรมรวมทั้งโรงงานต่างๆ ที่ตั้งอยู่ในชุมชนจำนวนมาก ผลที่ตามมาคือเกิดน้ำเสียจากนิคมอุตสาหกรรมและเขตประกอบการอุตสาหกรรมในปริมาณที่สูงถึง 474,986 ลบ.ม./วัน และน้ำเสียจากโรงงานที่ตั้งอยู่ในเขตชุมชนอีก 270,939 ลบ.ม./วัน ดังตารางที่ 3-3 และ 3-4 ตามลำดับ

แม้ว่าภายในนิคมอุตสาหกรรมจะมีการสร้างระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลางเพื่อรองรับและบำบัดน้ำเสียจากโรงงานต่างๆ ก่อนระบายน้ำทิ้งลงสู่แหล่งสาธารณะ แต่ก็พบว่ายังมีการลักลอบปล่อยน้ำเสียอุตสาหกรรมลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะโดยตรง นอกจากนี้ยังมีโรงงานบางแห่งที่ตั้งอยู่ในชุมชน ไม่มีระบบบำบัดน้ำเสีย หรือต้องการลดต้นทุนการผลิตโดยการลักลอบปล่อยน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ ทำให้เกิดปัญหาน้ำเน่าเสียในแม่น้ำสายต่างๆ ของภาคตะวันออก (มูลนิธิโลกสีเขียว, 2544) เช่น

- มิถุนายน 2542 โรงเหล็กกรมสรรพสามิตปล่อยน้ำเสีย ทำให้แม่น้ำบางปะกง ในเขตจังหวัดปราจีนบุรี เน่าเสียและมีปลาตายจำนวนมาก
- สิงหาคม 2542 โรงงานปล่อยน้ำเสียทำให้น้ำเน่าเสียบริเวณปากแม่น้ำบางปะกง ส่งผลให้ปลาและหอยที่ชาวบ้านเลี้ยงตายจำนวนมาก

- เมษายน 2543 โรงงานในจังหวัดระยองแอบปล่อยน้ำเสียช่วงฝนตกหนัก ทำให้ปลาในแม่น้ำระยองตายจำนวนมาก และที่อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา มีโรงงานปล่อยน้ำเสียลงคลอง 4 สาย ทำให้ปลาและสัตว์น้ำที่เลี้ยงไว้ตายจำนวนมาก และไม่สามารถใช้น้ำได้

- สิงหาคม 2543 บริษัทแอดวานซ์ อะโกร จำกัด จังหวัดปราจีนบุรี ปล่อยน้ำเสียทำให้ปลาตายจำนวนมาก

ปัญหาเรื่องน้ำทิ้งจากเกษตรกรรม เป็นน้ำที่มีความเข้มข้นสูง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพน้ำโดยตรงเพราะมีสารอาหารที่พืชน้ำต้องการ ทำให้ออกซิเจนลดลงอย่างรวดเร็ว เช่นในเดือนพฤศจิกายน 2545 มีการระบายน้ำจากนาข้าวลงคลอง ส่งผลให้น้ำเน่าเสียและเมื่อไหลสู่มแม่น้ำปราจีนบุรี บริเวณ อ.บ้านสร้าง ทำให้ปลาในกระชังตาย (กรมควบคุมมลพิษ , 2546) นอกจากนี้กิจกรรมการเลี้ยงสัตว์ ได้แก่ สุกร สัตว์ปีก และโคกระบือ รวมทั้งกุ้ง ก่อให้เกิดน้ำเสียเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบายน้ำและตะกอนทั้งหมดจากบ่อกุ้งในช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิต ซึ่งก่อให้เกิดมลพิษสูงสุด

นอกจากนี้จากการเสวนากลุ่ม พบว่า การเลี้ยงกุ้งกุลาดำในพื้นที่ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี ชลบุรี เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของปัญหาน้ำเน่าเสียในชุมชน ซึ่งบ่อยครั้งทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่าง เกษตรกรผู้เลี้ยงกุ้งกุลาดำและเกษตรกรผู้ใช้น้ำเพื่อการเกษตรอื่น ๆ เช่น ทำนาข้าว เป็นต้น นอกจากนี้จากฟาร์มเลี้ยงสุกร ก็เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาน้ำเน่าเสียในชุมชนเช่นกัน

สถานการณ์มลภาวะชายฝั่งทะเล พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับมลภาวะชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก โดยมีสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ตาราง 12 ปัญหาเกี่ยวกับมลภาวะชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก

วัน/เดือน/ปี	สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์	สูญเสีย / บาดเจ็บ
15 ม.ค. 45	บริเวณสันฉลาม เกาะจวง อ.สัตหีบ ชลบุรี	เรือบรรทุกสารเคมีอิสเทิร์นเฟอรั ติจุดเกิดอุบัติเหตุชนกับหินโสโครก	น้ำมันเตากว่า 206 ตัน รั่วไหลลงทะเล ลอยเข้าชายฝั่งที่หาดพลา หาดพยุณ หาดน้ำริน หาดแสงจันทร์ หาดแม่พิง จ.ระยอง และเกาะจวง เกาะจวน เกาะขาม หินหลักไม้ดี เกาะเสมสาร จ.ชลบุรี เกิดผลกระทบต่อระบบนิเวศ การท่องเที่ยวและประมง

วัน/เดือน/ปี	สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์	สูญเสีย / บาดเจ็บ
17 ธ.ค. 45	บริเวณเกาะไม้ จ.ชลบุรี	เรือขนส่งสินค้า M.V.KOTA WIJAYA ชนกับเรือน้ำมัน M.V.SKY ACE	น้ำมันเตารั่วไหลออกมา 20 ตัน คราบน้ำมันกระจายทั่วอ่าวศรี ราชา แหลมฉับง จนถึงหาด พิทยา

และยังพบว่า จากการขยายตัวของการท่องเที่ยวชายฝั่งทะเล ส่งผลกระทบต่อมลภาวะชายฝั่งทะเลในด้านต่างๆ เช่น ปริมาณขยะ น้ำทิ้งจากสถานที่ท่องเที่ยว คราบน้ำมันจากเรือบริการท่องเที่ยว การทำลายปะการัง เป็นต้น

นอกจากนี้ ข้อมูลจากภาคประชาชน เกี่ยวกับ ผลกระทบจากโรงไฟฟ้าบางปะกงต่อแม่น้ำบางปะกง คือ อุณหภูมิน้ำทิ้งที่โรงไฟฟ้าปล่อยลงสู่อ่าวน้ำ แม้ว่าทางโรงไฟฟ้าจะมีมาตรการต่าง ๆ แต่ประชาชนก็เชื่อว่า อุณหภูมิของน้ำทิ้งจากโรงไฟฟ้าส่งผลต่อระบบนิเวศของแม่น้ำบางปะกงและต้องการให้มีการศึกษาเรื่องดังกล่าวให้ชัดเจน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. สภาพการปนเปื้อนของสารเคมีอันตรายในแหล่งรองรับน้ำเสียจากอุตสาหกรรม (แม่น้ำบางปะกง พื้นที่ชายฝั่ง แม่น้ำปราจีนบุรี)

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. สภาพปัญหาการขยายตัวของเมืองกับปริมาณน้ำเสียในชุมชน
2. ผลกระทบของปัญหาน้ำเสียต่อสภาวะสุขภาพของประชาชน (ระยอง จันทบุรี ชลบุรี)
3. ผลกระทบจากการทำเกษตรกรรมต่อคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำชุมชน

(ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา)

4. ผลกระทบของนิเวศชายฝั่งต่อสุขภาพของประชาชนต่อการขนถ่ายสารเคมีหรือน้ำมัน (ระยอง ชลบุรี)

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการนิเวศชายฝั่ง (ขยะชายหาด การทำลายปะการัง คราบน้ำมัน น้ำทิ้งจากแหล่งท่องเที่ยว)

2. ผลกระทบจากอุณหภูมิน้ำทิ้งของโรงไฟฟ้าบางปะกงต่อระบบนิเวศของแม่น้ำบางปะกง

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากมลพิษทางน้ำในลุ่มน้ำหลักของภาคตะวันออก (น้ำทิ้งจากฟาร์มสุกร น้ำทิ้งจากโรงงานอุตสาหกรรม)
2. ผลกระทบจากปัญหาระบบนิเวศชายฝั่งต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของประชาชน (ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ)

2.2 สารเคมีอันตราย

จากการพัฒนาอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมในพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก ได้ทำให้เกิดการแพร่กระจายของสารพิษสู่สิ่งแวดล้อม ทั้งจากการดำเนินงานของโรงงานที่มีการปล่อยมลพิษทางอากาศ การลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรม น้ำเสีย หรือการใช้สารเคมีการเกษตร ส่งผลให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รอบข้างได้รับสารพิษอย่างต่อเนื่อง เกิดการสะสมจนเป็นโรคโดยพบว่า ในปี 2545 จังหวัดจันทบุรีมีผู้ป่วยนอกที่ได้รับพิษมากที่สุดในภาคตะวันออก ดังตาราง

ตาราง 13 ผู้ป่วยนอกที่ได้รับพิษในบางจังหวัดของภาคตะวันออก

ปี	จันทบุรี		ฉะเชิงเทรา		ชลบุรี	
	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากร 1,000	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คน
2543	2,678	5	4,533	7	5,209	5
2544	2,393	5	2,808	4	3,193	3
2545	9,772	19	5,162	8	3,780	3

ที่มา: รายงานการป่วยของผู้ที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2543 – 2545

จากการได้รับสารพิษต่าง ๆ ส่งผลให้ประชาชนในภาคตะวันออก เจ็บป่วยด้วยโรคอันอาจเป็นผลเนื่องจากการได้รับสารพิษเพิ่มขึ้น ดังนี้

ตาราง 14 ผู้ป่วยด้วยโรคเนื้องอกและมะเร็งในบางจังหวัดของภาคตะวันออก

ปี	จันทบุรี		ตราด		ชลบุรี	
	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากร 1,000	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คน
2543	3,471	7	2,079	9	8,039	8
2544	5,700	11	2,279	10	9,595	9
2545	5,606	11	2,500	11	10,351	9

ที่มา: รายงานการป่วยของผู้ที่มาใช้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2543 - 2545

อัตราการเจ็บป่วยเป็นเนื้องอกและมะเร็งของประชาชนในภาคตะวันออกมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในปี 2541 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมาก ในจังหวัดระยองพบว่า มีผู้ป่วยเป็นเนื้องอกและมะเร็งสูงถึง 20,607 คน ซึ่งสาเหตุการป่วยส่วนหนึ่งคาดว่าอาจเกิดจากการได้รับมลพิษต่างๆ ในบริเวณแหล่งนิคมอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง และจากข้อมูลในปี 2545 ในภาคตะวันออกมีผู้ป่วยเป็นเนื้องอกและมะเร็งจำนวน 34,681 คน และมีอัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คนอยู่ที่ระดับ 8.10 คน โดยพบว่าจังหวัดชลบุรีมีผู้ป่วยมากที่สุด

ในด้านการศึกษาวิจัย จากการศึกษาของ ชะฎายุทธ์ ปัทเมฆ. (2546). เกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของสารหนูในปัสสาวะของประชาชนเขตภาคตะวันออก และวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับของสารหนูในเขตพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่ควบคุม ในกลุ่มตัวอย่าง 486 คน เป็นกลุ่มเด็กซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 5-12 ปี จำนวน 120 คน จำแนกเป็นกลุ่มเสี่ยง 36 คน กลุ่มควบคุม 84 คน และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 12 ปี ขึ้นไป 366 คน จำแนกเป็นกลุ่มเสี่ยง 108 คน กลุ่มควบคุม 258 คน พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับสารหนูในปัสสาวะของประชากรทุกกลุ่มจากการศึกษา คือ 108.1289712 ไมโครกรัมต่อลิตร ค่าเฉลี่ยของระดับสารหนูในตัวอย่างน้ำในเขตจังหวัดสระแก้ว คือ 2.8705 ไมโครกรัมต่อลิตร และ ค่าเฉลี่ยของระดับสารหนูในตัวอย่างน้ำในเขตจังหวัดระยอง คือ 0.444 ไมโครกรัมต่อลิตร ผลการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเด็ก พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับสารหนูในปัสสาวะ คือ 192.9361 ไมโครกรัมต่อลิตร กลุ่มควบคุมที่เป็นเด็ก พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับสารหนูในปัสสาวะ คือ 67.6296 ไมโครกรัมต่อลิตร สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้ใหญ่พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับสารหนูในปัสสาวะ คือ 182.2748 ไมโครกรัมต่อลิตร กลุ่มควบคุมที่เป็นผู้ใหญ่พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับสารหนูในปัสสาวะ คือ 78.4454 ไมโครกรัมต่อลิตร

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การศึกษาสภาพปัจจุบันของปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเคมีในภาคเกษตรกรรม

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การศึกษาลักษณะการได้รับสารเคมีอันตรายของแรงงานในภาคตะวันออก

(ภาคอุตสาหกรรม ภาคเกษตรกรรม)

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การพัฒนาแนวทางลดสารพิษอันตรายต่อสุขภาพจากการทำเกษตรกรรม
2. การพัฒนาแนวทางการควบคุมอันตรายจากสารเคมีอันตรายที่ใช้ในภาคอุตสาหกรรม

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การศึกษาติดตามระยะยาวแนวโน้มของการป่วยด้วยโรคเนื้องอกและมะเร็งของแรงงาน

ภาคอุตสาหกรรม

2.3 ของเสีย/ขยะอันตราย

สถานการณ์ด้านของเสียและขยะอันตรายเป็นปัญหาหนึ่งที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออก ดังตาราง

ตาราง 15 ปริมาณกากอุตสาหกรรมที่เกิดขึ้นในภาคตะวันออก

จังหวัด	ปริมาณของเสียอันตราย* (ตัน)	อันดับของประเทศไทย	ปริมาณกากอุตสาหกรรมที่ไม่เป็นของเสียอันตราย** (ตัน)	อันดับของประเทศไทย
ระยอง	250,488.25	1	174,521.01	2
ชลบุรี	24,471.86	3	23,491.07	9
ฉะเชิงเทรา	6,068.20	10	51,541.97	7
ปราจีนบุรี	1,887.81	14	711,282.37	1
สระแก้ว	7.20	31	-	-
นครนายก	-	-	46.00	16
รวม	282,923.32		960,882.42	
ทั้งประเทศ	440,295.93		1,554,241.01	
คิดเป็นร้อยละ	64.26		61.82	

ที่มา: กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2546

จากการศึกษา พบว่า ในปี 2545 แหล่งนิคมอุตสาหกรรมรวมทั้งเขตประกอบการอุตสาหกรรมในภาคตะวันออก ก่อให้เกิดกากอุตสาหกรรมที่เป็นของเสียอันตรายจำนวน 440,295.93 ตัน และกากอุตสาหกรรมที่ไม่เป็นของเสียอันตราย จำนวน 1,554,241.01 ตัน ซึ่งกากของเสียดังกล่าวจะถูกนำไปกำจัดด้วยวิธีการเผา ฝังกลบ และนำกลับมาใช้ใหม่ โดยมีโรงงานรับกำจัดในปัจจุบันทั้งสิ้น 44 แห่ง สามารถกำจัดกากอุตสาหกรรมได้ 10,967,231 ตัน ต่อปี (กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2546) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรงงานต่างๆ มีศักยภาพในการรองรับกากอุตสาหกรรมได้อีกเป็นจำนวนมาก แต่ในความเป็นจริงแล้ว ตัวเลขปริมาณกากอุตสาหกรรมดังกล่าวนี้ได้มาจากการคำนวณตามข้อมูลในใบขออนุญาตนำสิ่งปฏิกูลออกนอกโรงงาน ซึ่งไม่ใช่ปริมาณกากอุตสาหกรรมที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เพราะโรงงานบางแห่งก็มีการเก็บกักหรือกำจัดเอง นอกจากนี้ยังพบว่ามีการลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรมตามที่สาธารณะ ก่อปัญหาแก่ประชาชนและสิ่งแวดล้อม หรือแม้แต่โรงงานกำจัดกากอุตสาหกรรมก็ยังพบว่ามีการก่อกมลพิษสร้างความเดือดร้อนแก่ประชาชน โดยเฉพาะศูนย์บำบัดกากอุตสาหกรรมของเจนโก้ ที่ยังทำงานไม่ได้เต็มกำลังความสามารถที่จะรับกากของเสียได้ และได้ลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรมลงในสถานที่สาธารณะต่างๆ ก่อให้เกิดปัญหาด้านมลพิษในบริเวณใกล้เคียงและเป็นการสร้างความเดือดร้อนให้แก่ประชาชน

โดยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538-2546 มี พบกรณีปัญหาในเรื่องการกำจัดกากอุตสาหกรรมของบริษัทเจนโก้ ดังนี้

ตาราง 16 การลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรม

กรณีปัญหาการกำจัดกากอุตสาหกรรม โดยบริษัทเจนโก้	
ช่วงเวลา	เหตุการณ์
19 พ.ค. 38	พบกากสารพิษมีลักษณะสีดำ แดงจาง ๆ เทา กลิ่นคล้ายกำมะถัน ตั้งอยู่ในบ่อกว้างประมาณ 100 เมตร ยาว 200 เมตร ลึก 12 เมตร ที่ ต.เนินพระ และ ต.ทับมา ในเขตสุขาภิบาลมาบตาพุด
เม.ย. 41	พบกากอุตสาหกรรมกว่า 100 ตัน ซึ่งเป็นของบริษัท ล็อกซเลย์ ซีอาร์ เอส อินชูลเซชั่น จำกัด ในที่ทิ้งขยะของ อบต.สัตหีบ บริเวณเชิงเขาบายศรี หมู่ 5 ต.พลุตาหลวง สัตหีบ และบริเวณริมถนนสาย 332 สีแฉกเจ - สนามบินอู่ตะเภา
เม.ย. 41	พบกองเถาถ่านหินที่ใช้ในการผลิตกระแสไฟฟ้าซึ่งเป็นขยะของบริษัททุนเท็กซ์ (ประเทศไทย) จำกัด ใน ช.ประปา 2 ต.มาบตาพุด ระยอง
	พบกากอุตสาหกรรมของกลุ่มอุตสาหกรรมวนชัย (กรุ๊ป) บริเวณริมถนนสายบ้านบึง - แกลง อ.หนองใหญ่ ชลบุรี

ช่วงเวลา	เหตุการณ์
27 เม.ย. 41	พบกากอุตสาหกรรมบรรจุอยู่ในถุงพลาสติกสีดำ เขียนว่า "PCPO" และ "SCT" หลังชุมชนบ้านหนองแพบ ต.ห้วยโป่ง อ.เมือง ระยอง
30 เม.ย. 41	พบใยแก้วเคลือบและวัสดุท่อหุ้มท่อเหล็กภายในหล่อลื่นด้วยน้ำมัน สารเคมีสีขาว(ทีพีเอ) ริมคลองชลประทาน ช.ร่วมพัฒนา ต.ห้วยโป่ง อ.เมือง ระยอง
พ.ค. 41	พบกากอุตสาหกรรมบริเวณเขาสูงรัง หมู่ที่ 7 ต.แก่ง และหลังวัดมาตาพูด อ.เมือง จ.ระยอง
พ.ค. 41	บริษัทเอนไวรอนเมนทัล ซิสเต็ม เมเนจเม้นต์ จำกัด ได้มีการเจาะเขาประดู่เพื่อทำเป็นทิ้งสารเคมี
พ.ค. 41	หลังจากที่บริษัทเจนโก้ดำเนินการได้เพียงปีเดียวก็สร้างปัญหาในเรื่องกลิ่นเหม็นจากการกำจัดกากอุตสาหกรรม ส่งผลให้ชาวบ้านมาบชลูด ต.ห้วยโป่ง อ.เมือง ระยอง เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน
พ.ค. 42	ชาวบ้านมาบชลูด ต.ห้วยโป่ง จ.ระยอง ได้มีการชุมนุมคัดค้านการขยายพื้นที่ฝังกลบขยะอุตสาหกรรมของเจนโก้ เรียกร้องให้เจนโก้แก้ไขปัญหากลิ่นให้หมดสิ้น ก่อนจะดำเนินการต่อไป
มิ.ย. 41	พบสารเคมี บรรจุในถุงพลาสติกสีเหลืองมีตัวอักษร "Loxley" ช้างวัดสิทธิเจริญธรรม ต.ชากบก อ.บ้านค่าย ระยอง
ต.ค. 42	บริษัทเจนโก้ นำกากอุตสาหกรรมจำนวน 50,000 ถัง มาเก็บไว้ที่โกดังของบริษัท วรพลพาณิชย์ อ.สัตหีบ ชลบุรี ต่อมาถังบรรจุกากฯ เกิดการรั่วไหล ทำให้เกิดกลิ่นเหม็นรบกวนแก่ชาวบ้าน อบต.พญาทาลุง มีมติให้เจนโก้ขนกากฯ ออกไปให้หมด เจนโก้จึงขนไปเก็บที่ อ.บางปะอินทร์ อโยธยา และ อ.บางปะกง จ.ฉะเชิงเทรา ในเดือน เม.ย. 43 ชาวบ้านบางปะกงได้ร้องเรียนปัญหาเรื่องกลิ่นเหม็นจากกากฯ ดังกล่าว ทางเจนโก้จึงขนย้ายกากฯ ออกไปเก็บไว้ที่โกดังของบริษัทสยามคอมเมอร์เชียล จำกัด ในพื้นที่แหลมฉบัง แต่เนื่องจากเป็นสารเคมีที่ยังไม่ได้รับการบำบัด ก่อให้เกิดกลิ่นเหม็นรบกวน เทศบาลฯ จึงไม่อนุญาตให้เก็บไว้ เจนโก้จึงต้องขนย้ายกลับไปเก็บที่ศูนย์บำบัดกากของเจนโก้ในนิคมฯ มาบตาพุด
13 ม.ค. 43	พบกากอุตสาหกรรมทิ้งไว้บริเวณซอยคีรี ต.ห้วยโป่ง อ.เมือง ระยอง ส่งกลิ่นเหม็นรบกวนชาวบ้าน

ช่วงเวลา	เหตุการณ์
มี.ค. 43	บริษัทเจนโก้ ที่มาบตาพุด ส่งกลิ่นรบกวนชาวบ้านกว่า 300 คน ทำให้เกิดการล้มป่วย อาเจียน เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก และมีผื่นขึ้นตามผิวหนัง
ธ.ค. 43	พบสารเคมีบรรจุกองจำนวนมากถูกทิ้งและจุดไฟเผาในบ่อขยะ จ.ชลบุรี ชาวบ้านสุดดมแล้ว มีอาการแสบจมูกและแสบคอ
6 มี.ค. 45	เกิดปัญหากลิ่นเหม็นจากสถานที่ทิ้งขยะกากอุตสาหกรรมของเจนโก้ ที่บริเวณ หมู่ 8 ต. หินกอง อ.เมือง ราชบุรี โดยทางเจนโก้ได้เช่าที่ดินจากโรงงานอุตสาหกรรม ตั้งแต่ปี 2542 เพื่อดำเนินการขนกากอุตสาหกรรมมาเก็บไว้ ส่งผลให้ชาวบ้านไม่กล้าใช้บ่อน้ำ เนื่องจากเกรงว่าจะมีสารพิษ พบว่าเด็กมีอาการเจ็บป่วยบ่อยและเป็นโรคทางเดินหายใจมากขึ้น
18 เม.ย. 46	พบสารเคมีจำนวนกว่า 300 กระสอบ ภายในบรรจุกากของฉนวนกันความร้อน ซึ่งเป็นสารอันตรายของบริษัทวิลลิซเซลส์แอนด์คอนแทรกต์ดิง จำกัด กองทิ้งไว้ไม่ไกลจากคลองบ้านบน ชุมชนมาบยา ต.มาบตาพุด อ.เมือง ระยอง พบเด็กเกิดอาการคัน มีผดผื่นขึ้นเนื่องจากเล่น น้ำในคลอง
เม.ย. 46	โรงงานผลิตสายเบรค คัลลิสซ์ นำขยะปนเปื้อนสารตะกั่วจำนวนมากไปทิ้งใน อ.ปลวกแดง
มี.ค. 46	มีการลักลอบสารเคมีในพื้นที่สาธารณะ ที่ อ.เกาะจันทร์ ชลบุรี ชาวบ้านจึงร่วมกันคัดค้าน ทำให้ต้องขนย้ายออกไป แต่กลับแอบนำไปทิ้งที่บริเวณเชิงเขาอีตะ อ.ตาพระยา จ. สระแก้ว

ที่มา: มุลนิธิโลกสีเขียว , 2544 , เพ็ญโฉม แซ่ตั้งและวลัยพร มุขสุวรรณ , 2545 , ข่าวสด 19, 22/04/46 มติชน , 06/03/45

สาเหตุหนึ่งที่ปริมาณกากอุตสาหกรรมที่ส่งมากำจัดที่เจนโก้ลดลงเนื่องจากมีบริษัท นายหน้าไปติดต่อรับกากอุตสาหกรรมจากโรงงานต่างๆ โดยอ้างว่าไปกำจัดที่เตาเผาของโรง ปูนซีเมนต์ โดยอัตราค่าบริการรับกำจัดกากตันละ 2,000 - 3,000 บาท ซึ่งต่ำกว่าราคาของ เจนโก้ที่คิดราคาตันละ 12,000 บาท ส่งผลให้ปริมาณกากฯ ที่ส่งมากำจัดในเจนโก้ลดลงจาก เดิมที่เคยกำจัดปีละ 200,000 ตัน เหลือเพียงปีละ 100,000 ตัน จากโรงงานทั้งหมด 120,000 แห่ง และที่น่าเป็นห่วงคือโรงงานปูนซีเมนต์ สามารถกำจัดกากอุตสาหกรรมได้เฉพาะประเภทที่ สามารถเป็นเชื้อเพลิงเท่านั้น ส่วนกากอุตสาหกรรมอื่น ๆ ที่โรงงานปูนซีเมนต์ไม่สามารถกำจัดได้ อาจจะมีการลักลอบทิ้งไว้ซึ่งก่อปัญหาตามมาในภายหลัง ซึ่งกรณีปัญหาด้านกากอุตสาหกรรม

ตาราง 17 ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ.2543

จังหวัด	ขยะมูลฝอย (ตัน / วัน)		ร้อยละที่เก็บขนได้
	ที่เกิดขึ้น	ที่เก็บขนได้	
ตราด	56.0	49.3	87.9
ชลบุรี	719.8	631.5	87.7
จันทบุรี	164.5	144.2	87.7
ระยอง	430.0	310.0	72.1
สระแก้ว	94.0	51.5	54.8
ปราจีนบุรี	143.3	57.5	40.1
รวม	1,551.6	1,194.7	77.0

ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ, 2543

สถานการณ์ขยะมูลฝอยทั่วไปพบว่า ปริมาณขยะมูลฝอยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเพราะการขยายตัวของชุมชนเมือง และการส่งเสริมการท่องเที่ยวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลที่ตามมาคือไม่สามารถเก็บขนขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งหมดได้ ส่งผลให้เกิดการตกค้างของขยะ นอกจากนี้วิธีการจัดการขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ไม่ถูกสุขลักษณะ ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม เช่น เกิดกลิ่นเหม็นจากกองขยะมูลฝอย ควันไฟจากการเผาขยะ การปนเปื้อนของน้ำชะขยะมูลฝอยลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการคัดค้านของประชาชนในพื้นที่เมื่อจะมีการสร้างสถานีกำจัดขยะด้วยวิธีต่าง ๆ

ตัวอย่างกรณีปัญหาด้านขยะมูลฝอย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น

- สถานีขนถ่ายมูลฝอย ต.บางขวัญ อ.เขิงเทรา เกิดปัญหาน้ำเสียจากขยะและสิ่งปฏิกูลมีปริมาณมากเกินกว่าที่ระบบบำบัดได้จึงเกิดการไหลล้นออกนอกบริเวณสถานีกำจัดขยะ ทำให้ไร่นาของชาวบ้านบริเวณใกล้เคียงได้รับความเสียหาย
- การคัดค้านการก่อสร้างสถานีฝังกลบมูลฝอย ต.เกาะขนุน อ.พนมสารคาม เนื่องจากชาวบ้านเกรงว่าจะเกิดกลิ่นเหม็นและปัญหาจากน้ำเสีย ซึ่งทางเทศบาลรับปากว่าจะแปรสภาพโดยการอัดขยะให้เป็นแท่งก่อนนำไปฝังกลบ (กองจัดการสารอันตรายและกากของเสีย, 2544)
- การเผาขยะที่ทิ้งไว้ในหลุมลึกประมาณ 4 เมตร ของเทศบาลตำบลอรัญประเทศทำให้เกิดกลิ่นเหม็นรบกวนชาวบ้าน เนื่องจากหลุมขยะดังกล่าวตั้งอยู่กลางชุมชน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

- 1.ปัญหาการลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรมกับผลกระทบต่อด้านสุขภาพของประชาชน
(ระยอง สมุทรปราการ ชลบุรี)

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

- 1.การศึกษาสภาพปัจจุบันของการปนเปื้อนของเสียอันตรายจากกระบวนการผลิตของโรงงานอุตสาหกรรม

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

- 1.ผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาปริมาณสิ่งปฏิกูล
(ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี ชลบุรี ระยอง)

2.4 มลภาวะทางเสียง

มลพิษทางเสียงจากโรงงานอุตสาหกรรม สถานประกอบการ การจราจร ผลการศึกษา
ระดับเสียงที่จังหวัดชลบุรีในปี พ.ศ. 2542

ตาราง 18 มลพิษทางเสียงจากสถานที่ต่างๆ ในจังหวัดชลบุรี พ.ศ.2542

พื้นที่	สถานีตรวจวัด	ระดับเสียง	
		24 ชั่วโมง	ณ ช่วงเวลา
ทั่วไป	สำนักงานสามัญศึกษาจังหวัด ชลบุรี อ. เมือง	60.7-72.5	65.3-75.5
ใกล้ถนน	สำนักงานเทศบาล อ. ศรีราชา	56.7-65.9	62.6-73.2
	ศูนย์เยาวชนเทศบาล อ. ศรีราชา	60.4-77.3	64.0-83.0

ที่มา: สัมฤทธิ์ ทองศรี 2547 หน้า 160

มลพิษทางเสียงเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชน ทั้งในส่วนที่ก่อให้เกิดการ
รบกวนต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น รบกวนการนอน การทำงาน ฯลฯ หรืออาจส่งผลต่อการ
สูญเสียการได้ยินหรือระดับการได้ยินลดลง ดังนั้นคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติจึงได้กำหนด
ค่าที่ใช้ในการประเมินสถานการณ์อันตรายของเสียงต่อการได้ยินของประชาชน หากได้รับฟังเป็น
ระยะเวลาหลายปี คือ ระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง โดยกำหนดค่ามาตรฐานไม่เกิน 70 เดซิเบลเอ

และค่าที่รับฟังในขณะหนึ่งนี้อาจมีผลต่อการได้ยินอย่างเฉียบพลันเป็นระดับเสียงสูงสุดไม่เกิน 115 เดซิเบลเอ (กรมควบคุมมลพิษ, 2544)

นอกจากนี้จากการศึกษาของเพ็ญโฉม แซ่ตั้ง และวลัยพร มุขสุวรรณ (2545) ยังพบว่าชุมชนที่อยู่ใกล้นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด ได้รับมลพิษทางเสียงจากการดำเนินกิจกรรมของโรงเรียนอุตสาหกรรมภายในนิคมมาบตาพุดตลอดทั้งปี โดยเฉพาะช่วงเวลาที่โรงงานหยุดเดินเครื่องซ่อมบำรุง และมีการก่อสร้างหรือต่อเติมโรงงาน (มลพิษทางเสียง (Sound Pollution))

ทั้งนี้แหล่งที่ก่อให้เกิดมลพิษทางเสียงคือ

- จากการคมนาคมได้แก่ เสียงที่เกิดจากยานพาหนะชนิดต่าง ๆ
- จากสถานประกอบการต่าง ๆ เช่น โรงเลื่อย โรงอาหาร โรงเลื่อย โรงพิมพ์ เป็นต้น โรงงานเหล่านี้จะมีเครื่องจักรที่ทำให้เกิดเสียงดังมาก
- จากชุมชนที่อยู่อาศัยหรือธุรกิจการค้า แหล่งบันเทิง สถานเริงรมย์ เช่น ไนต์คลับ บาร์ ล้วนแต่ทำให้เกิดความรำคาญ หงุดหงิด ประสาทเครียด

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การตรวจวัดระดับเสียงในจุดที่มีการจราจรหนาแน่นในชุมชนเมืองของภาคตะวันออก
ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การศึกษามลภาวะทางเสียงจากโรงงานอุตสาหกรรมกับปัญหาการได้ยินของประชาชน (ระยอง ชลบุรี)

2. การพัฒนาแนวทางป้องกันการลดระดับเสียงในจุดที่มีระดับเสียงเกินมาตรฐาน

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. ผลกระทบของเสียงจากโรงงานอุตสาหกรรมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การทดลองใช้มาตรการทางสังคมในการลดระดับเสียงในชุมชน

(สถานบันเทิง โรงงานอุตสาหกรรม ยานพาหนะ ที่อยู่อาศัย)

2.5 มลภาวะทางอากาศ

มลพิษทางอากาศเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนที่อยู่ใกล้เคียงกับนิคมอุตสาหกรรม และแหล่งชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) ที่เกิดจากควันดำ ควันขาวจากยานพาหนะ หม้อน้ำอุตสาหกรรม และฝุ่นละอองในถนน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ เพราะเมื่อฝุ่นขนาดเล็กเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจแล้วจะเกาะตัวหรือตกค้างได้ในส่วนต่าง ๆ ของระบบทางเดินหายใจ ก่อให้เกิดการระคายเคือง และทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะ เช่น เนื้อเยื่อปอด ซึ่งหากได้รับในปริมาณมากหรือต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะไปสะสมในเนื้อเยื่อปอด เกิดเป็นพังผืด หรือแผลขึ้นได้ ทำให้การทำงานของปอดเสื่อมประสิทธิภาพลง นำไปสู่โรคหลอดลมอักเสบ หอบหืด ถุงลมโป่งพอง และมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อในทางเดินระบบหายใจได้ (สำนักงานธนาการโลก, 2543)

จากข้อมูลเกี่ยวกับโรงงานอุตสาหกรรมและสถานประกอบการ พบว่า โรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็กโดยทั่วไปจะไม่มีระบบการกำจัดมลพิษทางอากาศ มีเพียงโรงงานขนาดใหญ่และขนาดกลางเท่านั้นที่ติดตั้งระบบกำจัดมลพิษที่ปล่อยสู่บรรยากาศ โดยมลพิษทางอากาศที่ปล่อยจากโรงงานอุตสาหกรรมนั้น พบว่ามีสาเหตุจากการเผาเชื้อเพลิงเพื่อนำไปผลิตสินค้า และจากกระบวนการผลิต เช่น ทำให้เกิดฝุ่นละออง รวมถึงกลิ่นจากขยะมูลฝอยและของเสียจากกระบวนการผลิต

ทั้งนี้ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าในพื้นที่บริเวณเขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นลม มีลมประจำพัดผ่านนำเอามลภาวะทางกลิ่นและมลสารทางอากาศ สร้างความเดือดร้อนต่อชุมชนใกล้เคียงในช่วงฤดูมรสุม ถึงกันยายนของทุกปี (เพ็ญโฉม แซ่ตั้ง และ วลัยพร มุขสุวรรณ, 2545)

ตาราง 19 กรณีปัญหาด้านมลพิษอากาศ

ช่วงเวลา	สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์ / ผลกระทบ
มิ.ย. 39	โรงกลั่นน้ำมันสตาร์ ปิโตรเลียมรีไฟน์นิง	ปล่อยกลิ่นเหม็นคล้ายไข่เน่าเป็นเวลาหลายวัน ทำให้คนในชุมชนใกล้เคียงและตลาดมาบตาพุดเดือดร้อน พบนักเรียนมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ 2 คน และมีอาการเหนื่อยเพลีย แน่นหน้าอก 16 คน

ช่วงเวลา	สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์ / ผลกระทบ
ต้นปี 40	โรงงานไทยคาร์โบแล็คติ่ม จำกัด ของบริษัท ปิโตรเคมีคัลไทย จำกัด (ทีพีไอ)	ปล่อยกลิ่นเหม็นฉุนเหมือนน้ำส้มสายชู ส่งผลกระทบต่อชาวบ้านหมู่ 4 ต.ตะพง ทำให้เกิดอาการแสบจมูก หายใจไม่ออก อาเจียน ต้องส่งโรงพยาบาลจำนวน 12 คน ซึ่งโรงงานมีการปล่อยกลิ่นเป็นประจำเฉลี่ยเดือนละ 1-2 ครั้ง
มิ.ย. 40	โรงงานต่าง ๆ ในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด	ปล่อยกลิ่นเหม็นคล้ายฝรั่งสุก กลิ่นเหม็นเปรี้ยวคล้ายกำมะถัน และกลิ่นหอมเอียน ทำให้นักเรียน ร.ร.มาบตาพุด พันพิทยาคาร ชุมชนมาบตาพุด และพระในวัดโสภณวรณาราม เกิดอาการปวดศีรษะ อาเจียน แ่นหน้าอก ต้องส่งนักเรียน 40 คน เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และมีการย้ายนักเรียนกว่า 900 คน ไปเรียนที่โรงเรียนอื่นเป็นการชั่วคราว ซึ่งในที่สุดต้องย้ายโรงเรียนไปยังพื้นที่แห่งใหม่ซึ่งห่างไปประมาณ 6 กม.
มิ.ย. 42	โรงงานต่าง ๆ ในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด	เกิดกลิ่นเหม็นคล้ายยูเรียและกลิ่นเหม็นไหม้ ทำให้นักเรียน ร.ร.มาบตาพุดพันพิทยาคาร 78 คน ป่วยจนต้องพักเรียน และพบว่าครูเป็นมะเร็งในช่องท้อง 1 คน มะเร็งที่มดลูก 2 คน และเป็นโรคมะเร็งแพ้ทางผิวหนังอีก 3 คน เชื่อว่าเกิดจากสูดดมสารพิษต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2539
ส.ค. 42	บริษัท ปิโตรเคมีคัลไทย จำกัด (ทีพีไอ) ต.เชิงเนิน ระยอง	ปล่อยกลิ่นก๊าซและน้ำมัน ส่งผลให้ชาวบ้าน ต.บ้านแลง ต.กะพง และ ต.เชิงเนิน มีอาการแสบจมูก แ่นหน้าอก อ่อนเพลีย
ก.ย. 42	โรงงานผลิตภัณฑ์คาร์บอนไทย อ.ศรีราชา ชลบุรี	ปล่อยผงคาร์บอนฟุ้งกระจายสลับกับส่งกลิ่นเหม็น สร้างความรำคาญให้กับชาวบ้านใกล้เคียง
มิ.ย. 43	โรงกลั่นน้ำมันเอสโซ่ ชลบุรี	ปล่อยกลิ่นเหม็นและน้ำเสีย ส่งผลกระทบต่อชาวบ้านกว่า 50 ครัวเรือน เป็นระยะเวลาเวลานานกว่า 2 ปี
ส.ค. 43	โรงงานยางสด และโรงไม้มัน	ส่งกลิ่นเหม็นรุนแรงกระทบต่อชาวบ้านในอำเภอแกลง
ต.ค. 43	บริษัทไมย์เออร์ อินดัสตริส จำกัด ในนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง ชลบุรี	ปล่อยกลิ่นหอมเอียนคล้ายซ็อกโกแลตใหม่อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สิงหาคม 2541 ทำให้ชาวบ้านรอบ ๆ โรงงาน เกิดอาการคลื่นไส้ แ่นหน้าอก ปวดกระบอกตา แสบโพรงจมูก ผิวหนังแพ้เป็นผื่นและหน้าบวม

ช่วงเวลา	สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์ / ผลกระทบ
1 ส.ค. 44	โรงงานต่าง ๆ ในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด	ส่งกลิ่นเหม็นทำให้นักเรียน ร.ร.มาบตาพุดฯ 60 คน เวียนหัว หายใจไม่ออก เป็นผื่นคัน
8 พ.ค. 45	บริษัท ไมย์เออร์ อินด์สตรี้ส์ จำกัด ในนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง ชลบุรี	ปล่อยกลิ่นเหม็นอย่างต่อเนื่อง ก่อปรกับการขยายกำลังการผลิตในส่วนที่ 2 ส่งผลให้ปัญหากลิ่นที่ความรุนแรงมากขึ้น จนชุมชนอ่าวอุดม แหลมฉบัง ต้องออกมาเรียกร้องให้มีการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง

ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ , 2544 , มูลนิธิโลกสีเขียว, 2542 และ 2544 , สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 3 , 2543 , เพ็ญโฉม แซ่ตั้งและวลัยพร मुखสุวรรณ , 2545 , ผู้จัดการ 11/01/2545 และ 8/5/2545

และจากการศึกษาของเดชรัตน์ สุขกำเนิด และคณะ. (2546). เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ การพัฒนาอุตสาหกรรม และโครงสร้างพื้นฐานในบริเวณนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด พบว่าผลกระทบทางสุขภาพทางกายคือ ผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ โดยประชาชนและนักเรียนในตำบลมาบตาพุด ซึ่งได้รับมลพิษทางอากาศมีอาการเจ็บป่วยมากกว่าประชาชนและนักเรียนซึ่งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลออกไป ประมาณ 2-3 เท่า ในอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ คอแห้ง แสบคอ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก ซึ่งเป็นอาการของระบบทางเดินหายใจ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ซึ่งอาการของระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ ยังมีอาการแสบตา น้ำตาไหล และอาการแพ้ยา ไม่มีแรง

นอกจากนี้จากการศึกษาสถานการณ์เชิงประจักษ์และการสัมภาษณ์ประชาชนพบว่า ปัญหาที่ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศในภาคตะวันออก ยังมีในเรื่องฝุ่นที่แพร่กระจายจากโรงสีข้าว ซึ่งเป็นปัญหาในจังหวัดนครนายก ฉะเชิงเทรา และปราจีนบุรี และปัญหากลิ่นจากแหล่งทิ้งขยะมูลฝอยของชุมชนที่มีการกำจัดหรือดูแลอย่างผิดวิธี และควันจากการเผาหญ้า นาข้าว กิจกรรมด้านการเกษตร เช่น การฉีดยาฆ่าแมลง โดยพบในเกือบทุกจังหวัดของภาคตะวันออก

และสำหรับในเขตเมืองของจังหวัดสมุทรปราการ ระยองและชลบุรี จะมีปัญหามลภาวะทางอากาศจากโรงงานอุตสาหกรรม และยานพาหนะสูงกว่าจังหวัดอื่น เนื่องจากเป็นพื้นที่ซึ่งมีโรงงานอุตสาหกรรมตั้งอยู่มาก โรงงานปล่อยสารเคมีออกมาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ออกไซด์ของกำมะถัน ไนโตรเจนออกไซด์ สารประกอบตะกั่ว ปรอท แคดเมียม นอกจากนี้ในพื้นที่ซึ่งเป็นเขตเมือง จะมีจำนวนของยานพาหนะมาก ควันของท่อไอเสียจากรถยนต์ รถจักรยานยนต์ เหม่า

คาร์บอนไดออกไซด์ รวมถึงกลิ่นเหม็นจากน้ำเสียจากแหล่งชุมชนต่าง ๆ จึงกลายเป็นสาเหตุสำคัญของกาเกิดมลภาวะทางอากาศ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การศึกษาติดตามคุณภาพอากาศในพื้นที่ซึ่งมีการร้องเรียน (ระยอง ชลบุรี)

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การศึกษาผลกระทบของกลิ่นจากโรงงานอุตสาหกรรมกับสภาวะสุขภาพของประชาชน (ระยอง ชลบุรี)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพอากาศกับการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจของประชาชนที่อาศัยในเขตอุตสาหกรรม

3. ผลกระทบสุขภาพจากมลภาวะทางอากาศในชุมชนเมือง (สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง)

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาฝุ่นละอองจากโรงสีข้าว (นครนายก ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา)

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การประเมินคุณภาพอากาศในแหล่งอุตสาหกรรมโดยการศึกษาติดตามระยะยาว

2. การประเมินคุณภาพอากาศในเขตเมืองโดยการศึกษาติดตามระยะยาว

2.6 ปัญหาการขาดแคลนน้ำ/น้ำท่วม

ในภาคตะวันออก กำลังประสบภาวการณ์ขาดแคลนน้ำอย่างรุนแรง และมีแนวโน้มว่า ปัญหาการขาดแคลนน้ำในภาคตะวันออกนี้จะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอาจจนถึงขั้นเกิด "ศึกชิงน้ำ" ขึ้นในอนาคต แหล่งน้ำธรรมชาติ เช่น แม่น้ำ ลำคลองต่างๆ เกิดการเสื่อมโทรม กลายเป็นน้ำเสียที่ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในทางการเกษตรหรือใช้ในการอุปโภคบริโภคได้

ตาราง 20 สถานการณ์อุทกภัยและภัยแล้ง ปี พ.ศ. 2545

จังหวัด	จำนวน ครั้ง	ความเสียหายเดือนร้อน จากอุทกภัย			ความเสียหายเดือนร้อน จากภัยแล้ง		
		หมู่บ้าน	ครัวเรือน	ประชากร (คน)	หมู่บ้าน	ครัวเรือน	ประชากร (คน)
ปราจีนบุรี	3	268	14,685	58,378	624	86,221	359,796
ระยอง	5	115	4,764	23,027	123	7,213	26,052
จันทบุรี	5	28	244	756	383	32,576	122,695
ตราด	6	22	343	1,713	17	3,160	6,108
สระแก้ว	1	80	4,963	24,233	452	63,592	274,365
นครนายก	1	9	90	-	-	-	-
ฉะเชิงเทรา	1	12	128	-	627	109,909	449,510
ชลบุรี	0	0	0	0	197	53,854	176,719
รวม	13	411	19,693	82,161	2,423	356,525	1,415,245

ที่มา: ศูนย์อำนวยการบรรเทาสาธารณภัย, 2545

ตาราง 21 ประมาณการความต้องการใช้น้ำในภาคตะวันออก

ลุ่มน้ำ	ปริมาณ น้ำท่า (ล้าน ลบ. ม.)	ปริมาณความ ต้องการใช้น้ำ		ปริมาณน้ำที่ สามารถส่ง ให้ได้ (ล้าน ลบ.ม.)	ปริมาณน้ำที่ ขาดแคลน ในปี 2549 (ล้าน ลบ.ม.)
1. ปราจีนบุรี	4,719.49	1,130.61	1,143.16	798.20	344.96
2. บางปะกง	5,694.95	2,553.75	2,669.36	1,845.60	823.76
3. ชายฝั่งทะเลตะวันออก	12,775.70	995.65	1,668.25	766.61	901.64
4. โตนเลสาบ	2,426.92	269.68	457.442	150.15	307.27
รวม	25,620.06	4,949.69	5,938.19	3,560.56	2,377.63

ที่มา: กรมชลประทาน อ้างถึงใน พิษญา อนันตวงศ์ และ เดชรัต สุขกำเนิด. (2548, หน้า 2-12).

นอกจากนี้ การสูญเสียพื้นที่ป่าไม้ในภาคตะวันออก ส่งผลให้การกักเก็บน้ำฝนตามธรรมชาติทำได้น้อยลง นำไปสู่การเกิดปัญหาน้ำท่วมในหลายจังหวัด โดยเฉพาะจันทบุรี ปราจีนบุรี สระแก้ว และระยอง ส่วนในช่วงฤดูร้อนยังเกิดการขาดแคลนน้ำรุนแรงในพื้นที่จังหวัด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว

จากการประมาณการในเรื่องความต้องการใช้น้ำในภาคตะวันออกของกรมชลประทาน พบว่า บริเวณลุ่มน้ำ ชายฝั่งทะเลตะวันออก จะมีปริมาณน้ำที่ขาดแคลนในปี 2549 มากที่สุด ประมาณ 901.64 ล้าน ลบ.ม. รองลงมาคือ ลุ่มน้ำบางปะกง ประมาณ 823.76 ล้าน ลบ.ม.

และจากการสนทนากลุ่มเกษตรกรผู้ครอบครองที่ดินในเขตปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรม (สปก.) ในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า เกษตรกรต้องพบกับปัญหาการขาดแคลนน้ำเป็นประจำ ทุกปี แม้ว่าการทำการเกษตรส่วนใหญ่จะพึ่งน้ำจากธรรมชาติคือน้ำฝน แต่ทุกปีเกษตรกรต้องซื้อน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภคในหน้าแล้ง ส่งผลต่อการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต และการที่ต้องจำกัดปริมาณการใช้น้ำ ส่งผลโดยรวมต่อสุขภาพของประชาชน

นอกจากนี้ นับตั้งแต่ปี 2544-2548 ได้เกิดปัญหาน้ำท่วมรุนแรงในหลายจังหวัดของภาค ตะวันออก ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน เช่น เหตุการณ์น้ำท่วมครั้งใหญ่ในเขตตัวเมืองของ จังหวัดจันทบุรี ในปี 2544 นอกจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจแล้ว ยังส่งผลให้เกิดทุกขภาวะทาง สุขภาพในหลายประเด็น เช่น ปัญหาสุขภาพจิตจากการสูญเสีย ปัญหาสุขภาพกายจากโรคติดต่อ ที่มีสาเหตุจากน้ำท่วม เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การศึกษาสภาพปัญหาการขาดแคลนน้ำอุปโภคบริโภคของประชาชนนอกเขตพื้นที่ บริการน้ำประปา

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. ผลกระทบของปัญหาการขาดแคลนน้ำต่อสุขภาพของประชาชน (ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว)

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. ผลกระทบจากปัญหาน้ำท่วมต่อสุขภาพของประชาชน (จันทบุรี ปราจีนบุรี สระแก้ว นครนายก)

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การคาดการณ์แนวโน้มปัญหาการขาดแคลนน้ำในภาคตะวันออกและผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน (การขยายตัวของเมืองการใช้น้ำภาคอุตสาหกรรม การใช้น้ำเพื่อการเกษตรกรรม)

3. สภาพสังคม

สภาพสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อวิถีชีวิต หรือครรลองชีวิต (Lifestyles) ซึ่งก็คือวิถีทางการใช้ชีวิต ซึ่งถูกกำหนดด้วยตัวแปรต่างๆที่มีอิทธิพลต่อกัน ได้แก่ บุคลิกเฉพาะตัวของปัจเจกบุคคล ความเชื่อ ค่านิยม ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อสภาวะสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของคนในสังคม ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และพัฒนาการของสังคม (ปรับปรุงจาก ปรีดา เต๋ออารักษ์, สุวัช เขียวศิริวัฒนา, อรสา ไชยวินทะ, สุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม, 2546, หน้า 219)

สภาพสังคมในภาคตะวันออกพบว่าทั้งสังคมชนบทและสังคมเมือง โดยประชาชนที่ใช้ชีวิตอยู่ในชนบทมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากประชาชนในเมืองเป็นอันมาก คนในชนบทส่วนใหญ่รายได้น้อยใช้น้อยมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในเมือง คนในเมืองมีรายได้สูงกว่าสามารถซื้อหาสิ่งอำนวยความสะดวกได้มากกว่า อุดมไปด้วยเครื่องอุปโภคบริโภค มีโอกาสได้รับการศึกษามากกว่า ด้านบริการสาธารณสุขอุปโภคแม้จะมีการพัฒนาให้กระจายไปสู่ชนบทมากขึ้นแต่ก็ยังไม่เท่าเทียมในเมือง ไม่ว่าจะเป็นไฟฟ้า น้ำประปา บริการด้านสุขภาพอนามัย พิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ โดยรวมประเมินได้ว่าชาวชนบทมีคุณภาพชีวิตไม่ดีเท่าชาวเมือง โดยยังคงมีปัญหาที่มีผลกระทบต่อสังคมชนบทอีกมากมาย เช่น

1) ปัญหาเกษตรกรไร้ที่ดินทำกิน ราคาที่ดินสูงขึ้น ชาวไร่ ชาวนา ชาวสวนมีหนี้สินมากในช่วง 20 กว่าปีที่ผ่านมาเศรษฐกิจพัฒนาขึ้น นายทุนกว้านซื้อที่ดินเพื่อเตรียมรองรับการขยายตัวของเมืองและการพัฒนาอุตสาหกรรมและที่ดินเกษตรกรรมได้แปรสภาพเป็นสนามกอล์ฟ โรงงานอุตสาหกรรม หมู่บ้านจัดสรร ฯลฯ สิ่งแย่งยวนเร่งเร้าให้ขายที่ดินเกษตรกรรมซึ่งเป็นมรดกตกทอดมาจากบรรพบุรุษเกิดการสูญเสียที่ดินและความมั่นคงในการประกอบอาชีพ กลายเป็นเกษตรกรไร้ที่ดินทำกิน เป็นกรรมกรโรงงานอุตสาหกรรม มูลค่าที่ดินราคาสูงยากที่จะซื้อมาทำกินจำนวนไม่น้อยเอาที่ดินค้ำประกันหนี้ กู้ยืมเงินธนาคารมาลงทุน มากินมาใช้ฟุ่มเฟือย เมื่อหมดแล้วก็ขอกู้เพิ่มขึ้นๆ ที่สุดที่ดินก็ถูกธนาคารยึดไปขายทอดตลาด

2) ปัญหาการย้ายถิ่น เกิดจากหลายสาเหตุ แรงผลักดันให้เกิดการอพยพส่วนใหญ่ เนื่องจากสภาวะในการประกอบอาชีพประสบปัญหาทางธรรมชาติ รายได้ตกต่ำ ไม่มีโอกาสหารายได้ในท้องถิ่น ในเมืองมีปัจจัยดึงดูดมากมาย เป็นแหล่งที่เจริญมากกว่า มีความเหลื่อมล้ำแตกต่างกันมากทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ชีวิตชาวเมืองมีสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย สนุกทำทนาย ประสบการณ์แปลกใหม่ มีโอกาสเผชิญโชค หางานทำ หารายได้ การทิ้งถิ่น การย้ายถิ่น ไปทำมาหากินที่อื่นนั้นแต่ก่อนมุ่งสู่เมืองหลวง แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไป โดยมุ่งสู่แหล่งอุตสาหกรรมไปทำงานต่างประเทศ ไปทำการเกษตรหรือกิจการในภูมิภาคที่มีปัจจัยอำนวยดีกว่า

3) ปัญหาการว่างงานหรือแรงงานชนบท เนื่องจากชาวชนบทมีอาชีพหลักคือเกษตรกรรม ซึ่งทำงานไม่เต็มที่ไม่ได้มีประสิทธิภาพ ว่างงานตามช่วงฤดูกาล จึงมีรายได้ไม่ต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากการผลิตยังต้องพึ่งพิงธรรมชาติและผลิตตามฤดูกาล ไม่สามารถสร้างงานได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4) ปัญหาการผลิตและรายได้ ชาวชนบทส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่สวน ไร่ นา เลี้ยงสัตว์ ประมง โดยอาศัยแหล่งน้ำธรรมชาติ เมื่อประสบภัยธรรมชาติ อุทกภัย ฝนแล้ง ไม่ได้ผลผลิต บางแห่งมีการพัฒนาโดยใช้เทคโนโลยีที่สูงขึ้น ใช้ปุ๋ย สารเคมีปราบศัตรูพืชจึงเพิ่มต้นทุนในการผลิตมาก แต่ขายผลผลิตได้ในราคาต่ำ จึงขาดความมั่นคงในการประกอบอาชีพ เพราะไม่อาจควบคุมการตลาดได้ พ่อค้าคนกลางเอาเปรียบมาก บางครอบครัวจำเป็นต้องอพยพจากท้องถิ่นไปหางานทำทั้งในลักษณะชั่วคราว และถาวรเพื่อพียงฐานะการครองชีพ

5) ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสภาพแวดล้อม ไม่ว่าจะที่ดิน แหล่งน้ำ ทัศนียภาพ ป่าไม้ แร่ธาตุ สัตว์ป่า สมุนไพร บรรยากาศที่ดี อากาศบริสุทธิ์ในชนบทถูกนำมาใช้อย่างฟุ่มเฟือย ไม่ได้มีการควบคุมอย่างจริงจังจึงหมดไป เกิดการขาดแคลน มีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม ดิน น้ำ อากาศเสีย สารเคมีคุกคาม

จะเห็นได้ว่าปัญหาของสังคมชนบทมีไม่น้อย ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น สถานการณ์ในสังคมชนบทที่แท้จริงไม่ได้เผชิญปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งแต่เพียงด้านเดียว โดยมีปัญหาสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมากมาย เช่น ปัญหาการศึกษา โรคต่างๆ ฯลฯ

ปัญหาของประชาชนในเขตเมือง พบว่าชุมชนหรือสังคมแบบเมือง เป็นเขตที่มีประชากรอยู่หนาแน่น ชีวิตของคนในเมืองแตกต่างจากชาวชนบทมาก โดยเป็นสังคมที่หรูหรา แข่งขัน แข่งขัน ต่อสู้ ชีวิตขึ้นอยู่กับเวลา วัตถุ ธุรกิจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมหรือพัฒนาวัฒนธรรม ปัญหาหลักของประชาชนในเขตเมือง อาจแบ่งดังนี้

1) ชุมชนแออัด ซึ่งเป็นแหล่งที่อยู่แออัดที่ขาดสุขลักษณะส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เป็นแหล่งของอาชญากรรม ยาเสพติด โสเภณี ฯลฯ

2) ปัญหาเศรษฐกิจ เนื่องจากมีสิ่งเร้าและสถานการณ์เชิงชุมชนและบังคับให้ค่าครองชีพสูง โอกาสที่จะพุ่มเพี้ยงมีมาก นอกจากค่าเสื้อผ้า เครื่องสำอาง ที่อยู่อาศัย อาหาร ค่ารถ (พาหนะ) ค่าบริการวิชาชีพสังคม สิ่งย้ายวนจากสถานเริงรมย์ เงินที่ได้มาจึงหมดไปอย่างรวดเร็ว

3) ปัญหาสุขภาพ ทั้งทางกาย ทางจิต จากมลภาวะสิ่งแวดล้อม เนื่องจากในเขตเมืองเป็นแหล่งสร้างมลภาวะทางสิ่งแวดล้อม

4) ปัญหาการจราจร ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การเกิดมลภาวะทางอากาศ การเครียดจากปัญหาจราจร ฯลฯ

5) ปัญหาครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยกทำให้เกิดปัญหาสังคมต่างๆ ตามมา เช่น ปัญหาพฤติกรรมเบี่ยงเบนของเด็กและเยาวชน, ภาวะสุขภาพจิตเสื่อม การทอดทิ้งผู้สูงอายุ การห่างเหินระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ครอบครัวแตกแยก การหย่าร้าง ฯลฯ

สำหรับสภาพสังคมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับปัญหาการปล่อยสารเคมีอันตรายของโรงงานต่างๆ สุ่มชนที่อยู่รอบข้าง การเกิดอุบัติเหตุ ปัญหายาเสพติด ความยากจน สถานบันเทิง โรคเอดส์ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งปัญหาการลักขโมยและอาชญากรรมต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งปัจจัยด้านสภาพสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 สิ่งแวดล้อมทางสังคม

สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมทางสังคมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสิ่งแวดล้อมทางสังคม ทั้งที่ส่งผลดี เช่น การมีส่วนร่วมสาธารณะ สถานที่ออกกำลังกาย ลานกีฬา ศาสนสถานต่างๆ ฯลฯ และที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การเพิ่มขึ้นของจำนวนห้างสรรพสินค้า สถานบันเทิง แหล่งอบายมุข ฯลฯ

ทั้งนี้จากการศึกษาของ วิฑิตมาวดี เจริญวิทย์ และคณะ. (2548). ในโครงการติดตามสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Child Watch) โดยอาศัยตัวบ่งชี้คัดสรร (Selected Indicators) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลตามตัวบ่งชี้ ด้านปัญหาสังคมของเด็กและเยาวชนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กและเยาวชนระดับประถมศึกษา-อุดมศึกษา จำนวน 15,344 คน และทำกรณีศึกษาและสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาเชิงลึกรายกรณี ผลการศึกษา พบว่า สภาวะด้านการจัดระเบียบพื้นที่ พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพื้นที่ให้เยาวชนได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เช่น ลานกีฬา ลานกิจกรรมสาธารณะ และสวนสาธารณะทุกประเภทรวมกัน เป็นอัตรา 132.81 ต่อแสนประชากร และมีพื้นที่เสี่ยง เช่น ผับ ร้านคาราโอเกะ

คอกเทลเลาจ์ ดิสโก้เทค โต๊ะสนุกเกอร์ โรงแรมมานูต ทุกประเภทรวมกัน เท่ากับ 71.72 แห่ง ต่อประชากรแสนคน มีร้าน Internet ในอัตรา 12.91 ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่า จังหวัดชลบุรี และจังหวัดระยอง มีการจัดพื้นที่ดี และมีพื้นที่เลี้ยงอยู่ในอัตราที่สูงกว่าจังหวัดอื่น

และ สำนักงานการศึกษาแห่งชาติ. (2542). ศึกษาพฤติกรรมการเที่ยวสถานเริงรมย์ของวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่นิยมเที่ยวสถานเริงรมย์ประเภทผับมากที่สุด โดยเที่ยวในช่วงเวลา 21.01 น. - 23.00 น. ไปเที่ยวโดยเฉลี่ยเดือนละครั้ง ค่าใช้จ่ายในการเที่ยวสถานเริงรมย์โดยเฉลี่ยต่อครั้งสูงกว่า 500 บาท ใช้เวลาในการเที่ยวสถานเริงรมย์แต่ละครั้ง 2 - 4 ชั่วโมง เมื่ออยู่ในสถานเริงรมย์วัยรุ่นมีพฤติกรรมในการฟังเพลงมากที่สุด วัยรุ่นเลือกเที่ยวสถานเริงรมย์กับเพื่อนสนิทมากที่สุด โดยเที่ยวสถานเริงรมย์ในวันศุกร์ - วันเสาร์ ส่วนใหญ่ใช้เงินในการเที่ยวมาจากเงินเดือนประจำที่ได้รับจากผู้ปกครอง และวัยรุ่นรู้จักสถานเริงรมย์จากเพื่อนมากที่สุด สำหรับสาเหตุการเที่ยวสถานเริงรมย์ของวัยรุ่น พบว่าส่วนใหญ่ มาจากสาเหตุด้านตัวบุคคล และด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเที่ยวสถานเริงรมย์ตามลักษณะของสถานเริงรมย์ พบว่า วัยรุ่นต่างเพศมีพฤติกรรมการเที่ยวสถานเริงรมย์แต่ละลักษณะแตกต่างกัน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การศึกษาแนวทางการดำเนินการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของสื่อลามกในเยาวชน
2. สภาพปัจจุบันของสถานบันเทิงและลักษณะสถานบันเทิงที่ก่อให้เกิดปัญหาสังคมในภาคตะวันออก

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. ลักษณะการดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันกับผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพของเยาวชน (ค่านิยมฟุ้งเฟ้อ ขาดความอบอุ่น พฤติกรรมการเลียนแบบ)
2. ผลกระทบต่อสุขภาพจากวิธีการบริโภคตามสภาพสังคมของประชาชนในภาคตะวันออก (อาหารขยะ อาหารตลาดนัด อาหารแฝงลอยริมถนน)

3. แนวทางการจัดระเบียบพื้นที่รอบสถานศึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพเยาวชน

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การสร้างเสริมสภาพแวดล้อมในโรงเรียนและชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ
2. การศึกษาปัจจัยทางสังคมของชุมชนต้นแบบในการสร้างสังคมเป็นสุข

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การพัฒนาค่านิยมในการดำเนินชีวิตของเด็กและเยาวชนในภาคตะวันออก

3.2 การหย่าร้าง

สถานการณ์ด้านการหย่าร้างในภาคตะวันออก จากการศึกษาของ จิตติมาวดี เจริญรัชต์ และ คณะ. (2548). ในโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัดในภาคตะวันออก (Child Watch) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า เด็กและเยาวชนในภาคตะวันออกส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี เนื่องจากเด็กอาศัยอยู่กับพ่อแม่ และยังเกี่ยวข้องกับพ่อแม่ในวันหยุดบ่อยครั้ง แต่พบว่าอัตราการหย่าร้างต่อการจดทะเบียนค่อนข้างสูง คือ 1 ต่อ 4 จากการสัมภาษณ์ คู่สมรสที่ประสบปัญหาการหย่าร้าง พบว่า เกิดจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุซึ่งอาจถือเป็นสาเหตุร่วมของคู่สมรสส่วนใหญ่ คือ สภาพการดำเนินชีวิตในปัจจุบันที่ทำให้ครอบครัวมีเวลาให้น้อยลง ผลจากค่านิยมความพึงพอใจในสังคม เช่น การซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิต บางครั้งเป็นสาเหตุของหนี้สินและความขัดแย้งในครอบครัวและส่งผลกระทบต่อบุตรทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ปัญหาการทำร้ายร่างกายเด็ก การทอดทิ้งเด็ก เป็นต้น

สำหรับปัญหาการหย่าร้างในคู่สมรสวัยรุ่น จากการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ซึ่งแต่งงานขณะเรียนชั้นปีที่ 2 ต่อมาได้หย่าร้างกับคู่สมรส พบว่า สาเหตุการหย่าร้างมาจากการขาดความพร้อมในการใช้ชีวิตคู่ คุณลักษณะของคู่สมรสซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นในปัจจุบันอาจตัดสินใจแต่งงานโดยขาดการวางแผนชีวิตคู่

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. ผลกระทบด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนจากปัญหาการหย่าร้างของบิดามารดา

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. สภาพแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจหย่าร้างในคู่สมรสที่มีบุตร

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การศึกษารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนชีวิตของคู่สมรสวัยรุ่น

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การศึกษาเชิงวิเคราะห์มูลเหตุที่ทำให้คู่สมรสในสังคมอุตสาหกรรมมีความสุขในชีวิต

สมรสลดลง

3.3 สถานการณ์เด็กและเยาวชน

สำหรับสถานการณ์เด็กและเยาวชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปัจจุบัน พบว่าเด็กมีปัญหาทั้งในด้านการเป็นผู้กระทำความผิดและการถูกกระทำจากผู้อื่น จากการศึกษาของ จิตติมาวดี เจริญรัตน์ และ คณะ (2548) ในโครงการติดตามสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Child Watch) พบว่า สภาวะเสี่ยงทางสังคมของเด็ก พบว่า

1) เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการเที่ยวกลางคืน การเที่ยวห้าง การเล่นเกมพนัน ประสบการณ์การพบเห็นการเสพยาเสพติดในสถานศึกษา และประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ มีเพียงจำนวนน้อย แต่จากผลการสำรวจเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 19 ปีที่มาทำคลอดที่โรงพยาบาล พบว่ามีอัตรา 166.84 ต่อประชากรแสนคน โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี และพบเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี มาทำคลอด ในอัตรา 2.34 ต่อประชากรแสนคน

2) สภาวะเกี่ยวกับปัญหาเด็กถูกละเมิด จากการศึกษาโดยการสำรวจพบว่า การล่วงละเมิดทางร่างกาย เช่น การขู่กรรโชกทรัพย์ การทำร้ายร่างกายที่สถานศึกษามีจำนวนไม่มากนัก แต่จากกรณีศึกษาพบว่า เด็กและสตรีมีปัญหาการล่วงละเมิดทางร่างกายโดยบุคคลในครอบครัวเป็นจำนวนไม่น้อย โดยมีเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ถูกละเมิดทางเพศในอัตรา 19.43 ต่อประชากรแสนคน และมีเด็กถูกทิ้งในอัตรา 0.85 ต่อประชากรแสนคน โดยมี 3 จังหวัดที่ไม่พบทารกถูกทิ้งคือ นครนายก จันทบุรี และตราด

3) สภาวะเกี่ยวกับเด็กที่กระทำความผิด พบว่า อัตราเด็กแรกรับหรือส่งต่อเข้าสถานพินิจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตรา 177.29 คนต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกประเภทพบว่า คดีเกิดกับทรัพย์เป็นคดีที่เด็กและเยาวชนทำผิดสูงสุด เท่ากับ 127.10 คนต่อประชากรแสนคน และมีจำนวนเด็กและเยาวชนที่มาขอรับบริการบำบัดยาเสพติดในอัตรา 66.31 คนต่อประชากรแสนคน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การศึกษาปัจจัยสาเหตุสำคัญของการกระทำผิดกฎหมายของเด็กและเยาวชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. สถานการณ์ด้านการถูกละเมิดทางเพศของเด็กและเยาวชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเล่นเกมพนันในรูปแบบต่างๆกับภาวะด้านสุขภาพ
3. ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกายจิตใจและความสัมพันธ์ในครอบครัวของเด็กติดเกมส์

คอมพิวเตอร์

4. ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของเด็กและเยาวชนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภไม่พึงประสงค์

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การสร้างกระบวนการทางสังคมเพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของสื่อลามกอนาจาร
ในเยาวชน

2. การทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาจิตพิสัยในเยาวชนในสถานพินิจ

3.4 เศรษฐกิจ

ตาราง 22 รายได้และค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนรายจังหวัดของภาค
ตะวันออก พ.ศ. 2545

จังหวัด	รายได้ทั้งสิ้น ต่อเดือน (บาท)	ค่าใช้จ่ายต่อเดือน(บาท)			ร้อยละของ ค่าใช้จ่ายต่อ รายได้
		เพื่อการ อุปโภค บริโภค	ที่ไม่เกี่ยวกับ การอุปโภค บริโภค	ทั้งหมด	
ชลบุรี	13,807	11,362	991	12,353	89.47
ระยอง	14,739	9,061	1,526	10,587	71.83
จันทบุรี	11,527	8,759	1,113	9,872	85.65
ตราด	7,426	6,984	690	7,674	103.34
ฉะเชิงเทรา	13,781	11,131	1,604	12,735	92.41
ปราจีนบุรี	10,477	8,715	981	9,696	92.55
สระแก้ว	8,355	6,511	705	7,216	86.37
สมุทรปราการ	12,124	9,820	892	10,712	88.35
นครนายก	9,996	8,742	698	9,440	94.43
ภาคกลาง	13,012	9,140	1,248	10,388	79.84

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545

จากข้อมูลสภาพเศรษฐกิจของประชาชนในภาคตะวันออก โดยประเมินจากข้อมูลรายได้
และค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนรายจังหวัดในเขตภาคตะวันออก พบว่า จังหวัด

ระยงมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด รองลงมาคือ ชลบุรี และ ฉะเชิงเทรา ส่วนข้อมูลร้อยละของค่าใช้จ่ายต่อรายได้ของครอบครัว พบว่า จังหวัดตราดมีค่าใช้จ่ายต่อรายได้มากที่สุด รองลงมาคือ นครนายก และปราจีนบุรี

สถานการณ์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากสภาพเศรษฐกิจของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า แม้ว่าประชาชนจะมีรายได้เฉลี่ยสูงขึ้น แต่ ก็มีรายจ่ายจากการดำรงชีวิตเพิ่มขึ้น จากการสนทนากลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรม ในจังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี พบว่า เกษตรกรมีปัญหาด้านที่ดินทำกิน และเกษตรกรมีหนี้สินเกือบทุกครัวเรือน โดยส่วนใหญ่เป็นหนี้ที่เกิดจากการประกอบอาชีพ เช่น การซื้อพันธุ์พืช การซื้อปุ๋ย การจ้างแรงงาน ฯลฯ รองลงมาเป็นหนี้ที่เกิดจากวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การซื้อโทรศัพท์มือถือ รถยนต์ รถจักรยานยนต์ เครื่องใช้ไฟฟ้า นอกจากนี้ ยังมีหนี้สินที่เกิดจากการส่งเสริมบุตรเรียนหนังสือ และปัญหาสุขภาพ เช่น ค่าเดินทางในการไปรับการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. ผลกระทบจากปัญหาที่ดินทำกินต่อภาวะสุขภาพ (ฉะเชิงเทรา ชลบุรี)

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. ผลกระทบจากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจกับภาวะสุขภาพ (หนี้จากการประกอบอาชีพ หนี้จากวิถีการดำเนินชีวิต)

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การพัฒนาแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาเศรษฐกิจของผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

3.5 ความเครียด/ฆ่าตัวตาย

ปัญหาความเครียดและการฆ่าตัวตายในประเทศไทยได้ทวีความรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ โดยอาจเกิดจากคนไทยมีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ไม่สามารถใช้กลไกในการจัดการกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยสูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจจากผลกระทบของปัญหาทางการเงิน รายได้ไม่พอใช้จ่าย มีหนี้สิน ตกงาน มีภาระต้องดูแล มีชีวิตครอบครัวล้มเหลว เป็นต้น

นอกจากนี้สุขภาพทางจิตของประชาชนยังมีความสัมพันธ์กับสภาพความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัว ในกรณีของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากสภาพปัญหาของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากมาย ในหลายกลุ่มอายุหรืออาชีพ ตัวอย่างเช่น จากปัญหา มลพิษ เช่น การเกิดกลิ่นเหม็นมาก ๆ จากโรงงานอุตสาหกรรม อาจทำให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงทนไม่ได้ เกิดความเครียด นอนไม่หลับ หรือเสียงดังที่เกิดจากกระบวนการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมอาจทำให้ชาวบ้านเกิดความวิตกกังวล และความกลัวว่าโรงงานจะระเบิด หรือเกิดอุบัติเหตุจากสารเคมีอันตราย หรือปัญหาทรัพยากรธรรมชาติที่เสื่อมโทรมลง อาจส่งผลกระทบต่อทำให้ชาวประมงจับปลาได้น้อยลง จนเกิดความเครียด เป็นต้น

ตาราง 23 ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม ของผู้ป่วยในบางจังหวัดของภาคตะวันออก

ปี	สระแก้ว		ระยอง		ชลบุรี	
	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากร 1,000	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คน
2543	20,348	38	26,819	52	32,247	30
2544	27,127	51	22,665	43	34,047	31
2545	26,871	50	22,386	41	33,328	30

ที่มา: รายงานการป่วยของผู้ที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2543 - 2545

และจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การอพยพของแรงงานต่างถิ่นจำนวนมากเข้ามาอยู่ร่วมกับคนในชุมชน อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกแปลกแยก มีความเสี่ยงภัยในชีวิตสูงขึ้น ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตของคน ทำให้เกิดความเครียด หวาดระแวง และขาดที่พึ่งทางจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยมีอาการแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมนับวันยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าในปี 2545 ภาคตะวันออก มีผู้ป่วยด้วยเหตุนี้ มากถึง 150,315 คน

สำหรับผลการศึกษาศาสนสถานการณด้านความเครียดและการฆ่าตัวตายในภาคตะวันออกที่น่าสนใจ มีดังนี้

ล่องจันท์ ทรัพย์เจริญ จริญญาตรี เดือนฉาย และ อัฐชุลี กลิ่นพันธุ์. (2541). ได้ศึกษา ระดับความเครียดของประชาชนในอาชีพต่าง ๆ จังหวัดสระแก้ว ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน แม่บ้าน / พ่อบ้าน ทหารเกณฑ์ใหม่ และทหารเกณฑ์ก่อนปลดประจำการ จำนวน 890 คน พบว่าจากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของคนในสังคม ทำให้ประชาชนมีปัญาสุขภาพจิตได้ง่าย การศึกษาระดับความเครียดของประชาชนในอาชีพต่าง ๆ พบความเครียดในระดับที่มากกว่าปกติในกลุ่มทหารเกณฑ์ใหม่มากที่สุด

วัชรีย์ อุจะรัตน์ รัชวัลย์ บุญโถม และ โนรี ใจหาญ. (2541). ได้ศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง พบว่า สถานการณ์และแนวโน้มในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน ความเครียดซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้น และผลกระทบที่ตามมาคือ ไม่สามารถจัดการกับความรับผิดชอบหรือภาระหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เท่าที่ควรทั้งในสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา และสถาบันทางสังคมอื่น พฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดระยอง จำนวน 118 ราย พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-45 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.58 เท่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้างทั่วไป เวลาที่มาโรงพยาบาล เป็นเวลา 18.01-24.00 น. ก่อนทำร้ายตนเองพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากความไม่สบายใจมาก ไม่ได้เสพสิ่งเสพติดล่วงหน้า ไม่เคยใช้บริการปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคคลที่รบกวนจิตใจมากที่สุดคือคู่ครอง สาเหตุที่ทำให้ทำร้ายตนเองมากที่สุดคือ ขัดแย้งหรือทะเลาะกับคนใกล้ชิด

ฐิติมาวดี เจริญรัตน์ และ คณะ. (2548). ได้ศึกษาโครงการติดตามสภาพการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัดในภาคตะวันออก (Child Watch) ด้านสุขภาพจิต พิจารณาจากการฆ่าตัวตายของเด็กและเยาวชนพบว่า ช่วงอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตาย 22.49 คนต่อประชากรแสนคน ส่วนอายุ 19-25 ปี มีอัตราเท่ากับ 65.85 คนต่อประชากรแสนคน โดยในจังหวัดระยองมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด อัตรา 191.06 ต่อประชากรแสนคน จึงเป็นพื้นที่ซึ่งต้องระวังเป็นพิเศษ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. ปัจจัยมูลเหตุที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นและวัยทำงานในภาคตะวันออก

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. รูปแบบการดำเนินการเพื่อลดความเครียดจากการทำงานของแรงงานภาคอุตสาหกรรม

2. การศึกษาสถานการณ์ด้านการฆ่าตัวตายของประชาชนกลุ่มต่างๆในภาคตะวันออก

(ระยอง)

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การพัฒนารูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน

2. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมต่อความเครียดของประชาชน

3. การส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียดของประชาชนกลุ่มต่างๆ

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การพัฒนาวิถีเชิงรุกในการให้บริการให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในชุมชน

4. ระบบบริการสุขภาพ

4.1 การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

จากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นระบบบริการหรือการจัดการด้านสุขภาพที่อยู่บนฐานความจริง เน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ คือให้ความสำคัญต่อการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีมากกว่าการจัดบริการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้รูปแบบการให้บริการสุขภาพถูกปรับเปลี่ยนไป แม้ว่าการบริการทางสุขภาพจะมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน คือ การบริการที่มีคุณภาพและสุขภาพะของประชาชน แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่า มาตรฐานการให้บริการของสถานบริการแต่ละแห่งยังมีความแตกต่างกัน โดยอาจขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น ความพร้อมของบุคลากร จำนวนบุคลากร ความเข้าใจในนโยบาย ฯลฯ นอกจากนี้จากคำนิยามของศูนย์สุขภาพชุมชน กำหนดว่าต้องเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนแบบขั้นพื้นฐานมีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม ผลผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีบริการให้คำปรึกษา ส่งต่อ ทั้งนี้ เพื่อการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ ทั้ง กาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546).

ผลการศึกษาในด้านการพัฒนาคุณภาพบริการในภาคตะวันออก เช่น จากการศึกษาของภิรมย์ สงวนทรัพย์. (2548). เกี่ยวกับความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานบริการปฐมภูมิในจังหวัดฉะเชิงเทรามีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรสาธารณสุขที่มีสถานที่ปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานและการได้รับการอบรมที่แตกต่างกันมีความพร้อมไม่แตกต่างกัน บุคลากรสาธารณสุขที่มีอายุ อายุราชการและตำแหน่งหน้าที่แตกต่างกัน มีความพร้อมแตกต่างกัน อายุ อายุราชการ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประเมินความสามารถตนเองและแรงจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกจากนี้ จากการติดตามสถานการณ์และรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ พบประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ดังนี้

จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พบว่า เหตุผลหลักของการมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ คือ การไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายในราคาถูก ความสะดวกในการเดินทาง แต่พบว่า เหตุผลในด้านความเชื่อถือต่อคุณภาพการให้บริการ เช่น ความสามารถของแพทย์ผู้ให้การรักษา ความก้าวหน้าทางการแพทย์ ความพร้อมของบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยังไม่ใช่เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยเฉพาะในกลุ่มข้าราชการและประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี พบว่า เหตุผลหลักที่ไม่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ คือ การขาดความเชื่อถือในคุณภาพการให้บริการ โดยประชาชนกลุ่มดังกล่าวให้ความเห็นว่า ระบบการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน มีคุณภาพสูงกว่าสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเฉพาะในเรื่องประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล เช่น ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาล คุณภาพของเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการรับบริการ ความทันสมัยของวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาด้านความพร้อมในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิในภาคตะวันออก

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การพัฒนาความพร้อมในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนในกลุ่มต่างๆ

3. การศึกษาเชิงวิเคราะห์มูลเหตุและลักษณะบริการทางสุขภาพที่ทำให้ผู้รับบริการขาดความเชื่อถือ (สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์)

4. ปัจจัยที่ทำให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในภาคตะวันออกมีคุณภาพการให้บริการตามการรับรู้ของประชาชนแตกต่างกัน (สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป)

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์(GIS)ในการจัดลำดับความนิยมของผู้รับบริการต่อสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในภาคตะวันออก

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การศึกษาติดตามปัจจัยความสำเร็จของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในภาคตะวันออกที่ประชาชนให้ความเชื่อถือ

4.2 การพัฒนาประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรค

สถานการณ์ของโรคในภาคตะวันออก พบว่า ภาคตะวันออกมีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญเช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก เอดส์ มาลาเรีย พิษสุนัขบ้า อุจจาระร่วง ภาวะการติดเชื้อ และความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจในด้าน ฯลฯ โดยพบว่า โรคเอดส์ยังเป็นโรคติดต่อสำคัญที่เป็นปัญหาของภาคตะวันออก นอกจากนี้ ยังมีโรคติดต่ออื่นๆ ที่เป็นปัญหาของภาคตะวันออก เช่น ไข้หวัดนก โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า มาลาเรีย เป็นต้น รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 24 แสดงจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในภาคตะวันออก ปี 2545-2547

จังหวัด	ปี 2545		ปี 2546		ปี 2547	
	จำนวน	อัตราป่วย	จำนวน	อัตราป่วย	จำนวน	อัตราป่วย
ชลบุรี	1728	158.33	1502	93.11	218	18.84
ฉะเชิงเทรา	953	148.47	680	104.65	544	83.37
ระยอง	1445	272.68	1509	276.09	783	347.97
จันทบุรี	1357	273.24	663	131.02	536	104.77
ตราด	192	85.66	224	55.04	112	20.12
ปราจีนบุรี	1400	313.67	441	97.39	403	88.78
สระแก้ว	783	146.99	704	130.59	355	33.94
สมุทรปราการ	1316	131.11	1743	143.33	799	147.57
นครนายก	163	65.61	184	73.29	216	85.76

จากสถิติพบว่า โรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาที่สำคัญของภาคตะวันออก โดยพบว่าบางจังหวัด ยังมีอัตราป่วยสูงเกินกว่ามาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดอัตราป่วยไว้

ไม่ให้เกิน 50 คนต่อประชากรแสนคน สรุปได้ว่าภาคตะวันออกเฉียงยังมีปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ซึ่งเกินกว่าตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

ตาราง 25 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี รายปีในแต่ละกลุ่มอายุ จำแนกตามรายปี ปี 2547 -2549

กลุ่มอายุ	ชาย/หญิง (2547)	%	ชาย/หญิง (2548)	%	ชาย/หญิง (2549)	%
0-4	12,970	2.27	12,130	2.24	11,222	2.21
5-9	8,894	1.55	9,145	1.68	9,155	1.80
10-14	2,966	0.52	3,720	0.69	4,424	0.87
15-19	13,914	2.43	12,447	2.30	11,291	2.22
20-24	54,277	9.48	47,924	8.86	42,598	8.38
25-29	105,073	18.35	92,020	17.01	80,855	15.91
30-34	138,528	24.20	124,472	23.02	110,762	21.79
35-39	119,828	20.93	116,686	21.58	110,966	21.83
40-44	65,054	11.36	67,991	12.57	69,852	13.74
45-49	28,705	5.01	30,666	5.67	32,351	6.36
50-54	12,000	2.10	12,856	2.38	13,658	2.69
55-59	5,386	0.94	5,649	1.04	5,891	1.16
60+	4,887	0.85	5,115	0.95	5,298	1.04
รวม	572,484	100.00	540,822	100.00	508,323	100.00

สถานการณ์โรคเอดส์จากการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย คณะผู้เชี่ยวชาญ (The Thai Working Group) ได้คาดประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในปี พ.ศ.2548 ว่าน่าจะมี ผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,092,327 ราย ในจำนวนนี้ เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 50,620 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม ประมาณ 551,505 ราย เหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ และต้องการดูแลรักษา จำนวน 540,822 ราย ในจำนวนนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ ประมาณ 18,172 ราย และคาดว่าในปี พ.ศ.2549 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,109,000 ราย ในจำนวนนี้ เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 53,400 ราย คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 600,600 ราย เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการรักษาพยาบาลประมาณ 508,300 ราย และเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 17,000 ราย จากรายงานล่าสุดของสำนักกระบวนวิทยา (สิงหาคม 2548) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ จำนวน 366,888

ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 90,059 ราย แนวโน้มของการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเอดส์ลดลง กว่าอดีตที่ผ่านมา (พ.ศ.2538-2548) ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่พบมากในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 26.03 รองลงมาอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 25.62 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 16.70 และเด็กที่อายุ 0-4 ปี ร้อยละ 3.05 ตามลำดับ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าอัตราป่วยเอดส์ในกลุ่มหญิงวัยรุ่นมีอัตราป่วยสูงกว่าวัยรุ่นชาย หรือเท่ากับเพศ ชาย ซึ่งทำให้ต้องพิจารณา หรือศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมในเรื่อง เพศของเด็กวัยรุ่นในยุคใหม่ที่เปลี่ยนไปจากในอดีต กลุ่มวัยรุ่นที่มี อายุ 15-19 ปี และอายุ 20-24 ปี มีแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูง ในปี พ.ศ. 2539-2540 อัตราการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์สูงสุดและมีแนวโน้มที่ลดลงในปีต่อ ๆ มาจนถึงปัจจุบันในทั้งสองกลุ่มอายุ โดยในภาคตะวันออกเฉียงจะเป็นกลุ่มจังหวัดที่มีแนวโน้มในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูงเนื่องจากมีแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญและมีการอพยพของประชาชนเข้ามาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเป็นจำนวนมากเนื่องจากเป็นเขตอุตสาหกรรมที่สำคัญของประเทศ

สำหรับสถานการณ์ของโรคไข้หวัดนก ได้มีการเริ่มแพร่ระบาดในประเทศไทยครั้งแรกปลายปี 2546 พบว่ามีการระบาดในจังหวัดฉะเชิงเทรา อัญญา สุพรรณบุรี อ่างทอง นครปฐม และมีอีกบางจังหวัดแต่ไม่มาก โดยมีแนวโน้มว่าจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นและถ้าหากเชื้อไข้หวัดนกมีการเปลี่ยนสายพันธุ์จะสามารถติดต่อได้ง่าย จะมีโอกาสเกิดการแพร่ระบาดจากคนสู่คน ซึ่งจะนำไปสู่การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ที่รุนแรงและทำให้มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ซึ่งในอนาคตโรคไข้หวัดนกเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศรวมถึงภาคตะวันออกเฉียง

รายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ เช่น

เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์ และ สมหมาย แจ่มอัน. (2547). ได้ทำการศึกษาความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในพื้นที่เขต 3 ปี 2547 จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งยังมีพฤติกรรมในการเลี้ยงสุนัขและพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ถูกต้องเหมาะสม

ฉวีวรรณ ตรีกะกิกจ. (2547). ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียหมู่ 6 ตำบลชุมแสง อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังมีองค์ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียค่อนข้างต่ำ

อนุกุล จรัลทรัพย์. (2547). การศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัว ในการป้องกันไข้มาลาเรียในกลุ่มแรงงานต่างถิ่นใน ตำบลขุนซ่อง อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรีการศึกษาพบว่า แรงงานที่เคยป่วยด้วยไข้มาลาเรีย คิดเป็นร้อยละ 39.90

ฐิติมาวดี เจริญวิรัชต์ และ คณະ. (2548). ได้ศึกษาโครงการติดตามสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียง (Child Watch). พบว่าจากการติดตามตัวบ่งชี้อัตราการตาย

ของทารกและเด็กจำแนกตามช่วงอายุเป็น 1-4 ปี, 5-9 ปี, 10-14 ปี, 15-19 ปี และ 20-24 ปี และสาเหตุการตาย พบว่า

1) ช่วงอายุที่มีอัตราการตายสูงสุดคือ 1-4 ปี โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุการตายจากการติดเชื้อ และความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ส่วนช่วงอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี มีสาเหตุการตายจากอุบัติเหตุทั้งทางจราจรและอุบัติเหตุอื่นๆ สูงสุด นอกจากนี้ยังพบว่า มีอุบัติเหตุจมน้ำตายในทุกช่วงอายุ ในหลายจังหวัด

2) อัตราการติดเชื้อ HIV และผลกระทบสืบเนื่องจากพ่อและแม่ติดเชื้อ HIV พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเด็กติดเชื้อ HIV และได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากพ่อและแม่ติดเชื้อ HIV ในอัตรา 8.82 และ 54.37 คนต่อประชากรแสนคน โดยพื้นที่ซึ่งมีความเสี่ยงมากที่สุด ได้แก่ ชลบุรี มีอัตราเท่ากับ 53.97 และ 430.03 คนต่อประชากรแสนคน

ตาราง 26 อัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ.2537-2545

จังหวัด	ปี พ.ศ.								
	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545
สมุทรปราการ	15.44	31.77	27.31	25.78	15.09	26.00	34.13	41.11	40.13
ชลบุรี	17.91	16.00	11.65	14.17	15.02	24.99	29.77	33.89	35.90
ระยอง	29.53	23.03	18.36	15.58	12.44	24.05	28.90	40.78	41.47
จันทบุรี	51.18	63.10	25.67	18.77	5.42	20.23	25.15	46.95	45.69
ตราด	14.39	14.03	11.14	6.95	7.68	10.80	21.66	57.75	56.85
ฉะเชิงเทรา	6.28	5.31	14.48	17.25	8.87	14.13	13.77	27.55	35.18
ปราจีนบุรี	0.36	0.81	23.39	23.39	30.49	18.79	23.07	50.54	43.93
นครนายก	13.61	16.86	20.94	23.37	12.94	20.10	16.68	24.24	29.90
สระแก้ว	7.39	9.26	16.15	17.21	7.33	13.74	19.21	30.82	35.71

ตาราง 27 อัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคหัวใจภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ.2537-2545

จังหวัด	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545
สมุทรปราการ	27.55	15.49	5.74	4.89	4.74	12.85	14.55	19.32	16.73
ชลบุรี	5.15	7.56	12.53	5.44	5.23	16.08	16.57	17.36	12.19
ระยอง	16.06	9.32	10.32	4.85	4.56	8.91	5.53	11.03	11.61
จันทบุรี	15.06	19.32	8.62	4.40	4.31	2.22	5.34	22.30	3.89
ตราด	0.00	21.69	11.25	7.29	7.07	11.73	9.07	15.42	8.67
ฉะเชิงเทรา	5.25	5.91	8.98	7.08	6.83	5.11	10.98	14.34	7.41
ปราจีนบุรี	22.60	9.70	8.41	6.32	6.14	6.66	9.27	19.87	12.60
นครนายก	6.65	2.46	9.54	1.38	1.35	6.50	5.99	2.98	9.53
สระแก้ว	5.59	9.25	10.33	7.13	6.87	3.48	6.58	5.81	8.97

สถานการณ์ไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังพบว่า ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อหลายชนิด เช่น อุบัติเหตุ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ฯลฯ โดยอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ แสดงว่า พฤติกรรมสุขภาพของคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น พฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย ฯลฯ กำลังเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 28 ร้อยละของประชากรที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว จำแนกตามกลุ่มโรค
เขตการปกครอง และภาค พ.ศ. 2548

กลุ่มโรคที่ป่วยเรื้อรังหรือโรคประจำตัว	ทั่วประเทศ	กรุงเทพมหานคร	ภาคกลาง และภาค ตะวันออก	ภาคเหนือ	ภาค ตะวันออก เฉียงเหนือ	ภาคใต้
กลุ่ม 1 โรคระบบทางเดินหายใจ	11.2	10.2	10.5	8.7	13.2	14.1
กลุ่ม 2 โรคระบบทางเดินอาหาร	11.1	7.0	7.4	11.1	15.4	9.9
กลุ่ม 3 โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	3.1	3.3	2.5	3.3	2.9	4.0
กลุ่ม 4 โรคหัวใจและหลอดเลือด	28.0	37.3	34.8	31.1	17.6	29.1
กลุ่ม 5 โรคติดเชื้อ	1.2	0.2	0.6	2.1	1.2	1.1
กลุ่ม 6 โรคผิวหนัง	1.5	0.9	1.9	1.0	1.9	1.2
กลุ่ม 7 โรคภูมิแพ้	8.7	16.1	10.9	7.3	4.7	12.0
กลุ่ม 8 โรคของปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	2.4	1.0	2.5	2.9	2.7	1.2
กลุ่ม 9 โรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	1.0	0.3	0.8	0.9	1.2	1.1
กลุ่ม 10 การคลอดบุตร	-	-	-	-	-	-
กลุ่ม 11 โรคของต่อมไร้ท่อ	18.9	23.0	17.9	16.8	21.1	15.9
กลุ่ม 12 โรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็น กระดูกและข้อ	15.7	7.4	15.7	19.8	15.8	13.5
กลุ่ม 13 โรคระบบประสาทจิตเวช	6.1	4.7	5.0	6.5	7.2	5.0
กลุ่ม 14 อาการไม่แจ่มชัดอื่น ๆ	2.7	1.0	2.7	2.7	3.3	2.4
กลุ่ม 15 อื่น ๆ	0.3	0.5	0.1	0.3	0.3	0.4

จากสถิติจะเห็นได้ว่าประชาชนในภาคตะวันออก เจ็บป่วยด้วยโรคโรคหัวใจและหลอดเลือด มากที่สุด คือ ร้อยละ 34.8 รองลงมาคือ โรคของต่อมไร้ท่อ ร้อยละ 17.9 โรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็น กระดูกและข้อ ร้อยละ 15.7 ทั้งนี้เมื่อเทียบกับการเจ็บป่วยของประชาชนทั้งประเทศพบว่า ประชาชนในภาคตะวันออก มีอัตราการเจ็บป่วยจากโรค 3 อันดับแรก เหมือนกัน

ตาราง 29 ร้อยละของประชากรที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว จำแนกตามกลุ่มโรค
เขตการปกครอง และภาค พ.ศ. 2548

กลุ่มโรคที่ป่วยเรื้อรังหรือโรคประจำตัว	ทั่วประเทศ	กรุงเทพมหานคร	ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
จำนวนประชากรในประเทศทั้งหมด	65,287,747	8,112,715	15,012,044	11,773,702	21,694,927	8,694,36
จำนวนประชากรที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว	10,124,779	986,730	2,282,249	2,549,554	3,222,673	1,083,57
ร้อยละของประชากรที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว	15.5	12.2	15.2	21.7	14.9	12.5
จำนวนประชากรเพศชายทั้งหมด	32,519,588	3,859,190	7,431,684	5,929,815	10,930,715	4,368,18
จำนวนประชากรเพศชายที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว	4,372,936	470,515	963,856	1,098,798	1,375,582	464,185
ร้อยละของประชากรเพศชายที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว	13.5	12.2	13.0	18.5	12.6	10.6
จำนวนประชากรเพศหญิงทั้งหมด	32,768,159	4,253,525	7,580,359	5,843,887	10,764,212	4,326,17
จำนวนประชากรเพศหญิงที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว	5,751,842	516,215	1,318,393	1,450,755	1,847,091	619,388
ร้อยละของประชากรเพศหญิงที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว	17.6	12.1	17.4	24.8	17.2	14.3

ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

จากสถิติจะเห็นได้ว่าจำนวนประชาชนในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวมากเป็นอันดับสอง ของประเทศคือ ร้อยละ 15.2 โดยประชาชนที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว เป็นเพศหญิง ร้อยละ 17.4 และเพศชาย ร้อยละ 13.0

ตาราง 30 ร้อยละของประชากรที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว จำแนกตามกลุ่มอายุ
เขตการปกครอง และภาค พ.ศ. 2548

กลุ่มอายุ (ปี)	ทั่วประเทศ	ภาคกลางและ ภาคตะวันออก	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
น้อยกว่า 1	2.6	1.2	5.5	2.5	1.3
1 - 4	4.8	4.4	4.4	5.2	5.5
5-14	4.5	4.7	6.7	3.7	4.0
15 - 24	6.1	4.4	8.0	6.8	4.5
25 - 59	17.3	15.5	24.3	18.2	14.5
60 ขึ้นไป	50.0	51.4	59.2	45.5	45.3

ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากสถิติจะเห็นได้ว่ากลุ่มอายุส่วนใหญ่ของประชาชนที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว มากที่สุด ในภาคกลางและภาคตะวันออก คือ กลุ่มอายุ 60 ขึ้นไป รองลงมาคือ 25-59 ปี และ 5-14 ปี ตามลำดับ

รายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ เช่น

สูติมารตี เจริญรัตน์ และ คณะ. (2548). ได้ศึกษาโครงการติดตามสภาวะการณเด็กและเยาวชนรายจังหวัดในภาคตะวันออก (Child Watch). พบว่าจากการติดตามตัวบ่งชี้อัตราการตายของทารกและเด็กจำแนกตามช่วงอายุเป็น 1-4 ปี, 5-9 ปี, 10-14 ปี, 15-19 ปี และ 20-24 ปี และสาเหตุการตาย พบว่า

1) อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ พบว่า มีอัตรา 989.11 ต่อประชากรแสนคน โดยพื้นที่ซึ่งมีความเสี่ยงมากที่สุดได้แก่ ฉะเชิงเทรา ในช่วงอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี มีอัตรา 2,811.40 และ 2,348.32 คนต่อประชากรแสนคน

2) พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการทำศัลยกรรม พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำคือเป็น ร้อยละ 3.9 และ 3.8 ส่วนเป็นครั้งคราว คิดเป็นร้อยละ 30.7 และ 11.1 โดยพบว่าพฤติกรรมการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา โดยเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่จะมีพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่น้อยกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับคนอื่น

รานี เทียนฤทธิเดช. (2548). ได้ศึกษา ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น ภาวะโภชนาเกิน การสูบบุหรี่ รับประทานอาหารประเภททอด รสเค็ม เผ็ด นิยมใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร การดื่ม ชา กาแฟ นม น้ำอัดลม เหล้า เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง การรับประทานขนมหวาน ด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีผู้ที่ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเวลาว่างด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ละ 1-10 มวน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานาน 6-20 ปี

เอกบุญ ผักไผ่พวก และ รักใจ บุญระดม. (2544). ได้ศึกษาประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดจันทบุรี โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยนำแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 302 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน พบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยป่วยเป็นโรคที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นภาวะเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.0 โรคหัวใจและเบาหวาน ร้อยละ 2.3 เท่ากัน นอกจากนี้พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับกลางและต่ำ และพบว่ามี การปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ และมีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ เช่น การขับรถเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด การเหยียบคันเร่งให้รถมีความเร็วมากขึ้น เมื่อสัญญาณไฟเหลือง การใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับรถ รวมทั้งมีการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการประเมินภาวะสุขภาพ (Medical Index) ที่พบว่ากลุ่มบุคลากรฯ มีน้ำหนักเกินร้อยละ 20.20 เป็นโรคอ้วนร้อยละ 4.0 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มบุคลากรฯ มีภาวะความดันโลหิตผิดปกติ ร้อยละ 18.20 มีภาวะไขมันส่วนเกินของร่างกาย ร้อยละ 78.80 และมีความจุปอดอยู่ในระดับต่ำมาก มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติร้อยละ 28.50 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อใช้หวัดนก

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การพัฒนารูปแบบการดำเนินการสร้างความร่วมมือกับประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. การพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อมาลาเรีย
3. การพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อวัณโรค
4. การลดอัตราการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อ
5. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในกลุ่มเสี่ยง

(ผู้ใช้แรงงาน ชายรักร่วมเพศ ผู้ขายบริการทางเพศ)

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุจจาระร่วง
2. การพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อพิษสุนัขบ้า

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (อุบัติเหตุ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะโภชนาการเกิน มะเร็ง หัวใจ)

4.3 การพัฒนาคุณภาพสถานบริการด้านสุขภาพ

การพัฒนาคุณภาพสถานบริการด้านสุขภาพถือเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขทำให้ประเด็นการพัฒนาคุณภาพสถานบริการด้านสุขภาพ ได้ถูกบรรจุไว้ในแผนการพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับที่ 8 ต่อเนื่องไปจนถึง แผนการพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับที่ 9 ส่งผลให้มีการดำเนินการพัฒนาสถานบริการอย่างต่อเนื่องในสถานบริการด้านสุขภาพของรัฐทุกระดับทั่วประเทศ รวมถึงสถานบริการด้านสุขภาพของรัฐในภาคตะวันออก โดยแนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ เช่น การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 5ส. ISO. เป็นต้น โดยการปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ ยังดำเนินการเพื่อรองรับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกด้วย

ผลการศึกษาวิจัยในภาคตะวันออก พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น

สุนทราวดี เขียวพิเชฐ และคณะ. (2546). ได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบระบบการจัดและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ในชุมชนภาคตะวันออก มีกระบวนการศึกษา 5 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาสถานการณ์สุขภาพและความต้องการ การบริการ

สุขภาพของประชาชน 2) การให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน 3) การสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ 4) การสะท้อนความคิดต่อรูปแบบที่ได้ 5) การพัฒนารูปแบบและระบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ การระดมสมอง โดยวิธีวิทยากรกระบวนการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสะท้อนความคิดและการวิเคราะห์เอกสาร กลุ่มตัวอย่างและแหล่งข้อมูล ประกอบด้วยครอบครัวประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งแบ่งเป็นเขตพื้นที่ ชุมชนกึ่งเมือง ชุมชนประมงอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม จำนวน 430 ครอบครัว รวม 1,583 คน ผู้ให้บริการในพื้นที่ดังกล่าว 17 คน สถานบริการสุขภาพทุกระดับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 22 แห่ง ผู้ให้บริการ ผู้ผลิต ผู้ใช้บริการได้แก่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่เลือกอย่างเจาะจง 47 คน เพื่อระดมสมองสังเคราะห์รูปแบบประชาชนจากชุมชน ทั้ง 4 เขตพื้นที่ 264 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ การศึกษา การเมือง และผู้นำชุมชน จำนวน 46 คน ที่ให้การสะท้อนความคิดต่อรูปแบบ

ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ต้องการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพ รูปแบบระบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยลักษณะบริการที่เป็นแบบ "ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สัมผัสได้ทุกมิติ" โดยสถานบริการที่อาจจัดตั้งขึ้นหรือปรับสถานภาพจากสถานบริการที่มีอยู่เดิมในชุมชน ให้ชื่อเป็น "ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน" มีคณะกรรมการบริหาร โดยการมีส่วนร่วมของจตุรมิตร ได้แก่ ทีมสุขภาพ ประชาชน องค์กรท้องถิ่นและองค์กรอิสระ มีกองทุนสุขภาพที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐ องค์กรท้องถิ่น ประชาชน จัดให้มีการบริหารจัดการที่ดี เน้นการมีส่วนร่วม มีการกำกับและตรวจสอบ มีบริการที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้บริการทุกกลุ่ม ทุกวัย ตั้งแต่เกิดถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีเครือข่ายบริการที่หลากหลาย มีคุณภาพ ประชาชนเลือกได้ เป็นบริการสุขภาพที่เน้นการเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ผู้ให้บริการเป็นทีมสุขภาพที่มีพยาบาลเป็นแกนหลัก และเป็นพยาบาลประจำครอบครัว

ภัทธา ภีรลาภ นิวัติ เขียมเที่ยง และ อริสสรา ฤทธิกาญจนา. (2548). การให้บริการสุขภาพจิต ของ รพศ./รพท./รพช./ในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อศึกษาสภาพการให้บริการสุขภาพจิตของ รพศ. รพท. รพช. และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการให้บริการสุขภาพจิต อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปฏิบัติ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ผลการวิจัย คือ การให้บริการสุขภาพจิตที่มีการดำเนินงานมากที่สุดคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต รองลงมาคือ ด้านป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ด้านการบำบัดรักษา ส่วนด้านการฟื้นฟูสุขภาพจิตดำเนินงานน้อยที่สุด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการสุขภาพจิตคือ การมีแผนงานด้านสุขภาพจิต มีบุคลากรรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและการได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต ปัญหาและอุปสรรคคือ ขาดแคลนบุคลากร รองลงมาคือ ขาดความรู้และทักษะ

บุญสืบ จันทร์เจริญ. (2547). ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการใช้บริการในสถานพยาบาลประจำครอบครัวตามโครงการ 30 บาท พบว่า ในกลุ่มที่ใช้บริการพบว่า อายุ เพศ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับบริการที่ใช้ไปในด้าน การรับบริการวางแผนครอบครัว เหตุผลด้านความสะดวกในการไปใช้บริการและการไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ส่วนระยะทางมีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการด้านการรักษาโรค การวางแผนครอบครัว การใช้บริการอื่น ๆ และเหตุผลด้านความสะดวกในการไปรับบริการ ส่วนวิถีเดินทางมีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการด้านการปรึกษาสุขภาพ ส่วนในกลุ่มที่ไม่เคยไปใช้บริการ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับเหตุผลที่ไม่รับบริการในด้านกรไม่เจ็บป่วยและการมีสถานพยาบาลอื่นดีกว่า ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลประจำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการไม่เจ็บป่วย ส่วนรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการไม่เจ็บป่วย และการมีสถานพยาบาลอื่นที่ดีกว่า สำหรับภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการในด้านการไม่เจ็บป่วยและการมีสถานพยาบาลแห่งอื่นดีกว่า

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การประชาสัมพันธ์เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในสิทธิการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ใช้งานแรงงาน

2. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชน

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ สถานีอนามัย

2. การสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐาน โรงพยาบาลชุมชน

ประเด็นที่ต้องทำระยะกลาง

1. การศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาในการให้บริการด้านสุขภาพจิตของ รพศ. /รพท./ รพช.

ในภาคตะวันออก

2. การทดลองรูปแบบบริการสุขภาพที่เน้นการเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน

4.4 การเฝ้าระวังทางสุขภาพ

สถานการณ์ในภาคตะวันออก พบว่า มีปัญหาที่ควรต้องเฝ้าระวังทางสุขภาพอยู่หลาย ปัญหา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 31 ภาวะผิดปกติของทารกในจังหวัดต่าง ๆ ที่สำคัญของภาคตะวันออก

ปี	ตราด		ปราจีนบุรี		ชลบุรี	
	จำนวน ผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อ ประชากร 1,000 คน	จำนวน ผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อ ประชากร 1,000 คน	จำนวน ผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วยต่อ ประชากร 1,000 คน
2543	3,471	7	2,079	9	8,039	8
2544	5,700	11	2,279	10	9,595	9
2545	5,606	11	2,500	11	10,351	9

ที่มา: รายงานการป่วยของผู้มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2543 – 2545

ในปี 2545 พบว่าในภาคตะวันออกมีเด็กทารกที่มีภาวะผิดปกติ มีรูปร่างผิดปกติตั้งแต่กำเนิด พิการจนผิดปกติรวมทั้งเกิดภาวะแทรกในการตั้งครรภ์ และการคลอด สูงถึง 59,047 คน ซึ่งการที่เด็กมีรูปร่างผิดปกติแต่กำเนิดนั้น สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่มารดาได้รับสารพิษต่าง ๆ ทั้งจากโรงงาน อุตสาหกรรม การเกษตรกรรมที่มีการใช้สารเคมีต่างๆ อย่างต่อเนื่องจนเกิดการสะสมสารพิษในร่างกาย และกระทบต่อลูกในครรภ์ด้วย พบว่าจังหวัดชลบุรีมีภาวะผิดปกติของทารกมากที่สุดใภาคตะวันออก

ตาราง 32 จำนวนร้อยละของอัตราภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2540-2545

จังหวัด	อัตราภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์					
	2540	2541	2542	2543	2544	2545
นครนายก	12.1	13.5	12.3	32.2	14.3	14.6
สมุทรปราการ	11.5	12.5	13.1	13.6	13.5	12.6
ชลบุรี	12.9	11.2	11.5	12.1	15.5	15.0
ระยอง	12.4	13.3	12.7	14.8	14.9	11.5
จันทบุรี	12.6	14.2	12.1	14.3	13.5	14.9
ตราด	14.1	13.5	14.3	17.2	22.4	19.9
ฉะเชิงเทรา	16.5	15.9	12.9	12.1	11.1	12.6
ปราจีนบุรี	11.4	13.3	12.8	15.8	19.3	21.0
สระแก้ว	4.7	14.8	10.1	9.3	7.8	11.8

อัตราภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ปี 2540-2545 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งในปี 2545 จังหวัดที่พบภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ มากที่สุดคือ จังหวัดปราจีนบุรี โดยมีจำนวนมากถึงร้อยละ 21.0 รองลงมาคือตราดร้อยละ 19.9 และชลบุรีร้อยละ 15.0

ตารางที่ 33 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ HIV จำแนกรายจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2540-2545

จังหวัด	อัตราภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์					
	2540	2541	2542	2543	2544	2545
ชลบุรี	3.5	2.8	2.2	2.4	2.3	1.6
ระยอง	5.3	3.6	3.6	3.3	2.7	2.3
จันทบุรี	1.6	2.2	1.7	1.5	1.6	1.5
ตราด	1.2	3.8	3.5	2.8	2.8	2.7

ตารางที่ 34 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ HIV จำแนกรายจังหวัดของภาคตะวันออก
ปี พ.ศ. 2540-2545 (ต่อ)

จังหวัด	อัตราภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์					
	2540	2541	2542	2543	2544	2545
ฉะเชิงเทรา	1.6	1.4	1.4	1.8	1.8	1.1
ปราจีนบุรี	1.7	1.5	1.8	1.8	1.8	1.2
สระแก้ว	1.7	2.2	1.9	2.4	1.00	1.4
นครนายก	2.9	2.6	2.2	2.3	2.0	1.6
สมุทรปราการ	1.8	2.5	2.1	2.6	2.5	1.6

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ในเขตภาคตะวันออกที่ติดเชื้อ เชื้อ HIV ในปี 2545 พบว่าส่วนใหญ่มี
แนวโน้มที่ลดลง มีจังหวัดสระแก้ว ที่พบว่ามียังเพิ่มขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้
ประเด็นเร่งด่วน

1. การพัฒนารูปแบบการบริการฝากครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์
(ปราจีนบุรี ตราด)

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุและลดอัตราการตายปริกำเนิด

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพในภาคตะวันออก

(ระบบการเฝ้าระวังข้อมูลสำคัญ ระบบการรวบรวมจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ระบบการ-
เชื่อมโยงข้อมูลสู่การวางแผนงานด้านสุขภาพ)

2. ผลกระทบต่อสุขภาพทารกในมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

3. การวิจัยเพื่อแก้ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนในเขตอุตสาหกรรม (สมุทรปราการ ระยอง)

2. การศึกษาระยะยาวเพื่อเปรียบเทียบอัตราการป่วยของโรคระบบทางเดินหายใจและโรค

ผิวหนังของประชาชนในจังหวัดระยอง

4.5 กำลังคนด้านสุขภาพ

จากร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พบว่า ได้ให้ความสำคัญกับระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งที่แล้วมาไม่มีระบบกำลังคนที่ประสานนโยบายสุขภาพ ระบบบริการ การวางแผน กำลังคน การผลิตกำลังคนและการบริหารจัดการกำลังคนเข้ามาด้วยกันอย่างเป็นเอกภาพ ทำให้เกิดความสูญเสียและไร้ประสิทธิภาพ พ.ร.บ.นี้จึงกำหนดให้มีกลไกเฉพาะทำงาน พัฒนานโยบายยุทธศาสตร์และแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 35 จำนวนสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคตะวันออก

จังหวัด	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่น ๆ	รัฐวิสาหกิจ	องค์กรอิสระ	เทศบาล	เอกชน	รวม	สัดส่วนต่อประชากร
เขต 8	431	146	-	4	-	253	834	3,519
ฉะเชิงเทรา	102	-	-	-	-	22	124	5,226
สมุทรปราการ	132	2	-	1	-	227	362	2,894
ปราจีนบุรี	84	8	-	-	-	4	96	4,687
นครนายก	46	132	-	-	-	-	178	1,406
สระแก้ว	67	4	-	3	-	-	74	7,281
เขต 9	567	121	-	81	1	276	1,046	2,318
ชลบุรี	249	120	-	81	-	169	619	1,858
ระยอง	127	1	-	-	-	51	179	3,074
จันทบุรี	145	-	-	-	1	39	185	2,718
ตราด	46	-	-	-	-	17	63	3,516
รวมทั้งประเทศ	9,375	5,201	12	123	632	3,575	18,918	3,305

สำหรับสถานการณ์ด้านกำลังคนด้านสุขภาพในภาคตะวันออก พบว่า จำนวนสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร ในจังหวัดนครนายก มีสัดส่วนน้อยที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดชลบุรี และจังหวัดจันทบุรี จังหวัดที่มีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรมากที่สุดคือ จังหวัดฉะเชิงเทรา แต่เมื่อเทียบกับมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดสัดส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากร 1 ต่อ 10,000 คน ยังพบว่า ภาคตะวันออกไม่มีปัญหาการขาดแคลนแพทย์เนื่องจาก มีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

ตาราง 36 จำนวนสัดส่วนเภสัชกรต่อประชากรในภาคตะวันออก

จังหวัด	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง อื่น ๆ	รัฐวิสาหกิจ	องค์กร อิสระ	เทศ บาล	เอก ชน	รวม	สัดส่วนต่อ ประชากร
เขต 8	209	18	-	1	-	73	301	9,749
ฉะเชิงเทรา	51	-	-	-	-	7	58	11,172
สมุทรปราการ	52	1	-	1	-	63	117	8,954
ปราจีนบุรี	53	2	-	-	-	3	58	7,758
นครนายก	27	14	-	-	-	-	41	6,103
สระแก้ว	26	1	-	-	-	-	27	19,956
เขต 9	231	22	-	15	2	69	339	7,152
ชลบุรี	103	22	-	15	1	43	184	6,250
ระยอง	54	-	-	-	1	15	70	7,862
จันทบุรี	55	-	-	-	-	8	63	7,981
ตราด	19	-	-	-	-	3	22	10,068
รวมทั้งประเทศ	5,619	638	1	60	155	940	7,413	8,432

ตาราง 37 จำนวนสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในภาคตะวันออก

จังหวัด	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง อื่น ๆ	รัฐวิสาหกิจ	องค์กร อิสระ	เทศ บาล	เอก ชน	รวม	สัดส่วนต่อ ประชากร
เขต 8	2,980	244	-	14	15	602	3,855	761
ฉะเชิงเทรา	800	-	-	-	4	44	848	764
สมุทรปราการ	678	2	-	7	7	555	1,249	839
ปราจีนบุรี	675	30	-	-	1	3	709	635
นครนายก	427	202	-	-	2	-	631	397
สระแก้ว	400	10	-	7	1	-	418	1,289
เขต 9	3,600	555	-	371	68	887	5,481	442
ชลบุรี	1,351	552	-	371	44	566	2,884	399
ระยอง	753	3	-	-	16	143	915	601
จันทบุรี	1,003	-	-	-	6	136	1,145	439
ตราด	493	-	-	-	2	42	537	412
รวมทั้งประเทศ	66,860	14,385	11	3,544	624	10,410	95,834	652

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การสร้างแนวคิดที่เป็นรูปธรรมในการวางแผนระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การปฏิรูประบบการบริหารบุคคลด้านการจัดกำลังคนในหน่วยงานด้านสุขภาพ
2. การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาคนด้านสุขภาพ

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การศึกษาสภาพปัจจุบันและการคาดการณ์แนวโน้มความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

ในภาคตะวันออก

5. กลไกภาครัฐ/ประชาชน

5.1 หน่วยงานหลัก

หน่วยงานหลักในความหมายของการศึกษาค้นครั้งนี้หมายถึง หน่วยงานในระดับกระทรวงซึ่งมีการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยในที่นี่ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบการบริหารงานสาธารณสุขของชาติ โดยมีหน้าที่ในการจัดการบริหารสาธารณสุขให้มีเอกภาพ ดำเนินการบริหารงานสาธารณสุขส่วนรวมให้มีประสิทธิภาพให้บริการสาธารณสุขมีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการโดยเสมอหน้า แนวทางการบริหารงาน สาขางาน กลุ่มงานสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการพัฒนาสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ซึ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา และเพื่อให้บรรลุผลถึงสภาพที่พึงปรารถนาของคนไทยในอนาคต จึงได้มีการกำหนดการผลิตคุณภาพของคนไทยที่พึงประสงค์ คนไทยทุกคนไม่จำกัดในเรื่อง เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นคนที่มีความปกติสุขทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจและทางสังคม โดยเกิดและเติบโตขึ้นในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น ได้รับการพัฒนาทั้งทางกาย ทางใจ และสติปัญญาดีพอที่จะปรับตัว และอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ จึงต้องมีการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพให้สอดคล้องกับแนวคิดในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพะทางสังคม และทิศทางการพัฒนาของประเทศ

จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา มีการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ ทางด้านสุขภาพมากมาย เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาตรการการป้องกัน

และลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุจรวด เช่น การรณรงค์ให้ผู้ขับขีรถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย เปิดไฟหน้ารถ การใช้มาตรการทางกฎหมายในการลงโทษผู้ขับขีรถยนต์/รถจักรยานยนต์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายเกินกำหนด มาตรการเรื่องการกำหนดเขตปลอดบุหรี่ การห้ามขาย บุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การศึกษาความร่วมมือของร้านค้าในการปฏิบัติตามนโยบายการห้ามขายบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. สภาพปัญหาในการปฏิบัติงานตามมาตรการหรือนโยบายทางสุขภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ)

2. ความคิดเห็นของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อมาตรการต่างๆทางสุขภาพ (บุหรี่ แอลกอฮอล์ จรวด)

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การสร้างจิตสำนึกของเยาวชนในการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆด้านสุขภาพ

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การพัฒนาระบบรูปแบบการสร้างความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆทางสุขภาพ

2. การทดลองรูปแบบการรณรงค์เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการทางสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ (ผู้ใช้แรงงาน เด็กและเยาวชนในสถานศึกษา ผู้ประกอบการ)

5.2 หน่วยงานอื่น

หน่วยงานอื่นในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงสถาบันการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงอื่น และสถานประกอบการ

สำหรับกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ซึ่งจากนโยบายการส่งเสริมการท่องเที่ยวทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพจากการท่องเที่ยว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 38 การท่องเที่ยวในจังหวัดชลบุรีและระยอง ปี พ.ศ. 2539 และ 2543

จังหวัด	จำนวนนักท่องเที่ยว (ราย)		จำนวนโรงแรม (แห่ง)		จำนวนห้องพัก (ห้อง)		รายได้จากการท่องเที่ยว (ล้านบาท)
	2539	2543	2539	2543	2539	2543	
ชลบุรี	2,856,689	3,652,465	260	231	244,664	23,608	37,893.23
ระยอง	1,404,171	2,323,964	159	205	6,886	8,829	4,158.78
รวม	4,260,860	5,976,429	419	436	31,550	32,437	42,052.01

ที่มา: <http://www.investmentthailand.com/th> อ้างในพิชญา อนันตวงศ์ และเดวิด สุขกำเนิด.(2548, หน้า 1-7)

ตัวอย่าง ผลกระทบด้านสุขภาพจากการท่องเที่ยว

1) สิ่งแวดล้อม เช่น ขาดการจัดการปัญหาน้ำทิ้ง การปล่อยน้ำเสียจากโรงแรม โดยไม่มีการบำบัด น้ำทะเลมีปริมาณคลอโรฟอร์มเกินกว่ามาตรฐาน คราบน้ำมันจากเรือท่องเที่ยว ขยะมูลฝอยบริเวณชายหาด ระบบนิเวศชายฝั่งเสียหายจากการทำลายปะการัง การทิ้งสมอเรือ

2) สังคม เช่น ธุรกิจบันเทิง สถานบันเทิง เป็นที่มาของกิจกรรมผิดกฎหมาย เช่น ยาเสพติด อาชญากรรม และโรคเอดส์

ในส่วนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออก จากการทบทวนเอกสารการดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออก ตั้งแต่ปี 2540-2546 มีการดำเนินงานที่ส่งผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนี้ (จรัส สุวรรณมาลา. 2548.)

ตาราง 39 ตัวอย่างการดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออก

ลำดับที่	การดำเนินงานที่ส่งผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพ	จำนวนโครงการ
1	ด้านขยะ	4
2	ด้านการจัดการทรัพยากรน้ำ	2
3	ด้านการจัดการทรัพยากรป่าไม้	1
4	ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม	1
5	ด้านการศึกษา	4
6	ด้านสวัสดิการสังคม	3
7	ด้านสาธารณสุข	3
8	ด้านท่องเที่ยว	2
9	ด้านโครงสร้างพื้นฐาน	1

การทบทวนเอกสารการดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียง

ตาราง 40 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
1	การสร้างเสริมแรงใจของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพจิต	ในปี 2543 ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้และรวมใจป้องกันยาเสพติด และบำบัดรักษาผู้ติดยาในชุมชน ด้วยงบประมาณ 56,000 บาท ทำให้สามารถลดปัญหาเสพติดในชุมชนได้อย่างมาก มีการอบรมให้ความรู้ในการป้องกันยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและมีการเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหาสุขภาพจิต อย่างยั่งยืน	บางไผ่ อ. เมือง	ฉะเชิงเทรา
2	ประชาคมรวมใจต้านภัยยาเสพติด	ในปี 2546 ได้ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ ตรวจรตรายาเสพติดภายในชุมชน บำบัดผู้ติดยาเสพติดโดยเน้นการป้องกันปัญหามากกว่าการแก้ปัญหา ตลอดจนประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติดแก่ประชาชน ด้วยงบประมาณ 530,000 บาท สามารถช่วยลดปัญหาเสพติด และปัญหาอาชญากรรมที่เกิดขึ้นจากปัญหาเสพติดลดลงอย่างมาก มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของคนในพื้นที่ด้วยตนเอง และชุมชนมีความเข้มแข็งในการต่อสู้กับปัญหาสุขภาพจิต	ท่าข้าม อ. พนมนิคม	ชลบุรี

ตาราง 41 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
3	เมรุสถานชยะชุมชน	ในปี 2545 ได้ปรับปรุงเมรุเก่าของวัดปากน้ำพังราตเป็นสถานที่จัดเก็บและกำจัดขยะจัดวางถังขยะตามแหล่งชุมชน ดำเนินการจัดเก็บและทำลายขยะในพื้นที่ และส่งเสริมให้โรงเรียนในพื้นที่จัดกิจกรรมสร้างจิตสำนึกรักชุมชนและดำเนินโครงการแก้ไขปัญหามลพิษในชุมชน ด้วยงบประมาณ 95,000 บาท ทำให้สามารถแก้ไขปัญหสถานที่เกิดขึ้นขยะที่ไม่เพียงพอก็ได้ในระดับหนึ่ง การกำจัดขยะใช้เวลารวดเร็วขึ้น มลภาวะจากขยะลดลง ประชาชนมีพฤติกรรมทิ้งขยะถูกต้องมากขึ้น	พังราต อ. แกลง	ระยอง
4	การจัดทำขยะมูลฝอย	ในปี 2542 ได้รณรงค์ให้ประชาชนลดปริมาณขยะในครัวเรือน โรงเรียน ชุมชน โดยจัดกิจกรรมทำขยะหอม ธนาคารขยะ และกิจกรรมขยะแลกไข่ ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายริเริ่มเกิดขึ้นก่อนทั้ง และนำขยะมีค่ามาเข้าร่วมโครงการในแต่ละกิจกรรมเพื่อลดปริมาณขยะในเขตพื้นที่ของเทศบาล ด้วยเงินงบประมาณ 75,000 บาท ผลจากการดำเนินโครงการปริมาณขยะหลังคัดแยกแล้วเหลือ 68.94 ตันวัน	เทศบาลนคร ระยอง	ระยอง

ตาราง 42 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านการจัดการทรัพยากรน้ำ

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
1	การอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรสัตว์น้ำทางทะเล	<p>ในปี 2544 ได้จัดกิจกรรมอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรสัตว์น้ำทางทะเล เพื่ออนุรักษ์ฟื้นฟูความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรทางทะเล ปลูกฝังจิตสำนึกของประชาชนและร่วมกันเฝ้าระวัง รักษาทรัพยากรสัตว์น้ำทางทะเล โดยจัดประชาคมตำบล จัดตั้งกลุ่มประมงพื้นบ้าน ต. บ้านฉาง ประสานงานกับโครงการกองทุนลงทุนเพื่อสังคม (SIF) และกรมประมงเพื่อแก้ปัญหา สนับสนุนการสร้างกระชังและปะการังเทียม ออกตรวจการอนุรักษ์เขตประมงชายฝั่ง จัดตั้งเครือข่ายประมงพื้นบ้านระยะของ ด้วยเงินงบประมาณ 645,000 บาท ทำให้ชาวประมงพื้นบ้าน สามารถจับสัตว์น้ำได้เพิ่มขึ้น และมีรายได้เพิ่มขึ้นประมาณ 400-500 บาท/วัน</p>	บ้านฉาง อ. บ้านฉาง	ระยอง
2	โครงการรักษ์แม่น้ำระยอง	<p>ในปี 2546 ได้จัดค่ายเยาวชนรักษ์แม่น้ำระยอง ค่ายเยาวชนรักษ์สืบสายน้ำ ผักอบรมจิตสำนึกในการจัดการน้ำทิ้งของสถานประกอบการแก่เยาวชน ระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา เพื่ออนุรักษ์และฟื้นฟูแม่น้ำระยอง ด้วยเงินงบประมาณ 274,000 บาท โดยสามารถช่วยให้คุณภาพของแม่น้ำระยองดีขึ้นจากระดับ 4 เป็นระดับ 3 และเยาวชนมีความรู้ ความเข้าใจ และจิตสำนึกร่วมในการพัฒนาแม่น้ำระยองมากขึ้น</p>	เทศบาลนคร ระยอง	ระยอง

ตาราง 43 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
1	การปลูกป่าชายเลนอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อม	จากสภาพป่าชายเลนที่เสื่อมโทรมลง ในปี 2544 ได้เสนอให้กลุ่มอนุรักษ์ป่าชายเลนตำบลแสนตุง ขยายการดำเนินงานภายใต้โครงการปลูกป่าชายเลนอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม วางกฎระเบียบข้อบังคับของตำบลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากป่าชายเลน ลงมือปลูกต้นไม้จำนวน 30,000 ต้น ในเดือนเมษายน 2546 ด้วยงบประมาณ 70,542 บาท ผลจากการดำเนินงานพบว่าพื้นที่ของป่าชายเลนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้จำนวนลิงแสมและสัตว์น้ำเพิ่มขึ้น	แสนตุง อ. เขาสมิง	ตราด

ตาราง 44 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
1	อาสาสมัครป้องกัน สิ่งแวดล้อม	ในปี 2545 ได้จัดฝึกอบรมอาสาสมัครให้ความรู้ปัญหาสิ่งแวดล้อม กฎหมายที่เกี่ยวข้อง สิทธิของประชาชน จัดอาสาสมัครทำหน้าที่ดูแลปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากโรงงานอุตสาหกรรม ให้อาสาสมัครถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ โดยอาศัยเงินงบประมาณ 15,000 บาท เพื่อทำพื้นที่สาธารณะในเขต อบต. ได้รับการดูแลไม่ให้เกิดสิ่งแวดล้อมถูกทำลายจากการทิ้งขยะหรือสารเคมี สามารถช่วยในพื้นที่ที่มีสภาพดีขึ้น ปริมาณขยะลดลง เนื่องจากชุมชนมีความตื่นตัวในการแจ้งข่าวการทิ้งขยะพิษ และนำตัวอย่างขยะมาให้ อบต. ตรวจสอบมากขึ้น	หนองโพรง อ. ศรีมหาโพธิ์	ปราจีนบุรี

ตาราง 45 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านการศึกษา

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
1	การฝึกอบรมภาษาอังกฤษภาคฤดูร้อน	ในทุกปี นับตั้งแต่ปี 2541 ได้จัดค่ายฝึกอบรมภาษาอังกฤษและสิ่งแวดล้อมภาคฤดูร้อนแก่เด็กเยาวชนที่สนใจ เพื่อพัฒนาความรู้ภาษาอังกฤษ และให้ความสำคัญในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมไปพร้อมๆ กัน ด้วยเงินงบประมาณ 150,000 บาท ช่วยให้เกิดและเยาวชนมีความสามารถทางภาษาอังกฤษ และได้รับการปลูกฝังให้อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านคุณธรรมจริยธรรม	บางพระ อ.เมือง	ฉะเชิงเทรา
2	ศูนย์คอมพิวเตอร์เพื่อการเรียนรู้เทคโนโลยีของเยาวชน	ได้จัดตั้งศูนย์คอมพิวเตอร์บิวเดอรวัดงเป็ดให้บริการคอมพิวเตอร์ในการค้นคว้าความรู้ทางอินเทอร์เน็ตแก่เด็กและเยาวชน พร้อมทั้งจัดให้มีลานกีฬาสำหรับออกกำลังกายให้แก่เด็ก เยาวชน และประชาชนทั่วไป ด้วยงบประมาณ 122,400 บาท	เทศบาล ตำบล บางละมุง อ. บางละมุง	ชลบุรี
3	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลนิคมพัฒนา	ในปี 2544 ได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดำเนินงานด้านการเรียนการสอน เพื่อเสริมสร้างพัฒนาการของเด็กให้มีความพร้อมสำหรับการศึกษาในขั้นต่อไป และแบ่งแยกภาระผู้ปกครองให้มีเวลาทำงานเลี้ยงครอบครัว มากขึ้น ด้วยเงินงบประมาณ 747,600 บาท	นิคมพัฒนา กิ่ง อ. นิคมพัฒนา	ระยอง
4	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สตึก	ในปี 2540 ได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดำเนินงานด้านการเรียนการสอน รองรับเด็กที่ไม่มีสถานศึกษา ป้องกันการสูญเสียโอกาสทางการศึกษา	สตึก อ. สตึก	ชลบุรี

ตาราง 46 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านสวัสดิการสังคม

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
1	โครงการเบี้ยเลี้ยงชีพ ผู้สูงอายุ	ในปี 2545 อบต. ต้องการให้ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในการดำรงชีพ ได้รับสวัสดิการเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ จึงดำเนินการจ่ายเงินสงเคราะห์ให้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือก จัดทำเพิ่มผู้สูงอายุและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันทุกปี ด้วยเงินลงทุน 1,332,000 บาท และงบประมาณ 126,000 บาท	นิคมพัฒนา กิ่ง อ. นิคมพัฒนา	ระยอง
2	โครงการสวัสดิการสังคมเพื่อ ชุมชน	ในปี 2543 ได้ดำเนินโครงการสวัสดิการสังคมเพื่อชุมชนซึ่งประกอบด้วยการฝึกสอนทำวิทยานิพนธ์ การฝึกอาชีพให้คนพิการในตำบล การจัดกิจกรรมวันกตัญญูผู้สูงอายุเพื่อตรวจสุขภาพให้ผู้สูงอายุ	บึงยี่โก อ. ธัญบุรี	ปทุมธานี
3	การใส่ใจดูแลผู้พิการและ ผู้ด้อยโอกาส	ในปี 2542 ได้มอบเงินและเครื่องอุปโภคบริโภคแก่ผู้พิการและผู้สูงอายุ และทำการขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ในการจัดส่งแพทย์มาตรวจสุขภาพประจำปีในงานสวนผืนวันฟ้าใส ซึ่งเป็นงานที่ อบต. จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี ด้วยงบประมาณ 50,000 บาท สามารถช่วยผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสได้ 45 คน ให้ได้รับการช่วยเหลือ และได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	ศรีมหาโพธิ์ อ. ศรีมหาโพธิ์	ปราจีนบุรี

ตาราง 47 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
1	การควบคุมประชากรแมลงวัน	ในปี 2546 ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในการกำจัดแมลงวันแก่ประชาชน สนับสนุนให้อาสาสมัครชุมชนดำเนินการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดแมลงวันและตัวอ่อนตามจุดเสี่ยงในพื้นที่ กำหนดให้ผู้ประกอบการอาหารและตลาดสดกำจัดขยะโดยวิธีฝัง ประกาศมาตรการบังคับให้รถบรรทุกปุ๋ยมูลสัตว์ทุกคันที่เข้ามาในพื้นที่ต้องได้รับการฉีดยาฆ่าแมลงวันก่อน ด้วยงบประมาณ 99,903 บาท ทำให้จำนวนแมลงวันลดลงอย่างเห็นได้ชัด ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกำจัดแมลงวันเป็นอย่างดี	บ้านพระ อ.เมือง	ปราจีนบุรี
2	การควบคุมแมลงพาหะนำโรคมาลาเรีย	ในปี 2543 ได้ดำเนินการอบรมกรรมการพนสารเคมีแก่อาสาสมัครพนสารเคมี รวมทั้งให้ความรู้การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงอย่างถูกวิธีแก่ชาวบ้าน และสนับสนุนให้มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงกันปดอง โดยการพนสารเคมี การชูปมุ้งทุกครัวเรือนด้วยสารเคมีป้องกันยุง เพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่กระจายเชื้อไข้มาลาเรียในพื้นที่ และสร้างแนวทางการป้องกันโรคมาลาเรียอย่างจริงจัง ด้วยเงินลงทุน 7,550 บาท และงบดำเนินงานปีละ 187,200 บาท ทำให้ไม่มีผู้ป่วยจากโรคมาลาเรีย และในตำบลไม่มีพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรีย	หันทราย อ. อรัญ ประเทศ	สระแก้ว

ตาราง 47 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านการสาธารณสุข (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
3	ห่วงใยใส่ใจ ตรวจสอบสุขภาพเคลื่อนที่	ในปี 2545 ได้เริ่มให้มีการตรวจสุขภาพประชาชนปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้ประชาชนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และเอาใจใส่ในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และเอาใจใส่ด้านสุขภาพตนเองมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนให้ความร่วมมือการเข้าระงับผลกระทบสารเคมี จากภาคอุตสาหกรรม ด้วยเงินงบประมาณ 480,000 บาท ช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ร้อยละ 70 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากสารเคมีลดลงร้อยละ 80	ปลวกแดง อ.ปลวกแดง	ระยอง

ตาราง 48 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านโครงสร้างพื้นฐาน

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
1	ประปาตำบลนทรีย์	ในปี 2541 ได้ดำเนินการสำรวจขยาย เชื่อมโยงเครือข่ายระบบประปาให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น ปรับปรุงระบบท่อน้ำส่งหลัก จัดสร้างแหล่งกักเก็บน้ำขนาดใหญ่ จัดตั้งคณะทำงานเพื่อควบคุม ตรวจสอบคุณภาพน้ำ และให้บริการนำประปาแก่ประชาชนในตำบล ด้วยงบประมาณ 1,100,000 บาท และ 274,000 บาทต่อปี ทำให้ประชาชนในตำบลมีน้ำเพียงพอต่อการอุปโภคบริโภคตลอดทั้งปี นำประปามีคุณภาพได้มาตรฐาน ปัญหาการบริหารจัดการน้ำหมดไป	บ่อไร่	ตราด

ตาราง 49 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียง

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
1	การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์	<p>ในปี 2546 อบต.หนองโสน ได้พัฒนาพื้นที่ป่าชายเลนเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงนิเวศวิทยา มีการก่อสร้างบ้านพักเชิงอนุรักษ์ พัฒนาศูนย์อนุรักษ์ป่าชายเลนให้เป็นแหล่งศึกษารวมชาติ มีการจัดทัศนีย์กรรม นิทรรศการ และปรับปรุงระบบการบริหารจัดการของกลุ่ม ด้วยเงินงบประมาณ 210,000 บาท ช่วยให้ป่าชายเลนได้รับการตรวจตรา เฝ้าระวังจากการทำลาย ชาวบ้านมีรายได้จากการมีนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเดือนละ 600 คน การจัดการของกลุ่มอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติเป็นระบบมากยิ่งขึ้น</p>	หนองโสน อ.เมือง	ตราด
2	การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวและการเรียนรู้ประวัติศาสตร์ชุมชนตำบลป่าประแส	<p>ในปี 2543 เทศบาลตำบลปากน้ำประแสได้ดำเนินการพัฒนาสวนสาธารณะให้เป็นแหล่งท่องเที่ยว และพิพิธภัณฑ์ทางประวัติศาสตร์ของชุมชน ด้วยเงินงบประมาณ 15,900,000 บาท เทศบาลตำบลปากน้ำประแสช่วยให้ชาวบ้านในพื้นที่มีแหล่งพักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย มีแหล่งศึกษาทางประวัติศาสตร์และแหล่งท่องเที่ยวใหม่ของชุมชน มีนักท่องเที่ยวมาประมาณเดือนละ 300 คน ทำให้ชาวบ้านมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการจำหน่ายอาหาร และสินค้าแก่นักท่องเที่ยว</p>		

ตาราง 50 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์กรบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อย

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
1	การฝึกอบรมป้องกันและระงับอัคคีภัย	<p>อบต. ได้อบรมให้ความรู้การแจ้งเหตุเมื่อเกิดเพลิงไหม้และการให้ความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ดับเพลิงแก่อาสาสมัครป้องกันอัคคีภัยประจำตำบลและประชาชนที่สนใจ เพื่อให้สามารถแจ้งเหตุเพลิงไหม้แก่เจ้าหน้าที่อย่างทันท่วงที และสามารถให้การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการระงับอัคคีภัยที่เกิดขึ้นได้ ด้วยงบประมาณ 25,000 บาท ทำให้อัตราการเกิดอัคคีภัยลดลงเหลือปีละไม่เกิน 10 ครั้งและทุกครั้งสามารถระงับเหตุได้ภายใน 20 นาที</p>	หนองโพรง อ. ศรีมหาโพธิ์	ปราจีนบุรี
2	ชุมชนป้องกันอัคคีภัย	<p>ในปี 2544 ได้สนับสนุนให้มีการจัดทำเส้นทางดับเพลิง ช้อมดับเพลิงปีละ 3 ครั้ง ติดตั้งถังดับเพลิงแห่งในชุมชน จัดทีมดับเพลิง 2 ชุด สลับกับการทำงานตลอด 24 ชั่วโมง ให้บริการตรวจจุดสภาพสายไฟในอาคารบ้านเรือนและจุดเสี่ยง ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องการป้องกันอัคคีภัยแก่ประชาชน เพื่อลดปริมาณการเกิดอัคคีภัยและการสูญเสียทรัพย์สินของตนเองจากอัคคีภัย มีเส้นทางดับเพลิงที่เข้าถึงที่เกิดเหตุภายใน 10 นาที ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นสามารถป้องกันอัคคีภัยในครัวเรือนได้</p>	เทศบาลเมือง สระแก้ว อ. เมือง	สระแก้ว

ตาราง 51 การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและการมีส่วนร่วม

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	กิจกรรม	อบต.	จังหวัด
1	การประชุมภาคีหมู่บ้าน ชุมชนเพื่อการบริหารงาน ท้องถิ่น	ดำเนินงานส่งเสริมให้ชาวบ้านในตำบลมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารของ อบต. ทุกขั้นตอน รวมทั้งการพัฒนาและบริหารจัดการชุมชน โดยจัดให้สอดคล้อง กับภูมิปัญญาชุมชน โดยไม่ต้องใช้งบประมาณ ผลการดำเนินงานช่วยให้ อบต. ประสบความสำเร็จในการเข้าถึงประชาชน ประชาชนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของ อบต. และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ของ อบต. เป็นอย่างดี	บ้านค่าย อ. บ้านค่าย	ระยอง
2	การรวมกลุ่มผู้นำพัฒนา ตำบล	อบต. ร่วมกับผู้นำชุมชน จัดเสวนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหาของชุมชน รวมทั้งให้ความรู้ด้านวิชาการต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางแก้ไขปัญหา และเป็นหลักใน การบริหารชุมชนของผู้นำ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้นำท้องถิ่น และชาวบ้านให้สามารถแก้ไขปัญหาท้องถิ่นต่างๆ ด้วยตนเอง ด้วยเงินงบประมาณ 72,000 บาท ผลการดำเนินงานช่วยให้ผู้นำชุมชนมีความรู้ด้านกฎหมาย การ บริหารจัดการงานในชุมชน การตลาด กลไกราคาของผลผลิตทางการเกษตรมาก ขึ้น และสามารถจัดการปัญหาด้านความสงบเรียบร้อยในชุมชนได้ดี	บ้านใหญ่ อ. เมือง	นครนายก
3	โครงการประชุมสภาผู้ 9 หมู่บ้าน	อบต. ได้จัดประชุมผู้สูงอายุ 9 หมู่บ้าน ให้รับทราบปัญหาของประชาชน ได้สื่อสาร ทำความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ระหว่าง อบต. กับชาวบ้าน และนำปัญหาของ ประชาชนมาดำเนินการแก้ไข สามารถแก้ไขปัญหาได้ ร้อยละ 100 ประชาชน เข้าใจบทบาทของ อบต. และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานของ อบต. เพิ่มขึ้น สามารถจัดเก็บภาษีอากรได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 97.8		

นอกจากนี้ ยังมีรายงานการศึกษาวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน ดังต่อไปนี้

โกวิท พวงงาม. (2544). ได้ทำการวิจัยเรื่องการศึกษาภารกิจ อบต. และความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบล มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสำรวจโครงการหรือกิจกรรมในแผนพัฒนาตำบล 5 ปี ของ อบต. โดยเฉพาะแผนพัฒนาตำบลประจำปี 2541-2542 ในการสะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน เพื่อสำรวจถึงภารกิจ อบต. และประชาคมตำบลในการเคลื่อนไหวเพื่อดำเนินการมีส่วนร่วมรับผิดชอบการจัดการปัญหาสุขภาพ ชุมชน และสำรวจถึงความจำเป็นและความต้องการพื้นฐานของ อบต. และประชาคมตำบลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน ตลอดจนศึกษาเงื่อนไขปัจจัยบางประการที่ก่อให้เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในแนวทางประชาคมตำบล เพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพชุมชน

ผลการสำรวจโครงการหรือกิจกรรมในแผนพัฒนาตำบลของ อบต. ในปี 2541-2542 พบว่ามีโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน ร้อยละ 36 จากจำนวนโครงการที่อยู่ในแผนพัฒนาตำบล และการปฏิบัติตามแผนพัฒนาตำบลที่ปรากฏอยู่ในข้อบังคับงบประมาณรายจ่ายประจำปี และรายจ่ายเพิ่มเติมของ อบต. ประจำปีงบประมาณ 2541-2542 มีการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน ร้อยละ 30 จากจำนวนโครงการในข้อบังคับงบประมาณทั้งหมด ซึ่งในบรรดาโครงการที่ดำเนินการจัดทำส่วนใหญ่เป็นโครงการขนาดเล็กและเป็นโครงการที่ อบต. ให้เงินสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการสำรวจภารกิจ อบต. และประชาคมตำบลในการเคลื่อนไหวเพื่อดำเนินการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน พบว่า ภารกิจ อบต. กับการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนโดยภาพรวม พบว่า มีการดำเนินกิจกรรมครอบคลุมภารกิจทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การอนามัยชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพิบาลชุมชน ด้านการป้องกันโรค การบริการสาธารณสุขมูลฐาน และการสาธารณสุข รวมถึงการพัฒนาแหล่งน้ำ ทั้งนี้ ในการดำเนินการภารกิจของ อบต. ดังกล่าว ใช้วิธีดำเนินการให้เงินงบประมาณสนับสนุนหน่วยงานอื่น ๆ ทำกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน เช่น สนับสนุนการซื้อเวชภัณฑ์ยาแก่สถานีอนามัย ซื้อเครื่องพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย ตรวจสุขภาพประชาชน กำจัดโรคพิษสุนัขบ้า สนับสนุนอาหารกลางวันและอาหารเสริมแก่ศูนย์พัฒนาเด็ก และกิจกรรมที่ อบต. เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมเองตามขีดความสามารถที่แตกต่างกันออกไป เช่น รับผิดชอบด้านยาเสพติด โรคเอดส์ ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อต่าง ๆ กำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ควบคุมสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อบต. สัจจรด้านสุขภาพ กิจกรรม การประกอบอาหารและโภชนาการ กิจกรรมแปรรูปสมุนไพรและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ฯลฯ

ในด้านสถานประกอบการ พบว่า มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน จากการศึกษาของ พิเชษฐ์ อมรพิพัฒน์ . (2547). ได้ทำการศึกษาปัญหาและอุปสรรค การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของสถานประกอบการขนาดกลาง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานที่คณะกรรมการความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (คปอ.) ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจาก เจ้าของกิจการไม่ให้ความร่วมมือและตัว คณะกรรมการมีงานมาทั้งในหน้าที่ประจำและหน้าที่ คปอ. โดยมีปัญหาและอุปสรรคในการ ดำเนินงานของ คปอมีความสัมพันธ์กับสัญชาติของเจ้าของกิจการ นโยบายของสถาน ประกอบการและผลประโยชน์ที่ คปอ. ได้รับในการทำหน้าที่ คปอ.

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญจะมีดังนี้

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การศึกษาผลกระทบต่างๆ ด้านสุขภาพจากการท่องเที่ยว

(กิจกรรมผิตกกฎหมาย ยาเสพติด อาชญากรรม)

2. การสร้างรูปแบบการรณรงค์โดยคนงานเพื่อลดอุบัติเหตุจากการทำงาน

3. บทบาทขององค์กรชุมชนในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

4. การเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่

5. การศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานด้านการรักษาพยาบาลขององค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น

6. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคนิยมของเยาวชนในสถานศึกษา

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การส่งเสริมรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาความปลอดภัยในการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับผู้ประกอบการเฟอริเนเจอร์

2. การสร้างรูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพของโรงเรียน

3. การพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในสถานศึกษา

4. ผลกระทบของนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวกับการแพร่กระจายของโรคเอดส์

5. การวิเคราะห์ความเหมาะสมในบทบาทของหน่วยงานต่างๆที่ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. รูปแบบการสร้างสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษาที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

5.3 ภาคประชาชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชน มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน จากแนวคิดการพัฒนาสุขภาพประชาชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และ สถานบริการต้องเป็น Health Organization ที่เป็นตัวแทนของชุมชนไปด้วย

จากความหมายของระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่หมายถึงกระบวนการที่สมาชิกของสังคมหรือชุมชนนั้นมีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแลและบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพะที่ดีขึ้น พื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) ระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพสมบูรณ์ทางสุขภาพกายและใจของตนเอง สมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชนและสังคมของตน ระบบสุขภาพภาคประชาชนจึงเป็นสุขภาพะทุกมิติทางสังคมในลักษณะองค์รวม ซึ่งรวมถึงระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบอาหาร ระบบยา ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา วิถีชุมชนและวัฒนธรรมชุมชนท้องถิ่น จึงเป็นภาพการทำงานของประชาชนที่เป็นเครือข่าย มีกระบวนการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย มีนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัดและกลวิธีที่ประชาชนเป็นผู้กำหนด ภายใต้ความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ตามสภาพแวดล้อม บริบท เชื่อมโยง เศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมท้องถิ่นและครอบครัว ใช้ทุนทางสังคมที่เป็นของตน มีรูปแบบการทำงานแบบองค์การรวม ผสมภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาสากล มีนโยบายและกลไกสนับสนุนจากรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการกระตุ้นจากองค์กรภายนอกและภายในช่วยขับเคลื่อนกระบวนการ

2) ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบดำเนินงานเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ การดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน จึงมีได้หมายความว่า จะต้องสร้างระบบดำเนินงานที่มาทำงานด้านสุขภาพแยกจากการทำงานด้านอื่นๆ แต่ควรเป็นระบบดำเนินงานที่มีศูนย์กลางการบริหารจัดการเดียวกันของทุกๆ สาขา ทั้งด้านสุขภาพ เกษตร อาชีพ การศึกษาและอื่นๆ เพื่อการบูรณาการของการพัฒนาที่ยืดการแก้ปัญหา สร้างความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่มีความต้องการของชุมชน ท้องถิ่นเป็นประการสำคัญ เหนือขึ้นมาจากระดับชุมชน ท้องถิ่น ในภาพของสังคมและประเทศ สภาพของปัญหาที่เกิดขึ้นมีความสลับซับซ้อนกว่าแต่ก่อนมาก ปัญหาด้านสุขภาพเองก็มีได้เกิดขึ้นเป็นปัญหาเดี่ยวๆ แต่มีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกับปัญหาอื่นๆ ที่มีความสลับซับซ้อนมากเกินกว่าที่จะแก้ไขด้วยกลยุทธ์ทางด้านสุขภาพเพียงประการเดียว รวมทั้งบางปัญหาก็กินกำลังที่ชุมชน ท้องถิ่นจะสามารถจัดการได้แต่เพียงลำพังในชุมชน ท้องถิ่นเดียวได้ ดังนั้นระบบสุขภาพ

ภาคประชาชนแต่ละชุมชน ท้องถิ่นจึงต้องมีการสานต่อเชื่อมโยงกันเป็นกลไกที่เชื่อมต่อกับระบบสุขภาพในระบบต่างๆ รวมถึงระบบการพัฒนาด้านอื่นๆ เพื่อให้มีบทบาทกำหนดทิศทางและนโยบายการพัฒนาสุขภาพในระดับต่างๆ จนถึงระดับประเทศ อันมีพื้นฐานมาจากสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนที่ส่งต่อกันมาเป็นลำดับ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นเครือข่ายที่มีชุมพลพลังมหาศาลในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาด้านอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ต้องการอาศัยความร่วมมือ การผนึกกำลังอย่างมีเป้าหมาย

3) เป้าหมายของระบบสุขภาพภาคประชาชน ระบบสุขภาพของประเทศมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมุ่งสู่เป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี ในฐานะที่ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศที่มีความเชื่อมต่อกับระบบสุขภาพภาครัฐ จึงมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ทั้งนี้ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคม ในการคิดริเริ่มและตัดสินใจในการจัดการระบบสุขภาพตามความคิด ความต้องการชุมชนและสังคม ภายใต้แนวทางการพึ่งตนเองและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของประชาชนนั่นเอง

4) วัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพภาคประชาชน หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ การที่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่นเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพความต้องการของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ องค์การภายนอกเป็นเพียงผู้สนับสนุน กระตุ้นและสร้างปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินงานของชุมชน ท้องถิ่นนั้นๆ จึงเป็นการพัฒนาให้ชุมชนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งและนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ระบบสุขภาพของชาติมีประสิทธิภาพ สามารถครอบคลุม เข้าถึงและเป็นธรรม ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

และจากสถานการณ์ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา กระแสโลกได้หันเหแนวคิดที่มุ่งเน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจมาสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development) ซึ่งคำนึงถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมและความสมดุลของระบบนิเวศ (ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์. 2536. อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญญาวันวัฒน์ และคณะ. 2548. หน้า 137) มีการเรียกร้องให้สนใจความเป็นท้องถิ่น (Localization) ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์และการให้อำนาจแก่ประชาชน (People Empowerment) จะเห็นได้จากการที่องค์การอนามัยโลกได้เริ่มโครงการ "Healthy Cities" มาตั้งแต่ปี 2528 หรือจากคำขวัญขององค์การอนามัยโลกในปี 2544 ที่ว่า "Healthy Cities for Better Life" สำหรับในประเทศไทยนั้นได้ริเริ่มโครงการเมืองน่าอยู่ เมื่อ พ.ศ. 2538 และคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2542 เห็นชอบในหลักการของการพัฒนาเมืองน่าอยู่และชุมชนน่าอยู่อย่างยั่งยืน โดยกำหนดให้การพัฒนาเมืองน่าอยู่และชุมชนน่าอยู่อย่างยั่งยืนเป็นวาระแห่งชาติ

และคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้เสนอกลยุทธ์ “เมืองนำอยู่ด้วยพลังท้องถิ่น” เข้าสู่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (จุฑารัตน์ บุญญานูวัฒน์ และคณะ 2548. หน้า 137)

สถานการณ์ระบบสุขภาพภาคประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ในทุกจังหวัดมีเครือข่ายภาคประชาชนที่มีการดำเนินกิจกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะเครือข่ายทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น กลุ่มรักษ์บางปะกง ฯลฯ ทางด้านการเกษตร เช่น กลุ่มเกษตรปลอดสาร กลุ่มเกษตรอินทรีย์ ฯลฯ ทางด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น ชมรมคุ้มครองผู้บริโภคในจังหวัดต่างๆ ฯลฯ ทางด้านการป้องกันสารเสพติด เช่น ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน โดยส่วนใหญ่มีการประสานงานในด้านต่างๆ กับหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ เช่น กลุ่มรักษ์บางปะกงที่ประสานความร่วมมือกับสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ซึ่งนับว่าทำให้เกิดการรับรู้และมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเพิ่มมากขึ้น

และยังมีรายงานการศึกษาวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่แสดงให้เห็นความสำคัญของภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพ ดังต่อไปนี้

ปราณี ถาวรศิริ. (2548). ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของตำบลทุ่งควายกิน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง 2548 ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ ด้านความรู้เรื่องไข้เลือดออกของประชาชนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา พบว่า ประชาชนมีการปฏิบัติต่อบ้านตนเองในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกในระดับปานกลาง การปฏิบัติตนต่อชุมชนในการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง

จีระศักดิ์ ดิเรกฤทธิ์กุลชัย. (2548). ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของชุมชนเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ในปี 2548 ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในด้านการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับกลาง มีความตระหนักว่าการกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชน ด้านการปฏิบัติพบว่ากรณีมีไข้เลือดออกเกิดในหมู่บ้านประชาชนให้ความร่วมมือในการพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายมากที่สุด รองลงมานิยมเปลี่ยนถ่ายภาชนะที่มีน้ำขังทุก 7 วัน ส่วนการดำเนินการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกนั้นในบ้านตนเอง ประชาชนดำเนินการดี แต่ในด้านส่วนรวมประชาชนร่วมมือเพียงยินยอมให้พ่นเคมี

บังอร เจริญผล และ เต็มพร บุราณเคน. (2548). ได้ศึกษาลักษณะกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับจำนวนงานการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร

สาธารณสุขหมู่บ้าน จังหวัดระยอง มาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 366 คน ผลการศึกษากิจกรรมการเฝ้าระวังโรคใช้หวัดนกในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน พบว่า ร้อยละ 95.1 ของ อสม. ดำเนินการแจ้งปศุสัตว์หรือกำนันผู้ใหญ่บ้าน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อบต. เมื่อพบว่ามีสัตว์ปีกป่วยหรือตายในชุมชน ร้อยละ 91.5 ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนร้อยละ 86.6 สสำรวจสัตว์ปีกในชุมชนร้อยละ 86.1 เฝ้าสังเกตสัตว์ปีกป่วยหรือตายผิดปกติในชุมชน ร้อยละ 82.2 และรายงานผลการสำรวจหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับใช้หวัดนกแก่เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ ร้อยละ 72.2

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การศึกษาเชิงวิเคราะห์แนวทางการดำเนินงานขององค์กรภาคประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (อสม.)

2. การพัฒนาความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในการจัดปัญหาสุขภาพของชุมชน

ประเด็นที่ควรทำระยะยาว

1. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (โรคเอดส์ โรคเบาหวาน)

2. การพัฒนาแนวทางการสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานขององค์กรภาคประชาชน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน

6. ภูมิปัญญา

จากความหมายของ ภูมิปัญญาไทย ซึ่งหมายถึง องค์ความรู้ ความสามารถและทักษะของคนไทยอันเกิดจากการสังมประสมการณ์ที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ เลือกสรร ประยุกต์ พัฒนา และถ่ายทอดสืบต่อกันมา เพื่อใช้แก้ปัญหาและพัฒนาวิถีชีวิตของคนไทยให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและเหมาะสมกับยุคสมัย ภูมิปัญญาไทยนี้มีลักษณะเป็นองค์รวม มีคุณค่าทางวัฒนธรรมเกิดขึ้นในวิถีชีวิตไทย ซึ่งภูมิปัญญาท้องถิ่นอาจเป็นที่มาขององค์ความรู้ที่ออกมาขึ้น

ใหม่ที่จะช่วยในการเรียนรู้ การแก้ปัญหา การจัดการและการปรับตัวในการดำเนินวิถีชีวิตของคนไทย ลักษณะองค์รวมของภูมิปัญญามีความเด่นชัดในหลายด้าน เช่น ด้านเกษตรกรรม ด้านอุตสาหกรรม และหัตถกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย ด้านการจัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ด้านกองทุนและธุรกิจชุมชน ด้านศิลปกรรม ด้านภาษาและวรรณกรรม ด้านปรัชญา ศาสนา และประเพณี และด้านโภชนาการ (ที่มา: www.thaiwisdom.org/p_pum/center_pum/c_pumb.htm)

จากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว การแพทย์ปัจจุบันได้พัฒนาให้เป็นที่พึ่งของประชาชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบัน มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่า การแพทย์แผนปัจจุบันไม่อาจเป็นรูปแบบที่ประชาชนเข้าถึงได้เท่าเทียมกัน และยังคงต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ยา และเวชภัณฑ์จากต่างประเทศแทบทั้งสิ้นปรากฏการณ์เหล่านี้เป็นภาพสะท้อนของการใช้วิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งการแพทย์ตะวันตกเป็นการแพทย์ที่ก่อเกิดและพัฒนาวัฒนธรรมจากสังคมของคนตะวันตก เมื่อนำมาใช้กับคนนอกสังคม ให้เกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “ช่องว่างทางวัฒนธรรม” แม้ว่าจะระบบการแพทย์ท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย จะถูกจัดให้เป็นการแพทย์นอกระบบที่เป็นทางการ ซึ่งขาดการพัฒนาและสนับสนุนจากรัฐมาเกือบหนึ่งร้อยปี แต่ก็ยังพบว่าประชาชนยังอาศัยการดูแลสุขภาพแบบแผนไทย โดยอาศัยประสบการณ์ที่สืบทอดต่อกันมา ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นข้อยืนยันได้ว่า ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงระบบเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างครอบคลุม แต่ต้องหาวิธีการที่หลากหลายในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะระบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของสังคมไทยจากที่กล่าวมาข้างต้น จึงเกิดการร่าง พ.ร.บ. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ขึ้น โดย พ.ร.บ. นี้เห็นคุณค่าของการแพทย์ดั้งเดิม เช่นการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ระบบหมอพื้นบ้าน และสนับสนุนให้ประชาชนมีทางเลือกที่หลากหลายแผน ให้มีกลไกเฉพาะเพื่อทำงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ในภาคตะวันออกเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น พบว่า ภูมิปัญญาด้านสมุนไพรมีความโดดเด่นที่สุด ทั้งในด้านการนำสมุนไพรมาใช้ในการรักษาโรค เช่น การนำมาปรุงเป็นยารักษาโรคชนิดต่างๆ โดยพบว่า ในชุมชนชนบทของจังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี นครนายก ยังปรากฏว่ามีแพทย์พื้นบ้านที่ใช้การรักษาโดยสมุนไพรอยู่เป็นจำนวนมาก มีการใช้สมุนไพรในการกวาดคอกเด็กเพื่อรักษาโรค การรักษาบาดแผล การรักษาพิษจากสัตว์ การส่งเสริมสุขภาพ ฯลฯ แต่จังหวัดที่มีความโดดเด่นในการใช้สมุนไพรมากที่สุดในภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดปราจีนบุรี เนื่องจากมีการดำเนินงานพัฒนาสมุนไพรในเชิงพาณิชย์ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์

สมุนไพรยังถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ใช้ในการนวดแผนไทย ซึ่งจากกระแสสุขภาพทางเลือก ในการประเมินสถานการณ์เบื้องต้นในภาคตะวันออก พบว่าการนวดแผนไทยได้รับความนิยมมากขึ้นตั้งแต่ปี 2545-ปัจจุบัน จะเห็นได้จากการมีสถานบริการเอกชนที่ให้บริการนวดแผนไทยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในจังหวัดที่มีแหล่งท่องเที่ยว เช่น ชลบุรี ระยอง จันทบุรี และตราด จะพบบริการนวดแผนไทยในโรงแรมต่างๆ ตามชายหาด หรือแม้แต่ในตลาดนัดเคลื่อนที่ก็ยังมีบริการนวดแผนไทย โดยจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการนวดแผนไทยพบว่า ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมระยะสั้นจากหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข

ในโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งในภาคตะวันออก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยส่วนหนึ่ง ได้จัดให้มีหน่วยบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะบริการการนวดแผนไทย ซึ่งสามารถรับบริการโดยเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ โดยพบว่าเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสนใจมารับบริการ

นอกจากนี้การบริการด้านการแพทย์ทางเลือกที่พบในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคตะวันออกอีกด้านหนึ่งก็คือ “การฝังเข็ม” โดยพบว่าทุกโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการจะมีแพทย์ที่มีความรู้โดยตรง ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง เป็นผู้ให้บริการ โดยเป็นการฝังเข็มเพื่อการรักษาเป็นหลัก เช่น เพื่อลดอาการเจ็บปวด เป็นต้น

สำหรับในการศึกษาคั้งนี้ ได้แบ่งประเด็นของภูมิปัญญาที่ส่งผลต่อสุขภาพออกเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

6.1 องค์ความรู้ชุมชน

วสุธร ตันวัฒน์กุล , อรพิน ทองดี .(2546) . ได้วิเคราะห์สถานการณ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุขในชุมชนภาคตะวันออกของประเทศไทย พบว่า ภูมิปัญญาด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุขสามารถจัดกลุ่มได้ 10 ลักษณะ โดยจะมีสถานภาพการใช้งานและการคงอยู่ในชุมชนแตกต่างกันออกไป ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพเป็นทางเลือกหรือเป็นความหวังสุดท้ายของการดูแลสุขภาพ ที่สำคัญคือ ภูมิปัญญาหรือความรู้ส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุไม่ค่อยถ่ายทอดความรู้หรือมีเงื่อนไขยุ่งยากในการถ่ายทอด และไม่ค่อยมีผู้รับการถ่ายทอดความรู้ จึงเป็นประเด็นที่น่าห่วงว่าภูมิปัญญาไทยจะสูญหายไปมาก

ในด้านองค์ความรู้ชุมชนมีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้อง เช่น สมภพ ประธานธรรารักษ์ และคณะ. (2548). ได้ศึกษาบทบาทการพัฒนามาตรการด้านวิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการอนุรักษ์พัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท โดยภาพรวมของงานวิจัยไม่ได้มุ่งเป้าไปที่

ชนิดสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์ได้อย่างชัดเจน โดยมีข้อสรุปว่า ประเทศไทยควรมีหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายระดับชาติเกี่ยวกับบทบาทของสมุนไพร การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านให้ชัดเจน หน่วยงานสนับสนุนทุนวิจัยต้องกำหนดทิศทางการให้ทุนวิจัยที่ชัดเจนเพื่อการแก้ไขปัญหาของประเทศ สอดคล้องและทันกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม ควรส่งเสริมให้มีการให้ทุนวิจัยกับนักวิจัยที่มีศักยภาพเพื่อจัดตั้งหน่วยวิจัยเพื่อความเป็นเลิศ จัดตั้งสถาบันวิจัยระดับชาติที่มีเป้าหมายเพื่อวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้บนรากฐานของภูมิปัญญาโดยเฉพาะ ควรมีการวิจัยเพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้ของระบบการแพทย์ไทยต่าง ๆ ให้เป็นระบบ นอกจากนี้การวิจัยสมุนไพรตำรับบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทยอาจเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาที่เหมาะสมกับการแก้ปัญหาของประเทศ ควรมีหน่วยส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการวิจัย ให้คำปรึกษาแก่นักวิจัยในการจดสิทธิบัตรทั้งในและต่างประเทศ และเชื่อมโยงผลการวิจัยสู่การพัฒนาเชิงอุตสาหกรรม การให้การศึกษาและการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาต่อบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน จะช่วยให้เจตคติของคนไทยต่อสมุนไพรเป็นไปในทิศทางที่เอื้อต่อระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยมากขึ้น เมื่อมีการนำสมุนไพร การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมในปัจจุบัน

ในประเด็นการแพทย์ทางเลือก จากการศึกษาสถานการณ์ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน พบว่าการซื้อยากินเองยังมีบทบาทสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่รายได้ต่ำ นอกจากนั้นเป็นการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐและเอกชน และการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ มีผู้สนใจไปใช้บริการมากขึ้น (ชนินทร์ เจริญกุล และจิตรา ธรรมบริสุทธิ, 2541)

และแม้ว่าระบบการแพทย์ท้องถิ่นการแพทย์แผนไทย จะถูกจัดให้เป็นการแพทย์นอกระบบที่เป็นทางการ ซึ่งขาดการพัฒนาและสนับสนุนจากรัฐมาเกือบหนึ่งร้อยปี แต่ก็ยังพบว่าประชาชนยังอาศัยการดูแลสุขภาพแบบแผนไทย โดยอาศัยประสบการณ์ที่สืบทอด ต่อ ๆ กันมา ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นข้อยืนยันได้ว่า ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงระบบเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างครอบคลุม แต่ต้องหาวิธีการที่หลากหลายในการแก้ปัญหาโดยเฉพาะระบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของสังคมไทย

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การจัดการความรู้เพื่ออนุรักษ์และพัฒนาภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออก (การแพทย์พื้นบ้าน สมุนไพร นวดแผนไทย)

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน
2. การพัฒนาระบบสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อสร้างค่านิยมต่อการแพทย์ทางเลือก

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. แนวทางการให้การศึกษาและการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาแก่บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน
2. การพัฒนาเครือข่ายชุมชนด้านการอนุรักษ์และพัฒนาภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประเด็นที่ต้องทำระยะยาว

1. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาโรคต่างๆตามแนวทางการแพทย์พื้นบ้าน

6.2 ความเชื่อ/วัฒนธรรม

ในด้านความเชื่อและวัฒนธรรม พบว่าความเชื่อของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะของความเชื่อที่สอดคล้องกับแนวคิดของความเชื่อในชนบท ใน 3 รูปแบบคือ

1) ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ (Supernaturalism) อันได้แก่ การนับถือผีและวิญญาณต่างๆ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

ก. ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งนอกเหนือธรรมชาติแบบศาสนา (religious) คือเชื่อว่าสิ่งนอกเหนือธรรมชาติมีอำนาจให้คุณและโทษแก่มนุษย์ได้ มนุษย์ไม่มีทางเอาชนะสิ่งนอกเหนือธรรมชาติเหล่านี้ได้ จึงต้องยอมรับและหาทางออกโดยการสวดมนต์อ้อนวอน ตลอดจนการเซ่นไหว้บวงสรวงบูชา เพื่อขอให้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติเหล่านี้บันดาลคุณประโยชน์แก่ตน เช่น เชื่อว่าภูตผีวิญญาณมีอำนาจเหนือธรรมชาติ ทำให้คนเจ็บไข้ได้ป่วย ดังนั้นจึงต้องทำพิธีขอขมา เพื่อช่วยบำบัดไข้ให้หายเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีพิธีต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อขอสิ่งมีอำนาจนอกเหนือธรรมชาติอำนาจโชคแก่ตนเองหรือชุมชน

ข. ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งนอกเหนือธรรมชาติแบบมายาศาสตร์ หรือไสยศาสตร์ (Magic) คือ เชื่อว่าสิ่งนอกเหนือธรรมชาติมีอำนาจให้คุณ ให้โทษแก่มนุษย์ ได้เช่นเดียวกับแบบศาสนา แต่เชื่อต่างกันในแง่ที่เห็นว่ามนุษย์สามารถเอาชนะอำนาจนอกเหนือธรรมชาติบางอย่างโดยวิธีที่มนุษย์เข้าใจ ตัวอย่างเช่น การประกอบพิธีขอฝนโดยการแห่หางแมว การกลั่นใจเอาเม็ด สิ่งหรือของมีคม บดที่พื้นบ้านทิ้งไว้ชั่วครู่หนึ่งในขณะที่เกิดพายุพัดผ่านบ้านเรือน การทำคุณไสย กลั่นแกลังคู่ต่อสู้ให้แก่ความเจ็บป่วยล้มตาย สิ่งเหล่านี้เป็นความเชื่อในเชิงไสยศาสตร์ ลักษณะของไสยศาสตร์ที่ก่อให้เกิดผลดี เช่น การแห่หางแมว เพื่อให้ฝนตกเช่นนี้เรียกว่า white magic ส่วนผล

ของไสยศาสตร์ที่มุ่งให้เกิดผลร้าย เช่น การทำคุณไสยต่อผู้อื่น ที่เรียกว่า black magic ในพิธีกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อในสิ่งนอกเหนือธรรมชาติทั้งสองชนิดนี้ ต้องอาศัยผู้ชำนาญในการประกอบพิธี เช่น จ้ำ หมอยา หมอผี ฯลฯ

2) ความเชื่อตามหลักพระพุทธศาสนา ซึ่งเห็นได้จากการทำบุญในทุกรูปแบบ นับแต่การตักบาตร การช่วยกันลงทุนลงแรงสร้างหรือปฏิสังขรณ์วัดวาอาราม งานบุญทอดกฐิน ทอดผ้าป่า การไปวัดฟังเทศน์รักษาศีลการบวชเป็นสามเณรหรือภิกษุสงฆ์ ตลอดจนพิธีมงคลต่างๆ จะต้องมีการประกอบพิธีเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย วัดวาอารามมีบทบาทมากต่อสังคมท้องถิ่น และยังเป็นแหล่งชุมชนในเทศกาลต่างๆ อีกด้วย

3) ความเชื่อตามแบบคติพราหมณ์แบบชาวบ้าน ซึ่งชาวบ้านจะมุ่งให้เกิดความเป็นสิริมงคลในโอกาสต่างๆ เช่นการแต่งงาน การบวช การสูขวัญ ผู้ที่จะจากบ้านหรือกลับเข้าบ้าน การรับขวัญผู้เจ็บป่วย การรับขวัญผู้มาเยือน ฯลฯ โดยผู้ประกอบพิธีกรรมจะมุ่งหมั่นขาวหรืออาจมีผ้าขาวเป็นผ้าสไบ และเป็นผู้ที่มีความรู้ในคัมภีร์พระเวท สามารถอ่านบทกลอนตามแบบฉบับได้อย่างไรก็ตาม พื้นฐานระบบความเชื่อดั้งเดิมและยังปรากฏอยู่ในสังคมชนบททั้งสองประเพณีการนับถือผีเป็นประเพณีมิใช่เฉพาะคนไทย แต่ยังรวมไปถึงชาวเอเชียหรือชาวโลกด้วยเพียงแต่มีความแตกต่างกันในเรื่องประเพณีเท่านั้น สำหรับชาวนั้นมีการนับถือผีมาเป็นเวลานาน ยากที่จะกล่าวว่าได้เริ่มมีประเพณีนับถือผีตั้งแต่เมื่อไร

ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือบางพื้นที่ เช่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา อำเภอบึงน้ำรักษ์ จังหวัดจันทบุรี ที่มีประชาชนส่วนใหญ่มีพื้นเพมาจากภาคอีสาน พบว่า มีพิธีกรรมที่เกี่ยวกับผีฟ้า ใน 2 ลักษณะ คือ

1) พิธีกรรมที่เกี่ยวกับการขอฝน จากความเชื่อว่าการแห่แล้งเกิดจากการกระทำของผีฟ้า หรือผีแถนหรือพระอินทร์ซึ่งลืมน้ำที่ มนุษย์จึงต้องทวงหรือเตือนด้วยการจัดพิธีกรรมต่างๆ เช่น การจุดบั้งไฟ การแห่นางแมว การปั้นเมฆเสกคาถา เพื่อเตือนความจำของผีฟ้า

2) พิธีกรรมที่เกี่ยวกับการบำบัดความเจ็บไข้ ซึ่งเรียกว่า “หมอลำผีฟ้า” โดยผ่านทางคนทรงหรือนางเทียม ซึ่งเรียกว่า “กก” ซึ่งเป็นผู้หญิงและมีผู้ร่วมทีมในการรักษาเรียกว่า “ศิษย์หรือนางเทียม บุคคลเหล่านี้ล้วนเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีการหมอลำผีฟ้า อาจจะเป็นชายหรือหญิงก็ได้ ประมาณ 5-10 คน นอกจากผู้ “ถือผีฟ้า” เหล่านี้แล้ว ยังมีคนเป่าแคนและคนไข้ที่ต้องการรักษาการรักษาแบบนี้เป็นแบบนุมนวล ไม่ทุบตีคนไข้โดยใช้ความงามจากทำร้ายรำ เสียงดนตรี และวาทศิลป์ที่อ่อนหวาน ผู้ทำพิธีต้องเชิญผีฟ้าให้ประทับร่างก่อน หลังจากนั้นจึงลุกขึ้นและพ้อน “ลำ” กันไปตามเสียงแคน ตัวหัวหน้าจะพูดกับคนไข้ซึ่งคิดว่ามีผีต่างๆ สิงอยู่ภายในตัว อันเป็นผลทำให้เกิดการเจ็บไข้ได้ด้วย การพูดในลักษณะ “ลำ” ของผีฟ้ามีจุดมุ่งหมายเพื่อเกลี้ยกล่อมให้ผีที่สิงใน

ตัวคนไข้เป็นพวกเดียวกับตนจนยินยอมออกจากร่างผู้ป่วย โดยที่ยินดีหาสิ่งที่ต้องการ เช่น ช่างม้า ก็หาสิ่งสมมุติให้แทนพลน้อยต่อชาวผู้ไทยและชาวโซ ซึ่งถือว่าชนกลุ่มน้อย ด้วยเหตุที่ถือว่าผีฟ้าหรือพระอินทร์เป็นผู้ให้คุณแก่ตนเอง เมื่อไม่ให้โทษก็ไม่จำเป็นต้องรบกวนเช่น ผีชนิดอื่นๆ ในขณะเดียวกันความเชื่อในเรื่องผีเข้าก็มีอิทธิพลต่อชีวิตมากกว่า จึงทำให้ความเชื่อเรื่องผีลดน้อยกว่าผีอื่นๆ

ตัวอย่างความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับ สภาพาสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น

1) การเลี้ยงผี เป็นความเชื่อเรื่องการเลี้ยงผีของชาวบ้านวัดแจ้ง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี มีมานานนับ 100 ปี จะต้องทำพิธีเลี้ยงผี หลังการทำบุญวันสงกรานต์ ชาวบ้านจะกำหนดวันนัดหมายที่จะทำบุญเลี้ยงผีกลางทุ่งขึ้นโดยมีความเชื่อกันว่า การเลี้ยงผีจะทำให้คนในหมู่บ้านปลอดภัยไม่เจ็บไข้ หรือมีเคราะห์ร้าย จะทำให้อยู่เย็นเป็นสุข ตรงกันข้ามหากไม่มีการเลี้ยงผีชาวบ้านจะเจ็บไข้ ไม่สบาย ประสบแต่ทุกข์โศก เคราะห์ร้าย ในพิธีกรรมชาวบ้านจะพร้อมใจกันปลูกโรงพิธีขึ้นกลางทุ่งนา แล้วนิมนต์พระมาสวดมนต์เย็น และบริจาคเงินช่วยกันจัดเตรียมเครื่องเซ่น ซึ่งประกอบด้วย ไก่ หัวหมู เหล้า อาหารคาว-หวาน ผลไม้และผ้าแพรพรรณเตรียมไว้ที่ประจำพิธี รุ่งเช้าจึงนำอาหารมาร่วมถวายพระ เมื่อเสร็จพิธีสงฆ์ ชาวบ้านจะไปทำกระทงมัดแพ เพื่อมาเลี้ยงผี ในมัดแพ จะมีข้าวดำ ข้าวแดง อาหารคาว-หวาน น้ำ และที่จะขาดเสียมิได้คือตุ๊กตาที่ทำขึ้นจากกาบกล้วยเท่าจำนวนสมาชิกในบ้าน เพื่อเป็นสัญลักษณ์การไถ่ตัวแทนคนในบ้านของตน แล้วนำธงสามเหลี่ยมสี่ต่างๆ ปักลงในมัดแพ ร้อยมุมทั้ง 4 ของกระทงมัดแพด้วยเชือก หิ้วไปวางที่คันนาในบริเวณพิธี ขณะที่ทำพิธีจะมีวิญญาณต่างๆ เข้ามาสิงร่างทรงกินเครื่องเซ่นและอาหารในมัดแพ สาธการทำพิธีนี้ส่งผลให้ชาวบ้านรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัย ไม่มีโรคภัย เศรษฐกิจ การทำงานในหมู่บ้านเป็นไปด้วยความราบรื่น ร่มเย็น แสดงถึงความพร้อมเพรียงเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของชาวบ้านวัดแจ้ง ในการประกอบพิธีทำบุญร่วมกัน ส่วนของความเชื่อในเรื่องร่างทรงและวิญญาณ อาจเป็นอุปายในการน้อมนำใจให้เชื่อถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การทำความดี ไม่ทำความชั่ว ไม่เหยียดหยามและให้ความเคารพในเรื่องที่บรรพบุรุษเชื่อถือสืบต่อกันมา (ที่มา : www.prapaneethai.com)

2) ผีแม่ฝ่าย ลักษณะความเชื่อโดยประมาณกลางปี พ.ศ. 2547 มีข่าวลือไปทุกหมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดสระแก้วว่ามีผีแม่ฝ่ายออกอาละวาดในยามค่ำคืน เพื่อตระเวนหาชายหนุ่มไปเป็นสามีในเมืองผี โดยจะมาเอาชีวิตชายหนุ่มในเวลากลางคืน ๆ ละ 1 คน หากครอบครัวใดไม่ยอมให้ลูกชายตายไปเป็นสามีผีแม่ฝ่าย ให้สร้างหุ่นผู้ชายไว้หน้าบ้าน เมื่อผีแม่ฝ่ายออกมาในเวลากลางคืนก็จะคิดว่าหุ่นนั้นเป็นชายหนุ่ม จึงนำกลับไปเป็นสามีทำให้บุตรชายในครอบครัวนั้นไม่ต้องเสียชีวิต จึงนิยมสร้างหุ่นไว้หน้าบ้านของคนโดยพบเห็นอยู่ทั่วไปบางคนมีความเชื่อว่าผีแม่ฝ่ายคนนี้เป็น

มายตั้งแต่ยังสาวมีความต้องการทางเพศสูง มักมากในผู้ชายจึงทำอวัยวะเพศ (ปลัดขิก) อันใหญ่โตทาด้วยสีแดง ให้ปลัดขิกไหล่ออกมานอกกางเกงของหุ่นนั้นด้วย บางบ้านจะทำใหญ่มาก เพื่อให้ผีแม่มายชอบใจแล้วนำกลับไปเป็นสามีโดยไม่สนใจชายหนุ่มภายในบ้านเลย ความสำคัญของพิธี หญิงที่เป็นแม่ของชายหนุ่มและหญิงผู้เป็นภรรยา จะคลายความวิตกกังวลในเรื่องความกลัวการสูญเสียบุตรหรือสามี พิธีกรรมโดยทำหุ่นแบบหุ่นไล่กาแต่งตัวแบบผู้ชาย นำไม้เนื้ออ่อน ค้อนข้างโตมาแกะสลักเป็นรูปปลัดขิกทาบปลายปลัดขิกด้วยสีแดง นำไปผูกติดกับด้านหลังหุ่นไล่กา ให้ปลัดขิกไหล่ออกนอกกางเกง ขนาดยาวพอประมาณให้สังเกตเห็นเด่นชัด เสร็จแล้วนำไปตั้งไว้หน้าประตูทางเข้าบ้านของตน (ที่มา : www.prapaneethai.com)

3) ตาเจ้าบ้าน งานเจ้าบ้าน ล้างโรง ลักษณะความเชื่อ ชาวบ้านหนองเตย ตำบลพรหมณี อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก มีความเชื่อว่าหลังจากได้ทำพิธีผีโรงแล้ว ต้องมีงานสงฆ์ และเป็น การส่งภูตผีปีศาจ จะให้อยู่เป็นที่เป็นที่ทางโดยทำพิธีที่ศาลตาเจ้าบ้าน ประจำหมู่บ้าน พิธีกรรมจะ เตรียมการ เข้าของวันทำพิธี ชาวบ้านแต่ละบ้านจะเตรียมของที่จะมาไหว้ตาเจ้าบ้าน เช่น ไก่ต้ม หัว หมู ขนมต้มแดง ต้มข้าว ขนุน นางเล็ด กลัวย่น้ำว่า คนสวยคนงาม (ตุ๊กตาปั้น) มะ ช้าง ดอกบัว โทนมืด หอก ดาบ เหล้า น้ำ ตั้งไว้บนโต๊ะหน้าศาลเจ้า ส่วนด้านลางนั้น มีกระทงบายกล้วยใส่คน ปั้นด้วยดินเหนียว พริกแห้ง หอม กระเทียม เมื่อเตรียมของแล้ว จึงเริ่มพิธีโดยทำว จตุฎูปเทียนไหว้ เชิญเจ้าพ่อแปดทิศได้แก่ เจ้าพ่อขุนด่าน เจ้าพ่อขุนวัง เจ้าพ่อหลักเมือง เจ้าพ่อเขาเขียว เจ้าพ่อเขา ตก เจ้าพ่อตะพานหิน เจ้าพ่อองค์รักษ์ เจ้าพ่อพวงมาลัย ฯลฯ มาร่วมพิธี ขณะนั้นพวกหัวไม้จะตี กลองร้องเพลง ทำวจะรำและหยิบเสื้อผ้าที่ราวมาแต่งตัว แล้วรำว่าตามที่เจ้าท่านใดจะเข้า หลังจากนั้นจะมาเซยชมของที่จะนำมาไหว้ เมื่อรำรอบ ๆ เครื่องเซ่นไหว้แล้วอาจจะหยิบมาใส่เรือ ก่อนเจ้าที่เข้าจะกินเอง เจ้าองค์ใดเข้าก็จะมีกริยาเช่นนั้น และจะอยู่ในร่างนั้นพอสมควร เมื่อจะ ออกจากร่างทรงก็จะล้มลง จะมีเจ้าองค์ใดก็จะเข้าทรงเจ้าคนใหม่ เปลี่ยนไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหมด ไม่มีเจ้าหรือผีใดมาเข้า การเข้าทรงนี้จะใช้เวลาประมาณ 5-6 ชั่วโมง หลังจากนั้นมีการแห่เรือ ที่ ร่วมในพิธีไปวางไว้ตามที่ตาเจ้าบ้านต้องการ โดยจะเข้าทรงที่หัวไม้ เมื่อเสร็จพิธีนี้แล้วถือว่าเป็น การล้างโรง บ้านใดจะรำผีโรงอีกไม่ได้ ต้องทำพิธีกรรมนี้ในปีหน้า

สถานการณ์ด้านความเชื่อที่น่าสนใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการทรงเจ้าเข้าผี โดยพบว่า มีการจัดงานทรงเจ้าในเกือบทุกจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูลจา การเสวนา พบว่า การทรงเจ้าก่อให้เกิดเครือข่ายการพึ่งพิงในด้านสุขภาพจิตและทางสังคมอีกด้วย

การศึกษาด้านความเชื่อและวัฒนธรรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น

วีระ สุเจตน์จิตต์ และ ราตรี สีเผือก. (2548). ได้ศึกษาเรื่องการเพิ่มคุณค่าชีวิตผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์: ด้วยการสืบสานศิลปะพื้นบ้าน โดยศึกษาในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี วิธีการคือการฝึกสอนการ "รำแห่งตุ๊ก" ให้สมาชิกและอาสาสมัครแต่งเพลงซึ่งมีเนื้อร้องทำนองเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จัดให้มีเวทีสนทนาแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ติดเชื้อและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินการพบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในชมรมทุกคนมีสุขภาพจิตดีขึ้น ได้รับรางวัลการส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัด ได้รับเชิญไปแสดงในงานต่างๆ ของชุมชน ข้อเสนอแนะในการศึกษาคือ การสร้างการยอมรับในครอบครัวและชุมชนเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นประตุนำไปสู่การแก้ไขปัญหาทั้งในด้านการป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บุญศรี พันธุ์พิริยะ (2537 อ้างถึงใน พระครูโฆสิต วิริยะคุณ, 2548, หน้า 17-18) ได้ศึกษาบทบาทของพระสงฆ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในจังหวัดตราด พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.27 มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ความคาดหวัง และการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับบทบาทการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของพระสงฆ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหา อุปสรรคสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้แก่ แนวทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีความเข้าใจว่าการส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่กิจของสงฆ์ การศึกษาดังกล่าวได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับหลักการส่งเสริมและสนับสนุนให้พระสงฆ์เป็นแกนนำในการดำเนินงานส่งเสริมผู้สูงอายุที่สำคัญได้แก่ การเสริมความคาดหวัง การมีส่วนร่วม และการประสานความร่วมมือ เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเด็นวิจัยที่สำคัญอาจมีดังนี้

ประเด็นเร่งด่วน

1. การศึกษาวัฒนธรรมพื้นบ้านที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน (โรคเอดส์ โรคเรื้อรัง)

ประเด็นที่ต้องทำระยะสั้น

1. การศึกษาสถานการณ์และความเป็นไปได้ในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนโดยใช้ผู้นำทางศาสนา

ประเด็นที่ควรทำระยะกลาง

1. การประยุกต์ใช้พิธีกรรมต่างๆ ของชุมชนเพื่อการพัฒนาสุขภาวะของประชาชน (ผีฟ้า หมอมนต์ ทรงเจ้า)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดด้านศาสนากับสุขภาวะของประชาชนในภาคตะวันออก

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

บทที่ 4

ผังพิสัยการวิจัย

ในการศึกษาเรื่อง การจัดทำผังพิสัยการวิจัยระบบสุขภาพ สุขภาวะ และ ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ของประชาชนในภาคตะวันออก ได้จัดทำผังพิสัยการวิจัยทั้งหมด 6 ผัง ซึ่งทั้ง 6 ผัง มีประเด็นย่อยรวมทั้งหมด 28 ประเด็น ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ

- 1.1 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ
- 1.2 พฤติกรรมทางเพศ
- 1.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- 1.4 พฤติกรรมด้านสารเสพติด
- 1.5 พฤติกรรมการออกกำลังกาย
- 1.6 พฤติกรรมการทำงาน

2. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

- 2.1 มลภาวะทางน้ำ
- 2.2 สารเคมีอันตราย
- 2.3 ของเสีย/ขยะอันตราย
- 2.4 มลภาวะทางเสียง
- 2.5 มลภาวะทางอากาศ
- 2.6 ปัญหาการขาดแคลนน้ำ/น้ำท่วม

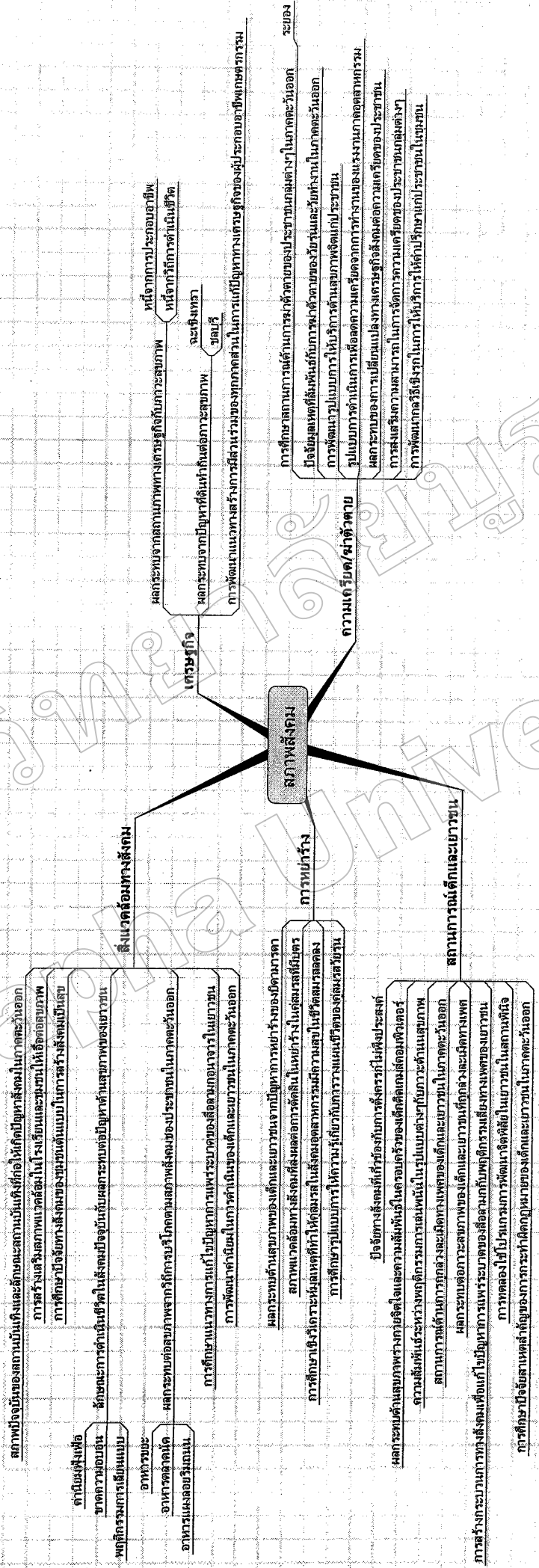
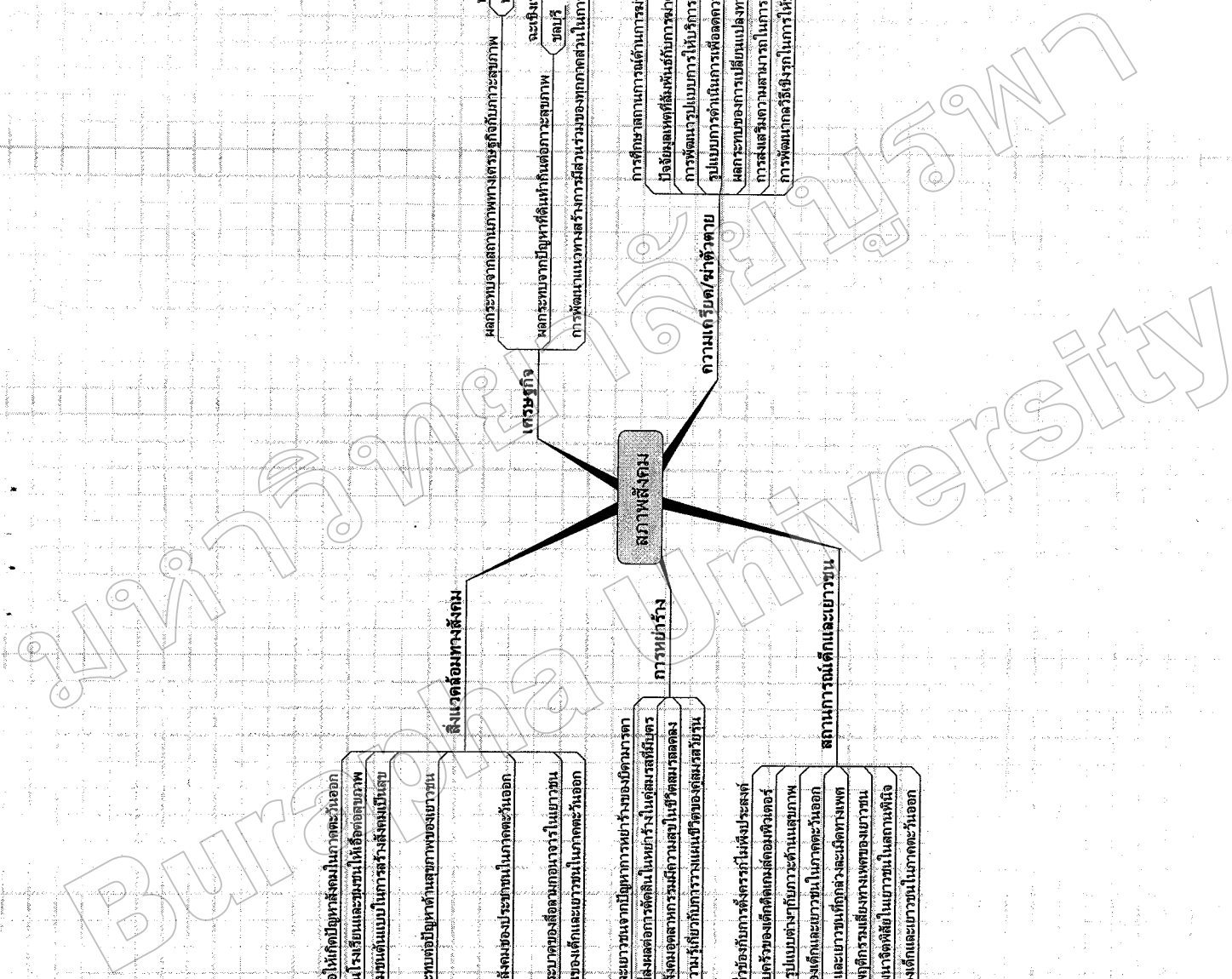
3. สภาพสังคม

- 3.1 สิ่งแวดล้อมทางสังคม
- 3.2 ปัญหาการหย่าร้าง
- 3.3 สถานการณ์เด็กและเยาวชน
- 3.4 สภาพเศรษฐกิจ
- 3.5 ความเครียด/ฆ่าตัวตาย

4. ระบบบริการสุขภาพ

- 4.1 การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
- 4.2 การพัฒนาประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรค

- 4.3 การพัฒนาคุณภาพสถานบริการด้านสุขภาพ
- 4.4 การเฝ้าระวังทางสุขภาพ
- 4.5 กำลังคนด้านสุขภาพ
- 5. กลไกภาครัฐ/ประชาชน
 - 5.1 หน่วยงานหลัก (กระทรวงสาธารณสุข)
 - 5.2 หน่วยงานอื่น
 - 5.3 ภาคประชาชน
- 6. ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ
 - 6.1 องค์ความรู้ชุมชน
 - 6.2 ความเชื่อ/วัฒนธรรม



มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยบูรพา

ไรศุภชัช

การศึกษารัฐธรรมนูญในประเทศไทย
การศึกษารัฐธรรมนูญในประเทศไทย
การศึกษารัฐธรรมนูญในประเทศไทย
การศึกษารัฐธรรมนูญในประเทศไทย
การศึกษารัฐธรรมนูญในประเทศไทย

หม่อมเต๋
ทรงเจ้า

ภูมิปัญญา

ความเชื่อ/วัฒนธรรม

องค์ความรู้ชุมชน

การแพทย์พื้นบ้าน
สมุนไพร
นวดแผนไทย

การจัดการความรู้เพื่อนบ้านและพัฒนาภูมิปัญญาด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
การพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพโดยชุมชน
แนวทางการจัดการศึกษาและวิชาชีพด้านสุขภาพโดยชุมชน
การพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อนบ้านและพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
การสำรวจและจัดทำรายการภูมิปัญญาสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพเพื่อสร้างทัศนคติต่อการแพทย์ทางเลือก
การพัฒนาความภาคภูมิใจของการบริการชุมชนแพทย์พื้นบ้าน
การศึกษารูปแบบภูมิปัญญาสุขภาพวิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

“ต้นฉบับไม่สมบูรณ์”

“ไม่ปรากฏหน้านี้ในต้นฉบับ”

บรรณานุกรม

- กรชนก บุญชู และคณะ .(2546) . การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในกลุ่มอาชีพรับจ้าง จังหวัด ชลบุรี .สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี
- กรรณิการ์ วิสุทธิวรรณ และคณะ (2547)การสำรวจคุณภาพของวัดขึ้นและระบบลูกโซ่
ความเ็นของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เขต 3 ปี 2547.สำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. วารสารหมออนามัย, ปีที่ 13 ฉบับที่ 2
ก.ย.-ต.ค.
- _____. (2544). นโยบายการรณรงค์ ปีแห่งการสร้างสุขภาพทั่วไทย.เอกสาร
ประกอบการอบรม.
- _____. (2540) .คู่มือการประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน. นนทบุรี: สำนัก
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2546). สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ วารสารหมออนามัย ปีที่ 13 ฉบับที่ 2
ก.ย.-ต.ค.46
- กิจ หวานระรื่น (2548) .การเฝ้าระวังร้านฝอยทรายพาหะนำโรคลิชมาเนียในพื้นที่เขต 3 ปี
2548. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กัรณา เขียมลำอากค์ .(2546) .แบบประเมินมาตรฐานการบริหารโรคติดต่อเฉียบพลัน
ระบบหายใจในเด็ก (ARIC) ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จังหวัดปราจีนบุรี ใน
งบประมาณ 2546. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- กัรติกานต์ กลัดสวัสดิ์, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, และ นิรมล รัตนสุพร. (2548). อัตราการถ่ายทอดเชื้อ
เอช ไอ วี จากมารดาสู่ทารก ในพื้นที่ศึกษานำร่อง 8 จังหวัด พ.ศ. 2542-2545.
วารสารโรคเอดส์. ปีที่17 ฉบับที่ 2 หน้า 74-85.
- โกวิท พวงงาม .(2544) การศึกษาภารกิจ อบต. และความเข้มแข็งของประชาคมตำบลใน
การจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบล: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2544
จดหมายข่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: บทเรียนจาก
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย.ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กันยายน- ตุลาคม 2548.
- จิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ , ชมภูศักดิ์ พูลเกษ .(2547) .ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพอากาศ
ภายในอาคารและกลุ่มอาการเจ็บป่วยของพนักงานในสำนักงานของโรงพยาบาล
กรณีศึกษา จังหวัดชลบุรี .วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 เดือน ก.ย.-ธ.ค.

- จรัส สุวรรณมาลา. (2547). นามานุกรมวันวัดกรรมท้องถิ่นไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- จิระศักดิ์ ดิเรกฤทธิกุลชัย. (2548). การศึกษาการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกัน ควบคุมไข้เลือดออก ของชุมชนเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว 2548 . สระแก้ว: ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 3.2
- ฉวีวรรณ ตรีกาภิกจ. (2547). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย(กรณีศึกษา ประชาชนหมู่ 6 ตำบลชุมทอง อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง) . ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- ฉันทนา ผดุงทรัพย์. (2544). การสนทนาเรื่อง สุขภาพลูกจ้างในมือเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน ใน งานสัปดาห์ความปลอดภัยในการทำงาน ครั้งที่ 15. วันที่ 10-12 พฤษภาคม 2544 ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กรุงเทพฯ.
- เฉลิมชัย เตชะรัตน. (2548). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการใน มาลาเรียคลินิก 2548. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 3.5จ. จันทบุรี. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. (2547). ทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ชะฎายุทธ์ ปัทเมฆ, สุรพล วิชัยศึก. (2546). การสำรวจสมรรถภาพการได้ยินของคณงานโรง โม่หิน จังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2546. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- _____. (2546). การสำรวจสมรรถภาพการทำงานของปอดของ คณงานโรงโม่หิน จังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2546. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- ชะฎายุทธ์ ปัทเมฆ. (2546). การศึกษาค่าเฉลี่ยของสารหนูในปัสสาวะของประชาชนเขต ภาคตะวันออก. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์, สมหมาย แจ่มอัน. (2547). ความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจใน การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในพื้นที่เขต 3 ปี 2547. ชลบุรี: สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์, ทิพย์สุคนธ์ บำบัดภัย, กิรณา เขี่ยมสำอางค์. (2547). แนวทางการ วินิจฉัยไข้ไม่ทราบสาเหตุของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เขต 3. ชลบุรี: สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์, สมชัย จิโรจน์วัฒน์, อุบลรัตน์ จันทน์เที่ยง. (2548). สสำรวจความพร้อม การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ของโรงพยาบาล ในพื้นที่เขต 3 ปี 2548. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.

ฐิติมาวดี เจริญรัตน์ และ คณะ. (2548) บทสรุปสำหรับผู้บริหาร: โครงการติดตาม
 สภาวะการณ์ด้านเด็กและเยาวชนรายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียง (Child Watch).
 ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.

ดาวิณ อินทร์เหมือน. (2548). ภูมิปัญญาไทย-ภูมิปัญญาเทศ. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นท์ติ้ง เฮาส์.

_____. (2548). ภูมิปัญญากับการสร้างพลังชุมชน. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นท์ติ้ง เฮาส์.

เดชรัตน์ สุขกำเนิด และคณะ. (2546) .การกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผล
 กระทบทางสุขภาพจากโครงการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก กรณีศึกษา
 การพัฒนาพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียง. ชลบุรี: สำนักงาน
 ป้องกันควบคุมโรคที่ 3

ณรงค์ เนตรสาริกา. (2547). โครงการประเมินผลการเรียนรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการ
 ปฏิบัติงานของบุคลากร สคร.ที่3จ.ชลบุรี ปี2547. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุม
 โรคที่ 3.

ทองหล่อ เดชไทย. (2546). แนวคิดพื้นฐานทางสุขภาพกับการพัฒนา ใน เอกสารการสอนชุด
 วิชาสุขภาพกับการพัฒนา หน่วยที่ 1-8. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย
 ธรรมมาธิราช.

ทิพย์สุคนธ์ บำบัดภัย และคณะ. (2546). การวิจัยโรคติดเชื้อในกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ
 ในโรงพยาบาลชุมชน. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3

ธงชัย งามวงศ์ และคณะ . (2546). พฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยแรงงานอายุ 15-59
 ปี อ.วังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว.วารสารสุขภาพประชาชนภาคกลาง. ปีที่ 20 ฉบับที่
 4 มิ.ย. -ก.ค. 2548

ธิดารัตน์ สุวรรณ. (2548). การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์
 โรงพยาบาลระยอง ใน การประชุมวิชาการสาธารณสุขเขต 8 และ 9. สาธารณสุขเขต 8
 และ 9 ร่วมพัฒนา จากรากหญ้า สู่มืองไทยแข็งแรง. วันที่ 6-7 ก.ย. 2548.

ธีรัช บัญญูการกุล และคณะ. (2543). การศึกษาระบบประเมินและระบบการบริหารจัดการ
 ความเสี่ยงต่อสุขภาพในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด. นนทบุรี: สถาบันวิจัย
 ระบบสาธารณสุข.

ธนู ขาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2538). ภาวะเครียดกลไก
 จัดการกับภาวะเครียดและความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยในวิกฤติเศรษฐกิจ :
 วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. ปีที่ 7, ฉบับที่ 1 ม.ค.-เม.ย.

นงนุช คำมณี . (2547). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแปลงยาว

อ. แปลงยาว จ. ฉะเชิงเทรา . วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.

บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยบูรพา.

นางเยาว์ มีสิทธิ์ , ประเทือง สงสมบุญ, สุทธิพร ผสมทรัพย์. (2548). การประกันคุณภาพการ

ตรวจสไลด์ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์ของหน่วยมาลาเรียในพื้นที่เขต 3 ชลบุรี

Cohort 1/48. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3

นพวรรณ อัครรัตน์, กนกวรรณ คล้ายพงษ์, สมชัย บวรกิตติ. (2540) . วัฒนธรรมไทยด้าน

พฤติกรรมทางเพศกับผลกระทบต่อสุขภาพ . สารศิริราช. ปีที่ 49 ฉบับที่ 6 มิ.ย.

นภดล พุ่มยิ้ม. (2548). เครือข่ายกับการจัดการกับสุขภาพภาคประชาชน. วารสารสุขภาพ

ประชาชนภาคเหนือ. ปีที่ 18 ฉบับที่ 4 เม.ย.- พ.ค.

นวนนารถ เพิ่มเต็มทรัพย์. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตำบล

พนานิคมกิ่งอำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง . คณะสาธารณสุขศาสตร์.

มหาวิทยาลัยมหิดล

นาตองงค์ นิลกนิษฐ์. (2546). สรุปผลการดำเนินงานโครงการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคจาก

การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมในกลุ่มนักเรียนในเขตภาคตะวันออก

ปีงบประมาณ 2546. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3

บุญชัย สมบุญสุข และคณะ. (2547). การศึกษาระบบประเมินและระบบการบริหารจัดการ

ความเสี่ยงต่อสุขภาพในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด. วารสารการส่งเสริม

สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ฉบับที่ 23 มกราคม-มีนาคม.

บุญยง เกี้ยวการค้า , สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน . (2540) . การประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อ

ป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 3 จังหวัดปราจีนบุรี . วารสารการ

วิจัยระบบบริการสาธารณสุข. ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 / 2540

บุญสืบ จันทรเจริญ. (2547). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการ

ใช้บริการ ในสถานพยาบาลประจำครอบครัวตามโครงการ 30 บาท จังหวัด

ฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒวิทยาลัย.

บังอร เจริญผล, เอื้อมพร บุราณเคน. (2548). การเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในชุมชนโดย

อาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดระยอง ใน การประชุมวิชาการสาธารณสุขเขต 8 และ 9.

สาธารณสุขเขต 8 และ 9 ร่วมพัฒนา จากรากหญ้า สู่มืองไทยแข็งแรง. วันที่ 6-7 ก.ย.

2548.

ประเวศ วะสี. (2548). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี:

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.

- ปราณี ถาวรศิริ . (2548) . การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุม
ไข้เลือดออกของตำบลทุ่งควายกิน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง 2548. ระวัง:
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 3.3.
- ปุดณยลักษณ์ ลีลาพรรณวุฒิ. (2545). ปัญหาการป้องกันสิ่งเสพติดในโรงเรียนขยายโอกาส
ทางการศึกษา สังกัดสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดสระแก้ว. ปริญญาานิพนธ์
หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พงษ์เสฐียร เหลืองอลงกต. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุของบริษัทคอลเกต-
ปาล์มโอฟิล (บางปะกง) จำกัด. ปัญหาพิเศษ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร
มหาบัณฑิต สาขา นโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พนัส ไทยล้วน. (2543). การอภิปรายโครงการพัฒนาความปลอดภัยในการทำงานแบบ
ยั่งยืนกับความสำเร็จในการลดอุบัติเหตุ. ใน งานสัมมนาความปลอดภัยในการ
ทำงาน ครั้งที่ 14. วันที่ 10-12 พฤษภาคม 2543 ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กรุงเทพฯ.
- พระครูโฆสิต วิวรยะคุณ. (2548). รูปแบบวัดส่งเสริมสุขภาพ: วัดหนองเสม็ด. ใน การประชุม
วิชาการสาธารณสุขเขต 8 และ 9. สาธารณสุขเขต 8 และ 9 ร่วมพัฒนา จากรากหญ้า สู่
เมืองไทยแข็งแรง. วันที่ 6-7 ก.ย. 2548.
- พรวิณี ธนาพล. (2540). พฤติกรรมของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพาราใน
อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. เอกสารอัดสำเนา.
- พิทยา ไพบูลย์. (2547). การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานชายใน
โรงงาน จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารควบคุมโรค. ปีที่ 30 ฉบับที่ 4 ต.ค.-ธ.ค.
- พินิจ พ้าอำนวยการ. (2548). ทำอย่างไรให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุข. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูป
ระบบสุขภาพ.
(2548). ไขความหมายแห่งความสุข แก่นสาระจากเวทีจุดประกายสมัชชา
สุขภาพ 2548. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- พูนศักดิ์ ศรีประพัฒน์, วัลภา ศรีสุภาพ ,มานิดา อุ่นจัดตุรพร. (2546) . ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ
ในผู้ประกอบอาชีพประมงพื้นบ้าน จังหวัดระยองและตราด. ชลบุรี: สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- พัชนี สุวรรณศรี, ธีรพงษ์ ธีรมนัส. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการส่งเสริม
ความปลอดภัยในการทำงานของโรงงานอุตสาหกรรม ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด
ชลบุรี. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

เพ็ญประภา ศิริโรจน์ และคณะ. (2547). **ความเสี่ยงของคนไทยในการใช้รถใช้ถนน ในช่วงเทศกาลปีใหม่**. ฉบับที่ 2 มกราคม 2547 หน่วยจัดการความรู้เพื่อถนนปลอดภัย กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

ภรณ์ี วัฒนสมบุญ, ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย. (2543). **ค่านิยมการดื่มที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในเขต กรุงเทพมหานคร**.วารสารสุขศึกษา ปีที่ 23 เล่มที่ 84 ม.ค.-เม.ย.

ภิรมย์ สงวนทรัพย์. (2548). **ความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์.

ภัทรา ภิลลาภ, นิวัต เยี่ยมเที่ยง, อริสสรา ฤทธิกาญจนา. (2548). **การให้บริการสุขภาพจิตของ รพศ./รพท./รพช./ในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียง**.เอกสารการประชุมวิชาการ เขต 8 ละ 9 กันยายน 2548.

มานิดา อุ่นจัดตุรพร, นุชนาฏ รongศรีแย้ม, นิตยา ทาทอง. (2547). **โครงการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังติดตามผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อนโดยผู้แทนครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ปี 2547-2548**. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.

มานิดา อุ่นจัดตุรพร, นุชนาฏ รongศรีแย้ม,เกษร นนกันทา. (2548). **การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่แบบสอนแนะขณะทำการตรวจแก่บุคลากรสาธารณสุขเขต 3 ปี 2548**. ชลบุรี:สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.

ยงยุทธ ขจรธรรม, บังอร ฤทธิภักดี. **นโยบายและมาตรการในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์**. (ชุดข้อมูลเพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะ) กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

ยงศักดิ์ ดันติปฏิภก. (2543). **การพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกในระบบสุขภาพไทยการสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ยรรยงค์ อินทร์ และคณะ. (2546). **การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ชุมชนในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากมลพิษทางน้ำ: กรณีศึกษาแม่น้ำนครนายก**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2547). **วิธีการดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา**. เชียงใหม่ : วนิดา เพรส.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ยุพา ชัยเพ็ชร , อััจฉรา ศรีนภาสวัสดิ์. (2546). พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรแรกเกิดถึง 1 ปี
ของมารดาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ยุพิน วรฉัตร. (2546). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรียของ
ประชาชนผู้ประกอบอาชีพทำหยาในพื้นที่หมู่ 2 ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่
จังหวัดตราด. ตราด: ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 3.4.
- ยุวดี รอดจากภัย และคณะ. (2548). การศึกษาวิถีชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำข้าวหลามใน
เขตจังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุพธนา ประนุช , ผาสุข ญาณสมบัติ , สายพิณโหวาทสกุล. (2546). การพัฒนารูปแบบการผลิต
สื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยหลักการตลาดเชิงสังคม. ชลบุรี: สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- รานี เทียนฤทธิเดช. (2548). ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 3.
- ละอองจันทร์ ทรัพย์เจริญ , จริญญา เตือนฉาย , อัฐสุดี กลิ่นพันธุ์. (2541). การศึกษาระดับ
ความเครียดของประชาชนในอาชีพต่าง ๆ จังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพจิต. ปีที่ 1
ฉบับที่ 2 พ.ศ.-ส.ค.
- เลิศ พุทธแสง. (2546). ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการ
ทำงานของพนักงานและลูกจ้าง ศึกษาเฉพาะบริษัทไทย เมเนเทนแนนซ์
คอนแทรคตติ้ง จำกัด เขตอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง. ปัญหาพิเศษ หลักสูตร
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขา นโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณมา ผลอ้อ และคณะ. (2546). การเตรียมความพร้อมก่อนการระบาดและดำเนินการ
ควบคุมไข้มาลาเรียพื้นที่ของอาสาสมัครชุมชนในท้องถิ่น (อสมช) อำเภอเขา
ชะเมา จังหวัดระยอง. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- วสุธร ต้นวัฒนกุล , อรพิน ทองดี. (2546). การวิเคราะห์สถานการณ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน
สุขภาพและบริการสาธารณสุขในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.
วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 13. ฉบับที่ 6 พ.ย.-ธ.ค.
- วิชัย จุลวนิชย์พงษ์ และคณะ. (2547). อุบัติการณ์เบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการ
คัดกรอง ในกลุ่มประชากรสุขภาพดีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ของเขตตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุขที่ 8 และ 9 ปี 2547. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.

- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2539). การศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของแรงงาน
ก่อสร้างในเขตเทศบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ.2537-2538. นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิรัช เอื้อทรงธรรม. (2548). ระบบขนส่งมวลชนกับผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน. วารสาร
ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม. ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน. หน้า 26-27.
- วีระ สุเจตน์จิตต์, ภาตรี สีเผือก. (2548). การเพิ่มคุณค่าชีวิต ใน ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์;
ด้วยการสืบสานศิลปะพื้นบ้าน. การประชุมวิชาการสาธารณสุขเขต 8 และ 9.
ร่วมพัฒนา จากรากหญ้า สู่มืองไทยแข็งแรง. 6-7 ก.ย. 2548.
- วัฒนธรรมไทยด้านการบริโภคอาหารกับปัญหาสุขภาพ. (2540). สารศิริราช. ปีที่ 49 ฉบับที่ 7
กรกฎาคม.
- วัชรีย์ อูจะรัตน์, รัชวัลย์ บุญโสม, โนรี ไจหาญ. (2541). พฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้
พยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง. วารสาร
สุขภาพจิตและจิตเวช. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ม.ค.-เม.ย.
- วัลภา ศรีสุภาพ, พูนศักดิ์ ศรีประพัฒน์. (2546). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในสถาน
ประกอบการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- วัลภา ศรีสุภาพ. (2546). การประเมินการได้รับสารโกลูอินในอุตสาหกรรมพลาสติก :
กรณีศึกษาโรงงานผลิตหนังเทียมแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง. ชลบุรี: สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- _____. (2547) . การศึกษาสถานการณ์อาชีพอนามัยในกลุ่มหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์
ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- _____. (2547). รายงานสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ
2547. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.
- ศิริภรณ์ อธิปัตยกุล. (2539). การพัฒนาค่านิยมความปลอดภัยในการทำงานโดยใช้กิจกรรม
กระจำนิยม สำหรับนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 1
วิทยาลัยเทคนิคสัตหีบ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี. ปริญญาานิพนธ์ สาขาจิตวิทยา
แนะแนว มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริลักษณ์ คงสัตยกุล. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด
อุบัติเหตุจากการทำงานของแรงงานโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา จังหวัด
ระยอง. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.

ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร. (2548). ภูมิปัญญาสุขภาพปฏิบัติการต่อรองของความรู้ท้องถิ่น.

กรุงเทพฯ: โอ เอส พรีนติ้ง เฮาส์.

สมชาย จาดศรี. (2546). การศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจและ

โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังกับมลพิษทางอากาศที่เกิดจากโรงงานในนิคม

อุตสาหกรรมมาบตาพุด. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมชัย จิรโรจน์ วัฒน, อารยา ผ่องแผ้ว. (2544). เครือข่ายการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพโรค

อุจจาระร่วงในผู้สัมผัสอาหาร ต.ตะพง อ.เมือง จังหวัดระยอง โดยแกนนำชุมชน.

ชลบุรี: สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 3.

สมชัย จิรโรจน์ วัฒน, นพพรณ จะปุ่น, นิรันดร์พร สุขเกษม. (2544). การประเมินผลงาน

ควบคุมโรคหนองพยาธิของพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 3 ปี 2544. ชลบุรี: สำนักงาน

ควบคุมโรคที่ 3.

สมภพ ประธานธรรมาภิบาล และคณะ. (2548). ศึกษาบทบาทของการพัฒนามาตรการด้านวิจัยและ

การจัดการความรู้เพื่อการอนุรักษ์พัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย.

นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2548). นโยบายสาธารณะกับคุณภาพชีวิต. ใน จดหมายข่าวมูลนิธิ

สาธารณสุขแห่งชาติ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน.

สมหวัง วงษ์เรณู. (2547). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีน้ำหนักร่างตัวของวัยรุ่น จังหวัด

ฉะเชิงเทรา 2547. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2548). กลุ่มยาแผนปัจจุบันที่สามารถพัฒนาสมุนไพรขึ้นมา

ทดแทน. กรุงเทพฯ: มปท.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2548). รวมตัวชีวิตเกี่ยวกับ ความอยู่เย็นเป็นสุข.

เอกสารประกอบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2548 ระหว่างวันที่ 7-8 กรกฎาคม

2548. กรุงเทพฯ: ธารจักรพิมพ์.

สถาบันรามจิตติ. (2548). บทสรุปสำหรับผู้บริหาร โครงการติดตามสถานการณ์เด็กและ

เยาวชนรายจังหวัด ภาคตะวันออก. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนนครินทร์.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2548). กลุ่มยาแผนปัจจุบันที่สามารถพัฒนาสมุนไพรขึ้นมา

ทดแทน. กรุงเทพฯ: มปท.

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. (2548). ความอยู่ดีมีสุขด้านชีวิตครอบครัว.

เอกสารประกอบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2548 ระหว่างวันที่ 7-8 กรกฎาคม

2548. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2548).

สุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อิงค์ ออน เปเปอร์.

สุทนต์ ศรีไธย์, สุพจน์ บุญวิเศษ. (2548). การศึกษาสภาพสังคมในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วารสารสมาคมนักวิจัย. ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน).

สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, บุญยง เกี่ยวการคำ. (2540). การประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 3 จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารการวิจัยระบบบริการสาธารณสุข. ปีที่ 5 ฉบับที่ 4.

สุนทราวดี เรียงพิเชษฐ และคณะ. (2545). การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ กรณีศึกษาภาคตะวันออก. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

_____. (2546). รูปแบบการจัดการและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนภาคตะวันออก. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุพล เลิศอุดมชัย. (2544). พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานในนิคมอุตสาหกรรมเกตเวย์ อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา. ปัญหาพิเศษ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุภาพร ปลดปลิด, สมชัย จิรโรจน์วัฒน, วิศรดา จิรโรจน์วัฒน. (2547). การสร้างเสริมความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในโรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎ์ 2 จังหวัดฉะเชิงเทรา. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.

สุรีย์ เต็มศิริพันธุ์, สุภาพร ปลดปลิด. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ สาธารณสุขเขต 3 ปี 2547. วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 1. ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มิ.ย.

สุวจี กู๊ด. (2547). การศึกษาเพื่อวิเคราะห์นโยบายและพัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจการบริหารงานสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,

แสงอรุณ กนกพงษ์ชัย. (2548). วัฒนธรรมในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แสง ทองสีจัด. (2547). ประสิทธิภาพการพ่นและฤทธิ์คงทนของสารเคมีตามชนิดของพื้นผิว ในการควบคุมไข้มาลาเรีย อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ปี 2547.

สระแก้ว: ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 3.2. หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 7 วัฒนานคร.

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. (2548). เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง กระบวนทัศน์วิจัยเพื่อท้องถิ่น จุดเปลี่ยนเพื่อการพัฒนา. 27 มกราคม 2548
โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2548). รวมตัวชีวิตเกี่ยวกับ ความอยู่เย็นเป็นสุข. เอกสารประกอบการจัดสัมมนาสุขภาพแห่งชาติปี 2548 ระหว่างวันที่ 7-8 กรกฎาคม 2548. กรุงเทพฯ: ธารจักรพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. (2540). การศึกษาพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กในแหล่งก่อสร้าง จังหวัดสมุทรปราการ.
- สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2547). รายงานการทำงานเพื่อพัฒนารอบนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อนุกุล จรัสทรัพย์. (2547). การศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัว ในการป้องกันไข้มาลาเรียในกลุ่มแรงงานต่างถิ่นใน ตำบลขุนซ่อง อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี. จันทบุรี: ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 3.5.
- อารมณ สพานสิทธิ์. (2543). พฤติกรรมการทิ้งและการจัดการมูลฝอยของประชาชนในเขตตำบลนาหินลาด อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล
- อุณาโลม ชูชีพ. (2548). การศึกษาความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของอาสาสมัครมาลาเรียในพื้นที่อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ปี 2548. ระยอง: ศูนย์โรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 3.3.
- อุดมศักดิ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะ. (2547). พฤติกรรมและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ในเขตก่อสร้าง จ.สมุทรปราการ ภายใต้นโยบายการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30บาทรักษาทุกโรค) ระยะที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อุทัย สิริวัตถานนท์, วนัสรา เชาวน์นิยม. (2548). การสร้างเสริมความสามารถของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน. วารสารสุขภาพประชาชนภาคกลาง. ปีที่ 20 ฉบับที่ 4 มิ.ย. -ก.ค.
- เอกบุญ ผักไผ่พวก, รักใจ บุญระดม. (2544). ประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดจันทบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. มกราคม-มีนาคม.

อุบลรัตน์ จันทร์เที่ยง .(2546). ความพึงพอใจของบุคลากรในหน่วยงานต่อสื่อ

ประชาสัมพันธ์ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี:

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3.

อัจฉรา เกตุรัตน์กุล. (2548). การศึกษาจิตสำนึกด้านสุขภาพของประชาชน หมู่ 4 ตำบลบ้านสวน

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารสุขภาพประชาชนภาคกลาง. ปีที่ 20 ฉบับที่ 4 มิ.ย.

- ก.ค.

อัญชลี ศิริพิทยาคุณ และคณะ.(2544). สุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อ เบนซิน โทลูอีน และ

สไตรีน ในจังหวัดระยอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม -

มีนาคม.

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก

รายชื่อผู้ร่วมเสวนากลุ่ม

1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขหรือสุขภาพ แบ่งเป็น ผู้บริหารระดับภูมิภาค ผู้บริหารระดับจังหวัด ผู้บริหารระดับอำเภอ จำนวน 7 ท่าน

1. คุณไพเราะ ไตรติลาพันธ์ สนง.สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
2. คุณกษิณฤดี พัฒนาโสภณ สนง.พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จช.
3. คุณแสง บุญรักษ์ศิลป์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครนายก
4. คุณสมชัย จิโรจน์วัฒน์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี
5. คุณวิศรา จิโรจน์วัฒน์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี
6. คุณสุภาพร ปลอดปลิด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี
7. คุณรานี เทียนฤทธิเดช สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี

2) กลุ่มนักวิชาการที่สอน ศึกษา วิจัย หรือมีผลงานทางวิชาการในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สุภาพระ วิถีชีวิต และภูมิปัญญา จำนวน 4 ท่าน

1. ดร.กฤษดี โรจน์ไพศาลกิจ ม.ราชภัฏราชชนครินทร์
2. ดร.ยุวดี รอดจากภัย ม.บูรพา
3. ดร.พิสมัย หอมจำปา ม.บูรพา
4. ผศ. ลลิตีมาวดี เจริญรัตน์ ม.ราชภัฏราชชนครินทร์

3) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ แบ่งเป็น ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และสถานเอนามัย จำนวน 11 ท่าน

1. คุณวันดี ทับทิมทอง สนง.สาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา
2. คุณเดชชัย สิ้นเจริญ สนง.สาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา
3. คุณสุวรรณศักดิ์ ชมชื่น สนง.สาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา
4. คุณดาวเรือง วิมลรัตน์อนันต์ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา
5. คุณเกษมศานต์ ชัยศิลป์ สนง.สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
6. คุณอุทัย เพชรนอก นักวิชาการสาธารณสุข 9
7. คุณรุจิรา สุขสมโสทัย สนง.สาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ
8. คุณนพคุณ ดีสุคนธ์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ
9. คุณภิญญาณี แจ่มกระจ่าง สนง.สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
10. คุณนริศ นิลประสิทธิ์ สนง.สาธารณสุขอำเภอบางปะ
11. คุณภิรมย์ สงวนทรัพย์ สนง.สาธารณสุขอำเภอพนมสารคาม

4) กลุ่มผู้บริหาร/ ผู้ปฏิบัติในองค์กรส่วนท้องถิ่นที่ได้ดำเนินนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพ แบ่งเป็น ผู้แทนจากเทศบาล และผู้แทนจาก อบต. จำนวน 4 ท่าน

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| 1. คุณบวร มุลสระคู | องค์การบริหารส่วนตำบลโป่ง ชลบุรี |
| 2. คุณบวรจบ จันทร์เจริญ | เทศบาลตำบลเกาะขนุน |
| 3. คุณสมทรง สุขุมมะสวัสดิ์ | เทศบาลตำบลท่าข้าม |
| 4. คุณเยาวมาภว คงสาคร | องค์การบริหารส่วนตำบลบางพระ |

5) กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของสมัชชาสุขภาพ/ องค์กรภาคประชาชนด้านสุขภาพ ในแต่ละจังหวัด จำนวน 2 ท่าน

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| 1. คุณสุกรี ผู้นำพล | ผู้แทนภาคประชาชน จ.ฉะเชิงเทรา |
| 2. คุณสุกัญญา สาแสง | ผู้แทนภาคประชาชน จ.ฉะเชิงเทรา |

6) กลุ่มผู้มีความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1. จ.ส.อ.ศักดา ทองประสิทธิ์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ จ.ฉะเชิงเทรา |
| 2. คุณน้ำค้าง มั่นศรีจันทร์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ จ.ฉะเชิงเทรา |

รายชื่อผู้เข้าร่วมเวทีเสวนา

ลำดับ	ชื่อ -สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่
1	ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ	ผอ.สถาบันวิจัยและพัฒนา	ม.ราชภัฏราชนครินทร์
2	ดร.ยุวดี รอดจากภัย	รองคณบดีฝ่ายวิจัย ฯ	ม.บูรพา
3	ดร.พิศมัย หอมจำปา	หัวหน้าภาคสุขศึกษา	ม.บูรพา
4	ผศ.ฐิติมาวดี เจริญวัชรต์	อาจารย์	ม.ราชภัฏราชนครินทร์
5	คุณไพเราะ ไตรติลานันท์	นักวิชาการสาธารณสุข 9	สสจ.ฉะเชิงเทรา
6	คุณกษิณฤดี พัฒนาโสภณ	นักสังคมสงเคราะห์ 7	สนง.พัฒนาสังคม ฯ
7	คุณแสง บุญรักษาศิลป์	รองปลัด อบจ.	อบจ.นครนายก
8	คุณสมชัย จิรโรจน์วัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุข 8	สคร.3
9	คุณวิสรา จิรโรจน์วัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุข 8	สคร.3
10	คุณสุภาพร ปลดปลิด	พยาบาลวิชาชีพ 7	สคร.3
11	คุณรानी เทียนฤทธิเดช	พยาบาลวิชาชีพ 5	สคร.3
12	คุณวันดี ทับทิมทอง	พยาบาลวิชาชีพ 7	สสอ.เมืองฉะเชิงเทรา
13	คุณเดชชัย สิ้นเจริญ	จบ.สาธารณสุข 6	สสอ.เมืองฉะเชิงเทรา
14	คุณสุวรรณศักดิ์ ชมชื่น	จบ.สาธารณสุข 6	สสอ.เมืองฉะเชิงเทรา
15	คุณดาวเรือง วิมลรัตน์อนันต์	พยาบาลวิชาชีพ 7	ร.พ.เมืองฉะเชิงเทรา
16	คุณเกษมศานต์ ชัยศิลป์	จพ.สาธารณสุขชุมชน 4	สสจ.สระแก้ว
17	คุณอุทัย เพชรนอก	นักวิชาการสาธารณสุข 6	สสจ.สระแก้ว
18	คุณรุจิรา สุขสมไศตย์	จบ.สาธารณสุข 6	สสจ.สมุทรปราการ
19	คุณนพคุณ ดีสุคนธ์	พยาบาลวิชาชีพ 7	สสจ.สมุทรปราการ
20	คุณภิญญาณี แจ่มกระจ่าง	นักวิชาการสาธารณสุข 7	สสจ.ฉะเชิงเทรา
21	คุณนริศ นิลประสิทธิ์	จพ.สาธารณสุขชุมชน 6	สสจ.สมุทรปราการ
22	คุณภิรมย์ สงวนทรัพย์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	สสอ.พนมสารคาม
23	คุณวรากร เกரியงไกรศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข 5	สสอ.เมืองฉะเชิงเทรา
24	คุณบวร มูลสระคู	ปลัด อบต.	อบต.โป่ง จ.ชลบุรี
25	คุณสมทรง สุขุมมะสวัสดิ์	เทศมนตรี	เทศบาลตำบลท่าข้าม
26	คุณบรรจบ จันท์เจริญ	นักวิชาการสาธารณสุข 7	เทศบาลตำบลท่าข้าม
27	คุณเยาวมาฏ คงสาคร	รองนายก อบต.	อบต.บางพระ

รายชื่อผู้เข้าร่วมเวทีเสวนา (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่
28	คุณสุกรี ผู้นำพล	ผู้แทนภาคประชาชน	จ.ฉะเชิงเทรา
29	คุณสุกัญญา สาสแสง	ผู้แทนภาคประชาชน	จ.ฉะเชิงเทรา
30	จ.ส.อ.ศักดิ์ดา ทองประสิทธิ์	ผู้ทรงคุณวุฒิ	จ.ฉะเชิงเทรา
31	คุณน้ำค้าง มั่นศรีจันทร์	ผู้ทรงคุณวุฒิ	จ.ฉะเชิงเทรา

รายชื่อผู้ร่วมดำเนินการเสวนา

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
1	นายสมชัย จิรโรจน์วัฒน์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี
2	นางรวิศรา จิรโรจน์วัฒน์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี
3	นางสุภาพร ปลดปลิด	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี
4	นางรานี เทียนฤทธิเดช	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี

รายชื่อผู้ให้การสัมภาษณ์ (บางส่วน)

ลำดับ ที่	ชื่อ -สกุล	สถานภาพ/จังหวัด
1	น.พ.ดิเรก ภาคกุล	ผอ.โรงพยาบาลบางคล้า/ฉะเชิงเทรา
2	นายแสวง บุญรักษศิลป์	รองปลัด อบจ./นครนายก
3	นางสมทรง สุขุมมะสวัสดิ์	เทศมนตรีตำบลท่าข้าม/ฉะเชิงเทรา
4	นายน้ำค้าง มั่นศรีจันทร์	ผู้แทนภาคประชาชน/ฉะเชิงเทรา
5	นายวิชัย รัตนทรัพย์าทอง	ประธานชุมชนวัดไตรสามัคคี/สมุทรปราการ
6	นายนิศ นิลประสิทธิ์	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/สมุทรปราการ
7	นายสมรัฐ กลมกล่อม	ฝ่ายเภสัชกรรมร.พ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์/ปราจีนบุรี
8	นางสาวทองปน สมคุณ	ฝ่ายเภสัชกรรมร.พ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์/ปราจีนบุรี
9	นางสาววิกรมย์ สงวนทรัพย์	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ฉะเชิงเทรา
10	นางสาวอภิญา ทรวงพลอย	พยาบาลวิชาชีพ/จันทบุรี
11	นายเลิศศักดิ์ เจริญรูป	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ตราด
12	นายศิริราชย์ หนองแพ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ตราด
13	นายไพรัตน์ โภคบุญย์	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/จันทบุรี
14	นายอเนก เอกศิริ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/นครนายก
15	นายณัฐยุทธ์ กาโท	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ชลบุรี
16	นายสมสมาน อาษาวิรัฐ	ประธาน อบจ. ปอทอง/ชลบุรี
17	นายมงคล บุญล้อม	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ระยอง
18	นายบวร มูลสระคู	ปลัดอบต.โป่ง/ชลบุรี
19	นางสาวเบญจมาศ รัตนโชคทอง	ประชาชน/สมุทรปราการ
20	นายคมสันต์ กนกวิบูลย์ศรี	ผู้ประกอบการ/ฉะเชิงเทรา
21	นายชัยชาญ ประมาณกุล	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ตราด
22	นายสุรเดช วุฒิสงห์	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ปราจีนบุรี
23	นายเชิดชัย ศิริมหา	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/สระแก้ว
24	นายชาญชัย ธรรมมา	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/สระแก้ว
25	นางทองอยู่ กิรติภักดีพงษ์	ประชาชน/ฉะเชิงเทรา
26	นางสุนิสา อ้นอารี	ชมรมผู้สูงอายุ/ฉะเชิงเทรา
27	นางสาวดวงภรณ์ ไตอนันต์	ข้าราชการเกษตร/ชลบุรี

รายชื่อประชาชนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มด้านภูมิปัญญาสุขภาพ
(จังหวัดฉะเชิงเทรา)

ลำดับ	ชื่อ -สกุล
1	นายสำรวย ทรัพย์ประสาน
2	นายประยูร นาประทาย
3	นายตั้ง บุญมาก
4	นางระเบียบ เกศแก้ว
5	นายรักษ์ คะวิลัย
6	นายสมบุญ เงินขาว
7	นางชวชนม ชวนคุ้ม
8	นายสุเนย เสนสอน
9	นายสนิท ดุลรัตน์
10	นายชาติรี บุญวงศ์
11	นายกฤษดา พรหมสุวรรณ
12	นายจรัส ทองนาค
13	นายจำรัส คำรอด
14	นายตี พารี
15	นางแดงอ่อน แซ่แก้ว
16	นายสุบิน นฤนาทปัญญาพร
17	นายทองหล่อ ชันพนา
18	นายทวีป คอรรชมนัน

208988

รายชื่อผู้ร่วมดำเนินการสังเกตสถานการณ์

ลำดับ	ชื่อ -สกุล
1	นายธนาชาติ นักบุญ
2	นายสมสุข ย้อยแสง
3	นายชนะพล สิงห์สุข
4	นางสาวรุ่งอรุณ เทพบุตร
5	นายภากร จำรูญ
6	นางสาวจิรียา ตันเจริญ
7	นายขวัญชัย สมประสงค์
8	นางสาวอุษณา ป้อมถาวร
9	นางสาวลลิตา บุญเฉลิม
10	นางสาวสุวรรณี พลหาราช
11	นางนิพัทธา อิงคยะกุล
12	นางสาวบุปผา พ่วงพันธ์
13	นายสมยศ พลพิสิฐกุล
14	นายรณภพ เจริญสุข

“ต้นฉบับไม่สมบูรณ์”

“ไม่ปรากฏหน้านี้ในต้นฉบับ”