

ประจำปีงบประมาณ 2567



Social Warning เตือนภัยทางสังคม

เมื่อประชากรลดลงต่อเนื่องเราจะรับมืออย่างไร? | อิทธิพลภัยร้ายฤดูร้อน
เรื่องเล็กที่ไม่เล็กทำไมการแก้ปัญหา PM2.5 จึงไม่ประสบความสำเร็จ
พิการแต่กำเนิดป้องกันได้ก่อนตั้งครรรค์ | บุหรี่ไฟฟ้าภัยคุกคามเด็กและเยาวชนไทย
จะอย่างไร? เมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน



สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 จังหวัดลพบุรี
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☎ 0 3649 9184

🌐 <http://tpso-7.m-society.go.th>

✉ tpso-7@m-society.go.th

📍 สสว.เจ็ด ลพบุรี

Social Warning

เตือนภัยทางสังคม

การเตือนภัยทางสังคมที่ส่งให้กลไกในระดับพื้นที่ มีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2561 - 2580) และนโยบายรัฐบาล ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ชาติ : ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
- แผนแม่บทฯ : แผนแม่บทที่ 17 ความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม
- แผนปฏิรูปประเทศด้านสังคม : กิจกรรมปฏิรูปที่ 2 ผลักดันให้มีฐานข้อมูลทางสังคมและคลังความรู้ในระดับพื้นที่เพื่อให้สามารถจัดสวัสดิการและสร้างโอกาสในการประกอบอาชีพที่ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2561 - 2580) หมวดที่ 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง และคนไทยทุกคนมีความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอเหมาะสม
- นโยบายรัฐบาล นโยบายเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี ประเด็นที่ 3 นำความปลอดภัยสร้างศักดิ์ศรีและนำความภาคภูมิใจมาสู่ประชาชนไทยทุกคน ให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมของคนทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเปราะบาง คนพิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มชาติพันธุ์ โดยจะดูแลให้มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีงาน มีรายได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิมด้วย “สวัสดิการโดยรัฐ”

และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์และเป้าหมายของกระทรวง ดังนี้

- ประเด็นยุทธศาสตร์กระทรวง พม. (พ.ศ. 2561 - 2580) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
- แผนปฏิบัติการประจำปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างโอกาสและยกระดับการคุ้มครองทางสังคมสำหรับคนทุกช่วงวัยเรื่องพัฒนาระบบสวัสดิการและนวัตกรรมทางสังคมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตคนทุกช่วงวัย

คำอธิบาย

- การเตือนภัยทางสังคม เป็นการวิเคราะห์และแจ้งเตือนถึงโอกาสเกิดวิกฤติหรือแนวโน้มภาวะทางสังคมที่จะส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายกระทรวง พม. และสังคมโดยรวมในระดับพื้นที่
- การคาดการณ์แนวโน้มในอนาคต เป็นการคาดการณ์ภาวะทางสังคม ด้านปัญหาทางสังคม และคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายกระทรวง พม.
- ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันด้านสังคม เป็นการรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดด้านสังคมจากหน่วยงานต่าง ๆ กลุ่มเป้าหมายกระทรวง พม. ได้แก่ เด็กและเยาวชน สตรีและครอบครัว ผู้สูงอายุ คนพิการ คนไร้ที่พึ่ง ผู้กระทำการขอทาน ตลอดจนกลุ่มบุคคลที่รัฐบาลมอบหมายให้ปฏิบัติราชการในการปกป้อง คุ้มครองฟื้นฟู และพัฒนาเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สารบัญ

Social Warning

เตือนภัยทางสังคม

01

เมื่อประชากรลดลงต่อเนื่อง
เราจะรับมืออย่างไร ?

02

อีทสโตรกภัยร้ายฤดูร้อน

03

เรื่องเล็กที่ไม่เล็ก
ทำไมการแก้ปัญหา PM2.5
จึงไม่ประสบความสำเร็จ

04

พิการแต่กำเนิด
ป้องกันได้ก่อนตั้งครรภ์

05

บุรีไฟฟ้า
ภัยคุกคามเด็กและเยาวชนไทย

06

จะอย่างไร ?
เมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน



เมื่อประชากรลดลงต่อเนื่อง เราจะรับมืออย่างไร ?

จากข้อมูลแสดงอัตราการเกิดมากกว่าอัตราการตาย ในรอบ 10 ปี จะเห็นว่าอัตราการเกิดมากกว่าอัตราการตาย ลดลง อย่างเห็นได้ชัด โดยในปี 2566 ประเทศไทยประสบปัญหาจำนวนเด็กเกิดใหม่ลดต่ำลงอย่างต่อเนื่องจากเดิมในปี 2506 - 2526 มีอัตราเด็กเกิดใหม่ไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน ลดลงเหลือ 502,107 คน ในปี 2565 และอาจจะต่ำกว่า 500,000 คน ในปี 2566 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับประเทศญี่ปุ่น จีน สิงคโปร์ เวียดนาม เกาหลีใต้ และอีกกว่า 120 ประเทศ และในปี 2565 ประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (COMPLETE AGED SOCIETY) โดยมีประชากร อายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน หรือ 20% ของประชากรทั้งหมด และอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (SUPER AGED SOCIETY) เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สูงขึ้น 28% ของประชากรทั้งหมด

ผลกระทบ

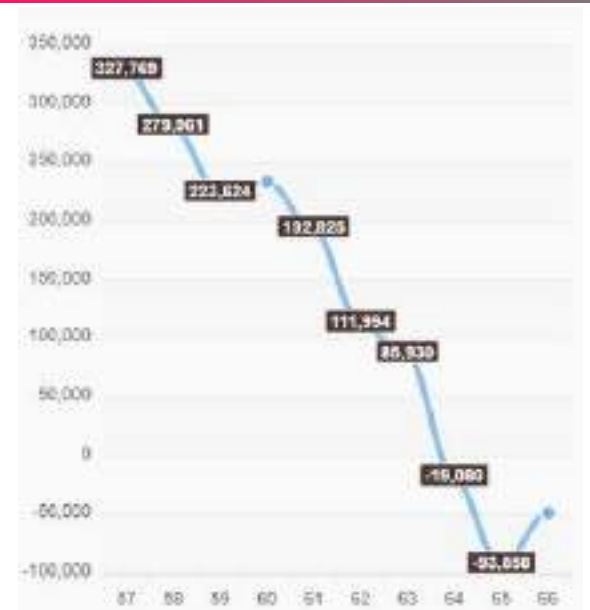
- ประเทศไทยจะมีแรงงานในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจน้อยลง ส่งผลให้ไม่สามารถสร้างรายได้หรือสร้าง GDP ได้
- ภาคเอกชนอาจเลิกจ้างแรงงาน หันไปพึ่งพาเทคโนโลยี รวมถึงปัญญาประดิษฐ์ และเครื่องจักรมากยิ่งขึ้น
- แรงงานรายได้น้อยลงจะส่งผลให้รัฐบาลเก็บภาษีได้ลดลง ทำให้รัฐบาลมีรายได้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุและเด็กเกิดใหม่ให้มีคุณภาพ
- ประชากรลดลง ส่งผลกระทบต่อสิ่งที่เตรียมไว้สำหรับการรองรับคนจำนวนที่เพิ่มขึ้น เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงมหาวิทยาลัย ธุรกิจร้านค้าและบริการต่าง ๆ ภาคอุตสาหกรรม รวมถึงเกษตรกรรมจะประสบปัญหาขาดแคลนแรงงาน การลงทุนไปกับโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการใช้งานสำหรับคนจำนวนมากจะเสียเปล่า
- ครอบครัวขยายจะหายไปและเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวที่อยู่กันไม่กี่รุ่น ความสัมพันธ์ของคนระหว่างรุ่นจะถูกถ่วงขยายออกมากขึ้น

แหล่งที่มาข้อมูล

- คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง
- สุรินทร์ เจนพิทยา กรุงเทพธุรกิจ
- ดร.สมชัย จิตสุชน สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
- รศ.ดร.ธีระ สุนเดชาภิรักษ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รายละเอียดอ้างอิง : <https://shorturl.asia/Dh5Ns>

ข้อมูลแสดงอัตราการเกิดมากกว่าอัตราการตาย ในรอบ 10 ปี



ข้อมูล : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

ข้อเสนอ

- รัฐบาลควรเพิ่มศักยภาพประชากร ผ่านการจูงใจและช่วยเหลือด้านการฝึกอาชีพ เพื่อให้แรงงานย้ายจากภาคการเกษตรไปยังภาคที่สร้างผลิตภาพได้สูงกว่า
- มาตรการการรับผู้อพยพที่มีคุณภาพให้เข้ามาอยู่ถาวรในประเทศไทย เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในภาวะแรงงานเริ่มขาดแคลนทั้งในปริมาณและคุณภาพ
- รัฐบาลควรกำหนดมาตรการนโยบายส่งเสริมให้มีบุตรมากขึ้นแบบตรงไปตรงมา เช่น หากมีบุตรรัฐบาลจะสนับสนุนเงินในการเลี้ยงดูบุตร รวมถึงการให้สิทธิลาคลอดกับพ่อเพื่อดูแลบุตร เป็นต้น
- รัฐบาลควรให้ความสำคัญกับอัตราการเกิด เพื่อที่จะสร้างสมดุลให้แก่จำนวนประชากร ในแต่ละช่วงวัยให้มีความเหมาะสม เช่น นโยบายส่งเสริมการเข้าถึงระบบอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ เป็นต้น



ฮีทสโตรก ภัยร้ายฤดูร้อน

“ฮีทสโตรก” หรือโรคลมแดด เกิดจากภาวะที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงมากจนทำให้เกิดภาวะที่ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้และมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 40 องศาเซลเซียส ร่วมกับภาวะที่มีความรู้สึกตัวที่ผิดปกติไป อาจจะหมดสติหรือมีภาวะชักได้

ข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานว่าในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม ตั้งแต่ปี 2558 - 2564 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากภาวะอากาศร้อน ทั้งสิ้น 234 คน เฉลี่ย 33 คนต่อปี และมีรายงานผู้ป่วยประมาณ 2,500 - 3,000 ต่อปี

“มีผู้เสียชีวิตจากฮีทสโตรก เฉลี่ย 33 คนต่อปี”

อาการของฮีทสโตรก



- อุณหภูมิในร่างกายมากกว่า 40 องศา (เสี่ยงเสียชีวิต)
- ไม่มีเหงื่อออกจากร่างกาย หรือเหงื่อออกมากผิดปกติ
- มีอาการทางระบบประสาท เช่น ปวดหัว เวียนหัว เกร็ง ชัก หมดสติ และนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว
- หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วขึ้น
- ปวดกล้ามเนื้อเป็นตะคริว
- คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด ใจสั่น อ่อนเพลียมาก

วิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

การปฐมพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคฮีทสโตรก โรงพยาบาลรามธิบดี แนะนำว่า ต้องดูว่าคนไข้มีภาวะความรู้ตัวที่ผิดปกติหรือไม่ ถ้ามีภาวะที่ผิดปกติ ให้คลำชีพจรว่ามีอาการหายใจผิดปกติหรือไม่ ถ้ามีอาการหายใจที่ผิดปกติ ต้องทำ CPR หรือโทร 1669 เพื่อเรียกรถพยาบาลมารับตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว กรณีผู้ป่วยยังรู้สึกตัว



- ดื่มน้ำมาก ๆ
- เปิดพัดลม หรือผ้าชุบน้ำเช็ดตัว
- นำผู้ป่วยเข้าที่ร่ม คลายเสื้อผ้าออก นอนหงาย ยกขาสูง
- หากอาการดีขึ้นให้นำส่งโรงพยาบาล

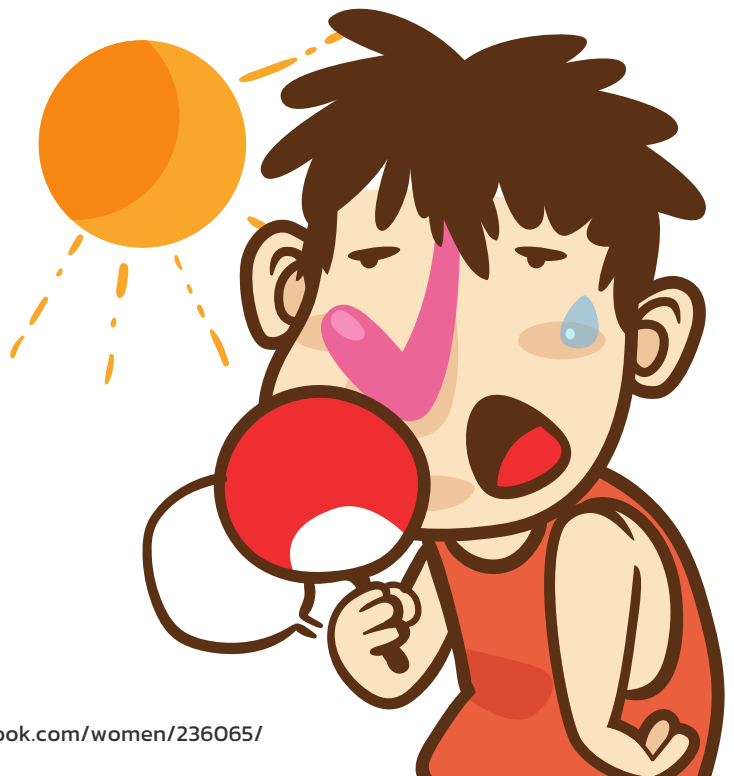
7 กลุ่มเสี่ยงต้องระวัง ร้อนเกิน 40 องศา

1. กรรมกรก่อสร้าง
2. เกษตรกร
3. ตำรวจ ทหาร
4. นักกีฬา
5. เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
6. ผู้สูงอายุ
7. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ คนอ้วน เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง ไทรอยด์เป็นพิษ ผู้ที่พักผ่อนไม่เพียงพอ และผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การป้องกันฮีทสโตรก



- ดื่มน้ำบ่อย ๆ มากกว่า 2 ลิตรต่อวัน
- ใส่เสื้อผ้าให้มิดชิดและระบายได้ดี
- หลบเลี่ยงแสงแดดหรือสถานที่ที่มีอากาศอบอ้าว



แหล่งที่มาข้อมูล

- นพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
- พญ.อัมณยา เตระมณูรักษ์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

<https://www.thaibps.or.th/news/content/326162> | <https://www.sanook.com/women/236065/>



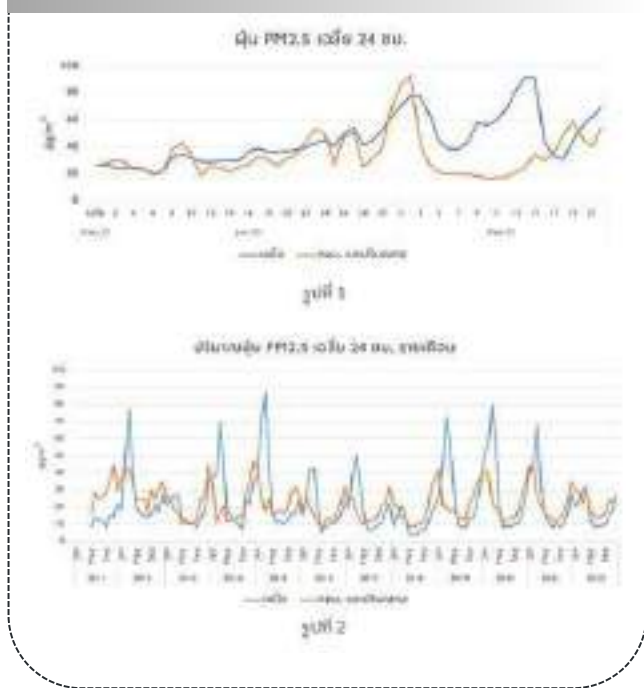
PM 2.5

เรื่องเล็กที่ไม่เล็ก

ทำไมการแก้ปัญหา PM2.5 จึงไม่ประสบความสำเร็จ

สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ในพื้นที่ภาคเหนือ กทม. และ ปริมณฑล มีแนวโน้มปริมาณ PM2.5 เพิ่มขึ้น ในช่วงปี 2554 - 2559 และลดลงในช่วงปี 2560 - 2564 เนื่องจากผลกระทบของโควิด จากนั้นสูงขึ้นอีกครั้ง หากเปรียบเทียบกับประเทศอาเซียน ไทยมีปัญหา PM2.5 สูงกว่าประเทศอื่น ๆ ในอาเซียน เช่น ในปี 2562 ค่า PM2.5 ของไทย คือ 27.4 ไมโครกรัมต่อตารางเมตร มาเลเซีย 16.6 ไมโครกรัมต่อตารางเมตร เป็นต้น

ค่าฝุ่น PM2.5 เปรียบเทียบระหว่างภาคเหนือและ กทม. และปริมณฑล



คำถาม คือ ทำไมการแก้ไขปัญห PM2.5 จึงยังไม่ประสบความสำเร็จ ?

ปกติแล้วฝุ่น PM2.5 จะเกิดขึ้นในช่วงปลายฤดูหนาวถึงต้นฤดูแล้ง (มกราคม - มีนาคม) ซึ่งปัญหาฝุ่น PM2.5 เกิดได้จากแหล่งกำเนิดโดยตรง (เช่น การเผาในที่โล่งแจ้งในชนบทและในป่า) และแหล่งกำเนิดทางอ้อมที่เกิดจากการรวมตัวของก๊าซและมลพิษในบรรยากาศ

ต้นตอใหญ่ที่สุดของฝุ่น PM2.5

กกม. และปริมณฑล

- **อันดับ 1** - ไอเสียจากรถยนต์บวกกับการจราจรที่ติดขัด
- **อันดับ 2** - การเผาไหม้เชื้อเพลิงฟอสซิลในโรงงานไฟฟ้า

พื้นที่ชนบท

- **อันดับ 1** - การเผาวัสดุการเกษตรทั้งในที่โล่งและในโรง
- **อันดับ 2** - การเผาเพื่อปลูกพื้นที่ป่า

นอกจากต้นเหตุที่เกิดภายในประเทศแล้ว ฝุ่นควันที่พัดมาจากประเทศเพื่อนบ้านเป็นอีกต้นตอหนึ่งโดยเฉพาะจังหวัดในภาคเหนือที่อยู่ติดชายแดน

ข้อจำกัด 3 ด้านที่ส่งผลให้การแก้ปัญหามอกควันของรัฐล้มเหลว

- **ประการที่ 1** แนวทางการจัดการฝุ่น PM2.5 แบบภัยพิบัติ ไม่ใช่วิธีการแนวทางที่เหมาะสม ทำให้ขาดการจัดการและการศึกษาวิเคราะห์ที่ต่อเนื่อง
- **ประการที่ 2** ท้องถิ่นขาดเงิน และกฎระเบียบต่าง ๆ เป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการ
- **ประการที่ 3** การจัดการฝุ่น PM2.5 ที่มีประสิทธิภาพไม่สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ เพราะฝุ่น PM2.5 ส่วนหนึ่งพัดเข้ามาจากประเทศเพื่อนบ้าน

ข้อเสนอแนะ

- การเร่งศึกษาวิจัยเพื่อกำหนดขอบเขตของฝุ่น PM2.5 ที่เป็นปัญหาข้ามจังหวัดและข้ามประเทศ
- นโยบายจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการบริหารจัดการฝุ่น PM2.5 โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน หน่วยงานราชการในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน แต่ใช้ระบบจัดสรรงบประมาณให้เป็นกลุ่ม ตามแผนปฏิบัติการไม่ใช่อำนาจกระจายให้กรมต่าง ๆ แบบปัจจุบัน
- สร้างความร่วมมือในการป้องกันและลดปัญหาฝุ่น PM2.5 ภายในและกับประเทศเพื่อนบ้าน
- การอุดหนุนเกษตรกรที่ต้องการปรับระดับแปลงไร่นาเพื่อใช้เครื่องจักรแทนการเผา รวมถึงการวิจัยพัฒนาพืชทดแทน และการสร้างตลาดคาร์บอนในภาคบังคับ เพื่อให้มีการซื้อขายคาร์บอนเครดิต

แหล่งที่มาข้อมูล : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

<https://tdri.or.th/2023/03/pm2-5-thailands-solutions/>



พิการแต่กำเนิด

ป้องกันได้ก่อนตั้งครรภ์

ความพิการตั้งแต่กำเนิดมีถึง 7,000 โรค ซึ่งสาเหตุมาจากทั้งกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการแท้ง การตายคลอด การเสียชีวิต ความพิการในเด็กและทารก มีผลต่อครอบครัวอย่างมาก และทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอย่างมาก ซึ่งในแต่ละปีมีทารกที่เกิดมาที่มีความพิการตั้งแต่กำเนิดทั่วโลกประมาณ 7.9 ล้านคน โดย 3.3 ล้านคนนั้นเสียชีวิตในอายุน้อยกว่า 5 ขวบ 3.2 ล้านคน มีชีวิตรอดแต่พิการตลอดชีวิต โดยทารกที่พิการและเสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ทั้งที่ความจริงนั้น ความพิการแต่กำเนิดสามารถป้องกันได้

ความพิการแต่กำเนิดมีหลายภาวะ ส่วนใหญ่จะพบ 5 กลุ่ม ดังนี้

- 1 กลุ่มอาการดาวน์** พบ 1 ต่อ 1,000 ราย เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม ทำให้พัฒนาการล่าช้า
- 2 กลุ่มหลอดประสาทไม่ปิด** พบ 1 ต่อ 800 ราย เกิดจากหลอดประสาทเชื่อมปิดไม่สมบูรณ์ระหว่างตัวอ่อนมีอายุได้ 23 - 28 วันหลังการปฏิสนธิ เกิดได้จากปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น การขาดโฟลิกในครรภ์มารดา หรือได้รับสารเคมีระหว่างตั้งครรภ์ บางครั้งรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้
- 3 กลุ่มปากแหว่งเพดานโหว่ปากแหว่งเพดานโหว่** พบ 1 ต่อ 1,000 ราย โดยเกิดจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะเรื่องโภชนาการ (รักษาได้โดยการผ่าตัด)
- 4 กลุ่มแขนขาพิการ** พบ 2 ต่อ 2,000 ราย เกิดจากการสร้างอวัยวะผิดปกติตั้งแต่ในครรภ์ จากหลายสาเหตุ เช่น การใช้ยาระหว่างตั้งครรภ์ การได้รับสารพิษ
- 5 กลุ่มกล้ามเนื้อเสื่อมพันธุกรรมดู เซนน์** พบ 1 ต่อ 10,000 ราย เกิดจากพันธุกรรมของยีน มักเกิดในเด็กผู้ชายเมื่อมีอายุ 3 - 4 ขวบ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพราะกล้ามเนื้ออ่อนแรงลงเรื่อย ๆ

ความพิการแต่กำเนิด ... สาเหตุครึ่งหนึ่งมาจากพันธุกรรม นอกนั้นมาจากปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น บุหรี่ เหล้า เพศสัมพันธ์

สำหรับในประเทศไทยมีทารกแรกเกิด 800,000 คนต่อปี โดยพบว่าสถานการณ์เด็กพิการตั้งแต่เกิดทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 3 - 5 หรือ 24,000 - 40,000 คนต่อปี จากข้อมูลประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า กว่า ร้อยละ 70 ของความพิการแต่กำเนิดสามารถป้องกันหรือรักษาให้หายดีหรือดีขึ้นได้ เช่น การใช้มาตรการดูแลตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ และการคลอดที่ดีขึ้น รวมถึงการตรวจวินิจฉัย การดูแลทารกแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพ

แนวทางการป้องกันความพิการแต่กำเนิด

- ให้การศึกษาแก่ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ ผู้กำหนดนโยบาย สื่อ และผู้ที่เกี่ยวข้องในแง่ความเข้าใจความพิการตั้งแต่กำเนิด เช่น การรักษาสุขภาพของมารดา การปรับเปลี่ยนอาหาร การควบคุมการติดเชื้อ การรักษาโรคระหว่างตั้งครรภ์
- การวางแผนครอบครัวที่ดี ถือเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องเร่งรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญ เพื่อตรวจหาโรคทางพันธุกรรมบางอย่าง ซึ่งหากตรวจหาก่อนจะสามารถป้องกันโรคที่อาจเกิดอันตรายร้ายแรงได้ เช่น ธาลัสซีเมีย หรือลดอุบัติการณ์โรคที่เกิดจากโครโมโซม เช่น อาการดาวน์ โดยพบว่าการศึกษาแม่และพ่อมีอายุมากเสี่ยงที่ทำให้พันธุกรรมกลายพันธุ์ในเด็กได้ด้วย
- โภชนาการที่เหมาะสม การเสริมอาหารที่เหมาะสมสำหรับวัยเจริญพันธุ์ เช่น ไอโอดีน กรดโฟลิก เป็นต้น
- หลีกเลี่ยงปัจจัยที่เสี่ยงทำให้เกิดความพิการ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้ยาเสพติด การป้องกันโรคติดต่อที่ทำให้เกิดความพิการตั้งแต่กำเนิด เช่น โรคซิฟิลิส โรคหัดเยอรมัน
- การดูแลสุขภาพมารดาที่มีโรคประจำตัวทั้งก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์
- การตรวจกรองทารกแรกเกิด เพื่อค้นหาเด็กที่มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อาจใช้วิธีการผ่าตัด ให้อา หรือใช้การฟื้นฟู

แหล่งที่มาข้อมูล : โครงการป้องกันและดูแลรักษาความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย

<https://www.thaihealth.or.th/พิการแต่กำเนิด-ป้องกัน>



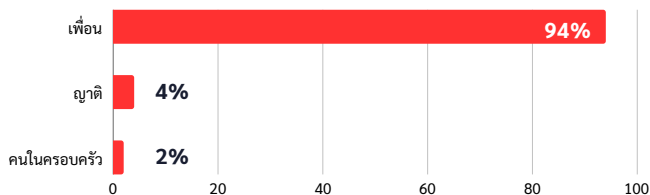
บุหรี่ไฟฟ้า

ภัยคุกคามเด็กและเยาวชนไทย

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีผู้ตอบแบบสำรวจฯ จำนวน 61,688 คน พบว่า ในภาพรวมของประเทศไทยเยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้า 9.1% สรุปได้ดังนี้

- อันดับ 1 ร้อยละ 14.6 ได้แก่ กรุงเทพมหานคร
 - อันดับ 2 ร้อยละ 13.6 ได้แก่ ชัยนาท กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานี
 - อันดับ 3 ร้อยละ 13.2 ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นนทบุรี ปทุมธานี และนครนายก
- และจากข้อมูลในข้างต้นแสดงให้เห็นว่าเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงในทุกจังหวัด

สาเหตุของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า



และสาเหตุของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนหนึ่งมาจากการชักชวนในสูบบุหรี่จากคนรอบข้าง ส่วนใหญ่ถูกชักชวนจากเพื่อน ญาติ และคนในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า เยาวชนที่สูบบุหรี่มวนจะสูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมด้วยถึง 43.9% ซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้น

หากเปรียบเทียบระหว่างบุหรีมวนกับบุหรีไฟฟ้า อันไหนอันตรายกว่ากัน ?

บุหรีไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรีมวน เนื่องจากในบุหรีมวน นอกจากนิโคตินแล้วยังมีสารอื่น ๆ ถึง 7,357 ชนิด และมีสารอย่างน้อย 70 ชนิดที่สามารถก่อให้เกิดมะเร็งได้ บุหรีมวนจะทำให้ผู้สูบได้รับสารที่เป็นอันตรายจากการเผาไหม้ในส่วนของบุหรีไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่า แต่ก็ยังพบสารระเหยอื่น ๆ ที่อันตรายต่อร่างกายไม่แพ้กัน ทำให้ติดง่าย เลิกยากกว่าบุหรีมวน เพราะสารต่าง ๆ ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกเพลิดเพลิน

สารพิษในบุหรีไฟฟ้า

- นิโคติน** จะกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด
- โพรพิลีนไกลคอล** อาจก่อให้เกิดการระคายเคืองบริเวณดวงตาและปอด
- สารแต่งกลิ่นและรส (FLAVORING)** บางชนิดจะส่งผลให้ปอดอักเสบรุนแรง เช่น วิตามินอี อะซีเตท
- กลีเซอริน (GLYCERIN)** เมื่อผสมกับโพรพิลีนไกลคอลจะส่งผลไอมากขึ้น หลอดลมตีบ และหอบเหนื่อย

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

- สารเคมีอันตรายในไอระเหย** - ทำให้เกิดการระคายเคืองและอักเสบในระบบทางเดินหายใจของผู้สูดดมไอระเหยเข้าไป และหากเด็กสูดดมไอระเหยจากบุหรีไฟฟ้าของผู้ปกครองหรือคนรอบข้าง อาจประสบปัญหาสุขภาพ เช่น การระคายเคืองทางเดินหายใจ พัฒนาการทางปอดผิดปกติ และความเสี่ยงในการเป็นโรคหอบหืดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- อันตรายจากการเก็บรักษา** - บุหรีไฟฟ้ามักมีแบตเตอรี่ลิเทียมที่อาจจะเปิดหากเก็บรักษาไม่ถูกต้อง และหากใช้อย่างไม่ระมัดระวังอาจเกิดอุบัติเหตุได้
- การเลียนแบบ** - หากไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรีไฟฟ้า อาจจะทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบได้ เนื่องจากเห็นสมาชิกในครอบครัวใช้เป็นประจำ หรือมีความอยากรลอง
- สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย** - เนื่องจากบุหรีไฟฟ้ามีลักษณะรูปแบบที่หลากหลายหาซื้อได้ง่ายตามช่องทางออนไลน์ ทำให้เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว
- จุดเริ่มต้นของการใช้สารเสพติดประเภทอื่น ๆ** - ไม่ว่าจะเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภัยสุขภาพ หรือการสูบบุหรี่มวน



แหล่งที่มาข้อมูล

สถาบันโรคผิวหนัง, มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



บุหรี่ไฟฟ้า

ภัยคุกคามเด็กและเยาวชนไทย (ต่อ)

แนวทางการป้องกันและลด ละ เลิก บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน

1. เด็กและเยาวชน - ควรลดปริมาณการสูบบุหรี่ไฟฟ้าให้น้อยลง การปฏิเสธ เมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ รวมถึงการหลีกเลี่ยงกิจกรรมอื่น ๆ ที่ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา หรือการหางานอดิเรกที่สนใจ การกำหนดแผนที่จะเลิกบุหรี่อย่างชัดเจน และการพยายามทำตัวเองให้ยุ่งตลอดเวลาจะสามารถทำให้ลดความสนใจจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าลง

2. ครอบครัว - ควรสร้างความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าให้แก่สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสร้างความตระหนักรู้ รวมถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นหากใช้บุหรี่ไฟฟ้า และนอกจากนี้ หากสมาชิกในครอบครัวใช้บุหรี่ไฟฟ้า ควรสนับสนุนให้กำลังใจในการเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้า และการเข้าร่วมโปรแกรมหรือกิจกรรมที่จะช่วยในการเลิกบุหรี่ รวมถึงการสังเกตพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน ร่วมมือกับครูที่โรงเรียนเมื่อมีความสงสัยว่าเด็กอยู่ในความเสี่ยงที่จะใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยการวางแผนและหาแนวทางการป้องกันหรือรับมือ

3. ครูและโรงเรียน - ควรมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กและเยาวชน เช่น ครูควรอธิบายเกี่ยวกับสารพิษของบุหรี่ สอนเกี่ยวกับโทษของยาเสพติด อธิบายถึงผลเสียและผลกระทบที่ส่งผลต่อการเรียน คอยตักเตือน และจัดกิจกรรมเลิกสูบบุหรี่ และควรบูรณาการร่วมกับกิจกรรมต่อต้านยาเสพติด เพิ่มกฎ โทษปรับ เพิ่มนโยบายในโรงเรียนมากขึ้น

4. คนในชุมชน - ควรทำกิจกรรมในชุมชน เช่น การรณรงค์ การจัดประชาสัมพันธ์ มีต้นแบบของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในชุมชน ไม่ขายบุหรี่ให้นักเรียน และการเก็บขยะหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ทำแล้วไม่เกิดความเครียด คอยห้ามตักเตือน ให้คำแนะนำ ไม่ควรทำให้บุตรหลานเห็นถึงพฤติกรรมที่ไม่ดี ตลอดจนการสนับสนุนให้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์



แหล่งที่มาข้อมูล

แนวทางการป้องกัน และลด ละ เลิกบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดสงขลา
(บุญชัย พริยกิจกำจร และนิรชร ชูดีพัฒนะ)



จะทำอย่างไร ?

เมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

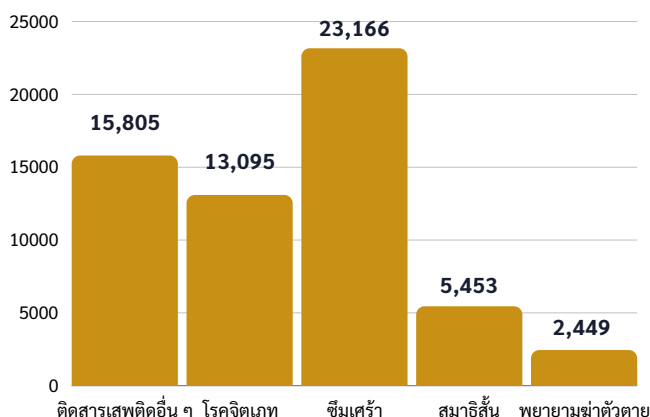
ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ระบุไว้ว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย ในปี 2558 มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 1.3 ล้านคน และ ในปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นเป็น 2.5 ล้านคน และในปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นสูงถึง 4 ล้านคน คิดเป็น 6.44% ของประชากรไทยทั้งหมด โดยมีเพียง 38.75% ที่เข้าถึงการรักษา และยังมีผู้ป่วยอีก 61.25% ที่ไม่ได้รับการรักษา

ประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาระดับ 5 อันดับ

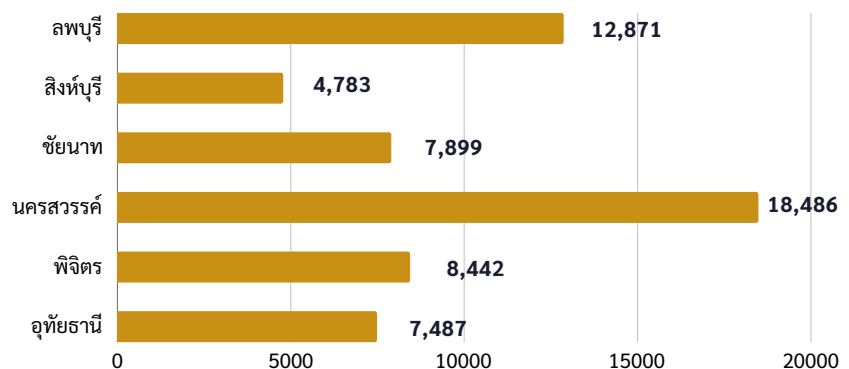
1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาจิตเวช
2. โรคจิตเภท
3. โรคซึมเศร้า
4. โรคสมาธิสั้น
5. พยายามฆ่าตัวตาย

โรคจิตเวชหรือความเจ็บป่วยทางจิต เป็นภาวะสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด หรือพฤติกรรม หรือหลายอย่างประกอบกัน โดยอาการของผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแปลกจากคนทั่วไป เช่น มีความคิดหรือการรับรู้บิดเบือนไปจากความเป็นจริง พุดไม่รู้เรื่อง มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรือบางครั้งอาจมีอาการเศร้า เก็บตัว หงุดหงิดฉุนเฉียวหรืออารมณ์รุนแรง ขึ้นอยู่กับอาการของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน มีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม และการทำงานได้

สถิติผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ปี 2566 (คน)



จากสถิติผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2566 ของกรมสุขภาพจิต โดย จังหวัดในเขตรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 พบว่า อันดับ 1 ได้แก่ โรคซึมเศร้า รองลงมาคือ ติดยาเสพติดอื่น ๆ โรคจิตเภท โรคสมาธิสั้น และพยายามฆ่าตัวตาย ตามลำดับ และในภาพรวมระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดนครสวรรค์ มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชมากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดลพบุรี พิจิตร ชัยนาท อุทัยธานี และสิงห์บุรี ตามลำดับ



การดูแลตนเอง หากป่วยด้วยโรคจิตเวช

- พบแพทย์ตามนัด รับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ และควรสังเกตอาการของตนเองช่วงทานยา
- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำสะอาด และหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์หรือของมึนเมา
- พักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับให้ครบ 6 - 8 ชั่วโมง
- จัดตารางทำกิจกรรม กิจกรรมประจำวันหรืองานอดิเรก
- จัดการความเครียด ด้วยวิธีการที่เหมาะสม
- สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เครียด กระวนกระวาย หูแว่วหากมีอาการดังกล่าว ควรรีบพบแพทย์



แหล่งที่มาข้อมูล

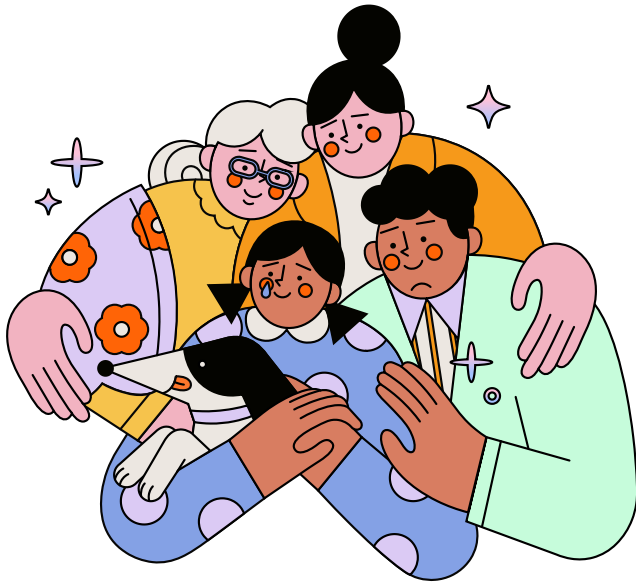
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน กรมสุขภาพจิต

<https://dmh-elibrary.org/items/show/272>



จะอย่างไร ?

เมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ต่อ)



ผลกระทบเมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว/ชุมชน

- ครอบครัวต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เกิดความเครียดสำหรับครอบครัว ญาติรู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว รวมถึงสมาชิกในครอบครัวต้องแบ่งเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สูญเสียการทำงาน รายได้ ส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจภายในครอบครัว
- ชุมชนรู้สึกไม่ปลอดภัย เกิดการปิดกั้นโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เกิดความหวาดระแวงเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นภายในชุมชน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจำเป็นต้องใช้เวลานานและต้องอาศัยความอดทนในการรับประทายอย่างต่อเนื่อง บางครั้งเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ซึ่งเป็นโรคที่มีความสำคัญและรุนแรงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัว ทำให้การดูแลรักษาย่างยากซับซ้อนมากขึ้น ไม่สามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ดังนั้น เป้าหมายสำคัญในการดูแล

การป้องกันอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อป้องกันความพิการ

1. CLIENT (ผู้ป่วย) - ยาลี้ก ฟังตนเอง เข้าใจ การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช หัวใจหลักของการรักษาอยู่ที่การทานยา คือ การที่จะทำอะไรให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย มีความหวังต่อการเจ็บป่วย มีพลังชีวิตมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ยอมทานยาตามแผนการรักษา ดังนั้น จะต้องให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา การดูแลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยสังเกตอาการเตือน และการจัดการกับอาการทางจิต เพื่อให้สามารถฟัง ตนเองได้เมื่ออยู่ในชุมชน

2. CARE GIVER (ผู้ดูแล) - เข้าใจ ใส่ใจ สอดส่อง เมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว สมาชิกแต่ละคนหรือแต่ละครอบครัวจะมีปฏิกิริยาต่ออาการของผู้ป่วยแตกต่างกัน เช่น ปฏิเสธ โกรธ กลัว สิ้นหวัง หรือปกป้องมากเกินไป จึงจำเป็นต้องปรับทัศนคติ เพื่อเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย ดูแลสภาพจิตใจตนเอง ไม่ให้เครียด สังเกตหรือประเมินอาการเตือนเผื่อระวังอาการทางจิตกำเริบ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธีและมีแหล่งในการช่วยเหลือ

3. COMMUNITY (ชุมชน) - ยอมรับ ช่วยกัน ปันโอกาส การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นเรื่องที่ยาก แต่หากชุมชนยอมรับ เข้าใจ เห็นใจผู้ป่วย มองว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ไม่มองว่าการเจ็บป่วยเป็นปัญหา/ความทุกข์ของชุมชน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน รวมถึงการสร้างอาชีพเพื่อที่จะให้สามารถพึ่งพาตนเองได้



Social Warning

เตือนภัยทางสังคม

ที่ปรึกษา

นางสิริบุช อันตรเสน

ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7

คณะผู้จัดทำ

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| • นายภูมิชาย ปล้องอ้วน | นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ |
| • นางสาวสุกัญญา ฉัตรกระโทก | นักพัฒนาสังคมชำนาญการ |
| • นางสาวจิรารัตน์ แสนมาโนช | นักพัฒนาสังคมปฏิบัติการ |
| • นายเกิดศักดิ์ เกரியงไกรเพชร | นักพัฒนาสังคมปฏิบัติการ |
| • ว่าที่ ร.ต. หญิงศรัณยา พันธุ์แสน | เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน |
| • นางสาวนฤมล ดอกม่วง | นักพัฒนาสังคม |
| • นางอัมพวรรณ พวงสุวรรณ | พนักงานบริการ |

เรียบเรียง

นางสาวสุกัญญา ฉัตรกระโทก

นักพัฒนาสังคมชำนาญการ



Social Warning เตือนภัยทางสังคม

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 จังหวัดลพบุรี
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์