

**รายงานข้อเสนอแนะ  
(ร่าง) ทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์  
ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574)  
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ  
Strategic Formulation**



**กุมภาพันธ์ 2564**

## คำนำ

กระบวนการจัดทำ (ร่าง) ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์ (Strategic analysis) ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดทิศทางขององค์กร (Strategic direction setting) ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดยุทธศาสตร์ (Strategic formulation) และขั้นตอนที่ 4 การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ (Strategic implementation) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกขั้นตอน

รายงานฉบับนี้เป็นการสรุปข้อเสนอแนะต่อ (ร่าง) ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) สสส. ของผู้ทรงคุณวุฒิ ภาควิชา และเจ้าหน้าที่ของ สสส. จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3: Strategic formulation เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2564 ณ ห้องประชุม 501 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพฯ และประชุมผ่านระบบ Teleconference เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการปรับปรุง (ร่าง) ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ฯ ให้มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ด้านสุขภาพในอีก 10 ข้างหน้า และตามบริบททางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของประเทศไทย

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุง (ร่าง) ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) สสส. และเป็นกรอบในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 4: Strategic implementation ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติต่อไป

คณะผู้จัดทำ  
18 กุมภาพันธ์ 2564



## สารบัญ

บทสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ครั้งที่ 3  
(Strategic formulation)

1

Input 1: ทิศทางและเป้าหมาย สสส. จากการ  
ประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

2

Input 2: ทิศทางและเป้าหมาย สสส. จากข้อ  
เสนอแนะของคณะกรรมการประเมินผลฯ

4

(ร่าง) ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ  
10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574)

6

- เป้าประสงค์

7

- วิสัยทัศน์

7

- พันธกิจ

8

- เป้าหมายหลัก (End)

9

- การจัดทัพ (Way)

14

- ยุทธศาสตร์และกลไกการดำเนินงาน  
(Mean)

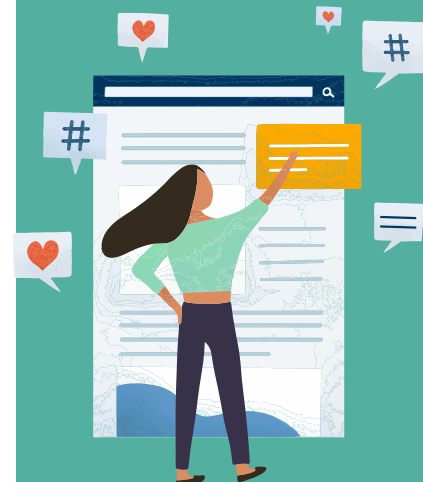
15

- ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ สสส.  
ระยะ 10 ปี สู่การปฏิบัติ

20

ภาคผนวก

22



---

## บทสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ครั้งที่ 3 (Strategic formulation)

ในการจัดทำ (ร่าง) ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้กำหนดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3: Strategic formulation เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2564 ณ ห้องประชุม 501 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพฯ และประชุมผ่านระบบ Teleconference มีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อ (ร่าง) ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิภาคี และเจ้าหน้าที่ของ สสส. จำนวน 90 ท่าน

ทั้งนี้ ในการจัดทำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) สสส. ได้นำ (ร่าง) ทิศทางและเป้าหมายของกองทุนฯ ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1: SWOT Analysis และครั้งที่ 2: Strategic direction setting (input 1) รวมทั้งข้อเสนอแนะของคณะทำงานประเมินผล (input 2) มาวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำ (ร่าง) ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) โดย input 1 และ input 2 มีรายละเอียดดังนี้



---

## Input 1: (ร่าง) ทิศทางและเป้าหมายกองทุนฯ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1: SWOT analysis และครั้งที่ 2: Strategic direction setting ได้นำ Key area of direction มาจัดทำ (ร่าง) ทิศทางและเป้าหมายของ สสส. ระยะ 10 (พ.ศ. 2565 – 2574) ประกอบด้วย

### เป้าหมาย:

ร่างกายแข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว คุณภาพชีวิตที่ดี

**ประเด็นหลัก:** มี 5 ประเด็น ได้แก่

- 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2) ป้องกันเสี่ยงและปัจจัยเสริมเพื่อลด NCDs
- 3) เมืองสุขภาวะ (พื้นที่สุขภาวะ)
- 4) การบาดเจ็บจากการจราจร
- 5) ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

### กระบวนการในการขับเคลื่อน:

ประกอบด้วย 1) Digital Technology and innovation

- 2) บูรณาการ สร้างความร่วมมือกับภาคีและภาคนโยบาย
- 3) ปรับโครงสร้าง กระบวนการทำงาน และพัฒนากำลังคน
- 4) ระบบฐานข้อมูล
- 5) ระบบการติดตามและประเมินผล

# ภาพที่ 1 (ร่าง) ทิศทางและเป้าหมายของ สสส. จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 (input 1)

15 ธ.ค. 63

**Vision:**

**Mission:**

**Positioning:**



## Input 2: (ร่าง) ทิศทางและเป้าหมายกองทุนฯ จากข้อเสนอแนะของคณะทำงานประเมินผลฯ

คณะทำงานประเมินผลฯ ได้เสนอ (ร่าง) ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ของ สสส. ระยะ 10 (พ.ศ. 2565 – 2574) ประกอบด้วย

### เป้าประสงค์/ผลกระทบ:

คุณภาพชีวิตที่ดี อายุยืนยาว กายแข็งแรง จิตใจสมบูรณ์

### ผลลัพธ์:

พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้สุขภาพ นิเวศที่เอื้อสุขภาพ วัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการลดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์และแผนชาติ

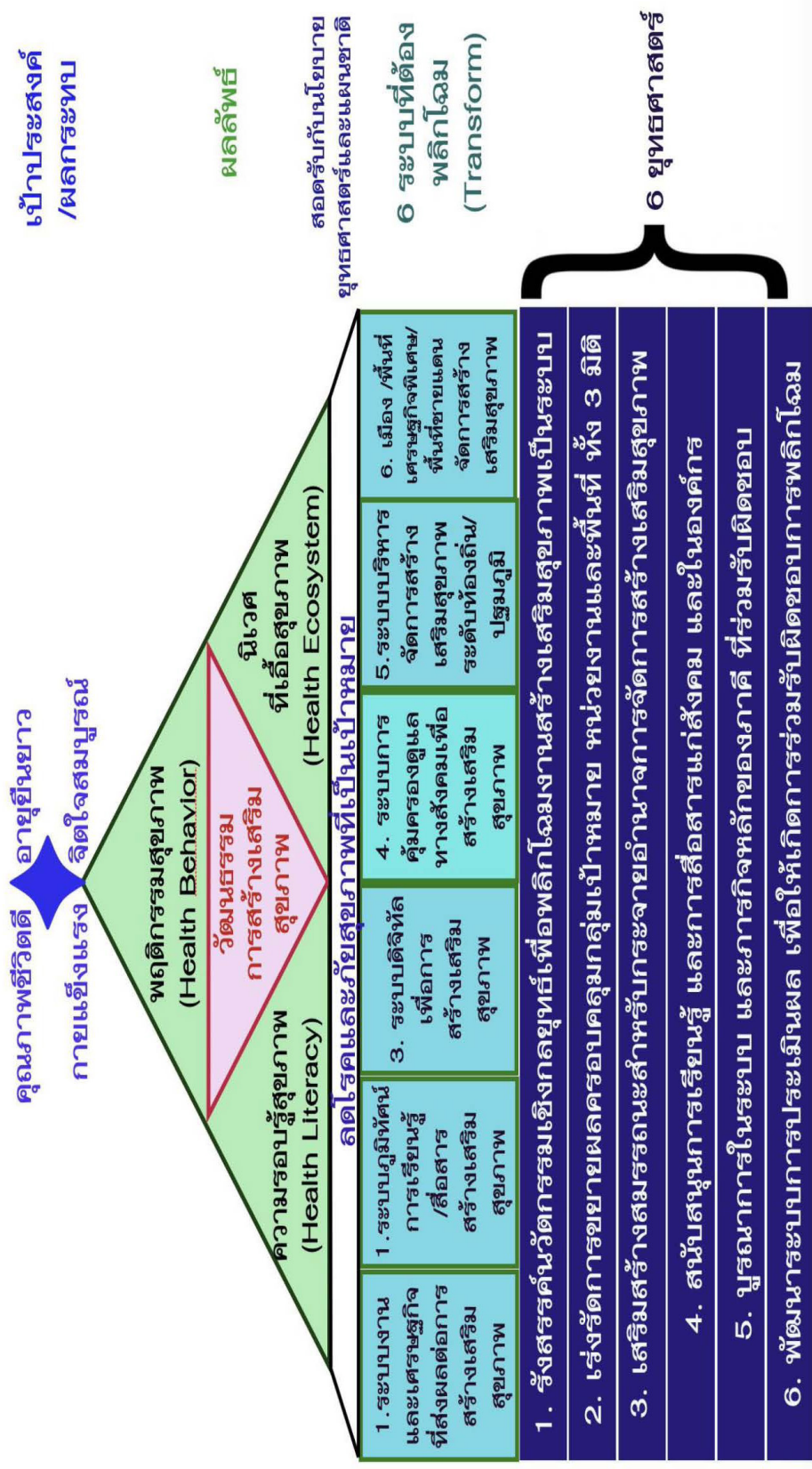
**ระบบที่ต้องพลิกโฉม (Transform):** ประกอบด้วย 6 ระบบ คือ

- 1) ระบบงานและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2) ระบบภูมิทัศน์การเรียนรู้/สื่อสารสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) ระบบดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- 4) ระบบการคุ้มครองดูแลทางสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ
- 5) ระบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพระดับท้องถิ่น/ปฐมภูมิ
- 6) เมือง/พื้นที่/เศรษฐกิจพิเศษ/พื้นที่ชายแดนจัดการสร้างเสริมสุขภาพ

**ยุทธศาสตร์:** ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ คือ

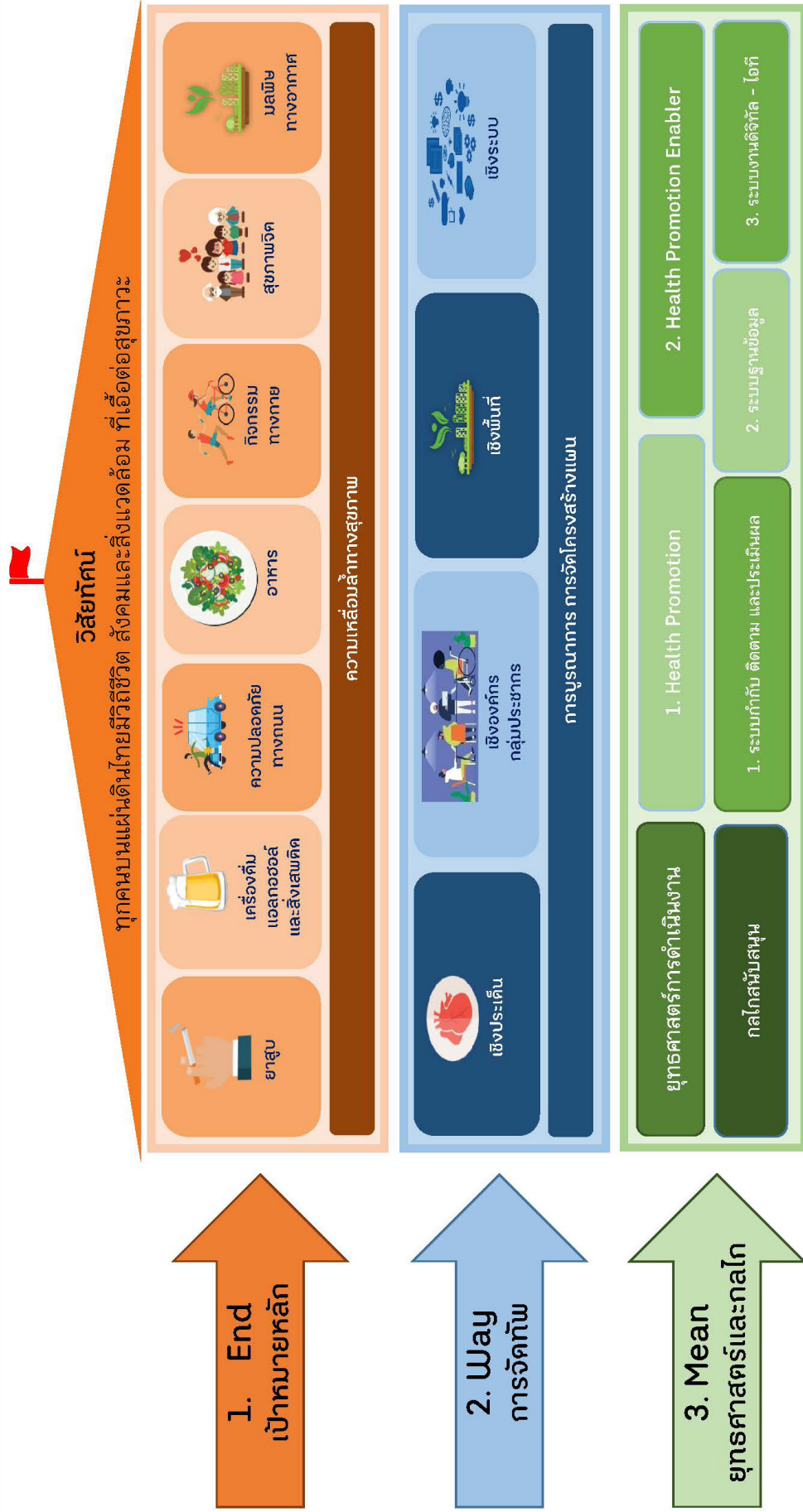
- 1) รังสรรค์นวัตกรรมเชิงกลยุทธ์เพื่อพลิกโฉมงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นระบบ
- 2) เร่งรัดการขยายผลครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย หน่วยงานและพื้นที่ทั้ง 3 มิติ
- 3) เสริมสร้างสมรรถนะสำหรับกระจายอำนาจการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ
- 4) สนับสนุนการเรียนรู้ และการสื่อสารแก่สังคม และในองค์กร
- 5) บูรณาการในระบบ และภารกิจหลักของภาคี ที่ร่วมรับผิดชอบ
- 6) พัฒนาระบบการประเมินผล เพื่อให้เกิดการร่วมรับผิดชอบการพลิกโฉม

## ภาพที่ 2 (ร่าง) ทิศทางและเป้าหมายของกองทุนฯ จากข้อเสนอแนะของคณะกรรมการประเมินผลฯ (input 2)



จากข้อมูล (ร่าง) ทิศทางและเป้าหมายทั้งใน input 1 และ 2 ถูกนำมาวิเคราะห์และประมวลผล เพื่อจัดทำ (ร่าง) ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) (ดังภาพที่ 3) และได้นำเสนอให้ที่ประชุมร่วมกับให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) โดยมีรายละเอียดดังนี้

# ภาพที่ 3 (ร่าง) ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) กองทุนฯ



## 1. เป้าประสงค์:

ร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี

## 2. วิสัยทัศน์:

ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีวิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ

### ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม:

#### ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

1) การใช้คำว่า “ทุกคน” ไม่สามารถเป็นไปได้ ควรเปลี่ยนเป็นคำว่า “ประชาชน” น่าจะเหมาะสมที่สุด

2) ในส่วนของประชาชน มีข้อเรียนรู้จากอดีตว่าระบบสุขภาพมีผลกระทบ ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงกลุ่มที่ด้อยสิทธิด้วย หากไม่ได้รับสิทธิต้องอนุญาตเป็นพิเศษ จึงต้องครอบคลุมคำว่า “ทุกคน” เพื่อให้ดูแลกลุ่มต่างได้ด้วย

#### ความชัดเจนของประเด็นที่จะมุ่งเน้น

1) เห็นด้วยเรื่องวิสัยทัศน์ที่เน้นเรื่องของคน “สังคมไทยเอื้อต่อการมีสุขภาวะและความเสมอภาค” อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาสสส. ทำเรื่องคนมา 10 ปี ต้องประเมินว่าได้ทำครอบคลุมหรือยัง หรือต้องมุ่งเน้นไปที่สังคมและสิ่งแวดล้อมในอีก 10 ปี ข้างหน้าหรือไม่ โดยให้เปลี่ยนเป็นสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะดี ดังนั้นวิสัยทัศน์อาจไม่จำเป็นต้องอยู่ที่คนเสมอไป

2) สสส. ต้องมีการวิเคราะห์งบประมาณว่าควรมุ่งไปที่จุดไหน ถ้าสามารถวิเคราะห์ได้ก็จะรู้ว่าอีก 10 ปี ข้างหน้าจะดำเนินการไปในทิศทางใด

3) ให้ปรับเป้าประสงค์ “คุณภาพชีวิตที่ดี อายุยืนยาว ภายแข็งแรง จิตใจสมบูรณ์” เป็นวิสัยทัศน์ โดยให้นำพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนิเวศที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะเป็นเป้าหมาย (End) ของสสส. ซึ่งสสส. จะมีนวัตกรรมอะไรที่ทำให้เกิดนิเวศที่เอื้อสุขภาพ และเสริมการทำงานอย่างไรกับเจ้าภาพหลัก และให้นำ 7 ประเด็นเป็น Purpose มากกว่าเป็นระดับ Goal



## การกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย

1) การกิจของ สสส. เดิมในแผน 10 ปีวัดได้ยาก ทำเรื่องเยอะไป และเชื่อมโยงไม่ได้ ควรมีการกำหนดเป้าหมายที่เป็นความท้าทายของ สสส. สร้าง milestone ของ สสส. เพื่อเป็นยุทธศาสตร์ซึ่งต้องระบุความท้าทายอย่างน้อยหนึ่งตัวเพื่อให้การกำ ยุทธศาสตร์มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

2) การกำหนดวิสัยทัศน์ในอีก 10 ปีข้างหน้า จะต้องกำหนดว่าจะมอบอะไร ซึ่งสามารถทำได้ 2 แบบโดยวัดแบบกว้างๆ ก่อน ส่วนประเด็นที่ชี้ชัดลงใน แผนย่อย หรืออีกแบบคือวัดแบบชี้ชัดไปเลย จะส่งผลต่อ 3 ตัวนี้อย่างไร พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้สุขภาพ และนิเวศที่เอื้อสุขภาพ สิ่งสำคัญคือ จะมอบอะไร และ สสส. จะเดินอย่างไร

### 3. พันธกิจ:

จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ

#### ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม:

#### ความชัดเจนของพันธกิจตามบทบาทของ สสส.

1) พันธกิจยังไม่สื่อไปถึงนโยบายของรัฐบาลและนโยบายสาธารณะ เช่น เรื่อง ยาสูบ ยังไม่มีแผนภาษียาสูบระยะยาว การจัดการบุหรี่เถื่อน เป็นต้น ดังนั้นพันธกิจ ต้องเขียนให้ชัดและต้องสื่อออกมาให้ได้ถึงการจัดทำนโยบายสาธารณะ โดย สสส. ทำข้อมูลและสร้างกระแสสังคม แล้วให้หน่วยงานราชการไปขับเคลื่อนต่อ

#### การขับเคลื่อนงาน

1) สสส. ต้องสร้างภาคีใหม่ๆ ในการทำงาน เพื่อให้มีการจัดการปัญหาในระดับ ปัจเจกส่งแรงกระเพื่อมไปสู่การจัดทำนโยบายและในระยะยาวต้องเน้นการทำงาน ร่วมกับภาคี เพื่อให้ สสส. อยู่ได้อย่างแข็งแกร่ง ซึ่งจะทำเส้นทางนี้ให้ดีกว่าในอดีต ได้อย่างไร

2) สสส. ต้องสนับสนุนให้ภาคีที่สนใจไปสร้างนวัตกรรมและให้หน่วยงานของรัฐ นำนวัตกรรมไปขยายผลต่อ ซึ่งที่ผ่านเกือบทุกนวัตกรรมที่คืนให้รัฐไม่สามารถ ขับเคลื่อนไปต่อไป ดังนั้นจะต้องทำอย่างไรให้นวัตกรรมนี้สามารถขยายผลต่อ ได้โดยไม่จบที่รัฐ

#### 4. เป้าหมายหลัก (End):

เป็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระยะยาวกำหนดเพื่อเป็นจุดเน้นของการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม สอดคล้องกับนโยบายและเป้าหมายชาติ เพื่อใช้ขับเคลื่อนงานร่วมกับบุคคลและองค์กรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็น โดยให้คำนึงถึงความเท่าเทียมของประชากรกลุ่มต่างๆ และดำเนินการเพื่อให้มีความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพลดลงหรือไม่เพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย 7 เป้าหมายหลัก คือ

1) ยาสูบ: เน้นการลดความชุกของการเสพยาสูบของประชาชนไทย และการป้องกันนักสูบหน้าใหม่

2) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด: เน้นประเด็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดสัดส่วนนักดื่มในปัจจุบัน ลดสัดส่วนการดื่มในระดับอันตราย ลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรต่อปี และลดค่าใช้จ่ายในการบริโภค ประเด็นสิ่งเสพติด ลดความชุกของการเคยใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย

3) ความปลอดภัยทางถนน: ลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ลดจำนวนผู้พิการรายใหม่จากอุบัติเหตุทางถนน

4) อาหาร: เน้นเพิ่มพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (เช่น ส่งเสริมการบริโภคผัก ผลไม้ อาหารปลอดภัย

5) กิจกรรมทางกาย: เพิ่มพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับประชากร ลดเวลาพฤติกรรมเนือยนิ่ง

6) สุขภาพจิต: ลดสัดส่วนจำนวนประชากรที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (โดยเฉพาะวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15 – 24 ปี)

7) มลพิษอากาศ: คุณภาพอากาศในประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้น

#### ภาพที่ 4 เป้าหมายหลัก 7 ประเด็น





## ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม:

### ความชัดเจนและความครอบคลุมของประเด็นหลัก

1) 7 ประเด็นแคบเกินไปและไม่ครอบคลุมสาระด้านสุขภาพ ทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคลสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคลทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามถ้าทำประเด็นให้กว้างก็ไม่ได้ แต่ถ้าประเด็นแคบเกินไปก็ไม่สามารถทำอย่างอื่นได้ ซึ่งแผนยุทธศาสตร์อาจไม่ใช่ 7 ประเด็น แต่ต้องให้ความสมดุล โดยการเลือกประเด็นที่จะ focus ต้องคุยกับภาคีว่าจะใช้ประเด็นไหนที่จะทำงานร่วมกันได้ รวมทั้งเสนอให้มีการปรับเป้าหมายหลัก 7 ประเด็น ให้ความยืดหยุ่นและไดนามิกส์ และควร focus ที่กลุ่มเป้าหมายก่อนที่กลุ่มนั้นจะเข้าไปสู่เส้นทางปัญหานั้น โดยตั้งเป้ากลุ่มวัยให้ชัด เน้น generation แอลฟาไม่ให้ข้องแวะกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ เป็นต้น

2) ยุทธศาสตร์ควรเป็นอะไรที่กว้างและยืดหยุ่น เนื่องจากมีปัจจัยที่รบกวนมากขึ้น เช่น มีการขยายงานมากขึ้นแต่งบประมาณอาจถูกปรับลดลง ซึ่งเป้าหมายที่นำเสนอมาเป็นในลักษณะประเด็นมากกว่าควรนำเสนอเป้าหมายในลักษณะผลลัพธ์และหาตัววัด ในส่วนของประเด็นควรเป็นประเด็นที่ขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย

3) ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเป็นสิ่งสำคัญมาก จะมีกลุ่มเปราะบางที่ยังไม่เข้าถึง ซึ่ง สสส. ต้องปรับปรุงระบบนิเวศอย่างไรเพื่อให้กลุ่มเปราะบางสามารถเข้าถึงบริการได้

4) การเอา 7 ประเด็นมาไว้บนสุดจะทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ควรใช้คำใหญ่ๆ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยง, healthycity และให้ยกใน 7 ประเด็นมาวางไว้ในระดับที่ 4 ของ house model

5) การสร้างสภาพสังคมที่เอื้ออาหารต่อกัน ยังไม่มีใน 7 ประเด็น และให้ใช้คำว่า "สุขภาพจิตและปัญญา" ซึ่งจะครอบคลุมกว่าและจะไปสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในทุกๆ ประเด็น

6) เรื่องมลพิษทางอากาศ สสส. จะช่วยเรื่องกฎหมาย เนื่องจากกรมควบคุมมลพิษทำได้จำกัด ถ้า สสส. ทำให้เกิดกฎหมายอากาศบริสุทธิ์ จะต้องดูว่า สสส. จะทำอะไรเป็นจุดคานงัด ให้เข้าไปคุยกับภาคีที่เกี่ยวข้อง และต้องไปทำกฎหมายศาล

7) การเสนอแผนต้องทำความเข้าใจกับที่ประชุมว่าคือทิศทาง ไม่ใช่แผนงาน ซึ่ง house model หลังนี้ ต้องสื่อสารให้เข้าใจได้ง่าย ทุกคนดูแล้วเข้าใจ ทั้งนี้จะมีเทคนิค วิธีการ ซึ่งแต่ละทีมได้เสนอ มีประเด็นอะไรที่หลุดไปหรือไม่ เช่น เรื่องความเหลื่อมล้ำ Health Literacy รวมทั้งต้องทำ 3 ประเด็นให้เกิดเป็นวัฒนธรรม

### **การกำหนดค่าเป้าหมายของแผน**

1) ไม่ควรกำหนดค่าเป้าหมายในแผน 10 ปี ถ้ามีการกำหนดค่าเป้าหมาย ต้องถามภาคีและจัดทำในแผน 3 ปี และ 1 ปี โดยกำหนดค่าเป้าหมายให้ชัดเจน ซึ่งในแต่ละประเด็นจะมีการจัดทำแผนลำดับรองว่าจะมีการจัดระบบในแต่ละประเด็นอย่างไร เนื่องจากในปัจจุบันการกำหนดเป็น issue ยากเป็นพิเศษ การมองไปข้างหน้า 10 ปี ในขณะที่โลกทั้งโลกกำลังปั่นป่วน รวมทั้งอาจจะเห็นการจัดทัพที่มองถึงวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนี้ไม่ให้มองแบบเดิมไม่มองแบบแยกส่วน ต้องมีการบูรณาการ

2) ควรจะระบุเป้าหมายหรือ KPI เชิงปริมาณที่ สสส. สามารถบรรลุได้ มากกว่า การบรรลุ end ที่ใหญ่เกินกว่า สสส. โดยเน้นการสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ นอกจากนี้ถ้า สสส. จะตั้งเป้าหมายในเรื่องประเด็นมลพิษ จะเป็นความเสี่ยงของ สสส. และ KPI จะต้องสอดคล้องกับพันธกิจที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทั้งนี้หากมีการกำหนด 7 ประเด็นจะเป็นการสร้างพันธนาการในการกำหนดตัวชี้วัดของ สสส. เพราะต้องแบกภาระที่ใหญ่เกินกว่าบทบาทของ สสส.

3) การดำเนินงานของ สสส. ใน 20 ปีที่ผ่านมาถึงเวลาที่ต้องฝังรากลึกในวัฒนธรรมและสังคม โดยใช้กรอบทฤษฎีสากลมาออกแบบ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เป็น outcome based ซึ่งจะเชื่อมต่อผลลัพธ์ระดับบนไปสู่ระดับท้ายสุดคือ วัฒนธรรม ซึ่งสามารถวัดได้ว่าเป็นอะไร พฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนจะไม่เกิดขึ้นถ้าไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น ผลลัพธ์ของ สสส. ควรเน้นวิธีการ chain of outcome เน้นเล่นที่ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวปัจจัยกำหนดสุขภาพ การพลิกโฉมระบบ จะได้ประโยชน์ 3 อย่างคือ จัดการปัญหาสร้างเสริมสุขภาพในระบบอย่างบูรณาการ ช่วยปรับเปลี่ยนกลไกในการสร้างเสริมสุขภาพยั่งยืน และภาคีด้านสุขภาพ

## การนำ input 1 และ 2 มาปรับเป็น house model ใหม่

1) เป้าหมายหลักจาก input 1 และ 2 ค่อนข้างชัดเจนและมีไดนามิกส์ แต่การวิเคราะห์ประเด็น input 1 และ 2 เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยเสริมเพื่อลด NCDs มาแปลงเป็น 7 ประเด็นได้อย่างไร และอยู่ตรงไหน ของ house model ใหม่ มีข้อมูลอะไรเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเป็น 7 ประเด็น ซึ่งพบว่าเรื่องพฤติกรรมทางเพศและความเป็นธรรมหายไป

2) input 2 มีความชัดเจนมาก ตรงกับวัตถุประสงค์ของ สสส. ที่ลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มปัจจัยเสริมและสร้างความเชื่อด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพราะวัฒนธรรม เป็น way of thought and way of life ดังนั้น ระบบงานทั้ง 6 ซี่เข้าชัดเจน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของ สสส. ในระดับที่ 2 แต่ 6 ระบบ ที่ต้องพลิกโฉม สามารถทำได้ง่าย ในขณะที่ 7 ประเด็น สามารถเป็นสิ่งที่ส่งมอบได้

นอกจากนี้สิ่งที่ได้เป็นผลลัพธ์มี 4 ผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมสุขภาพ (คน) Health Literacy (คน) วัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบนิเวศ (Health ecosystem) ต้องทำให้ประชาชนตระหนักถึงการไม่เป็นโรค การดูแลตัวเอง ครอบครัว สังคม ทำอย่างไรให้เป็น norm หรือ value ของสังคมไทย ซึ่งผลลัพธ์จะสอดคล้องกับการลดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นเป้าหมาย หากต้องการ 7 ประเด็นที่สอดคล้องกับทุกแผน โดยเอา 7 ประเด็นมาใส่ตรงแถบขาวเรื่องลดโรค และภัยสุขภาพที่เป็นเป้าหมาย จะทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

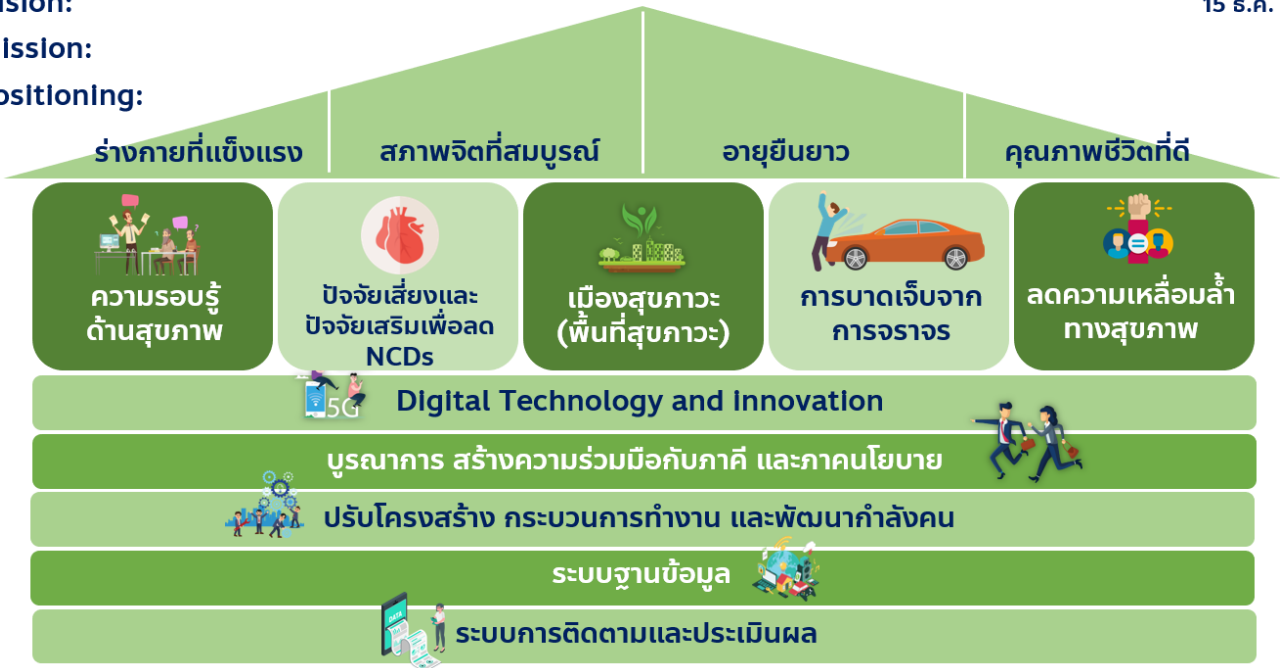
# ทิศทางและเป้าหมายของ สสส. จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 (input 1)

Vision:

Mission:

Positioning:

15 ธ.ค. 63



# ทิศทางและเป้าหมายของ สสส. จากข้อเสนอแนะของคณะทำงานประเมินผลฯ (input 2)



3) องค์ประกอบของระบบนิเวศ คือ นโยบายสาธารณะ กฎ ระเบียบ และ ต้องรวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมและกลุ่มเป้าหมายด้วย อาจจะต้อง เติมว่าสังคมและนิเวศที่เอื้อสุขภาพ

### 5. การจัดทัพ (Way):

เป็นการจัดโครงสร้างแผนและกระบวนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามบริบทของการทำงานเชิงรุกที่มีความหลากหลาย ประกอบด้วยแผนเชิงประเด็นงาน แผนเชิงองค์กรและกลุ่มประชากร แผนเชิง พื้นที่ และแผนเชิงระบบ โดยแผนทั้ง 4 กลุ่มงานมีการบูรณาการงานเพื่อให้เกิด ประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุด (ภาพที่ 5)

**ภาพที่ 5 การจัดทัพ (Way)**



#### ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม:

1) การจัดทัพ 4 กลุ่ม ของ สสส. ที่ภาคีคุ้นเคย และการบริหารจัดการในปัจจุบัน ประเด็น setting พื้นที่ และเชิงระบบ โดยออกแบบมาให้หนุนเสริมกัน เช่น ตัวที่เป็น setting หรือ พื้นที่ เพื่อเตรียมพร้อมในการรองรับประเด็นส่งเสริมสุขภาพให้เกิด mass มากพอที่จะทำให้เกิดนโยบาย ซึ่งต้องการพื้นที่ในการพิสูจน์ ผลลัพธ์ และสามารถ convince กับนโยบายภาพใหญ่ได้ รวมทั้งต้องไปเชื่อมโยง กับระบบต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่และเชิงนโยบายได้

2) การจัดทัพ ยังมีความซ้ำซ้อนกันอยู่ ต้อง grouping ใหม่

3) ต้องไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ซึ่งต้องคำนึงถึงในทุกงาน และในส่วนของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการเน้นบางอย่างจะอยู่ในเชิงองค์กรและ กลุ่มประชากร

4) การบูรณาการ จะต้องเขียนคำอธิบายให้ชัดเจน ว่าการบูรณาการของ สสส. คืออะไร จะต้องยกตัวอย่างและอธิบายให้เห็นภาพ

5) ต้องระวังการสื่อสารในประเด็นเรื่องการจัดทัพเพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่าการนำประเด็นขึ้นข้างบน House model ใครทำ setting ใครทำพื้นที่ไหน เช่น เรื่องบุรี เหล้า ในทิศทาง 10 ปี ทุกองค์กภาพต้องร่วมกันรับผิดชอบ เป็นต้น

## 6. ยุทธศาสตร์และกลไกการดำเนินงาน (Mean)

### 6.1 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

1) ระดับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion strategy) เป็นยุทธศาสตร์การกำหนดมาตรการสำคัญที่จะร่วมทำให้สุขภาพะด้านต่าง ๆ ดีขึ้น สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สากลร่วมสมัย เช่น กฎบัตรออกตาวา (Ottawa charter)

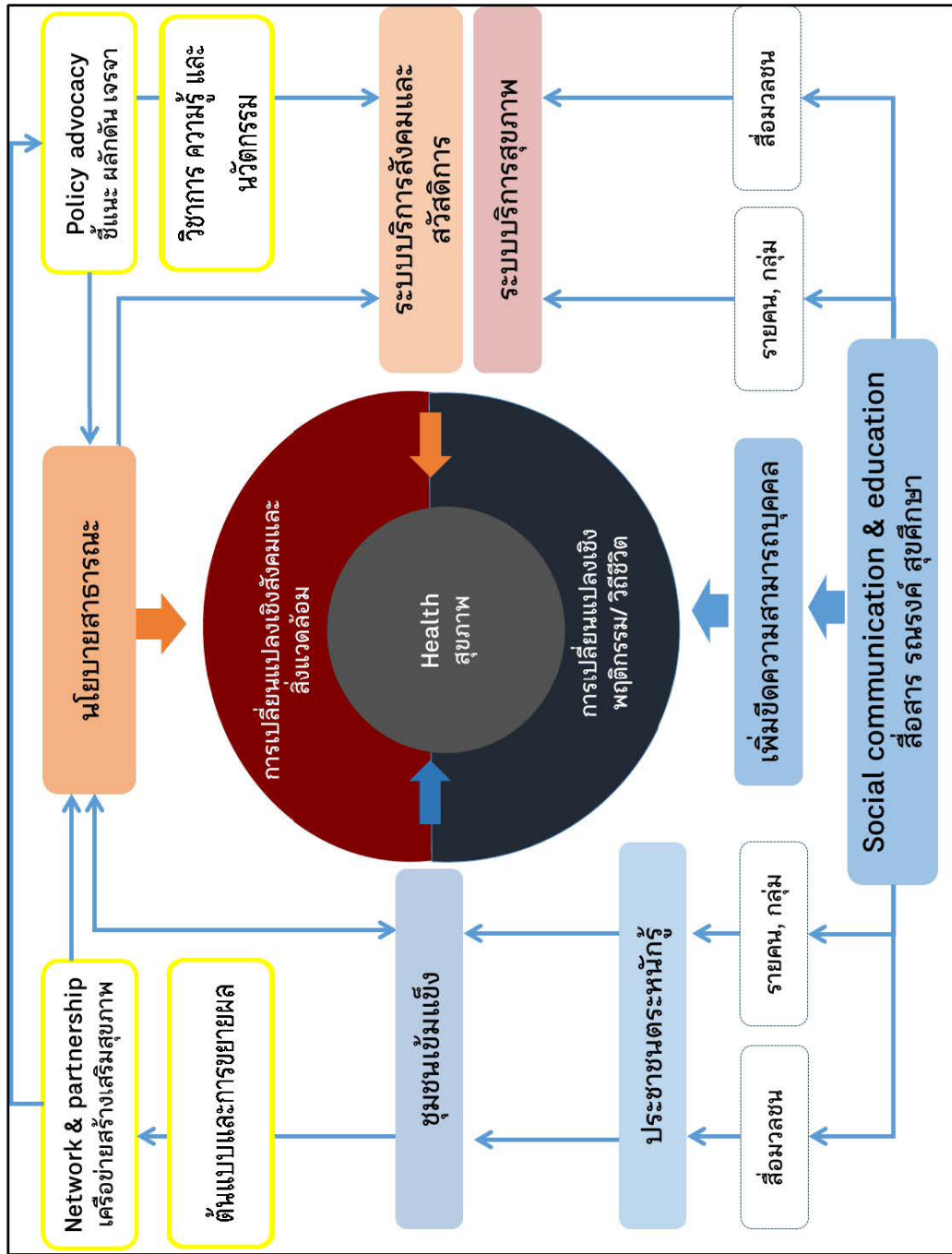
2) ระดับยุทธศาสตร์การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. (Health promotion enabling strategy) ที่จะเข้าสนับสนุน (จุดประกาย กระตุ้น สานและเสริมพลัง) ภาคืทั้งบุคคลและองค์กรเพื่อนำไปสู่การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดดังนี้

### **ระดับที่ 1 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy)**

กระบวนการทำงานที่ทำให้คนมีสุขภาพดีด้วยการทำงานในหลากหลาย มาตรการและช่องทาง รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงทักษะในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการเป็น “ผู้สร้างเสริมสุขภาพ” (Health Promoter) ที่จะผลักดันให้ประชาชนมีสุขภาพดีระยะยาวทั้งในเชิงโครงสร้างการทำงาน เชิงนโยบายและ มาตรการทางสังคมการบริการด้านสุขภาพรวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทางสุขภาพและวิถีชีวิตคนโดยมีความสอดคล้องกับหลักของการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออกตาวาคือสุขภาพคือเป้าหมายหลักการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจะมีทั้ง (1) กระบวนการสื่อสาร การรณรงค์ การให้ความรู้ เพื่อเพิ่ม ความรู้และขีดความสามารถเพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิต แล้วทำให้สุขภาพดีขึ้น(2)การสร้างชุมชนที่เข้มแข็งทั้งชุมชนท้องถิ่นองค์กรหน่วยงาน สถานที่ทำงาน (3) การเปลี่ยนหรือสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อมุ่ง ไปสู่ (4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและ (5) การปรับทึระบบบริการ สุขภาพเพื่อการเข้าถึงบริการที่ทำให้มีสุขภาพที่ดีผ่านกลยุทธ์ทั้งการชี้แนะผลักดัน เจรจา (ภาพที่ 6)



**ภาพที่ 6 ระดับที่ 1 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy)**



## ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม:

1) ยุทธศาสตร์ควรเป็นอะไรที่กว้างและยืดหยุ่น เนื่องจากมีปัจจัยที่รบกวนมากขึ้น เช่น มีการขยายงานมากขึ้นแต่งบประมาณอาจถูกปรับลดลง ซึ่งเป้าหมายที่นำเสนอมาเป็นในลักษณะประเด็นมากกว่า ดังนั้น ควรนำเสนอเป้าหมายในลักษณะผลลัพธ์และหาตัววัด ในส่วนของประเด็นควรเป็นประเด็นที่จะขับเคลื่อนให้ไปสู่เป้าหมาย

2) ระหว่างคำว่า พฤติกรรม และวิถีชีวิต มองว่าวิถีชีวิต เป็น pattern ของพฤติกรรม จึงใช้วิถีชีวิต ซึ่งความหมายของพฤติกรรมแฝงอยู่ในวิถีชีวิต ความปลอดภัยทางถนนต้องทำทั้งพฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม อาจมองว่าเป็นประเด็น แต่ต้องทำทั้ง 3 มิติ ซึ่งแต่ละประเด็นไม่ได้แยกว่าต้องทำในมิติไหน แต่ทั้งหมดต้องก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม

3) ยุทธศาสตร์ระดับที่ 1 ถ้าแบ่ง layer ด้านบนเป็นเชิงสิ่งแวดล้อมและสังคม ส่วนทางซ้ายมือเป็นชุมชนขวามือเป็นระบบบริการ ซึ่งยังไม่ชัดเจนจำเป็นต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการปรับเปลี่ยนระบบบริการให้สร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้การทำงานร่วมกันกับหน่วยงานของรัฐยังไม่ปรากฏอยู่ในกรอบนี้ หรือมีการกำหนดไว้ที่ระบบบริการสุขภาพหรือระบบบริการสังคมแล้วซึ่งควรต้องสื่อให้ครบตาม concept Ottawa charter ในการสร้างเสริมสุขภาพ

4) ในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ถ้าเป็นไปได้ตรง Mean อยากให้ลงทุนกับ active citizen สร้าง empower ให้คนลุกขึ้นมาเปลี่ยนแปลง

## ระดับที่ 2: ยุทธศาสตร์การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. (Health Promotion Enabling Strategy)

กรอบแนวคิดในการทำงาน มุ่งเน้นการเสริมและสานพลังภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยยุทธศาสตร์ไตรพลัง เป็นการสานสามพลังยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยพลังทางปัญญาพลังทางสังคมและพลังนโยบายเป็นยุทธศาสตร์หลักสำหรับขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญในสังคมไทยอย่างสร้างสรรค์และยั่งยืน โดย สสส. จะเป็นกลไกที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งและสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงของ “พลัง” ทั้งสาม ผ่าน (1) การสนับสนุนงานวิชาการและนวัตกรรมโดยพัฒนางานวิชาการและนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความรู้ กลไกและวิธีการใหม่ๆ สำหรับให้เหมาะสมกับการทำงานเพื่อตอบสนองต่อปัญหา



สุขภาพที่ซับซ้อนและไม่หยุดนิ่ง (2) พัฒนาศักยภาพบุคคลและองค์กร โดย พัฒนาศักยภาพบุคคลและองค์กร ให้เท่าทันพลวัตของปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบ สุขภาพรวมทั้งให้มีขีดความสามารถในการทำงานทั้งที่เป็นงานเฉพาะด้านและงาน บูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก (3) สานเสริมพลังเครือข่าย โดยสานเสริมพลังเครือข่ายและชุมชนท้องถิ่น สนับสนุนกิจกรรม เพื่อการพัฒนาความเข้มแข็งเชิงระบบและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ชุมชนและท้องถิ่น อันรวมถึง ผู้นำ กลุ่ม องค์กร ชุมชนทั้งในเชิงพื้นที่ และใน ลักษณะอื่น ๆ (4) พัฒนากลไกทางสังคมและสถาบัน โดยพัฒนาระบบและกลไก ทางสังคมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ ซึ่งรวมถึงระบบและกลไกนโยบาย กฎหมาย และกลไกทางสังคมอื่น ๆ ที่เอื้อต่อการสร้างเสริม สุขภาพ โดยเฉพาะให้เอื้อต่อ การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาวะ และ (5) สื่อสาร จุดประกาย ชี้นำ สังคม โดย สื่อสารเพื่อกระตุ้น จุดประกาย และชี้นำสังคม ให้เกิดการปรับพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการมีสุขภาวะ

### ภาพที่ 7 ยุทธศาสตร์สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. (Health Promotion Enabling Strategy)



#### ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม:

##### ความชัดเจน

1) ไตรพลังยังเป็นนามธรรมไม่เห็น action และยังไม่เชื่อมโยงและสานพลัง ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยให้ปรับตรงกลางเป็น “วัฒนธรรมของการสานพลัง” ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้อง Cross organization และ Cross function ให้เกิด norm เกิด value

2) ยังไม่ได้มองภาพงานที่แท้จริงของ สสส. และไม่เห็นบทบาทการซ่อมสร้างของ สสส. การแก้ไขข้อมูลที่ผิด รวมทั้งการสร้างพฤติกรรมใหม่ของประชาชน โดยให้เพิ่มซ่อมและสร้างเข้าไปอยู่ทำงานด้านการสื่อสาร

### **การขับเคลื่อน**

1) ให้ความสำคัญในการสร้าง Active health citizenship

2) สาเหตุที่หลายนวัตกรรมไม่สามารถขยายได้เนื่องจากการแยกส่วนขาดการบูรณาการกับภาครัฐ สิ่งที่เป็น on top ต้องมีการปรับปรุงในกฎระเบียบ กฎหมาย ข้อเสนอต้องมองอนาคตในระบบนิเวศของระบบราชการด้วย และให้หน่วยงานราชการสามารถมาของบในการขับเคลื่อนงานกับ สสส. รวมทั้งต้องการทักษะของภาคี ทักษะของผู้บริหารเพื่อให้เกิดพลังทางนโยบายที่ปฏิบัติได้

3) สสส. ต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าจะอะไรคือจุดอ่อน จุดแข็ง งานที่ประสบความสำเร็จพลังตัวไหนที่ส่งผลต่อการทำงานได้ดีที่สุด เพื่อพิจารณาประกอบการจัดทำยุทธศาสตร์ และทำการทบทวนสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาซึ่งอาจมีการปรับเช่นกัน

## **6.2 กลไกสนับสนุนการดำเนินงาน**

เป็นการจัดโครงสร้างระบบงานและทรัพยากรขององค์กร สสส. เพื่อสนับสนุนให้งานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายข้างต้น ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนากลไกสำคัญเพื่อยกระดับการทำงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) ระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล 2) ระบบฐานข้อมูล และ 3) ระบบงานดิจิทัล-ไอที ซึ่งไม่อยู่เฉพาะภายในสำนักงาน สสส. เท่านั้น

### **ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม:**

1) การวางแผน 10 ปี ในยุคปัจจุบันแบบดีแล้ว แต่ต้องมาดูแผน 1 ปี และ 3 ปี ว่าต้องทำอะไร ซึ่งในภาพใหญ่การลดความเหลื่อมล้ำในอนาคตจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนภาพย่อยให้มีการใช้ระบบไอทีและดิจิทัลมาใช้ในการทำงานให้มากที่สุด

2) ให้มีกลไก/รูปแบบการสนับสนุนทุนที่หลากหลาย มีวัตถุประสงค์การใช้เงินให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีรูปแบบที่ไม่ใช้กระบวนการขั้นตอนเดียวกัน เช่น UNICEF กำหนดว่า มี 2 กล้องในการให้ทุน กำหนดจากเงินที่ได้มาสำหรับการทำภารกิจของหน่วยงานกับเงินที่ได้จากหน่วยงานที่มีเป้าหมายกับหน่วยงานอื่น และกองทุนสำหรับงานฉุกเฉินและการพัฒนานวัตกรรมหรือในส่วนของประเทศไทย เช่น กองทุนนวัตกรรมเพื่อทำ sandbox เป็นต้น โดยผู้ประเมินฯ มีกลไกในรูปแบบการให้ทุนไว้ 6 รูปแบบ ซึ่งดูตัวอย่างจากต่างประเทศ การวิเคราะห์ 10 ปีข้างหน้า

และปัจจัยตามกรอบทฤษฎี เช่น เรื่องการลงทุนร่วมเป็นสิ่งสำคัญ พอนำเงินมาร่วม ต้องนำส่งเป้าหมายผลผลิตร่วมกันหรือทุนขนาดเล็กแบบเปิด1ปีแล้วจบด้วยการทดลอง pilot หรือห่วงโซ่ภาคีร่วมรับผิดชอบ หรือ สสส.ร่วมเจรจา โดยภาคีปฏิบัติการและภาคีสับสนุนช่วยกันหนุนเสริม หรือการขยายผลให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งไม่ใช่ทุกโครงการที่เสนอมา ต้องมีระบบ FastTrack หรือโครงการต่อเนื่อง

โดยมีข้อดี คือ ถ้าใช้รูปแบบที่สำเร็จจะสามารถสนับสนุนภาคีนอกภาคส่วน สุขภาพและสามารถดึงให้ผู้อนุ่มติงบประมาณสนับสนุนอนุ่มติงบประมาณ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนรูปแบบโครงการระหว่างปี เพื่อขับเคลื่อนโครงสร้าง ถ้ากรอบที่คณะกรรมการประเมินเสนอสามารถตอบโจทย์การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ดูกุดอ่อน ต่อยอดสิ่งที่ทำมาได้

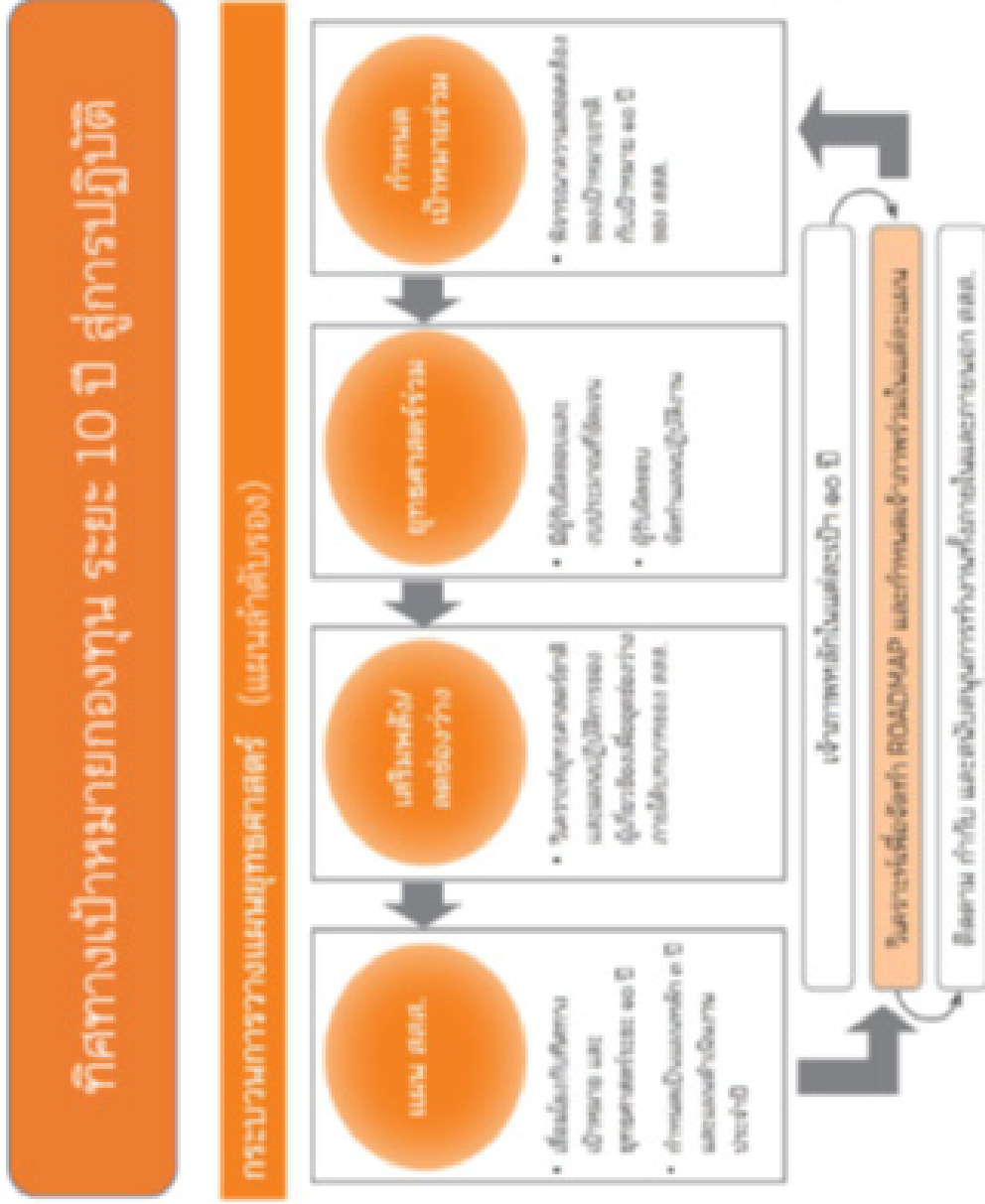
3) กองทุนต้องมีความยืดหยุ่น จึงจะแก้จุดอ่อนของกองทุนฯ และก้าวกระโดดไปทำสิ่งในที่ยังทำไม่สำเร็จหรือสร้างความท้าทายของกองทุนฯ ซึ่งจะช่วยยกระดับความเป็นกองทุนของ สสส.

## 7. ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ 10 ปี สู่การปฏิบัติ

จาก (ร่าง) ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 – 2574) สสส. ข้างต้น ซึ่งจะใช้เป็นกรอบสำหรับการจัดทำแผนหลักระยะ 3 ปี และแผนดำเนินงานประจำปีของทุกแผนโดยกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ในแผนลำดับรองจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ร่วมกันให้มีความสอดคล้องกับเป้าหมายชาติและเป้าหมาย 10 ปี ของ สสส. รวมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบงบประมาณและผู้รับผิดชอบจัดทำแผนปฏิบัติงานให้ชัดเจนวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้อง เพื่ออุดช่องว่างและเสริมพลังภายใต้บทบาทของ สสส. นำไปสู่การกำหนดเป็นแผนหลัก 3 ปีและแผนดำเนินงานประจำปี ทั้งนี้ เจ้าภาพหลักในแต่ละเป้าหมาย ต้องวิเคราะห์เพื่อจัดทำ Roadmap และกำหนดเจ้าภาพร่วมในแต่ละแผน รวมทั้งติดตาม กำกับ และสนับสนุนการทำงาน ทั้งภายในและภายนอก สสส. แสดงดังภาพที่ 8

ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ จากที่ประชุม สสส. จะนำไปประกอบการพิจารณาปรับทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574) ต่อไป เพื่อนำไปสู่กระบวนการในลำดับต่อไป

# ภาพที่ 8 ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ 10 ปี สู่การปฏิบัติ



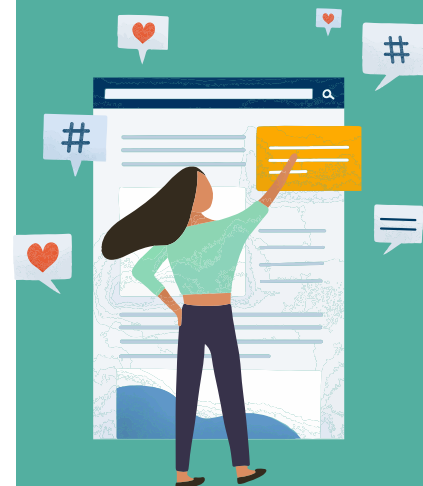
---

# ภาคผนวก



---

# การทบทวนสถานการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับ เป้าหมายหลัก 8 ประเด็น





## องค์การอนามัยโลกเผย คนทั่วโลกเสียชีวิต จากควันบุหรี่มือสองกว่า 1.2 ล้านคน

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ได้เปิดเผยรายงานเกี่ยวกับความอันตรายของควันบุหรี่มือสองทั้งในระดับโลกและภาพรวมภายในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกประเมินว่ามีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสองกว่า 1.2 ล้านคน ซึ่งมีสตรีจำนวนมากที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่มีโอกาสได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง โดยพบว่า ควันบุหรี่มือสองมีอันตรายเทียบเท่ากับการสูบบุหรี่ ในวารสารก้าวทันวิจัยกับ ศจย. พ.ศ.2562 ได้ระบุข้อมูลการศึกษาวินิจฉัยการได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองของผู้หญิงจีน จำนวนกว่า 72,000 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่แต่งงานกับสามีที่สูบบุหรี่และ/หรือได้รับควันบุหรี่มือสองจากที่ทำงาน ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับควันบุหรี่มือสองเลย พบว่า กลุ่มที่ได้รับควันบุหรี่มือสองนั้นมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีความเสี่ยงเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 และเมื่อวิเคราะห์แยกย่อยลงไปพบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้หญิงที่ได้รับควันบุหรี่มือสองเหล่านี้เสียชีวิต

ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง

ส่วนของประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูบบุหรี่เป็นเพศชาย โดยมีผู้ชายสูบบุหรี่ขณะอยู่ในบริเวณบ้านมากถึงร้อยละ 42 ซึ่งศจย.ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีครัวเรือนที่มีคนสูบบุหรี่ 4,962,045 ครัวเรือน ทำให้มีคนที่ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านโดยเฉลี่ยสูงถึง 10,333,653 คน (ภาพที่ 1)

### ภาพที่ 1 ผลสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่คนไทย ปี 2560



สถิติข้อมูลในประเทศไทยจากการสำรวจในปี 2554 พบว่า มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจำนวน 10.6 ล้าน หรือร้อยละ 20.6 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 11 ปี เมื่อมีผู้สูบบุหรี่จะเกิดผลกระทบจากพิษภัยบุหรี่ และเกิดกับคนใกล้ชิด ได้แก่ โรคมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง หัวใจขาดเลือด เป็นต้น ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบในปัจจุบันร้อยละ 19.5 สูบเป็นประจำร้อยละ 16.0 การสูบเป็นประจำตามกลุ่มอายุในเพศชาย ความชุกเริ่มตั้งแต่ร้อยละ 25.0 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดในกลุ่มอายุ 40-44 ปี ร้อยละ 39.2 จากรายงานผลการสำรวจผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป บริโภคยาสูบ 10.9 ล้านคน (ร้อยละ 19.9) ในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำและผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว โดยพบ สัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ประจำอยู่ที่ร้อยละ 85.8 ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) ควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่างมาก และทำให้เนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพลง เมื่อมีการสะสมของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่อง โรคที่พบ คือ ถุงลมโป่งพอง ริดสีดวง ริดสีดวง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นหวัดและหลอดลมอักเสบง่าย

และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของโรคร้ายต่าง ๆ และทำให้เกิดการเสพติด โทษของควันบุหรี่แบ่งออกเป็น ควันบุหรี่มือหนึ่ง ควันบุหรี่มือสอง และควันบุหรี่มือสาม ควันบุหรี่มือหนึ่งคือควันที่ผู้สูบบุหรี่เข้าสู่ร่างกายด้วยตนเอง ควันบุหรี่มือสอง คือ ควันที่ผู้สูบพ่นออกมาและฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศ ทำให้ผู้ที่อยู่โดยรอบที่สูดดมเข้าไป และได้รับสารพิษ ส่วนควันบุหรี่มือสามเป็นควันที่ตกค้างอยู่ตามสถานที่ต่าง ๆ เฟอร์นิเจอร์ สิ่งของ เสื้อผ้า และวัตถุอื่น ๆ ทำให้สารพิษเกาะติดอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ ส่งผลเสียต่อผู้อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น ในเรื่องของควันบุหรี่มือสามซึ่งเป็นสารตกค้างที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดการทำปฏิกิริยากับอากาศและผู้อยู่อาศัยสูดดมเข้าไป ก็ทำให้อันตรายต่อร่างกายได้เช่นกัน ซึ่งสารพิษจากควันบุหรี่มือสามเป็นชนิดที่เหมือนกันกับควันมือหนึ่งและมือสองทั้งหมด ที่เต็มไปด้วยสารก่อมะเร็งกว่า 200 ชนิดด้วยกัน

จากการศึกษายังพบว่าใน 75 ครอบครัวมีเด็กที่ตรวจพบตรวจพบสารโคตินินในปัสสาวะเด็กสูงกว่าปกติ ซึ่งโคตินิน คือตัวบ่งชี้ถึงการที่ร่างกายได้รับนิโคตินจากบุหรี่ คาดว่าไม่ได้มาจากการเดินผ่านควันบุหรี่แล้วสูดดมเข้าไป แต่เป็นการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มี



การสูบบุหรี่ โดยอัตราที่ตรวจพบอยู่ที่ ร้อยละ 42 ของ 75 ครอบครัว นอกจากนี้ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อควันบุหรี่มือสาม

จากการศึกษายังพบว่าผู้ที่อาศัย อยู่ในคอนโดฯ 1 ใน 4 กว่าร้อยละ 68 มีการตรวจพบสารนิโคตินในเด็กขณะที่ ผู้อาศัยในบ้านเดี่ยว ทาวเฮาส์ ตรวจพบ สารนิโคตินในเด็กเพียง 30% เท่านั้น (คณะแพทยศาสตร์รามาริบดี, 2560) (ภาพที่ 2)

## ภาพที่ 2 ผลสำรวจคณะแพทยศาสตร์ รามาริบดี

### ผลสำรวจคณะแพทยศาสตร์ รามาริบดีเผย



นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่ในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.1 และมีผู้ที่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 7.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ คือ เพศชาย ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีการอยู่กับคู่ครองทั้งที่

สมรสกันหรือไม่ได้สมรสกันและการดื่มสุรา ส่วนใหญ่ของผู้สูบบุหรี่ติดนิโคตินในระดับน้อย แต่มีความต้องการเลิก บุหรี่เพียงประมาณ ร้อยละ 30 และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่สูบบุหรี่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ (วิทยา พิเชฐวีรชัย, 2559)

### แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ลดลง แต่จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวกลับเพิ่มมากขึ้นต่อเนื่อง

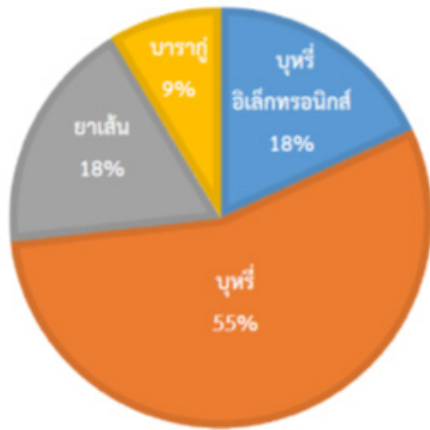
ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) โดยในภาพรวม พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2547 -2560 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง (จากร้อยละ 23 เป็นร้อยละ 19.1) ซึ่งมีทั้งผู้สูบบุหรี่เป็นประจำและผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ทั้งนี้จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 – 2560 โดยในปี พ.ศ. 2534 มีผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพียง 590,528 คน เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนถึง 1,251,695 คน ภายในรอบ 26 ปี จากข้อมูลดังกล่าว น่าจะเป็นสัญญาณเตือนที่แสดงให้เห็นว่า การที่อุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์การตลาดรูปแบบใหม่ ๆ อาจส่งผลให้มีผู้ทดลองสูบบุหรี่ในแต่ละปีเพิ่มมากขึ้น



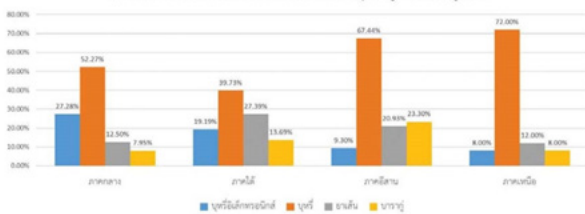
คือ ภาคกลาง (ร้อยละ 27.28) ภาคใต้ (ร้อยละ 19.19) ภาคอีสาน (ร้อยละ 9.30) และภาคเหนือ(ร้อยละ 8.00)

ก) ร้อยละของเยาวชนจำแนกตามประเภทของบุหรี่ยี่สิบ

■ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ■ บุหรี่ ■ ยาเส้น ■ บาราจู่



ข) ร้อยละของเยาวชนจำแนกตามประเภทของบุหรี่ยี่สิบแยกตามภูมิภาค



## 2) เหตุผลในการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของวัยรุ่น

จากผลการสำรวจกลุ่มเยาวชนผู้สูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์โดยศรีรัช ลอยสมุทร เรื่องการศึกษาผลิตภัณฑ์ยาสูบบรูปแบบใหม่ในสังคมเครือข่าย social media/ผลของการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบบรูปแบบใหม่ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบบอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มเยาวชนวัยมัธยมและอุดมศึกษาปีพ.ศ.2561พบว่าผู้สูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ที่อยู่ในวัยอุดมศึกษา มีร้อยละ 44 หรือ จำนวน 924 คน ทั้งนี้ร้อยละ 27 เป็นผู้ที่สูบ

บุหรี่ยี่สิบอิเล็กทรอนิกส์มาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี และร้อยละ 16.8 เป็นผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่ถึง 1 ปี เหตุผลโดยส่วนใหญ่ที่บันทึกได้ คือ ชอบกลิ่นหอม (ร้อยละ 30.8), ไร้แลกซ์ สูบแล้วคลายเครียดได้ (ร้อยละ 29.7), คิดว่าสูบแล้วปลอดภัย (ร้อยละ 21.1), เพื่อนแนะนำ/ทำตามเพื่อน (ร้อยละ 17.8), กันสมัยและตามแฟชั่น (ร้อยละ 14.9)

## ผลกระทบต่อสุขภาพก่อให้เกิดโรคร้ายแรง

ผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ จะก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ หลายโรค เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคถุงลมปอดโป่งพอง เป็นต้น (ประสิทธิ์ที่สุขพันธ์, 2559) ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพหลัก ๆ มีดังนี้

### 1) ผลต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจได้หลายวิธี เช่น การช่วยให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) การกระตุ้นให้เกิดภาวะ Coronary Thrombosis, Coronary Artery Spasm และ Cardiac Arrhythmia ตลอดจนลดความสามารถในการถ่ายเทออกซิเจนของเลือดจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มีการประมาณว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการตาย

ในผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณร้อยละ 17-30 ซึ่งโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูบบุหรี่นั้นขึ้นกับปริมาณบุหรี่ที่สูบและการสูบบุหรี่เพียงวันละ 1-4 มวน เป็นประจำ พบว่าสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ผู้หญิงที่สูบบุหรี่เหมือนผู้ชายจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นกัน และถ้ามีการใช้ยาคุมกำเนิดร่วมด้วย โอกาสเสี่ยงจะเพิ่มเป็น 10 เท่า สำหรับผู้สูบบุหรี่โดยที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆในการเกิดโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง พบว่าจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งมากขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลทำให้ประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง เช่น Propranolol จะมีระดับยาในเลือดลดลงในผู้สูบบุหรี่ เป็นต้น

## 2) ผลต่อโรคมะเร็ง

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคมะเร็งในปอด พบว่าร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดในผู้ชาย และร้อยละ 79 ของมะเร็งปอดในผู้หญิง เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ สำหรับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งนั้นขึ้นกับปริมาณการสูบบุหรี่ ผู้ชายที่สูบบุหรี่เพียงวันละ 1 ซอง จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 10 เท่า สำหรับผู้ชายที่สูบบุหรี่วันละ 2 ซอง

จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มากกว่า 25 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ชายที่สูบบุหรี่จะเป็นมะเร็งปอดชนิด Squamous Cell Carcinomas มากขึ้น ส่วนผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะเป็นมะเร็งปอดชนิด Small Cell Carcinomas เพิ่มมากขึ้น การเลิกสูบบุหรี่จะลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในปอด มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะลดโอกาสเสี่ยงได้ร้อยละ 20-90 เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ แต่ยังคงมีโอกาสร้อยละ 10-80

## 3) สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็ง

กล่องเสียง (Larynx) ช่องปาก และหลอดอาหาร (Esophagus) พบว่าประมาณร้อยละ 82 ของโรคมะเร็งกล่องเสียงเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ ผู้ชายที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเสี่ยงประมาณ 10 เท่า และผู้หญิงจะมีโอกาสเสี่ยง 8 เท่า ในการเกิดโรคมะเร็งกล่องเสียงเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สำหรับมะเร็งในช่องปากนั้นพบว่าประมาณร้อยละ 92 ของผู้ชายที่เป็นมะเร็งในช่องปาก และร้อยละ 61 ของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งในช่องปาก เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ มีการศึกษาพบว่า ผู้ชายที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งในช่องปากได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 27 เท่า และ

ผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะมากกว่า 6 เท่า หลัง จากเลิกสูบบุหรี่แล้ว 3-5 ปี โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้จะลดลง ร้อยละ 50 และหลังจากเลิกสูบบุหรี่แล้ว 15 ปี พบว่าโอกาสเสี่ยงจะสูงกว่าผู้ที่ ไม่เคยสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย ในกรณี ของการเกิดมะเร็งที่หลอดอาหารนั้น พบว่าผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคได้ มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 8-10 เท่า และถ้ามีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย โอกาสเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น หลังจากเลิกสูบบุหรี่แล้วโอกาสเสี่ยงจะลดลงอย่างรวดเร็ว และเมื่อเลิกได้นาน 15 ปี พบว่า โอกาสเสี่ยงจะเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเกี่ยวข้องกับ การเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะไตตับอ่อน กระเพาะอาหาร ปากมดลูก ทวารหนัก อวัยวะเพศหญิงและชาย และมะเร็ง เบ็ดเลือด แต่โรคมะเร็งที่พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่คือ มะเร็ง เยื่อโพรงมดลูก มะเร็งเต้านม และ มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่

#### 4) ผลต่อโรกระบบทางเดินหายใจ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) หรือที่เรียกย่อว่า COPD จากสถิติผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกาที่เสียชีวิต จากโรค COPD ในปี ค.ศ. 1991 จำนวน

80,000 คน พบว่าร้อยละ 82 เป็นผล มาจากการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ผู้ชาย ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคนี้ มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 4-25 เท่า นอกจากนี้ยังพบอาการไอเรื้อรัง เสมหะมาก และหายใจไม่สะดวกในผู้สูบบุหรี่ได้ มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เมื่อตรวจการ ทำงานของปอด(Pulmonary Function Test) จะพบความผิดปกติได้มากกว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แม้ว่าผู้สูบบุหรี่นั้นจะอายุน้อยก็ตาม

#### 5) ผลต่อโรกระบบทางเดินอาหาร

ในผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจะพบว่า มีโอกาสเกิดแผลที่กระเพาะอาหารและ ลำไส้เล็กส่วนต้นมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะทำให้แผลหายช้าและ ทำให้แผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้นมีโอกาส เป็นซ้ำได้อีก นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยัง ทำให้การใช้ยา Histamine H<sub>2</sub>-receptor Antagonists เพื่อยับยั้งการหลั่งกรด ของกระเพาะอาหารในตอนกลางคืนได้ ผลไม่ดี

#### 6) ผลต่อโรคซึมเศร้า

พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่สูงขึ้น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และโอกาสเลิกสูบบุหรี่เป็นไปได้ยากกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคนี้



## 7) ผลต่อการตั้งครรภ์

การสูบบุหรี่ทำให้โอกาสที่จะตั้งครรภ์ยากขึ้น ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์และสูบบุหรี่จะทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าทารกที่เกิดจากผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 170 กรัม นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิด Abruptio Placentae, Placenta Previa, Bleeding During Pregnancy, Premature and Prolonged Rupture of Membranes และ Preterm Delivery

### ผลกระทบของบุหรี่ต่อเศรษฐกิจและสังคม

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย ผิดหวังเหยี่ยวก่อนวัย และการนอนเป็นต้น นอกจากนี้ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่แล้ว ยังมีผลกระทบในวงกว้าง ทั้งต่อบุคคลรอบข้าง กระทบต่อเศรษฐกิจ ครอบครัวและประเทศ กระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม (รินดา เจวประเสริฐพันธุ์, 2555) ดังนี้

#### 1) ผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง

นอกจากบุหรี่จะมีพิษต่อผู้สูบแล้วยังส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างหรือที่เรียกกันว่าควันบุหรี่มือสอง มีส่วนผสมของก๊าซที่อยู่ในรูปของควันและฝอยละอองเล็กๆที่ซับซ้อนมีสารพิษมากกว่า 4,000 ชนิด เหมือนกับผู้สูบบุหรี่ที่สุด

เข้าไป และมีความเข้มข้นมากกว่าเนื่องจากควันจากปลายมวนบุหรี่ที่ลอยอยู่ในอากาศขณะไม่มีการสูบบมีอนุภาคมิเผาไหม้ที่ต่ำกว่าและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ได้รับออกซิเจนและสารเคมีอื่น ๆ ในอากาศมากกว่า ต่างจากควันบุหรี่ที่สูดเข้าไปหลายชนิดมีความเข้มข้นมากกว่า ดังนี้ คาร์บอนไดออกไซด์ เพิ่มขึ้น 8 เท่า คาร์บอนมอนอกไซด์ เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า ทาร์หรือน้ำมันดิน เพิ่มขึ้น 1.3 เท่า นิโคตินเพิ่มขึ้น 2.7 เท่า และโคเมริลไฮโดรซามีนซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง เพิ่มขึ้น 52 เท่า การได้รับควันบุหรี่มือสองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง ซึ่งได้แก่ กระเพาะอาหาร ตับ ไต มดลูก ปากมดลูก โพรซตัม ก่อปัสสาวะนอก และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดมัยอีลอยด์ที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมากขึ้นถึงร้อยละ 20 (ครองจิต วาทีสารกิจ, 2551) เป็นมะเร็งที่ปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 25-30 และผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองทำให้เกิดโรคทางระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน เช่น ไอ มีเสมหะ หายใจลำบาก และหายใจหอบในคนที่ เป็นโรคหอบหืดหรือโรคทางระบบทางเดินหายใจอยู่แล้ว นอกจากนี้ควันบุรียังมีผลกระทบต่อหญิงมีครรภ์และการรก สตรีที่ได้รับควันบุหรี่ผ่านทางผู้สูบบุหรี่คนอื่น ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน

หรือในที่ทำงานก็ได้รับผลกระทบไม่ต่างจากการเป็นผู้สูบเอง สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่จากผู้อื่น มีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหูชั้นกลางอักเสบเป็นหูน้ำหนวกเพิ่มขึ้น 3 เท่า ในช่วงขวบปีแรก เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 57 และการได้รับควันบุหรี่มือสองยังเป็นปัจจัยเสริมให้เด็กมีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจรวมทั้งการเป็นโรคปอดเรื้อรังชนิดต่าง ๆ เมื่อโตขึ้นอาจมีพฤติกรรมบกพร่อง เนื่องจากระบบประสาทผิดปกติ

## 2) ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับครอบครัวและประเทศ

(2.1) ความสูญเสียที่สามารถคำนวณได้ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีค่าใช้จ่ายประมาณวันละ 10.8 บาทต่อคน โดยผู้ชายมีรายจ่ายสูงกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัว คือประมาณ 11.0 บาท และผู้หญิงประมาณ 6.7 บาท ถึงแม้รายจ่ายต่อคนต่อวันจะไม่สูงมากนัก แต่ถ้าพิจารณาใน พ.ศ. 2547 มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจำนวน 9.6 ล้านคน ดังนั้นผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดต้องเสียเงินเป็นค่าใช้จ่ายรวมกันถึงห้าหมื่นกว่าล้านบาทต่อปี (กรองจิต วาทีสารกิจ, 2551)

(2.2) ความสูญเสียที่ยากจะคำนวณได้แก่ เวลาและแรงงานที่ญาติหรือครอบครัวต้องเสียไปในการดูแลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัวที่ผู้นำครอบครัวป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่ ในครอบครัวที่ยากจนอยู่แล้ว การซื้อบุหรี่สูบเป็นการเบียดบังเงินที่จะนำไปใช้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์กว่า

(2.3) ความสูญเสียที่ไม่สามารถจะคำนวณได้ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ที่ป่วย และ/หรือเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ความรำคาญและความทุกข์ของผู้ที่ต้องรับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่

## 3) ผลกระทบของบุหรี่กับสังคม

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมาย มีราคาถูกลงกว่าสิ่งเสพติดชนิดอื่น ๆ เมื่อมีการติดบุหรี่แล้วมักเป็นหนทางที่นำไปสู่การทดลองใช้สารเสพติดชนิดอื่นตามมา โดยร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดฝิ่นและกัญชา และร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้าจะเริ่มจากการสูบบุหรี่ก่อน ดังนั้น จะเห็นว่าการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจะสามารถนำไปสู่ปัญหาเรื่องยาเสพติดชนิดต่าง ๆ ซึ่งจะสร้างปัญหาต่อสังคมตามมาเป็นอันมาก

#### 4) ผลกระทบของบุหรี่กับ สิ่งแวดล้อม

เนื่องจากการปลูกใบยาสูบจะต้องมีการใช้สารเคมีในการฆ่าวัชพืชและแมลง ทำให้เพิ่มสารพิษตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพของเกษตรกรและผู้สูบบุหรี่ อีกทั้งควันจากบุหรี่ยังมีส่วนทำให้เพิ่มก๊าซพิษให้กับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริเวณสถานที่แออัดและในห้องที่มีการใช้เครื่องปรับอากาศ การสูบบุหรี่ทำให้บ้านเมืองสกปรกเนื่องมาจากการทิ้งก้นบุหรี่ไม่เป็นที่ถ้าผู้สูบบุหรี่ขาดความระมัดระวังในการทิ้งบุหรี่ก็จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดไฟไหม้ในอาคารบ้านเรือนและการเกิดไฟป่า ซึ่งจะสร้างความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติ (รินดา เจวประเสริฐพันธุ์, 2555) ถึงแม้ว่า ในปัจจุบันจะมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ มีการจำกัดอายุผู้ซื้อบุหรี่ มีการปิดเสียงการโฆษณาสินค้าบุหรี่ทั้งในจุดจำหน่ายและผ่านสื่อ รวมถึงการแสดงคำเตือนหน้าซองบุหรี่ แต่ดูเหมือนจะไม่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ลดปริมาณได้มากนัก เนื่องมาจากยังไม่จริงจังกับการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงประชาชนทั่วไปมักละเลยในการแจ้งผู้เกี่ยวข้องให้ทำหน้าที่ จึงได้รับผลกระทบเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ (Passive Smoker) และ

ประเทศต้องมีภาระที่จะต้องดูแลผู้ป่วยรวมทั้งมีภาระค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะในโรคมะเร็งที่รักษาไม่หายขาด ถ้าผู้ป่วยเหล่านี้เป็นกำลังสำคัญเป็นเสาหลักของครอบครัว เท่ากับทำให้ครอบครัวเหล่านั้นเดือดร้อน และเป็นภาระต่อสังคมรวมถึงประเทศชาติ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินไทย, 2556)

โดยสรุป การสูบบุหรี่มิได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลรอบข้าง และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมรวมทั้งประเทศชาติ ดังนั้น การช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นการแก้ไขปัญหามากมาย ด้าน เช่น การลดปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ การลดอัตราการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่หรือการได้รับสารพิษจากควันบุหรี่มือสอง การลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ ลดปัญหาสังคมสิ่งแวดล้อมที่จะเกิดตามมา ผลกระทบของบุหรี่ จึงส่งผลทางลบต่อทั้งตัวบุคคล ผู้ใกล้ชิดรอบข้าง และส่งผลต่อเศรษฐกิจในระดับครอบครัวและประเทศ รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การเลิกบุหรี่จึงเป็นการลดภาระการป่วย ค่าใช้จ่ายในครอบครัวและลดภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการและการบังคับใช้กฎหมาย โดยเคร่งครัดที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่



## เอกสารอ้างอิง

1. ประสิทธิ์ คีสุขพันธ์. การเลิกสูบบุหรี่. เอกสารการสอนรายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3 หลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2559: 1-13.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รายงานสุขภาพคนไทยปี 2563. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 20 พฤษภาคม 2563] จาก <https://www.thaihealth.or.th>
3. รินดา เจวประเสริฐพันธ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจของผู้สูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2555.
4. กรองจิต วาทีสารกิจ. การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551.
5. วิทยา พิเชฐวีรชัย, พรชัย สิทธิศรีณย์กุล, สรinya เสงพระพรหม. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2559; 16(3): 396-405.
6. พรรณปพร สิวโรจน์, อรวรรณ คุณสนอง, เกสร ศรีอุทิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมการบริโภค ยาสูบ (ศจย) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2559.
7. ประกิต วาทีสารกิจ, สถาพร จิรัตนานนท์, ชูรุณี พิษณุกุลมงคล และสุขสันต์ เสลานนท์. เราพร้อม...ไม่ยอมเป็นเหยื่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. สนับสนุนการจัดพิมพ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2553.
8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสุขภาพคนไทยระดับเขต พ.ศ.2555-2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชินอักษรการพิมพ์, 2561.
9. คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. โทษของบุหรี่ มีผลต่อสุขภาพและคนรอบข้าง. RAMA CHANNEL 2560. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 2 สิงหาคม 2563] จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th>

---

10. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2561. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 11 มกราคม 2564] จาก <http://www.nso.go.th>

11. ชายไทยเกือบครึ่งสูบบุหรี่ในบ้าน ส่งควันบุหรี่มือสองแก่คนในครัวเรือนกว่า 10 ล้านคน. สิงหาคม 2020. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 11 มกราคม 2564] จาก <https://www.bltbangkok.com/news/26931/>

12. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2562, กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สีนทวิกิจพรินติ้ง, 2563.



# แอลกอฮอล์ สารและสิ่งเสพติดที่ทำลายสุขภาพ

## 1. แอลกอฮอล์

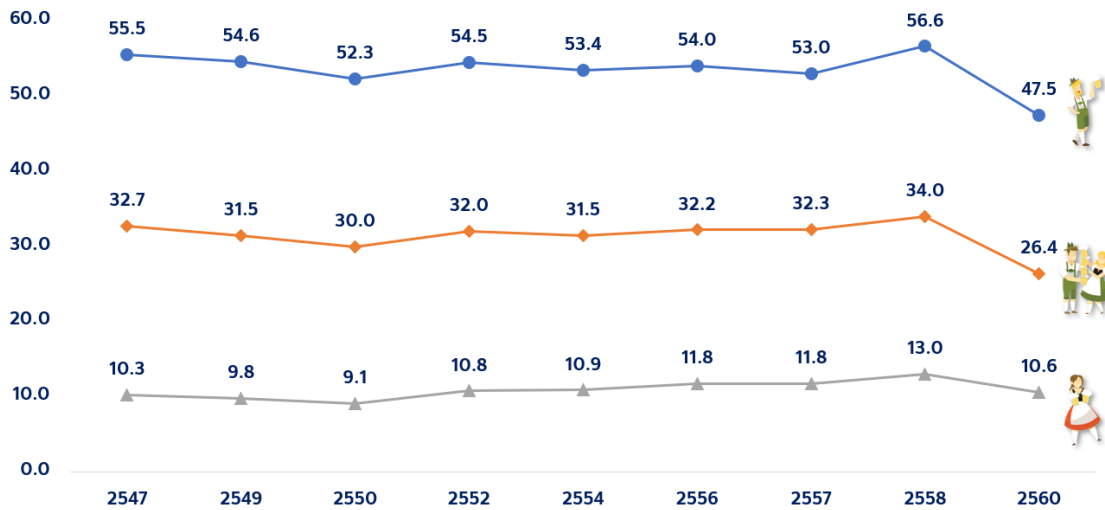
### แนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมลดลง แต่ในกลุ่มวัยรุ่นยังไม่เปลี่ยนแปลง



จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 1 ปีที่ผ่านมา ในปี 2560 มีร้อยละ 28.4 เป็นผู้ชายร้อยละ 47.5 และผู้หญิงร้อยละ 10.6 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากปี 2558 อย่างเห็นได้ชัด โดยในภาพรวมลดลงร้อยละ 5.6 สัดส่วนผู้ชายที่ดื่มลดลงมากกว่าผู้หญิง อัตรา

ดื่มของผู้ชายลดลงจากร้อยละ 56.6 เป็นร้อยละ 47.5 (ลดลงร้อยละ 9.1) อัตราการดื่มของหญิงลดลงจากร้อยละ 13.0 เป็นร้อยละ 10.6 (ลดลงร้อยละ 2.4) โดยผู้ชายเริ่มดื่มเมื่ออายุประมาณ 19 ปี ส่วนผู้หญิงเริ่มดื่มเมื่ออายุ 24 ปี ซึ่งการดื่มใน 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนการดื่มมากที่สุดอยู่ในช่วง 25-44 ปี

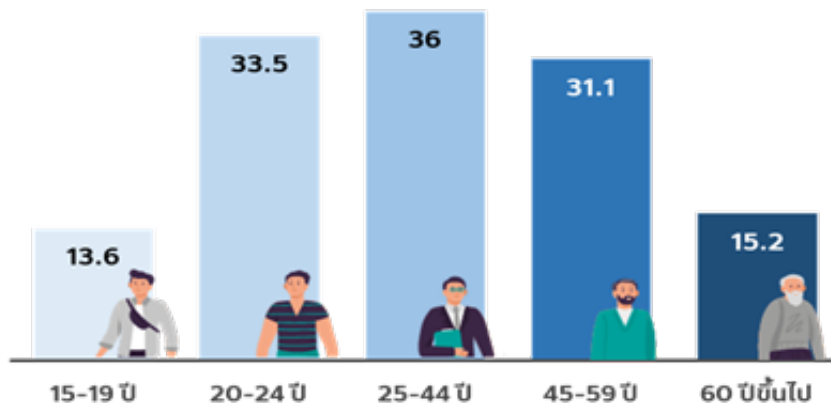
**รูปที่ 1 แนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2560**



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561)

หมายเหตุ : พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558 จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

## รูปที่ 2 ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2560



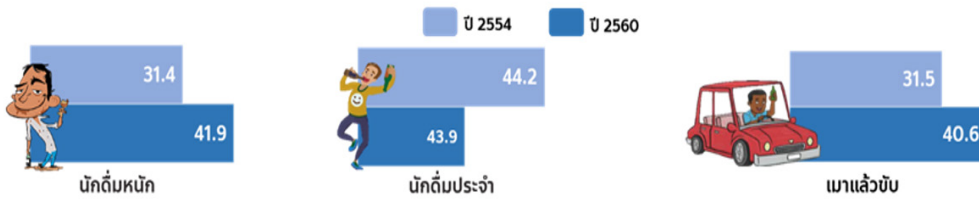
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561)

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในกลุ่มวัยรุ่นไทยอายุ 15 - 19 ปี กลับพบว่าแนวโน้มความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์แทบจะไม่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือจากร้อยละ 14.0 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 13.6 ในปี 2560 สะท้อนว่า มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมาไม่สามารถลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ได้เท่าที่ควรหรืออาจเป็นผลจากการรुकคืบของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ที่เน้นการขายชวนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนมากขึ้น ดังนั้นการป้องกันการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุต่ำกว่า 20 ปี จึงมีความสำคัญมากเนื่องจากพบว่าผู้ที่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางสุขภาพและความผิดปกติทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการดื่มแบบเสียงเพิ่มโอกาสในการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ส่งผล

ต่อความสามารถในประสิทธิภาพการรู้คิด (neurocognitive performance) และส่งผลต่อปัญหาสังคมและพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนนักดื่มหนักเพิ่มจากร้อยละ 31.4 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 41.9 ในปี 2560 สัดส่วนของนักดื่มที่ดื่มแล้วขับช้ก็เพิ่มจากร้อยละ 31.5 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 40.6 ในปี 2560 และสัดส่วนนักดื่มประจำค่อนข้างคงที่ สะท้อนให้เห็นว่า มาตรการรณรงค์การเลิกดื่มที่ดำเนินการในวงกว้าง (air war) อาจมีผลกระตุ้นให้ผู้ที่ไม่ได้ดื่มสุราเป็นประจำหรือดื่มสุราเพียงเล็กน้อยตัดสินใจหยุดดื่มสุราได้เท่านั้น แต่มีผลน้อยมากกับผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสียง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับมาตรการที่เข้มข้นและจำเพาะกับปัญหาเช่นมาตรการคัดกรองและบำบัดผู้ติดสุรา มาตรการดื่มไม่ขับ

### รูปที่ 3 ร้อยละของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ปี 2554 และ ปี 2560



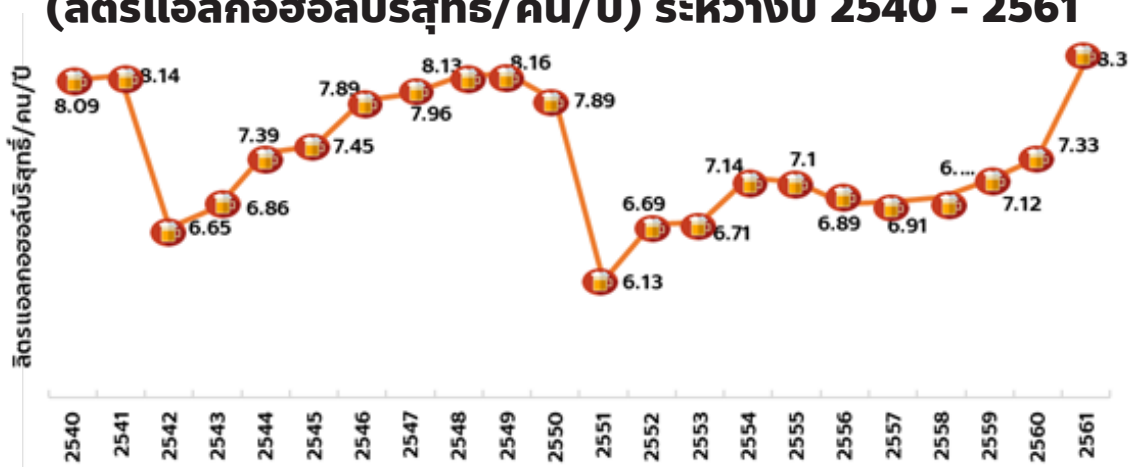
ที่มา: อธิบ ตันอารีย์ และพลเทพ วิจิตรคุณากร (2562)

### ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้น แม้จะมีการปรับเพิ่มภาษีแอลกอฮอล์

เมื่อพิจารณาปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2556-2561 มีปริมาณการดื่ม 6.89, 6.91, 6.95, 7.12, 7.33 และ 8.3 ลิตร แอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี ตามลำดับ ซึ่งสูงเกินกว่าค่าเป้าหมาย 6.54 ลิตร แอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี ในยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (แผนยุทธศาสตร์ 10 ปี พ.ศ. 2554-2563)

อีกทั้งพบข้อมูลการเคยซื้อสุราในช่วงเวลาที่กฎหมายห้ามขายและการดื่มสุราในสถานที่ห้ามบริโภค จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าประชากรไทยมิได้ลดการบริโภคแอลกอฮอล์แม้จะมีการปรับเพิ่มของภาษีแอลกอฮอล์ เนื่องจากนักดื่มจะเปลี่ยนไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดอื่นแทน เช่น ไวน์ เบียร์ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องมีการปรับภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดพร้อมกัน

### รูปที่ 4 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย (ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี) ระหว่างปี 2540 - 2561



ที่มา: นิตยา พรหมกันทา และคณะ (2562)

หมายเหตุ ปี 61 จากผลการคาดการณ์ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของ WHO

## เบียร์จะเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดแรกของนักดื่มหน้าใหม่

เครื่องดื่มประเภทเบียร์เป็นเครื่องดื่มที่ผลิตโดยบริษัทขนาดใหญ่เท่านั้น และมีบทบาทต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องนโยบายเปิดเสรีทางการค้าทำให้เกิดแรงจูงใจให้นักลงทุนต่างชาติเข้ามาสร้างโรงงานในประเทศทำให้มีการผลิตเบียร์เป็นจำนวนมาก (mass production) ส่งผลให้ราคาเบียร์ถูกลงและหาซื้อได้ง่าย ในขณะที่การโฆษณาอย่างต่อเนื่องได้เปลี่ยนบรรทัดฐานของผู้บริโภค และภาครัฐไม่มีนโยบายเปลี่ยนแปลงมาตรการควบคุมการผลิตเบียร์เชิงอุตสาหกรรมภายใน

ประเทศ จึงคาดการณ์ว่าเบียร์จะเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดแรกของนักดื่มหน้าใหม่มากขึ้นเรื่อยๆ สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อปี 2560 ที่พบว่าประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มนิยมดื่มมีด้วยกันสามประเภท คือ เบียร์ (ร้อยละ 34.3) รองลงมา คือ สุราขาว / สุรากลั่น ชุมชน (ร้อยละ 29.4) และ สุราสี / สุราแดง (ร้อยละ 27.5) ตามลำดับ ดังนั้นในการรณรงค์ในกลุ่มเยาวชนทั้งที่อายุไม่ถึงเกณฑ์และอายุถึงเกณฑ์ควรเน้นที่ผลิตภัณฑ์เบียร์เป็นหลัก

## ตามอย่างเพื่อนสาเหตุอันดับหนึ่งที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก และประเด็นสุขภาพเป็นสาเหตุสำคัญของการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

ในกลุ่มนักดื่มหน้าใหม่มีสัดส่วนของผู้มีพฤติกรรมดื่มหนักลดลงซึ่งสาเหตุสำคัญที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดในปี 2560 คือ ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนอยากทดลองดื่ม และเข้าสังคมในงานรื่นเริง/งานประเพณี ในขณะที่ดื่มตามอย่างดารา/ผู้ที่มีชื่อเสียงทางสังคม และตามโฆษณา ไม่ได้เป็นสาเหตุสำคัญที่เริ่มดื่มสุรา ส่วนสาเหตุสำคัญของการเลิกดื่ม

สุรามากที่สุด คือ ไม่ได้ต่อสุขภาพ ป่วย/เป็นโรคแล้วแพทย์แนะนำให้เลิก คนในครอบครัวขอร้องให้เลิก ตามลำดับ ในขณะที่มาตรการตรวจจับผู้ขับขี่ที่เมาสุรา (ร้อยละ 1.17) และการรณรงค์ลดเลิกสุรา (ร้อยละ 0.23) กลับเป็นสาเหตุในการเลิกดื่มสุราต่ำมากเมื่อเทียบกับสาเหตุสำคัญอื่นๆ

## รูปที่ 5 สามอันดับแรกของการเริ่มต้นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก



## รูปที่ 6 สามอันดับแรกของการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561)

### แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดปัญหาในหลายมิตินอกจากมิติสุขภาพ

แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของปีที่ไม่ดีจากการตายก่อนวัยอันควรหรือพิการจากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทยปี 2557 พบว่าสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชายคือการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 0.3 ล้านปี YLDs คิดเป็นร้อยละ 13.1 และในเพศหญิงอยู่ที่ 0.04 ล้านปี YLDs คิดเป็นร้อยละ 1.7 ซึ่งในปี 2560 พบว่าประเทศไทยที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันเนื่องมาจากการการดื่มแอลกอฮอล์ 43.24 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทำให้สังคมเสียโอกาสและเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาลความเสียหายต่อทรัพยากรทางอ้อม ต้นทุนจากการตายก่อนวัย ทั้งนี้ในปี 2556 มีผู้ป่วยตับแข็งกว่าหมื่นคนนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และพบว่า

ร้อยละ 41 มีสาเหตุมาจากการดื่มแอลกอฮอล์และเสียชีวิตร้อยละ 10 ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายประมาณหมื่นกว่าบาทต่อครั้งที่เข้ารักษา และทั้งปีจะต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยตับแข็งจากการดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 379 ล้านบาท นอกจากนี้ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสูงถึง 2 เท่าทำให้เกิดโรคซึมเศร้า 1.9 เท่า และอารมณ์แปรปรวนนำสู่การใช้จ่ายสุรุษสุร่าย เกิดหนี้ ทำร้ายตัวเองมากกว่าร้อยละ 8.6 และส่งผลให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งการดื่มหนักยังมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมาแล้วยังเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเทศกาล ร้อยละ 33 (สถิติอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลปีใหม่ ตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม 2563 – 4 มกราคม 2564)



## รูปที่ 7 ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์



**13.1%** ของเพศชาย  
สูญเสียปีสุขภาวะจาก  
การดื่มแอลกอฮอล์



**43.24** ต่อแสน  
ประชากร เสียชีวิตจาก  
การดื่มแอลกอฮอล์



**40%** ของผู้ป่วยด้วย  
แข็งที่นอนรักษาตัวใน  
รพ. มีสาเหตุจาก  
แอลกอฮอล์



เสียค่าใช้จ่ายด้าน  
สุขภาพ **367** ล้านบาท  
ในการดูแลผู้ป่วยด้วย  
แข็ง



โรควิตกกังวลสูง **2** เท่า  
โรคซึมเศร้า **1.9** เท่า



**8.6%** ทำร้ายตนเอง



**31%** สาเหตุของการเกิด  
ความรุนแรง  
ทางเพศ



**33%** ของการเกิด  
อุบัติเหตุทางถนนมาจากดื่ม  
แล้วขับ

## 2. สารและสิ่งเสพติด

### จำนวนผู้เสพ ผู้ติด และมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

การแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มที่ภาครัฐพยายามเร่งแก้ปัญหา จากข้อมูลตั้งแต่ปี 2556 – 2560 มีผู้ต้องหายาเสพติดเฉลี่ยปีละ 188,080 ราย ซึ่งภาครัฐมีนโยบายในการในการช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดภายใต้กรอบคิด “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” และให้โอกาสเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศ จากผลการคัดกรองผู้ป่วยสารเสพติดพบว่าในระดับ “ผู้ใช้” แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงแต่ในระดับ “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่น่ากังวลคือ อัตราการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จะ

ส่งผลทำให้การบำบัดรักษามีความยากและความซับซ้อนมากขึ้น รวมถึงผลการประเมินการใช้ยาเสพติดของผู้เข้าบำบัดรักษาที่กลุ่มผู้ติดและกลุ่มผู้ติดรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของศูนย์การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2562 มีผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัด (เฉพาะผู้เสพยาเสพติดและผู้ใช้) จำนวน 252,116 ราย เป็นผู้ใช้ 11,303 ราย ผู้เสพ 157,625 ราย ผู้ติด 81,386 ราย และไม่ระบุ 1,802 ราย โดยผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาโดยสมัครใจเพิ่มมากขึ้นในปี 2557 มีน้อยมากร้อยละ 0.02 ทั้งนี้ตั้งแต่ปี 2558-2562 ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการรักษาโดยสมัครใจเพิ่มมากขึ้น

จากร้อยละ 30.64 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 42.97 ในปี 2562 ได้รับการบำบัดรักษา โดยบังคับมีน้อยลง จากร้อยละ 58.32 ในปี 2558 และร้อยละ 11.11 ในปี 2562 และได้รับการบำบัดโดยการ ต้องโทษก่อนข้างคงที่อยู่ร้อยละ 11.04 ในปี 2558 และร้อยละ 45.92 ในปี 2562

### รูปที่ 8 จำนวนและร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา การติดยาเสพติดในปี 2558 และ 2562



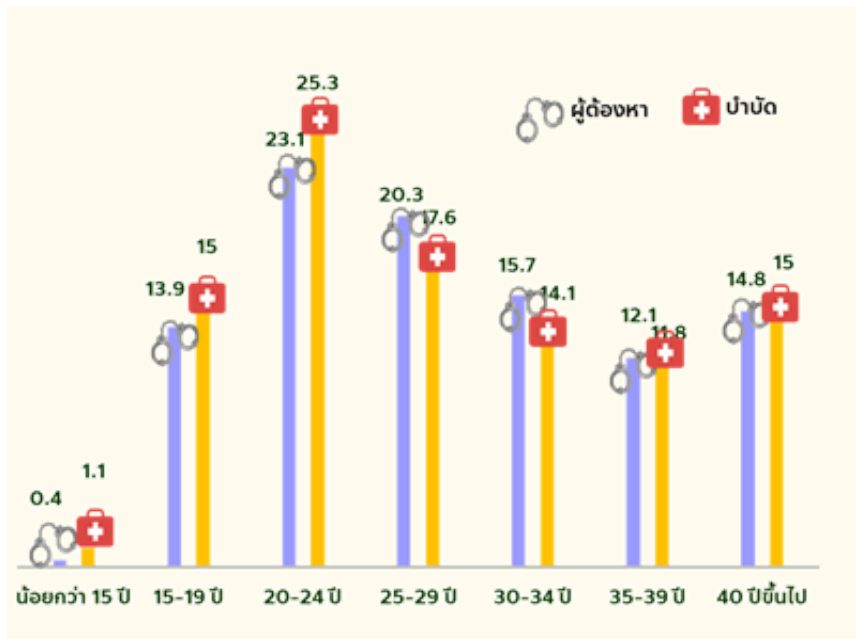
ที่มา: <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/>

### กลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังการใช้ยาเสพติดอย่างใกล้ชิด

ยาเสพติดให้โทษยังคงเป็นสาเหตุการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนไทย ที่สูงสุดในอันดับแรก ในปี 2562 มีเด็กและเยาวชนที่ทำถูกจำคุกในฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษสูงถึงร้อยละ 50.4 ซึ่งเป็นปัญหาทางสังคมและปัญหาทางสุขภาพที่มีความรุนแรงในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนมากที่สุดและเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรในช่วงวัยอื่น ในจำนวนผู้ต้องหาคดีเสพและผู้รับการบำบัดรักษาปัญหายาเสพติดทั้งหมดในปี 2561 สูงถึงประมาณร้อยละ 40 พบว่าเป็นกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี โดยส่วนใหญ่

อยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปี รวมทั้งกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ถือเป็นกลุ่มหลักที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับสิ่งผิดทั้งที่อยู่ในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษา โดยกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับประถมศึกษาเป็นสองกลุ่มที่มีโอกาสเข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งหากสามารถผลักดันให้นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเรียนต่อถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายได้จะทำให้อัตราการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดลดลง

## รูปที่ 9 สัดส่วนผู้ต้องหาคดีเสพ และผู้รับการบำบัดรักษาปัญหายาเสพติด จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2561



ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดประจำปี  
งบประมาณ พ.ศ. 2561, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม  
ยาเสพติด (ป.ป.ส.)

นอกจากนี้เยาวชนนอกสถานศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-19 ปี พบว่ามีถึง ร้อยละ 77.7 ที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง อย่างใกล้ชิด เพราะมีโอกาสเข้าไป เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งการค้าและเสพ ยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาบ้าที่มี ส่วนแบ่งทางการตลาดสูง และไอซ์ที่มี ความต้องการในตลาดเพิ่มมากขึ้น ขณะที่พืชกระท่อมและสีคูณร้อยแม้ว่า สถิติการจับกุมและสถิติการบำบัด รักษาจะไม่เพิ่มขึ้น แต่พบการกระจายตัว ของผู้เสพไปยังภูมิภาคอื่นเพิ่มขึ้นรวมถึง การเป็นสื่อเสพที่มีราคาไม่สูง สามารถจัดทำขึ้นมาเสพเองได้ง่าย เป็น

ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อการแพร่ระบาดใน อนาคตเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ เฮโรอีน และคีตามีน พบการแพร่ ระบาดเฮโรอีนเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มเด็ก และเยาวชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งกลุ่มที่มีพฤติกรรม เสี่ยงที่ชอบมั่วสุมในร้านเกมส์อินเทอร์เน็ต การเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ใช้ยาเสพติด เป็นครั้งคราวและการซึ่งรถ เป็นต้น ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษขณะที่พื้นที่เสี่ยง ที่ต้องให้ความใส่ใจ ควบคุมดูแลอย่าง ใกล้ชิด คือ สถานบันเทิง สถานบริการ หอพัก และร้านเกมส์

## เอกสารอ้างอิง

1. บุรฉัตร จันทร์แดง. บทวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในปัจจุบัน. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2560; 4(2): 37 – 56.
2. นิตยา พรหมกันทา และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจสถานะของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทยและทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย สำหรับเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 8 มกราคม 2564] จาก <https://www.sdgmovement.com/wp-content/uploads/2020/04/final-report-sdgs-goal-3.pdf>.
3. แนวหน้า. ในประเทศ - อุบัติเหตุมากกว่า 3 พันครั้ง ปิดฉาก 7 วันอันตรายปีใหม่. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 8 มกราคม 2564] จาก <https://www.naewna.com/local/543238>
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานการโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 8 มกราคม 2564] จาก <http://bodthai.net/download/รายงานการโรคและการบาดเจ็บ>
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2561. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. บริษัท พิมพ์ดี การพิมพ์ จำกัด: นนทบุรี
6. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. Drug Treatment Network. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 1 มิถุนายน 2563] จาก <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/>.
7. อธิบ ตันอารีย์, พลเทพ วิจิตรคุณากร. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2560. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2562; 13(14): 353 – 367.
8. สาวิตรี อัมภางค์กรชัย, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2562.
9. chatchai nokdee. กัยดื่มสุราสร้างภาวะสุขภาพโดย. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 8 มกราคม 2564] จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/53607-กัยดื่มสุรา%20สร้างภาวะสุขภาพ.html>
10. Hannah R. and Max R. Alcohol Consumption: Rate of premature deaths due to alcohol [online] 2020 [cited 2021 Jan 10] Available from <https://ourworldindata.org/alcohol-consumption>

---

11. WHO. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [online] 2020 [cited 2020 Nov 20] Available from <https://www.who.int/publications/item/9789240005105>



## การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน



### ประเทศไทยติดอันดับอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อันดับ 1 ของเอเชีย อาเซียนและ SAERO และเสียชีวิตจากสาเหตุรถจักรยานยนต์ เป็นอันดับ 3 ของโลก

อุบัติเหตุจากรถทางถนน (RTI: Road Traffic Injury) เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย อีกหลายประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกของปัญหาสาธารณสุขมาโดยตลอด จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้พิการ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ข้อมูลจาก Global Status Report on Road Safety 2018 ขององค์การอนามัยโลก จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับที่ 9 ของโลก จากจำนวนประเทศสมาชิกทั้งหมด 175 ประเทศ โดยจำนวนผู้เสียชีวิตจากการชนบนถนนทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 1.25 ล้านคนเป็น 1.35 ล้านคน ซึ่งเท่ากับวันละ 3,700 คน โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตเหล่านี้เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ จักรยานและคนเดินถนน ซึ่งสถานการณ์ของประเทศไทย มียอดผู้เสียชีวิตสูงถึง 22,491 ราย เฉลี่ย 60 คนต่อวัน

ซึ่งมีความใกล้เคียงกับข้อมูลการบูรณาการจาก 3 ฐาน (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิต 21,745 ราย จากรายงานของ WHO ปี 2015 ร้อยละ 74 ของผู้เสียชีวิตจากการชนบนถนนเป็นผู้ขับขี่จักรยานยนต์ 2 ล้อ ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนรถจักรยานยนต์ในประเทศไทย ที่เพิ่มขึ้นจาก 19 ล้านคัน เป็น 20 ล้านคัน ยอดจำนวนผู้เสียชีวิตของประเทศไทย คิดเป็น 32.7 ต่อแสนประชากร ซึ่งลดลงจากรายงานของ WHO ปี 2015 (ร้อยละ 36.2 ต่อแสนประชากร) ส่งผลให้ประเทศไทยลดจากอันดับที่ 2 ของโลก (ปี 2015) มาเป็นอันดับที่ 9 ของโลก (ปี 2018) แต่ยังคงเป็นอันดับที่ 1 ในเอเชีย อาเซียน และ SEARO แต่สัดส่วนการเสียชีวิตจากเหตุที่เกิดขึ้นกับรถจักรยานยนต์ของประเทศไทยนั้นยังสูงเป็นอันดับ 3 ของโลก คิดเป็น ร้อยละ 74.4 (ภาพที่ 1)



## ภาพที่ 1 อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย

**WHO** รายงานไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนน..เป็นอันดับ 1 ของ Asia & ASEAN



ที่มา : WHO Global Status Report on Road Safety 2018

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554-2559 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เฉลี่ยปีละมากกว่า 2 หมื่นคน หรือเสียชีวิตมากกว่า 58 คนต่อวัน ถึงแม้ว่าอัตราเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง จนกระทั่งปี พ.ศ.2559 กลับเพิ่มสูงขึ้น (ภาพที่ 2)

## ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2554-2559



ที่มา: สำนักโรคไม่ติดต่อ (2562)

## สถิติข้อมูลจากอุบัติเหตุทางถนน อุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่

ปี พ.ศ. 2557-2561 มีผู้เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 104,033 คน เจ็บป่วย 17,339 คน หรือคิดเป็น อัตราตาย 31.9 ต่อประชากรแสนคน และเป็นผู้บาดเจ็บต้องนอนรักษาตัวใน โรงพยาบาลประมาณ 2 แสนคนต่อปี คิด เป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 5 แสน

ล้านบาทต่อปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2562) (ภาพที่ 3) และข้อมูลจากศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เฉพาะช่วง 7 วัน 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2559-2561) มีผู้เสียชีวิตรวม 1,281 คน บาดเจ็บ 11,578 คน เกิดเหตุ 11,119 ครั้ง และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

### ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงสถิติข้อมูลจากอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ ปี พ.ศ. 2557-2561

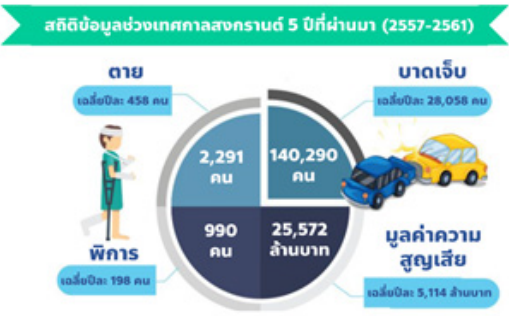


ที่มา: สำนักโรคไม่ติดต่อ (2562)

## อุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์

ปี พ.ศ. 2557-2561 มีผู้เสียชีวิต 140,290 คน เจ็บป่วย 28,085 คน จากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 2,291 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เจ็บป่วย 458 คน เป็นผู้บาดเจ็บจำนวน เจ็บป่วย 5 พันล้านบาทต่อปี (ภาพที่ 4)

### ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงสถิติข้อมูลจากอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2557-2561



ที่มา: สำนักโรคไม่ติดต่อ (2562)

## ความรุนแรงจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

สาเหตุของความรุนแรงส่วนใหญ่ มีสาเหตุเกิดจากการขับรถเร็วและดื่มแล้วขับ ส่งผลกระทบต่อหลายครอบครัวอย่างมหาศาล มีทั้งสูญเสียชีวิตและความพิการ มีการขับรถเร็วเกินกำหนดร้อยละ 43.36 และมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 2,285 ราย บาดเจ็บ 12,995 ราย ดังนั้นยิ่งขับรถเร็ว จะมองไม่เห็นด้านข้าง ตอบสนองช้าลง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและเพิ่มความรุนแรง จึงควรใช้ความเร็วตามกฎหมายกำหนด คือ การขับรถเร็วที่ 50 กม./ชม. ต้องใช้ระยะทางหยุดรถ 13 เมตร หากใช้ความเร็วที่ 80 กม./ชม. ต้องใช้ระยะเบรกถึง 36 เมตร ระดับความรุนแรงของการขับรถเร็วเกิน 60 กม./ชม. มีโอกาสชนแล้วเสียชีวิตมากถึง ร้อยละ 85 ในช่วง 3 ปีย้อนหลัง เฉพาะปีใหม่ สูญเสียแล้วกว่า 1,281 คน (สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ: สคอ., 2562) หากขับรถเร็วเกิน 60 กม./ชม. แล้วเกิดอุบัติเหตุเทียบเท่ากับการตกตึก 5 ชั้น และถ้าหากขับรถ 120 กม./ชม. เทียบเท่ากับตกตึก 19 ชั้น

### จุดเกิดอุบัติเหตุทางถนน

จุดเกิดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ในปีพ.ศ. 2561 พบทางตรงร้อยละ 64.91 ทางโค้งร้อยละ 21.30 และทางแยกร้อยละ 11.03 ซึ่งสอดคล้องกับกรมทางหลวงที่ระบุเกิดอุบัติเหตุ

บริเวณทางโค้ง จำนวน 2,004 ครั้ง ทางแยก 1,083 ครั้ง และข้อมูลการวิเคราะห์จุดเสี่ยงคนทำงาน RTI ทั่วประเทศ พบว่า จุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งระดับพื้นที่ คือทางแยก-ทางร่วม เพราะขาดป้ายเตือน “ลดความเร็ว” คนต่างถิ่นขับรถไม่ชำนาญทางทางโค้ง เป็นจุดที่ขาดความระมัดระวังมักแหกโค้งเสียหลักจุดกลับรถ เป็นจุดอันตรายที่สุด ผู้ใช้รถใช้ถนนควรเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษขับรถตามที่กฎหมายกำหนด (Low Speed) จึงจะมีการรอดชีวิตสูง (ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน, 2562)

### รถจักรยานยนต์

เป็นยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในหลายประเทศโดยพบว่าร้อยละ 50-60 ของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุดังกล่าวเกี่ยวข้องกับเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีในภูมิภาคฯ เช่นเดียวกันผลสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี พ.ศ. 2548 รายงานว่า การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ขณะที่ผู้ขับขี่มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับปี 2538 นอกจากนั้นหน่วยเฝ้าระวังการบาดเจ็บวิกฤตเอเชียประเทศออสเตรเลีย รายงานแนวโน้มการเสียชีวิตจากการ

ใช้รถจักรยานยนต์ในปี 2538-2548 พบว่าผู้ขับขี่ที่อายุ 0-14 ปี มีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่อัตรา 12 ต่อประชากรแสนคนในปี 2539 เป็นอัตรา 24 ต่อประชากรแสนคนในปี 2548

จากรายงานผลการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลการใช้รถจักรยานยนต์ที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่งในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าในแต่ละปีมีเด็กราว 262,000 คน ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน เนื่องจากการเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์เป็นรูปแบบที่ง่ายและสะดวกกับเด็ก รวมถึงบุคคลในครอบครัวทำให้รถจักรยานยนต์ได้กลายเป็นยานพาหนะที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนมากที่สุดหลายประเทศของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ขณะที่ แนวโน้ม การ ช ับ ชี ร ถ จักรยานยนต์จนได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีอย่างน้อย 5,200 รายต่อปี โดยพบว่าประเทศอินเดีย เนปาล ศรีลังกา และประเทศไทย เป็น 4 จากทั้งหมด 11 ประเทศภายใต้องค์การอนามัยภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่คัดกรองข้อมูลการบาดเจ็บในเด็ก ในขณะที่มีเพียงประเทศอินเดีย และประเทศไทยที่รวบรวมข้อมูลระดับวิทยาเกี่ยวกับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถ

จักรยานยนต์ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ทั้งนี้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่ใช้กันเป็นส่วนใหญ่บนท้องถนนพบว่ามีรถจักรยานยนต์ราว 90 ล้านคัน ในภูมิภาคฯ คิดเป็นร้อยละ 70 ของรถจดทะเบียนทั้งหมด เด็กเกือบทั้งหมดที่ได้รับบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 6 ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ การใช้รถจักรยานยนต์ในเด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็นอย่างมากต่อตัวผู้ใช้เองและกลุ่มผู้ใช้ถนนอื่น ๆ ในจำนวนเด็กที่ขับขี่รถจักรยานยนต์พบว่าร้อยละ 60.1 ของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์เกิดขึ้นจากการชน อาทิ ชนยานพาหนะประเภทอื่น ชนพาหนะที่ใช้สัตว์ลากจูง ชนยานพาหนะทางเกษตรกรรม ชนวัตถุข้างทาง สัตว์ และคนเดินเท้า โดยคิดเป็นสัดส่วนการชน ดังนี้ ร้อยละ 34.7 ชนรถจักรยานยนต์ด้วยกัน ร้อยละ 30.6 ชนกระบะ รถตู้ หรือรถบรรทุกขนาดเล็ก ร้อยละ 8.6 ชนอาคารหรือวัตถุข้างทาง ในขณะที่พบว่าร้อยละ 38.2 ของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในเด็กเกิดจากสาเหตุการพลัดคว่ำ ร้อยละ 37.2 ของเด็กที่ประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มักได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะและคอในจำนวนนี้

พบร้อยละ 8 สมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง (การวัดระดับความรู้สึกร่างกาย (comascore 3-8) (สุเมธี สนธิกุล, 2559)

### **คาดการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ปี 2573 เป็นสาเหตุให้พิการหรือทุพพลภาพเป็นอันดับที่ 17 ของโลก**

การคาดการณ์ในปี 2573 ภาพรวมสถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน (RTI) พบว่าส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ใช้ถนนสูงเป็นอันดับ 5 และเป็นสาเหตุให้พิการหรือทุพพลภาพเป็นอันดับที่ 17 ของโลก ทั้งนี้ มีความเป็นไปได้ที่สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุดังกล่าวจะมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในภูมิภาคแปซิฟิก ตะวันตก แอฟริกา และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีการคาดการณ์ความรุนแรงของสถานการณ์ในปี 2563 จะมีแนวโน้มการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 147 ในประเทศอินเดียและร้อยละ 97 ในประเทศจีน โดยส่วนใหญ่รูปแบบการเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์สามารถพบเห็นได้บ่อยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ดังนั้นรถจักรยานยนต์จึงเป็นยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในหลายประเทศของภูมิภาคฯอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สุเมธี สนธิกุล, 2559)

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน (RTI) มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีนอกจากจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ความพิการและเป็นภาระแก่ครอบครัวแล้วยังส่งผลกระทบต่อผู้ร่วมถนน ผู้ร่วมอุบัติเหตุและยังเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เฉลี่ยปีละ 5 พันล้านบาทต่อปี ซึ่งประเทศไทยยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 ดำเนินการให้ได้เฉลี่ยร้อยละ 7-8 ต่อปีหรือคิดเป็นลดลงปีละ 2 ต่อประชากรแสนคน ที่ผ่านมามีการแก้ไขปัญหาคอุบัติเหตุทางถนนของทุกภาคส่วน ดำเนินการด้วยวิธีต่าง ๆ แต่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ได้ผลตามเป้าประสงค์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีมาตรการดำเนินการสำหรับลดอุบัติเหตุทางถนนต่อไป



## เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ. Thai Rsc. ข้อมูลรับแจ้งอุบัติเหตุทางถนน. ศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนนกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 5 มกราคม 2563] จาก <http://www.thairsc.com>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ (สคอ.), 2562. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 5 มกราคม 2563] จาก <https://www.thaihealth.or.th>
3. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย. 2562. กรุงเทพมหานคร: <http://www.road-safetythai.org>
4. สุเมธี สนธิกุล. รายงานโครงการจัดทำชุดความรู้การบาดเจ็บจากการใช้รถจักรยานยนต์ในเด็ก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานและการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ District Road Traffic Injury (D-RTI). นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2561.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-64) กรมควบคุมโรค. แผนงานป้องกันการบาดเจ็บจากจราจรทางถนน. กระทรวงสาธารณสุข 2561: 219-227.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน Road Safety for All 2562. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 5 ธันวาคม 2563] จาก <http://www.ThaiNcd.com>
8. สำนักควบคุมป้องกันและบำบัดโรคสัตว์. ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน one health Thailand, 2562. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 5 ธันวาคม 2563] จาก <http://dcontrol.dld.go.th>
9. WHOเผยไทยตาย จยย.อันดับ 1 ของโลก"อุบัติเหตุทางถนน"ไต่ลงอันดับ 9. หนังสือพิมพ์เดลินิวส์. 20 ธันวาคม 2561 [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 11 มกราคม 2564] จาก <https://www.dailynews.co.th/economic/683587>





## อาหารและโภชนาการ

### 1.ความเป็นมาของอาหารและโภชนาการ

ในอดีตที่ผ่านมา คนไทยส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการขาดสารอาหารเป็นส่วนใหญ่ทั้งการขาดโปรตีนและพลังงาน ในการรณรงค์วัยก่อนเรียน/วัยเรียน การเกิดโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตร การขาดไอโอดีนในพื้นที่เขตจังหวัดภาคเหนือและบางส่วนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง การขาดวิตามินกับแร่ธาตุอื่นๆ โดยได้มีการสังเกตเห็นถึงความสำคัญของปัญหาโภชนาการของคนไทย จึงได้มีการกำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) และแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) โดยเน้นการแก้ไขปัญหาการขาดสารอาหารในกลุ่มเด็กและหญิงวัยเจริญพันธุ์ ทำให้การขาดโปรตีนและพลังงานในเด็กวัยก่อนเรียนลดลงจากร้อยละ 31 เหลือเพียงร้อยละ 20 ซึ่งเป็นการขาดในระยะเริ่มแรกและอัตราการตายของแม่วัยเจริญพันธุ์มีแนวโน้มที่จะลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้ภาวะทุพโภชนาการก็ยังคงเป็นปัญหาอยู่ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม จะมีต่อระบบ

อาหารตั้งแต่การผลิต การกระจาย การบริโภค ทำให้ระดับการบริโภคขยายตัวสูงและโครงสร้างการบริโภคเปลี่ยนแปลงไปแต่ที่ยังเป็นปัญหาระดับบุคคล โดยไม่ได้รับสัดส่วนของสารอาหารที่เพียงพอและการกินไม่ถูกสุขอนามัย ทำให้มีภาวะโภชนาการไม่ดีเท่าที่ควร และโรคที่พบในปัจจุบันจากการโภชนาการที่ได้ คือ โรคขาดสารอาหาร (ขาดโปรตีนและพลังงาน) โรคโลหิตจาง (ขาดธาตุเหล็ก) โรคขาดสารไอโอดีน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อโรคอื่น ๆ ตามมาคือ โรคเหน็บชา โรคขาดวิตามินเอ โรคขาดวิตามินบีสอง โรคนี้วในกระเพาะปัสสาวะ รวมทั้ง การเกิดโรคอ้วน ไขมันสูงในเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคไซซ้อ (เก๊าท์) เบาหวาน และมะเร็ง เป็นต้น

ในปัจจุบันมีการจัดตั้งหน่วยงานต่าง ๆ ที่คอยส่งเสริมและสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดี ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเน้นการบูรณาการที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน ข้อ 3.2.1 การพัฒนาภาคการเกษตร โดยยกระดับการผลิตสินค้าเกษตรและอาหารเข้าสู่ระบบมาตรฐานและสอดคล้องกับความต้องการของตลาดและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพะโดยการพัฒนาระบบมาตรฐาน สินค้าเกษตรและอาหารให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ทั้งในกลุ่มสินค้าที่เป็นอาหารและไม่ใช่อาหาร อาทิ สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ ยาพลังงานทดแทนวัสดุชีวภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบการตรวจรับรองคุณภาพและระบบตรวจสอบย้อนกลับให้เป็นไปตามมาตรฐานอันเป็นที่ยอมรับ เพื่อเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับกลุ่มผู้บริโภคและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก โดยให้ความสำคัญกับการปฏิรูปด้านสุขภาพเพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรง เร่งรัดพัฒนาระบบการดูแลเด็กให้มี

พัฒนาการที่สมวัย เสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลให้เด็กเกิดอย่างมีคุณภาพ เจริญเติบโตเต็มศักยภาพ แข็งแรง พร้อมทั้งจะเรียนรู้ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอาหารตามวัย ที่ถูกหลักโภชนาการเติบโตอย่างมีคุณภาพ ทุกช่วงวัย มีความฉลาดทางสติปัญญา และอารมณ์ดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม สร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพส่งเสริมให้บุคคลชุมชนและประชาชนกลุ่มต่างๆ มีความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ

ซึ่งหน่วยงานภาครัฐ อย่างกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักโภชนาการ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2566) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 อาหารศึกษา ตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2561 - 2580) เพื่อเป็นกระบวนการส่งเสริมพัฒนาวิจัยเพื่อให้เกิดความรู้ความตระหนักในการบริโภคอาหาร ใช้ทรัพยากรเพื่อการผลิต และกระจายอาหารในห่วงโซ่อาหาร ตลอดจนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพะ และเพื่อเป็นกลไกการขับเคลื่อนและบูรณาการงานด้านอาหารและโภชนาการของประเทศ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการขับเคลื่อน

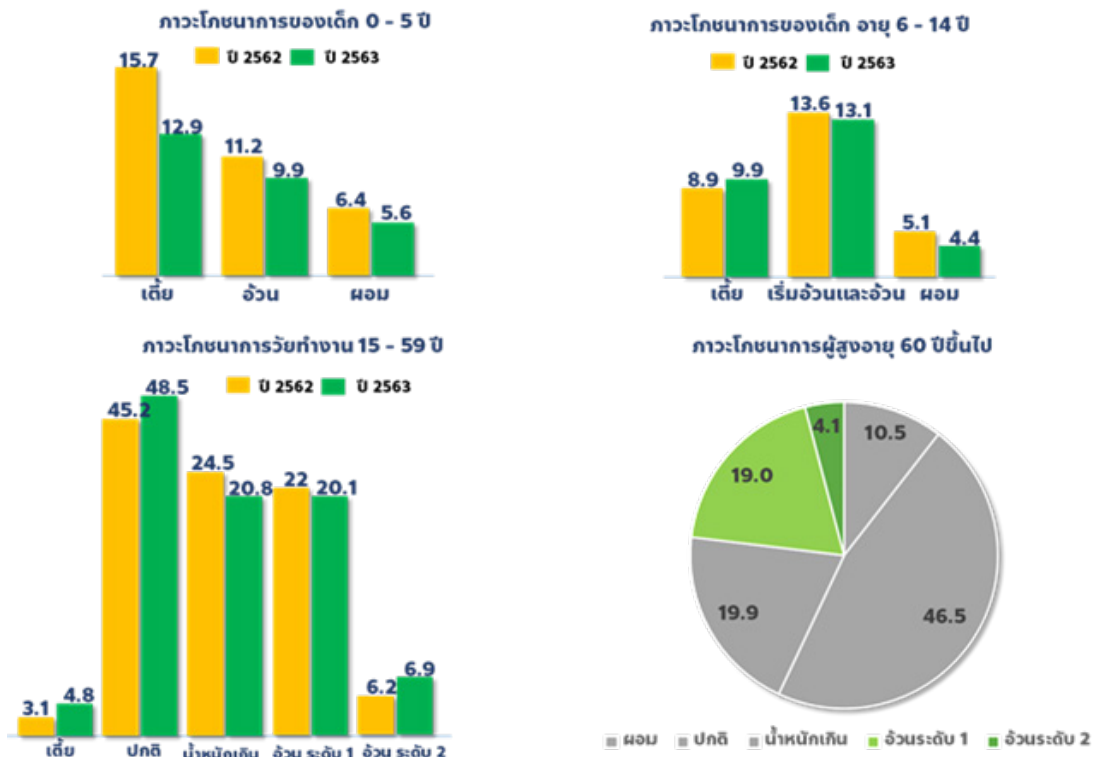
ยุทธศาสตร์ เพื่อสร้างความเชื่อมโยง ด้านอาหารและโภชนาการสู่คุณภาพชีวิต ที่ดีแล้ว และสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดทำ แผนหลัก 3 ปี (ปี 2561 – 2563) โดยให้ถือเป็นภารกิจหลักขององค์กร ที่เน้นการบูรณาการกับแผนอาหาร เพื่อสุขภาพะ ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ 10 ปีของ สสส. และ ให้สอดคล้องกับกลุ่มแผนที่เอื้อต่อ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่จะ สามารถลดปัญหาการบริโภคผัก ผลไม้ ไม่เพียงพอ รวมทั้งการมีภาวะน้ำหนัก ตัวเกินและโรคอ้วนได้ โดยมีทิศทางและ เป้าหมายในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้าน อาหารสุขภาพะ ที่เน้นส่งเสริมให้เกิดการ ขยายต้นแบบระบบห่วงโซ่อาหารของ พืชผัก ผลไม้ที่ปลอดภัย ผู้บริโภค สามารถเข้าถึงได้ง่าย ควบคู่ไปกับการ ณรงค์ให้ปลูกผักในครัวเรือนและ องค์กร เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและ ลดการพึ่งพา ส่งเสริมการจัดปัจจัย แวดล้อมด้านอาหารสุขภาพะในพื้นที่ ยุทธศาสตร์ เพื่อให้ผู้บริโภคในกลุ่มเป้าหมายบริโภคผักผลไม้ได้เพียงพอตาม ข้อแนะนำ และลดภาวะ น้ำหนักเกิน และโรคอ้วน โดยมุ่งให้ความสำคัญกับ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนและองค์กร ในการสร้างความร่วมมือกับผู้ประกอบการ ในการพัฒนาเมนูอาหารเพื่อ สุขภาพและมีคุณค่าทางโภชนาการที่

แพร่หลายไปสู่ผู้บริโภค และคำนึงถึงกลุ่ม ผู้สูงอายุรวมทั้งแรงงานสื่อสารโดย การส่งเสริมให้เกิดชุดความรู้และเพิ่ม ทักษะ ให้ประชาชนตามกลุ่มวัยมีความ สามารถในการจัดการตนเองมีพฤติกรรม บริโภคอาหารที่ปลอดภัยและส่งผลดี ต่อสุขภาพ สร้างค่านิยมทางสังคมใน การบริโภคอาหารสุขภาพะควบคู่ไปกับ ค่านิยมวิถีชีวิตสุขภาพะ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เล็งเห็น ถึงการให้ความสำคัญของคนไทยที่ให้ ความสำคัญกับเรื่องของอาหารและ โภชนาการ เพราะอาหารถือเป็นหนึ่งในปัจจัย จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ตลอดระบบ ห่วงโซ่อาหาร ตั้งแต่กระบวนการผลิต (การปลูก การเก็บเกี่ยว การแปรรูปอาหาร ตลอดจนการวิจัยเพื่อขยายพันธุ์ของ พืชและสัตว์) การเลือกสรรผลผลิตมา ประกอบอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมการ เลือกบริโภคอาหารที่เน้นรสชาติของ อาหาร และกระบวนการปรุงอาหารที่ถูกปาก และรสชาติของผู้บริโภคที่ส่งผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบ

## 2. สถานการณ์ของอาหารและโภชนาการ

### 2.1 ภาวะโภชนาการของคนไทยทุกกลุ่มวัย



ที่มา : การประชุมวิชาการโภชนาการแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14, สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย (2563)

ข้อมูลนำเสนอในที่ประชุมวิชาการโภชนาการแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14 ที่ผ่านมา ภาวะโภชนาการเด็กที่มีอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ยในสัดส่วนที่มากที่สุด กลุ่มวัยเด็ก (อายุ 6 - 14 ปี) พบว่ามีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในสัดส่วนที่มากที่สุด กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) พบว่ามีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และอ้วนที่ระดับ 1 ถึง 2 และกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60ปีขึ้นไป)พบว่ามีน้ำหนักเกินเกณฑ์และอ้วน ซึ่งจากการสำรวจนั้นพบว่ามีสาเหตุมาจากการกินอาหารไม่พอ หรือมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โภชนาการที่ช่วยส่งเสริมความสูงตั้งแต่วัยเด็ก ได้แก่ โปรตีน และแคลเซียม ซึ่งเป็นสาร

อาหารสำคัญ รวมไปถึงธาตุอื่น ๆ เช่น ฟอสฟอรัส สังกะสี เหล็ก ทองแดง แมงกานีส และวิตามินซี วิตามินดี สารอาหารดังกล่าวข้างต้นมีอยู่ในอาหาร 5 หมู่ และนมแม่เมื่อคลอดลูก ควรให้นมบุตรตั้งแต่คลอดจนถึงวัยหลังหนึ่งขวบ อาหารทุกมื้อต้องมีความหลากหลาย เพื่อให้เด็กได้รับสารอาหารครบด้วยสมดุล และควรกินนมเป็นอาหารเสริมให้ได้วันละ 2-3 แก้วและโภชนาการที่มีผลต่อสติปัญญามากจากสารอาหาร 6 กลุ่ม ดังนี้ 1) โอเมก้า 3 2) วิตามินบี โฟลิก โคลีน ที่ช่วยพัฒนาการด้านภาษา ช่วยเรื่องความจำและความสามารถในการเรียนรู้ 3) สังกะสี ช่วยเรื่องความมี

สมาธิจดจ่อ 4) เหล็ก 5) ไอโอดีน และ 6) วิตามินรวมและเกลือแร่หาได้ในอาหารจำพวก ข้าวกล้อง ขนมันฝรั่ง โฮลวีต ไข่ นม ปลาทะเล หมู ไก่ ตับ กุ้ง แครอท ฟักทอง มะเขือเทศ ถั่วต่าง ๆ ผักใบเขียว เป็นต้น และโภชนาการช่วงแรกของชีวิตก็คือ การกินอาหาร 5 หมู่ และนม โดยกินให้มีความหลากหลายเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและสมดุล

จากข้อความดังกล่าวข้างต้น ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของสารอาหารและการมีโภชนาการที่ดีตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่รุ่นแม่ ที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ / หญิงให้นมบุตร เด็กวัยทารกแรกเกิด ที่กินนมแม่ เด็กวัยเรียน ตลอดจนวัย

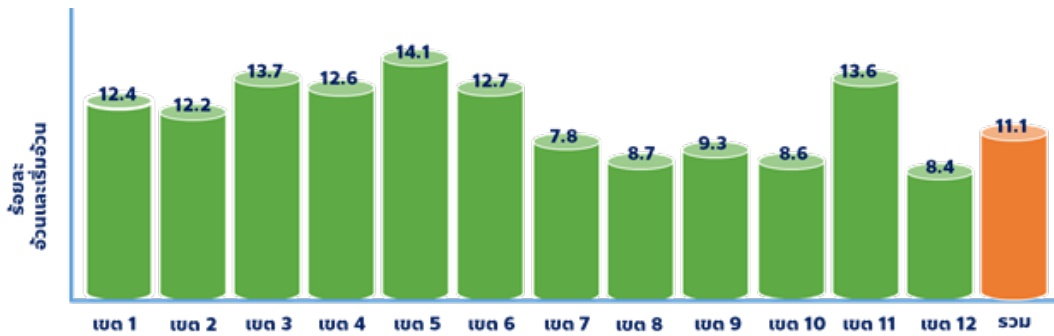
## 2.2 ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว

ข้อมูลรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมอนามัยเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนของประชากรเด็กในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากในปี 2556 ที่ร้อยละ 8.8 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.1 และในปี 2559 เนื่องจากเด็กที่เป็นโรคอ้วนเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วน 1 ใน 4 และหากอ้วนจนถึงวัยรุ่น โอกาสเสี่ยงสูงถึง 3 ใน 4 ผลเสียจากการเกิดโรคอ้วนนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases, NCDs) และถ้าหากเด็กได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ผู้สูงอายุ รวมทั้งพฤติกรรมคาร์โบไฮเดรตและตระหนักถึงโรคที่เกิดจากการขาดโภชนาการ และโภชนาการเกิน จึงจำเป็นต้องมีการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพกาย ร่วมกับการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ อาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนต่อร่างกาย โดยการกินผักและผลไม้เป็นประจำ งดการอาหารที่มีรสชาติจัด (เปรี้ยว เผ็ด เค็ม และมัน) เกินไป รวมถึงรับประทานอาหารที่สะอาด สด ใหม่ และปราศจากการปนเปื้อน และงดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อความสมดุลในชีวิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทย

จะทำให้การเจริญเติบโต ไม่ดีและผอม หากขาดอาหารเรื้อรังเป็นเวลานานจะทำให้เด็กเตี้ยส่งผลกระทบต่อพัฒนาสมอง และระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ปกติ ซึ่งภาพรวมในปี 2560 พบว่าเด็กมีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ภาพรวมที่ร้อยละ 11.1 และเมื่อพิจารณาตามพื้นที่ พบว่า เด็กที่มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วนสูงสุด อยู่ในเขต 5 (ร้อยละ 14.1) รองลงมาคือ เขต 3 และเขต 11 ที่ร้อยละ 13.7 และ ร้อยละ 13.6 ตามลำดับ

## ร้อยละเด็กวัยเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน พ.ศ. 2560



ที่มา : รายงานประจำปี 2560, กรมอนามัย (2560)

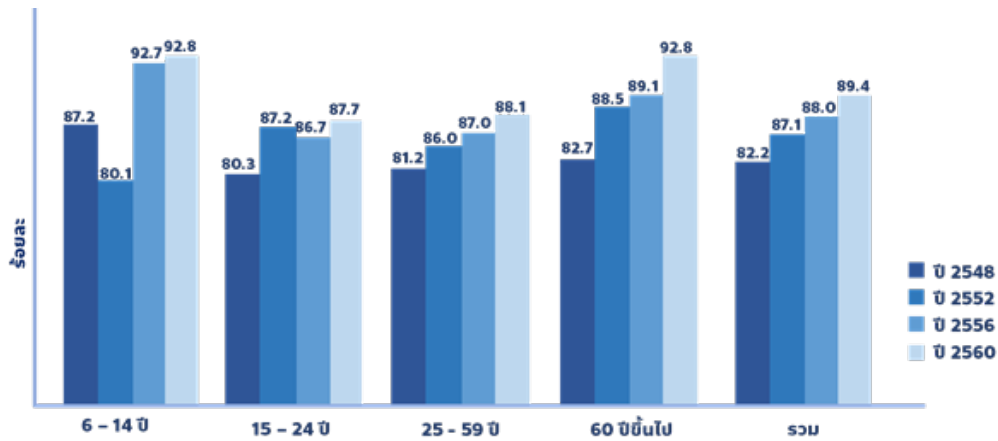
สาเหตุสำคัญที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน คือ การใช้พลังงานจากกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายลดลง แต่การรับพลังงานจากการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากขึ้นความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะจากขนมกรูบกรอบและเครื่องดื่มซึ่งมีปริมาณของน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม เป็นส่วนประกอบสูง การรับประทานอาหารนอกบ้านและการซื้ออาหารสำเร็จรูป มารับประทานที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอาหารส่วนใหญ่ มักมีรสชาติหวานมันเค็มให้พลังงานสูง และมีปริมาณผักผลไม้ไม่พอกว่าการปรุงอาหารเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพที่พบมากขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมด้านอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป การเติบโตอย่างรวดเร็วของตลาดและอุตสาหกรรมการผลิตอาหารและเครื่องดื่ม ธุรกิจร้านอาหารซูเปอร์สโตร์ และร้านสะดวกซื้อแฟรนไชส์ โดยเฉพาะอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพที่มีความหลากหลาย

ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงหรือหาซื้อได้ง่ายในทุกพื้นที่ โดยกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มักเป็นเด็กและวัยรุ่น จากข้อความดังกล่าวข้างต้น ทำให้สังเกตเห็นถึงปัญหาของผลกระทบของอาหารและโภชนาการที่พบได้ทุกประเทศทั่วโลก และพบได้ในทุกกลุ่มวัย มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภค ความสะดวกในการเลือกซื้ออาหาร ทั้งความชอบส่วนบุคคล ที่มักรับประทานอาหารที่มีรสจัด เปรี้ยว เค็ม มัน หรือแม้กระทั่งขนมหวานของเด็กลูกอม ขนมกรูบกรอบที่ไม่ค่อยมีขาดสารอาหาร หากรับประทานเกินขนาดอาจจะส่งผลกระทบต่อร่างกายหลังได้



## 2.3 เยาวชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเมื่อหลักมากกว่า 3 มื้อ และนิยมกลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง

### ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่บริโภคอาหารเมื่อหลักครบ 3 มื้อ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2548,2552,2556 และ 2560



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560)

ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร ในปี 2556 พบว่าภาพรวมทุกกลุ่มวัยมีส่วนร่วมการบริโภคอาหารเมื่อหลักครบ 3 มื้อ ร้อยละ 88.0 และเพิ่มขึ้นในปี 2560 ที่ร้อยละ 89.4 และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัยพบว่า กลุ่มวัยเด็ก (อายุ 6 - 14 ปี) (ร้อยละ 92.70) กลุ่มเยาวชน (อายุ 15 - 24 ปี) ร้อยละ 86.70 กลุ่มวัยคนทำงาน (อายุ 25-59ปี) ร้อยละ 87.0 และกลุ่มผู้สูงวัย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 89.1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2560 ที่ร้อยละ 92.8, 87.7, 88.1 และ 92.8 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มวัยเด็กและกลุ่มเยาวชนเหล่านี้ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเมื่อหลักมากกว่า 3 มื้อ และนิยมบริโภคกลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ ถึงร้อยละ 48.10 รวมทั้งนิยมซื้ออาหาร

สำเร็จรูปสูงถึงร้อยละ 52.20 ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยกลุ่มอายุน้อย ๆ จะรับประทานผักและผลไม้ไม่บ่อย แต่รับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วน และดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมมากกว่ากลุ่มอายุที่มากขึ้น และจากการสำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสจัดของคนไทย พบว่าคนภาคเหนือชอบรับประทานอาหารรสจัด คนภาคใต้ชอบรับประทานอาหารรสเผ็ด คนภาคกลางชอบรับประทานอาหารรสหวาน รวมทั้งชอบดื่มน้ำอัดลม รับประทานอาหารกรุบกรอบและอาหารจานด่วน ซึ่งมากกว่าคนภาคอื่นๆ นอกจากนี้กระแสสื่อสังคมออนไลน์ (social media) ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับ

บทความวิชาการ “พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น ผลกระทบและแนวทางแก้ไข” ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของคนอย่างหนึ่งมาจากสภาพสังคม วัฒนธรรม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทันสมัยขึ้น จากวิถีชีวิตที่เคยรับประทานอาหารพร้อมหน้ากัน

### 3. ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย จัดทำข้อเสนอแนะการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของคนไทย (Food Based Dietary Guidelines) 9 ข้อ ดังนี้ 1) กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว 2) กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ 3) กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ 4) กินปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย 6) กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร 7) หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด 8) กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อนและ 9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประโยชน์สำหรับผู้บริโภคชาวไทยทุกคน สามารถนำไปปฏิบัติได้ เพื่อสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

2) สำนักงานสนับสนุนกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)ได้ประชาสัมพันธ์และรณรงค์การบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดี อย่างเช่น “เพราะรักจึงผักนำ” บ่งชี้ผักช่วยกวาดสิ่งหมักหมมในลำไส้ได้แนะวิธี

ทั้งครอบครัวในบ้าน โดยเฉพาะอาหารมื้อเช้าแต่ด้วยวิถีชีวิตที่เร่งรีบในปัจจุบันก็เปลี่ยนเป็นการเลือกรับประทานอาหารนอกบ้าน รับประทานอาหารจานด่วน (fast food) และเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปกันมากขึ้น เพราะความสะดวก และรวดเร็ว

เลือกกิน “ผักตามฤดูกาล” ลดเสี่ยงสารเคมี โดยเริ่มจากการสร้างการรับรู้ถึงการบริโภคอาหารที่ทุกมื้อควรมีผักครึ่งจาน ส่วนอีกครึ่งจานเป็นคาร์โบไฮเดรต และโปรตีน และสื่อออนไลน์ 2 เรื่อง คือ “ผักบุ้ง” และ “กวาดตุ้ง” พร้อมทั้งปฏิทินผักตามฤดูกาลที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานผักที่ปลอดภัย ควรเลือกผักที่เติบโตตามธรรมชาติ เกษตรกรไม่ต้องพึ่งสารเคมีหรือยาฆ่าแมลงเพราะผักตามฤดูกาลมีความต้านทานโรคสูง ที่ประชาชนสามารถเข้าใจได้ง่าย และเลือกจะปฏิบัติตามได้

และด้วยความร่วมมือของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กับสำนักงานสนับสนุนกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำโครงการ “กินตามโซเซียล Fake of Fact” จากข้อมูลการสำรวจพบว่า การขาดโภชนาการในเด็กมีมาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เพราะแม่มีภาวะชด ไม่มีการบำรุงครรภ์ เมื่อเด็กเกิดมาจึงทำให้ขาดธาตุเหล็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับไอคิว อีคิว

ส่วนโภชนาการเกินพบว่ามีเด็กนักเรียน อ้วนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมัน เกินในเด็ก ทำให้แนวโน้มในอนาคตจะมี ผู้ป่วยความดันสูง 10 ล้านคน และผู้ป่วย โรคเบาหวาน จำนวน 3 - 4 ล้านคน และโรคดังกล่าวข้างต้นนี้จะต้องรักษา ทั้งชีวิตและมีภาระค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นใน ประเทศจำนวนมาก และโภชนาการเกินนั้น ส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการบริโภค ที่เปลี่ยนไปของผู้บริโภคที่มีการบริโภค แบบผิดทางตั้งแต่รุ่นแม่ และกลุ่มคน ที่เห็นช่องโหว่ของความกลัวอ้วน กลัวดำ กลัวผิวไม่ใส และหน้าไม่สวย โดยการ ใช้สื่อสังคมออนไลน์กระจายและแชร์ ข้อความ ซึ่งไม่มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ อ้างอิงและจับจุดอ่อนของผู้บริโภคมาขาย เช่น กินแล้วผิวใส กินแล้วน้ำหนักลด ภายใน 7 วัน หรือกินแล้วห่างไกลมะเร็ง เป็นต้น ทำให้ผู้บริโภคหลงเชื่อ และส่งผล กระทบทางลบตามมา ดังนั้น จึงมีการ ประชาสัมพันธ์และสื่อสารให้ผู้บริโภค ได้ตระหนักรู้ถึงข้อเท็จจริงของอาหาร ที่บริโภค เช่น การรับประทานอาหาร ให้ครบ 5 หมู่ ผัก ผลไม้ รวมทั้ง ข้อมูลการนำเสนอข้อเท็จจริงผ่านสื่อ ออนไลน์ต่าง ๆ ให้ผู้บริโภคมีความเข้าใจ และไม่หลงเชื่อผู้ที่แสวงหาผลประโยชน์

จากการศึกษาภาพรวมของประเด็นอาหารและโภชนาการพบว่า เป็นปัญหา เรื้อรังที่เราต้องให้ความสำคัญ เพราะอาหารเป็นปัจจัยสำคัญต่อมนุษย์ทุกคน ทุกเชื้อชาติ ซึ่งอาหารที่รับประทานนั้น มีทั้งประโยชน์และโทษ และบทบาทของการ อิทธิพลทางสังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งสื่อออนไลน์มีส่งต่อพฤติกรรมการ บริโภคของคนในทุกช่วงวัย ดังนั้นทุกคนจะต้องตระหนักรู้ และให้ความสำคัญ ในการบริโภคอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน ในปริมาณที่ร่างกายต้องการ จึงเป็น ผู้ที่มีโภชนาการที่ดี และมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงาน กรมอนามัย. 2560. รายงานประจำปี 2560 กรมอนามัย. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์
2. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. 2559. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564). กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
3. ทรงสุดา กู่ว่าง. โภชนาการในชีวิตประจำวัน. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 6 มกราคม 2564] จาก <http://www.human.cmu.ac.th/home/hc/ebook/006103/lesson7/04.htm>.
4. ปวีณภัทร นิรันดร์วัฒน์ และวรางคณา อุดมทรัพย์. 2560. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย ผลกระทบและแนวทางแก้ไข. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 28(1) หน้า 122 - 128.
5. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522. 2522. ราชกิจจานุเบกษา, 96(79).
6. สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ โภชนาการแห่งประเทศไทย (ครั้งที่ 14). [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 9 มกราคม 2564] จาก <https://inmu2.mahidol.ac.th/>.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). แผนหลัก สสส. 2561 - 2563. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 6 มกราคม 2564] จาก <https://www.thaihealth.or.th>.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 6 มกราคม 2564] จาก <https://www.nesdc.go.th>.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. 2560. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ: กรุงเทพฯ
10. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2562. แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562 - 2566. บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด นนทบุรี.
11. อภาวรรณ ไสภณธรรมรักษ์. คินตามโซเซียล Fake or Fact. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 7 มกราคม 2564] จาก <https://www.thaihealth.or.th>.
12. อภาวรรณ ไสภณธรรมรักษ์. 9 วิธี คินดีเพื่อสุขภาพ. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 8 มกราคม 2564] จาก <https://www.thaihealth.or.th>.



## กิจกรรมทางกาย



### สถานการณ์ของกิจกรรมทางกายในระดับโลก พบว่าผู้ใหญ่ 1 ใน 4 และวัยรุ่นร้อยละ 81 มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ

สถานการณ์ของกิจกรรมทางกายในระดับโลก พบว่าผู้ใหญ่ 1 ใน 4 และวัยรุ่น ร้อยละ 81 มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ รวมทั้ง ประเทศกำลังพัฒนา มีระดับของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอเพิ่มขึ้น และอาจสูงถึงร้อยละ 70 เนื่องจากรูปแบบการขนส่งที่เปลี่ยนไป การใช้เทคโนโลยีในการทำงานและการพักผ่อนหย่อนใจที่เพิ่มขึ้น และค่านิยมทางวัฒนธรรมรวมทั้งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งระดับการไม่ออกกำลังกายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบทางลบต่อระบบสุขภาพ สิ่งแวดล้อม การพัฒนาเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ของชุมชนและคุณภาพชีวิต เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นประจำได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยป้องกันและจัดการกับโรคไม่

ติดต่อ (NCSs) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน และมะเร็งหลายชนิดได้ รวมทั้งช่วยป้องกันความดันโลหิตสูง รักษาน้ำหนักตัว และสามารถปรับปรุงสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดีได้

WHO จึงได้จัดทำ WHO Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world เพื่อเป็นกรอบในการสนับสนุนและเพิ่มกิจกรรมทางกายผ่านความร่วมมือระหว่างรัฐบาลและหลายภาคส่วนในทุกพื้นที่ โดยตั้งเป้าหมายลดความชุกของการไม่ออกกำลังกายในผู้ใหญ่และวัยรุ่นลงร้อยละ 15 ภายในปี 2573

### กิจกรรมทางกายของประชากรไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น

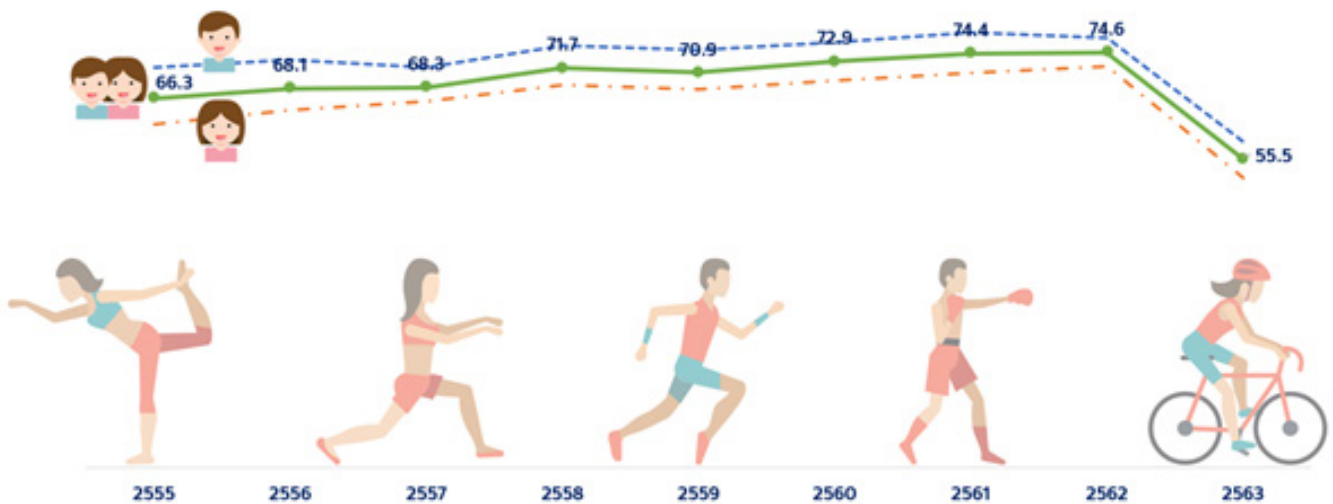
นับตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา กระทั่งก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถานการณ์ภาพรวมด้านการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยเป็นไปในเชิงบวก โดยระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.3 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 74.6 ในปี 2562 หรือเพิ่มขึ้น

ร้อยละ 8.3 ซึ่งเพิ่มขึ้นตามกระแสการรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เป็นมหรหรระดับประเทศ เช่น กิจกรรมรณรงค์ Bike for Mom และ Bike for Dad หรือกระแสการออกกำลังกายด้วยการวิ่งเพื่อสุขภาพได้รับความนิยมเป็นประวัติกาลณ์ในประเทศ เป็นต้น ขณะที่การส่งเสริมกิจกรรมตามแผน

นโยบายของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เป็นฐานสำคัญที่ช่วยหนุนเสริมและ ประคองไม่ให้อัตราเพิ่มอยู่ในระดับติดลบ นอกจากนี้ ภายหลังจากที่ประเทศไทย ได้ประกาศกฎบัตรกรุงเทพฯ (Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable

Development 2016) ในช่วงปลายปี 2559 และ แผนการส่งเสริมกิจกรรม ทางกาย พ.ศ. 2561 - 2573 เป็นต้นมา ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ของประชากรไทยก็เพิ่มสูงขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถคงตัวอยู่ที่ระดับ สูงกว่าร้อยละ 70 (ภาพที่ 1)

**ภาพที่ 1 ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ.2555-2563**



หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2563 เป็นข้อมูลจากการสำรวจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ที่มา:

1. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติ กรรมด้านกิจกรรมทางกายของ ประชากรไทยปี 2555-2563
2. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



ทั้งนี้ จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรม ด้านกิจกรรมทางกายและพฤติกรรม สุขภาพช่วง COVID-19 โดยศูนย์พัฒนา องค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกาย ประเทศไทย ผ่านระบบออนไลน์ ระหว่าง เดือนมีนาคม - มิถุนายน 2563 ในกลุ่ม ตัวอย่าง 6,828 ราย พบว่าการมีกิจกรรม ทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยใน ภาพรวมลดลงจากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 74.6 เหลือร้อยละ 55.5 ซึ่งสถานการณ์ ดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งประชากรเพศชายและเพศหญิงจาก ปรัชญาการณที่่เกิดขึ้นนี้ อาจเป็นผล มาจากปัจจัยร่วมหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็น การปฏิบัติตนตามมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” เพื่อควบคุมสถานการณ์ การแพร่ระบาดของที่่ส่งผลต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวัน การปรับเปลี่ยนรูปแบบ เวลาและวิธีการทำงานรวมถึงการงดใช้ พื้นที่สวนสาธารณะหรือพื้นที่ออก กำลังกายสาธารณะ ทั้งหมดนี้ส่งผลต่อ โอกาสในการมีกิจกรรมทางกายที่ลด น้อยลง ในขณะที่เดียวกันปัจจัยด้านความ กังวลใจ ความเครียด และสุขภาพจิตที่มี ต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของ ไวรัสโคโรนา 19 ก็เป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้ประชาชนไม่ได้ออกกำลังกาย เหมือนในช่วงปกติ

นอกจากนี้จากผลการสำรวจสามารถ สรุปรูปแบบของกิจกรรมทางกายรวม 6 รูปแบบ ได้แก่

1) มนุษย์เฉื่อย ที่มีพฤติกรรม นอนนิ่งเฉื่อยสูงถึง 14 ชั่วโมง 32 นาที ต่อวัน หรือใช้เวลามากกว่าครึ่งหนึ่งของวัน กับพฤติกรรมที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อย

2) นื่องใหม่สายสุขภาพมีประชาชน อย่างน้อยร้อยละ 62.6 มีการออกกำลังกาย ที่บ้าน หรือบริเวณรอบ ๆ บ้าน ในขณะที่ คนไทยร้อยละ 13 ที่ไม่เคยออกกำลังกาย มาก่อน หันมาออกกำลังกายในช่วง ระหว่างที่่ต้องอยู่กับบ้าน

3) หน้ากากนักวิ่งหลังจากที่่มีการ ผ่อนปรนให้ใช้สวนสาธารณะและสถานที่ ออกกำลังกายได้ ประชาชนอย่างน้อย ร้อยละ 16.8 ออกไปใช้บริการสวนสาธารณะ และสถานที่ออกกำลังกาย โดยพกหน้ากาก อนามัยและเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ ติดตัวไปด้วย

4) มนุษย์เวอร์ชวล/ออนไลน์พบว่า คนไทยประมาณร้อยละ 7 ออกกำลังกาย แบบเวอร์ชวล และออกกำลังกายออนไลน์ ร่วมกับเพื่อน ๆ บนโลกออนไลน์





5) เด็กติดจอ โดยเด็กและเยาวชน อายุระหว่าง 5-17 ปี มีระยะเวลาการใช้ หน้าจออิเล็กทรอนิกส์ เฉลี่ยสูงถึง 4 ชั่วโมง 11 นาทีต่อวันเพิ่มจากช่วงเวลาเดิม ในปีที่ผ่านมาประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งเด็ก และเยาวชนมีพฤติกรรมใช้หน้าจอ

สูงสุดถึง 19 ชั่วโมง 50 นาทีต่อวัน (ภาพที่ 2)

6) เด็กสายเพลย์มีเด็กและเยาวชน ร้อยละ 11.6 มีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นการเล่นและออกกำลังกาย

ที่บ้านออนไลน์รวมทั้งมีเด็กและเยาวชน ร้อยละ 12.6 มีกิจกรรมการเล่นเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตามคลิปที่มีการเผยแพร่ผ่านช่องทางออนไลน์

## ภาพที่ 2 พฤติกรรมการใช้หน้าจอเพื่อความบันเทิงของคนไทยยุคโควิด 19

กลุ่มอายุ	ปี 62 ก่อน COVID 19 ระยะเวลาการใช้หน้าจอ (กั้งวัน)		ระหว่าง COVID 19 (เม.ย.-พ.ค.) ระยะเวลาการใช้หน้าจอ (กั้งวัน)	
	เฉลี่ย (ชม./วัน)	สูงสุด (ชม./วัน)	เฉลี่ย (ชม./วัน)	สูงสุด (ชม./วัน)
 เด็ก (5-17 ปี)	3.14	9.00	4.11	19.50
 วัยรุ่น (18-24 ปี)	4.17	17.00	4.45	19.00
 วัยทำงาน (25-59 ปี)	3.25	13.00	4.02	18.50
 วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	3.02	11.00	3.08	16.25
<b>เฉลี่ยรวม</b>	<b>3.18</b>	<b>17.00</b>	<b>4.10</b>	<b>19.50</b>

หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2563 เป็นข้อมูลจากการสำรวจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ที่มา:

1. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติ กรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2555-2563
2. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

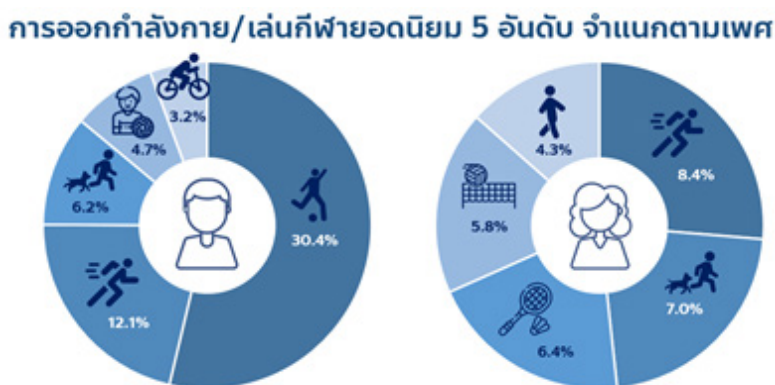
## วัยรุ่นและเยาวชนไทยกลุ่มอายุ 10-14 ปี เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงสุด และมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

กิจกรรมทางกาย พบว่า วัยรุ่น ร้อยละ 78.9 มีกิจกรรมเพียงพอ โดย และเยาวชนไทยกลุ่มอายุ 10-14 ปี กิจกรรมทางกายยอดนิยมจากการ เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนกิจกรรมทางกาย ทำงานและการออกกำลังกาย/เล่นกีฬา เพียงพอสูงสุด และมีแนวโน้มลดลง ระดับปานกลาง 5 อันดับ จำแนกตามเพศ เมื่ออายุมากขึ้น (ยกเว้นในปี 2561) พบว่ามีกิจกรรมบางอย่างที่แตกต่างกัน ในปี พ.ศ.2563 กลุ่มอายุ 10-14 ปี (ภาพที่ 3 และ 4)

### ภาพที่ 3 กิจกรรมทางกายยอดนิยมจากการทำงาน ระดับปานกลาง 5 อันดับ จำแนกตามเพศ



### ภาพที่ 4 กิจกรรมทางกายยอดนิยมจากการออกกำลังกาย/เล่นกีฬา ระดับปานกลาง 5 อันดับ จำแนกตามเพศ



ทั้งนี้ กิจกรรมทางกายเพียงพอ ของแต่ละกลุ่มอายุ ประกอบด้วย อายุ 5-17 ปี ต้องมีกิจกรรมทางกายที่ระดับ ความหนักปานกลาง ถึงระดับหนักทุก ประเภท รวมสะสมไม่น้อยกว่า 60 นาที ต่อวัน ในขณะที่กลุ่มอายุ 18-64 ปี ต้องมี

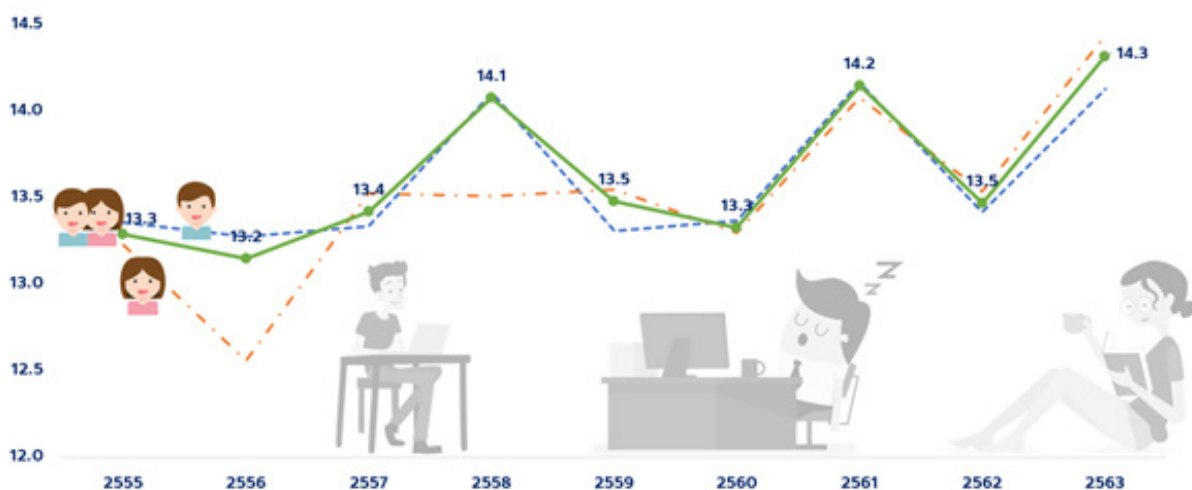
กิจกรรมทางกายระดับหนักสะสมอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับปานกลาง สะสมอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งต้องปฏิบัติต่อเนื่องไม่ ต่ำกว่า 10 นาที

## ระยะเวลาเฉลี่ยในการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสะสมต่อวันของประชากรไทย มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561-2573 ได้กำหนดเป้าหมายระดับประเทศไว้คือให้ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป มีระยะเวลาเฉลี่ยของพฤติกรรมเนือยนิ่งไม่เกิน 13 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งข้อมูลเชิงสถานการณ์จากการสำรวจพฤติกรรมเนือยนิ่งในประชากรไทย ระหว่างปี 2555-2563 แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสะสมต่อวันของประชากรไทยในภาพรวม ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้

โดยปี พ.ศ.2563 มีระยะเวลาเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 14 ชั่วโมง 32 นาที ขณะที่ในปี พ.ศ.2556 มีระยะเวลาเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 13 ชั่วโมง 15 นาที ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า มีเพียงปี พ.ศ.2556 ปีเดียวที่กลุ่มประชากรหญิงมีระยะเวลาเฉลี่ยในการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสะสมต่อวันอยู่ที่ 12 ชั่วโมง 56 นาที หรือต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ 4 นาที (ภาพที่ 5)

**ภาพที่ 5 ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ.2555-2563 (ชั่วโมง:นาที)**



หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2563 เป็นข้อมูลจากการสำรวจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ที่มา:

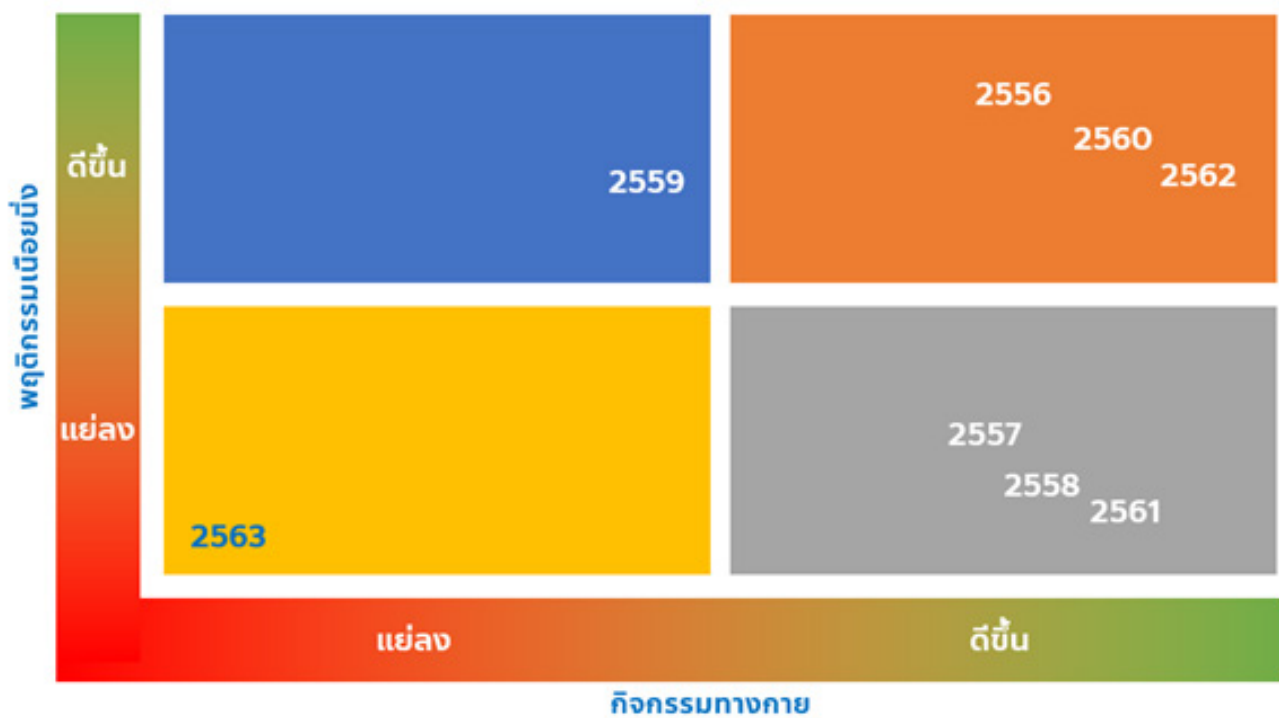
1. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2555-2563
2. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาวะเหนื่อยนิ่งในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 มีระยะเวลาเฉลี่ยสูงมากกว่า 14 ชั่วโมง สอดคล้องกับช่วงที่ประชาชนเก็บตัวอยู่ที่บ้านในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 รูปแบบการใช้ชีวิตแบบนั่ง ๆ นอน ๆ เคลื่อนไหวน้อยระหว่างวันอาจจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้ หากพิจารณาในแง่ความเสี่ยงทางสุขภาพ ระยะเวลาในการมีพฤติกรรมเหนื่อยนิ่งของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง เพราะนอกเหนือจากตัวเลขระยะเวลาที่ติดตัวห่างจากเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายแล้ว ข้อมูลจากการสำรวจบ่งชี้ว่า ในปีที่ระยะเวลาเฉลี่ยลดลงนั้นเวลาจะลดลงประมาณ 10-20 นาที ขณะที่ปีที่เพิ่มขึ้น เวลาจะเพิ่มขึ้นถึง 30-40 นาที ซึ่งเป็นรูปแบบของการถอยลดแล้วพุ่งสูงขึ้นเพื่อเพิ่มค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ (Moving Average) หากสถานการณ์ยังคงเป็นเช่นนี้คาดว่า

ภายในเวลา 10 ปีข้างหน้า ระยะเวลาเฉลี่ยพฤติกรรมเหนื่อยนิ่งของคนไทยอาจเพิ่มสูงถึง 15 ชั่วโมง อันจะนำมาซึ่งอุบัติการณ์ของโรคในกลุ่ม NCDs ในประเทศไทยที่ทวีความรุนแรงมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

เมื่อพิจารณาลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเหนื่อยนิ่งของประชากรไทย เห็นได้ว่าการเพิ่มขึ้นของระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพออาจไม่ช่วยให้ระยะเวลาเฉลี่ยของพฤติกรรมเหนื่อยนิ่งลดลง เช่น ปรากฏการณ์ในปี พ.ศ.2557-2558 และ ปี พ.ศ.2561 ที่พบว่าในปีดังกล่าวการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีการเพิ่มขึ้น ในขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยของพฤติกรรมเหนื่อยนิ่งก็เพิ่มขึ้นเช่นกันและในปีพ.ศ.2559ระยะเวลาเฉลี่ยของพฤติกรรมเหนื่อยนิ่งลดลง แต่การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอก็ลดลงด้วยเช่นกัน (ภาพที่ 6)

**ภาพที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย  
และพฤติกรรมเนือยนิ่ง ระหว่างปี 2555-2563**





---

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. [online] 30 November 2010. [sited on 11 Jan 2021] from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>
2. โครงการสุขภาพคนไทย. 2563. หมวดตัวชี้วัด “สุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย” (หน้า 18-19). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และ กรรณกพงษ์ประดิษฐ์. ฟันกิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤตโควิด-19: Regenerating physical activity in Thailand after COVID-19 pandemic. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563.
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. จัปตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2564 [ออนไลน์] ธันวาคม 2563 [อ้างเมื่อ 23 ธันวาคม 2563] จาก <https://thaihealthwatch.thaihealth.or.th/assets/file/thaihealth%20watch%202021.pdf>



## สุขภาพจิต



### คาดการณ์ประชากรทั่วโลก 1 ใน 4 มีปัญหาจิตเวชช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต

ปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตนั้น เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

สถานการณ์ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเวชเข้าถึงบริการรักษาแล้ว 2 ล้าน 6 แสนกว่าคน สุขภาพจิตของวัยรุ่นไทย จากงานวิจัยเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้สำรวจข้อมูลจากวัยรุ่นอายุระหว่าง 11-19 ปีทั่วประเทศจำนวนทั้งสิ้น 5,345 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน พ.ศ.2561 ก่อนจะได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจว่าวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีมากถึง 2 ใน 3 ที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็นซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 49.8 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 13.2 ซึมเศร้ามากร้อยละ 3.2 และซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 0.7 โดยเพศหญิงจะมีความเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ผลการสำรวจยังพบว่าความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายที่น่าสนใจว่าวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างเคยคิดอยากตายร้อยละ

20.5 เคยคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 6.4 รวมทั้งยังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายโดยวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายมีโอกาสจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายถึงเกือบสิบเท่า ทั้งนี้สาเหตุของการเป็นโรคซึมเศร้าจากข้อความระบายอารมณ์บนโลกออนไลน์ พบว่าเรื่องความสัมพันธ์มาเป็นอันดับหนึ่งที่มี 55,828 ข้อความ ตามมาด้วยการเรียน 12,302 ข้อความ ความรุนแรง 6,884 ข้อความ ปัญหาทางเศรษฐกิจ 3,534 ข้อความ การกลั่นแกล้ง 3,427 ข้อความ หน้าที่การงาน 2,483 ข้อความ และอื่นๆ เช่น การโดนละเมิด 82 ครั้ง นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการกลั่นแกล้งรังแกกัน (Bully) ในโรงเรียนโดยสาเหตุของการถูกกลั่นแกล้งมากที่สุดคือ 'รูปลักษณ์' ทั้งหน้าตา รูปร่าง ความอ้วน ร้อยละ 39 'ผิวพรรณ' เช่น ผิวดำ สีผิว ร้อยละ 23 เรียนไม่เก่ง ร้อยละ 18 เพศ ร้อยละ 10 โดยพบกลุ่มชายรักชายมีส่วนการถูกข่มเหงรังแกมากที่สุดและอื่น ๆ เช่น ศาสนาสำเนียง/ภาษา/การพูดจาแนวทางการเงินอีกร้อยละ 10 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561)

## ผลสำรวจ ไทยมีความเครียดสูงเป็นอันดับ 5 จาก 23 ประเทศ

จากรายงานผลการสำรวจ เรื่อง “คะแนนสุขภาพและความเป็นอยู่แบบ 360° ประจำปี 2019 หรือ “2019 Cigna 360 Well-Being Survey” ของซีกน่า ประกันภัย ซึ่งจัดทำต่อเนื่องกว่า 4 ปีแล้ว โดยสำรวจพฤติกรรมผู้คนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเป็นอยู่ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านครอบครัว ด้านการเงิน และด้านการทำงาน จากกลุ่มตัวอย่างใน 23 ประเทศทั่วโลก อาทิ สหรัฐฯ ออสเตรเลีย, นิวซีแลนด์, ชาอูดีอาระเบีย, แคนาดา, เม็กซิโก, บราซิล, สเปน, ไต้หวัน, ฮ่องกง ฯลฯ รวมทั้ง ไทย ระบุว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความเครียดสูงเป็นอันดับ 5 ของโลก จากทั้ง 23 ประเทศที่ทำการสำรวจในครั้งนี้ และ 91 เปอร์เซ็นต์ ยอมรับว่าตนเองมีความเครียด โดยค่าเฉลี่ยสูงกว่าทั่วโลกซึ่งอยู่ที่ 84 เปอร์เซ็นต์ คนไทยวัยทำงาน 81 เปอร์เซ็นต์ มีความเครียดเพิ่มสูงขึ้นโดยไม่รู้ตัว เพราะอยู่ในวัฒนธรรมการทำงานที่ต้องตื่นตัวตลอดเวลา ซึ่งความเครียดในสถานที่ทำงานจะส่งผลเชิงลบต่อประสิทธิภาพการทำงาน และนำไปสู่บรรยากาศการทำงานที่น่าหดหู่มากขึ้น อีกทั้ง ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลต่อสุขภาพเกิดการเจ็บป่วยได้มากขึ้น พบว่าในกลุ่มคนที่มีความเครียดมีส่วนป่วย

เป็นโรคหัวใจสูงถึง 20 เปอร์เซ็นต์ หากเทียบกับคนทั่วไปที่ไม่ได้เผชิญกับภาวะความเครียด ซึ่งมีโอกาสป่วยเป็นโรคหัวใจ 9 เปอร์เซ็นต์ กลุ่มพนักงานออฟฟิศกำลังเผชิญปัญหาในการทำงาน เรียกว่า “Presenteeism” หรือการมาทำงานแม้จะเจ็บป่วย ทั้งที่สภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อม เนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น ความกังวลเกี่ยวกับความมั่นคงของงาน (Job security) จำนวนงานที่มากเกินไป (Overloaded work) วัฒนธรรมองค์กร (Work culture) ที่อาจกดดันให้พนักงานต้องแสดงความทุ่มเท หรือแม้แต่การไม่ยอมรับความจริงของตัวพนักงานเอง (Denial) ที่ทำให้ฝืนร่างกายตนเองเข้ามาทำงาน โดยคนไทยช่วงอายุระหว่าง 35 - 49 ปี หรือที่เรียกว่า “กลุ่มแซนด์วิชเจเนอเรชั่น” ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาระหน้าที่ต่าง ๆ ทั่วช่วงวัยอื่น ๆ ต้องรับมือกับปัญหาในชีวิตทุก ๆ ด้าน กำลังเผชิญกับความสับสนเสี่ยงปัญหาด้านสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวัน จากข้อมูลข้างต้น คนไทย 91 เปอร์เซ็นต์ ยอมรับว่ามีความเครียด แต่มีเพียง 13 เปอร์เซ็นต์ เท่านั้นที่เข้าพบนักจิตวิทยา หรือ จิตแพทย์ เพื่อปรึกษาปัญหาความเครียดของตนเอง

## ภาพที่ 1 2019 Cigna 360 Well-Being Survey



ที่มา : รายงานผลการสำรวจ เรื่อง คะแนนสุขภาพและความเป็นอยู่แบบ 360 ประจำปี 2019

### ภาวะสุขภาพจิตของคนไทย

ผลการศึกษาแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561 ผลการสำรวจพบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับสุขภาพจิตของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ 31.6 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน) ที่แสดงระดับสุขภาพจิต และแนวโน้มระดับสุขภาพจิตคนไทย จาก ผลการสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2561 (ยกเว้นปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 ที่ไม่มีการสำรวจ)

และเมื่อจำแนกสุขภาพจิตคนไทยตามองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน โดย

แปลงค่าคะแนนเต็มขององค์ประกอบแต่ละด้าน เป็น 100 คะแนน พบว่า กลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) มีคะแนนสมรรถภาพจิตใจและคุณภาพจิตใจต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นแต่มีคะแนนปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีคะแนนความรู้สึที่ดีและคุณภาพจิตใจสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นแต่มีคะแนนปัจจัยสนับสนุนทางสังคมต่ำที่สุด

### วัยรุ่นและเยาวชน มีคะแนนสุขภาพจิต ต่ำกว่าคนกลุ่มอื่น ๆ และมีความเครียดและวิตกกังวลเกือบร้อยละ 50

วัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีระดับสุขภาพจิตต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มช่วงอายุอื่น โดยรวมมีคะแนน 31.2 (เต็ม 45 คะแนน) ดังปรากฏในภาพที่ 2 ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของประเทศที่มีคะแนนอยู่ที่ 31.6 และพบว่าวัยรุ่นและเยาวชนในภาคเหนือ มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำที่สุดที่ 30.4 คะแนน และจากแนวโน้มของคะแนนสุขภาพจิต จะพบว่าสัดส่วนผู้ที่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีแนวโน้มดีขึ้นในปี 2554 แต่กลับแย่ลงในปี 2562 และ พบว่าคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปลดลงจากร้อยละ 29.7 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 19.8 ในปี 2561 ปัญหาที่วัยรุ่นและเยาวชน พบจากประเด็นที่โทรปรึกษา

สายด่วน กรมสุขภาพจิต 1323 ซึ่งเป็น ส่วนมากเป็นเรื่อง ความเครียดหรือสายด่วนที่ให้บริการประชาชน ด้านการ วิตกกังวล ปัญหาความรัก ตามด้วยให้คำปรึกษาปัญหา สุขภาพจิต พบว่า ปัญหาซึมเศร้า ดังปรากฏในภาพที่ 3

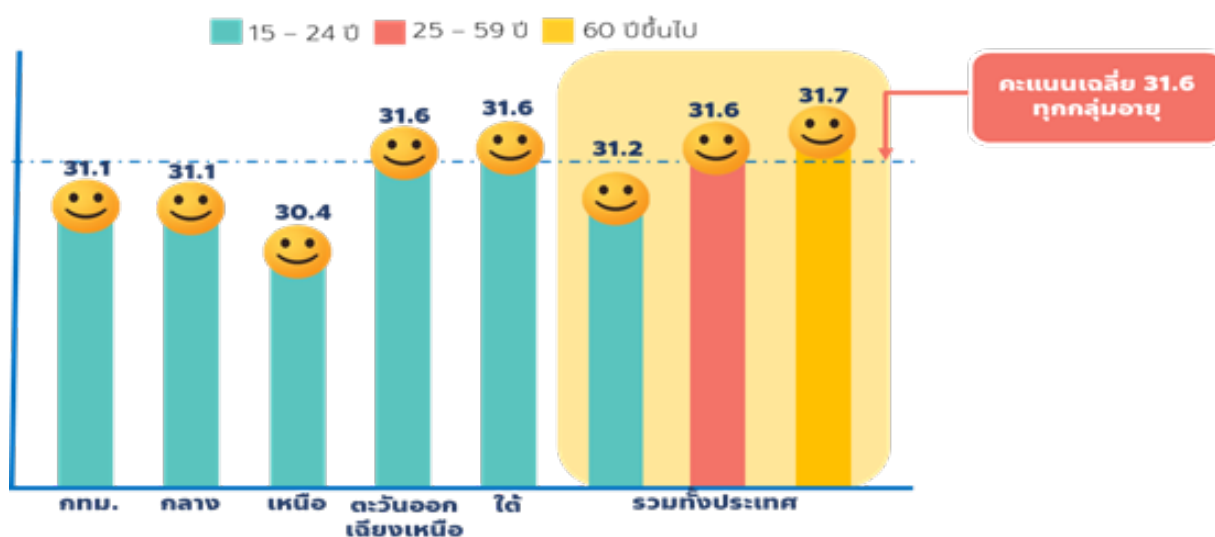
## ภาพที่ 2 คะแนนสุขภาพจิต จำแนกตามภาคและกลุ่มอายุ ปี พ.ศ.2561



ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

## ภาพที่ 3 10 อันดับปัญหาสุขภาพจิตที่โทรปรึกษาสายด่วน 1323

คะแนนสุขภาพจิต จำแนกตามภาคและกลุ่มอายุ ปี 2561



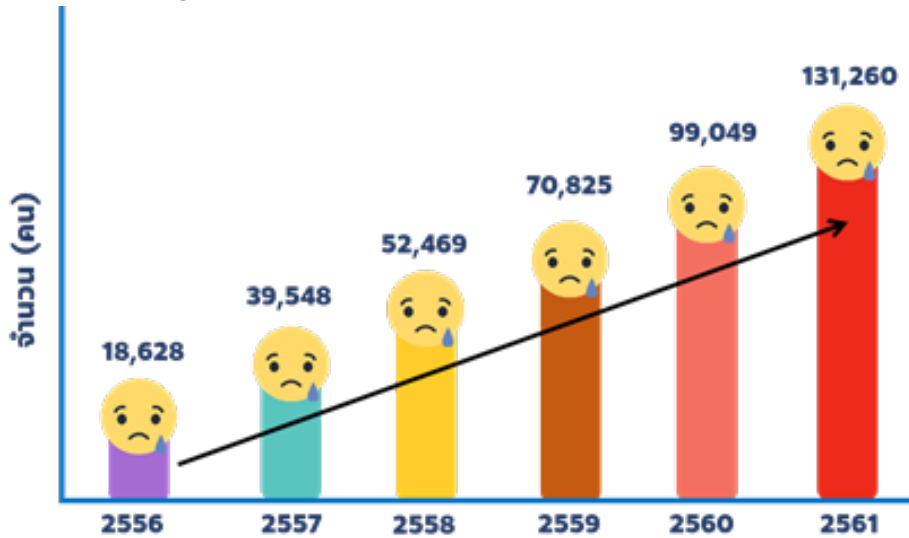
หมายเหตุ : อายุ 15 – 21 ปี

ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

## แนวโน้มการเข้าถึงบริการเพิ่มสูงขึ้น ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุระหว่าง 15-24 ปี

การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 – 24 ปี ในปี 2556 มี จำนวน 18,628 คน และมีแนวโน้มการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกๆปี โดยในปี พ.ศ.2561 พบว่าการเข้าถึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็น 131,260 คน ดังปรากฏในภาพที่ 4

**ภาพที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 15 – 24 ปี ที่เข้าถึงบริการ**



ที่มา : รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2561, กระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ใช้ชีวิต ทำให้อาจจะเกิดความเครียด (โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง) และขัดแย้งระหว่างคนที่อยู่ในพื้นที่กับ พบว่ามีเสียงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน ประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามา และ 27,601 คน ได้รับการส่งต่อเพื่อ นักท่องเที่ยว ซึ่งอาจทำให้ปัญหาสุขภาพจิต ประเมินซึมเศร้าและดูแลช่วยเหลือทาง เพิ่มขึ้นซึ่งในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจ สังกมจิตใจ จำนวน 24,564 คน คิดเป็น พิเศษ พบอัตราป่วยด้วยโรคจิตกักจวล ร้อยละ 88.99 (กรมสุขภาพจิต, 2562) โรคจิต โรคซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย อยู่ นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ระหว่าง 245.3-615.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2555-2558 ซึ่งสูงกว่าค่าประเทศยกเว้นพ.ศ.2558 ส่วนหนึ่งมาจากการเปิดเขตพัฒนา ที่ต่ำกว่าค่าประเทศและพบอัตราฆ่าตัวตาย เศรษฐกิจพิเศษและประชาคมอาเซียน อยู่ที่ 7.0 ต่อประชากร 100,000 คน ก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชากรและ ใน พ.ศ. 2555-2557 โดยสูงกว่าค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม ตลอดจนการ ประเทศเล็กน้อย โดยจังหวัดเชียงราย



และตาคมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าค่า ประเทศประมาณ 1.6 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2561)

## แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จ ที่เพิ่มสูงขึ้น

สถิติของการฆ่าตัวตายสำเร็จในคนไทย รายงานล่าสุดของกรมสุขภาพจิต ปี 2563 ตั้งแต่เดือนมกราคม-สิงหาคม พบว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2,810 ราย ซึ่งเป็นอัตราที่สูงขึ้นจากปี 2561-2562 ถึงร้อยละ 17.9 โดยข้อมูล ปี 2562 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2,382 ราย อัตราเฉลี่ยที่ 6.3 รายต่อแสนประชากร โดยคาดว่าสิ้นปี 2563 จะมีอัตราเฉลี่ยที่ 7-8 รายต่อแสนประชากร ช่วงอายุ เฉลี่ยประมาณ 20-40 ปี ซึ่งสาเหตุ การฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดจากสาเหตุใด สาเหตุเดียวแต่เกิดจากหลายปัจจัยเข้ามา เกี่ยวข้อง แต่สาเหตุหลัก คือ

1. สัมพันธภาพในครอบครัว การ ทะเลาะเบาะแว้ง ร้อยละ 51
2. ปัญหาความเครียดจากเศรษฐกิจ ร้อยละ 36
3. ปัญหาความเครียดจากการเจ็บป่วย เรื้อรัง ร้อยละ 30
- และ 4. ปัญหาการติดแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22

ทั้งนี้ในช่วงต้นปี ปัญหาความเครียด จากเศรษฐกิจเป็นสาเหตุลำดับที่ 4 แต่เมื่อมีวิกฤตโควิด-19 ที่มีผลกระทบ

ในด้านเศรษฐกิจ ทำให้สาเหตุดังกล่าว นำหน้าขึ้นมาอยู่ในลำดับที่ 2 และยังเป็น ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพ ในครอบครัวอีกด้วย

## สถานการณ์ COVID-19 ส่งผลต่อความวิตกกังวล เรื่องเรียนของเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะนักเรียนกลุ่มยากจนและ ครอบครัวเปราะบาง

จากสถานการณ์โรค COVID-19 ที่มีการแพร่ระบาด ส่งผลกระทบต่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของทุกคนใน ประเทศไทยและทั่วโลก ไม่เพียงแต่ผู้ใหญ่ เท่านั้นที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ การแพร่ระบาด เด็ก ๆ ต้องเก็บตัว อยู่ที่บ้าน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบ การเรียนสร้างความกังวลในหลายมิติ ซึ่งจากการสำรวจเด็กและครอบครัว จำนวน 6,000 ครอบครัวในประเทศ สหรัฐอเมริกาและบางประเทศในทวีป ยุโรป พบว่า มีเด็กถึงร้อยละ 76 รู้สึก วิตกกังวล โดยสาเหตุความวิตกกังวล เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเรียน และกลัว คนรอบข้างและตนเองจะติดเชื้อ อีกทั้ง จากมาตรการการควบคุมการแพร่กระจาย ของโรคระบาด COVID-19 ทำให้ กระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายใน การปิดโรงเรียนของรัฐและเอกชน ทั่วประเทศรวมถึงโรงเรียนกวดวิชา ทุกแห่ง ส่งผลให้เด็กและเยาวชนทั้ง ประเทศต้องอยู่บ้านและส่วนหนึ่งต้อง

ใช้การศึกษาออนไลน์มาเป็นวิธีในการที่จะทำให้ระบบการเรียนการสอนยังคงดำเนินต่อไป เมื่อโรงเรียนปิด เด็กและเยาวชนจึงมีโอกาสด้านการเรียนรู้อดลง และขาดพัฒนาการทางสังคมตามช่วงวัย ผลกระทบนี้ส่งผลอย่างมากต่อกลุ่มเด็กกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มเด็กด้อยโอกาสมากกว่าเด็กและเยาวชนทั่วไป

และจากการสำรวจที่ทำโดยองค์การยูนิเซฟ ร่วมกับสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย ในโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์วันที่ 27 มีนาคม ถึง 6 เมษายน 2563 จากเด็กและเยาวชนอายุ 6 ปี ถึง 25 ปีขึ้นไป จำนวน 6,771 คนทั่วประเทศ พบว่าผลกระทบเกิดกับเด็กทุกกลุ่มแต่น่าจะมีความรุนแรงเป็นพิเศษต่อนักเรียนในกลุ่มยากจนครอบครัวเปราะบาง มีปัญหาความรุนแรงยาเสพติดนักเรียนกลุ่มการศึกษาพิเศษ นักเรียนผู้พิการ ผู้มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในด้านต่าง ๆ ที่ต้องการการดูแลจากครูอย่างใกล้ชิด สาเหตุความวิตกกังวลในเด็กและเยาวชนไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากเรื่องสถานการณ์เงินของครอบครัว โอกาสในการเรียน และกังวลเรื่องการติดเชื้อไวรัส อีกทั้งกังวลต่อการถูกทารุณกรรมทำร้ายร่างกาย เนื่องจากครอบครัว

ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ปกครองมีความเครียดสูงขึ้น ร่วมกับการอยู่บ้านด้วยกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้โอกาสที่ผู้ปกครองหรือผู้ใหญ่ในบ้านจะใช้อารมณ์ในการลงโทษเด็กอย่างรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นได้ อีกประการหนึ่งเด็ก ๆ จะเข้าสู่สังคมออนไลน์มากขึ้น มีความเสี่ยงในการถูกชักจูง ล่อลวงจากผู้ไม่หวังดีที่แฝงมาในสังคมออนไลน์ได้เพิ่มมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: บริษัท ละม่อม จำกัด, 2562.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ประชาสัมพันธ์กรมสุขภาพจิต. [ออนไลน์] 2563. [อ้างเมื่อ 10 มกราคม 2564] จาก [www.prdmh.com/60](http://www.prdmh.com/60)
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580).
5. การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 2554 และ 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
6. จุฬภฏ พรหมสีดา (สัมภาษณ์, 18 กันยายน 2563) [ออนไลน์] 2563. [อ้างเมื่อ 10 มกราคม 2564] จาก [https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news\\_2354463](https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_2354463)
7. แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 2563.
8. สุขภาพคนไทย 2563 : สองทศวรรษ ปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. -- พิมพ์ครั้งที่ 1. -- นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. [ออนไลน์] 2559. [อ้างเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2563] จาก <http://www.nso.go.th>
10. 2563 คนไทยเครียดเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายรักษาพุ่ง 21.5 หมื่นล้าน. (ธันวาคม 2562). ผู้จัดการออนไลน์. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 10 มกราคม 2564] จาก <https://mgronline.com/daily/detail/9620000123415>

# มลพิษทางอากาศ (สิ่งแวดล้อม)



## มลพิษทางอากาศ มีส่วนทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร 7 ล้านคนต่อปี

จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.2559 พบว่า ปัญหามลพิษทางอากาศ มีส่วนทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร 7 ล้านคนต่อปี โดยร้อยละ 91 ของประชากรโลกอาศัยอยู่ในเขตที่คุณภาพอากาศเลวร้ายกว่าเกณฑ์ปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้

และในประเทศที่พัฒนาน้อยกว่า มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 98 ที่หายใจเอาอากาศพิษเข้าไป ส่งผลให้มลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ปีละ 600,000 คน

## PM2.5 ส่งผลกระทบต่อการอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิต

องค์การอนามัยโลกเสนอให้ค่าเฉลี่ยรายปีของ PM2.5 ไม่เกิน 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรโดยเป็นเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของมนุษย์จากฝุ่นละอองชนิดนี้ต่ำที่สุด ขณะที่แนะนำว่าไม่มีการสัมผัสในระดับใดที่ปลอดภัยจากผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งนี้ องค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดดัชนีคุณภาพอากาศจากการ

เปลี่ยนความเข้มข้นของมลพิษ PM2.5 เป็นตัวเลขที่ไม่มีหน่วย 0-500 ตามรหัสสีเพื่อนำเสนอระดับอันตรายต่อสุขภาพแบบง่าย ๆ ช่วงดัชนี “ดี” (ต่ำกว่า 12 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) เทียบกับค่าเฉลี่ยรายปีตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก (ต่ำกว่า 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1: ดัชนีคุณภาพอากาศขององค์กรพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งสหรัฐอเมริกา (US Air Quality Index)**

ดัชนีคุณภาพอากาศ (AQI)		PM2.5 (µg/m³)	คำแนะนำด้านสุขภาพ (สำหรับการสัมผัสเฉลี่ย 24 ชั่วโมง)
	ดี	0-50	คุณภาพอากาศน่าพึงพอใจและมีความเสี่ยงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย
	ปานกลาง	51-100	ผู้ที่อ่อนไหวควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้ง เพราะอาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ
	ไม่ปลอดภัยในกลุ่มอ่อนไหว	101-150	ประชาชนทั่วไปและโดยเฉพาะผู้อ่อนไหว มีความเสี่ยงต่อการระคายเคืองและมีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ
	ไม่ปลอดภัย	151-200	ผลกระทบเชิงลบมีโอกาสเพิ่มสูงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อหัวใจและปอดในประชาชนทั่วไป
	ไม่ปลอดภัยอย่างยิ่ง	201-300	จะสังเกตเห็นผลกระทบในคนทั่วไปอย่างชัดเจน กลุ่มผู้อ่อนไหวควรงดกิจกรรมกลางแจ้งอย่างเข้มงวด
	อันตราย	301+	คนทั่วไปมีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาการระคายเคืองอย่างรุนแรง และมีผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพ ทุกคนควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้ง

ที่มา: 2019 World Air Quality Report Region & City PM2.5 Ranking

ฝุ่น PM2.5 คือ ฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน หรือเล็กกว่าเส้นผมของมนุษย์ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าจนจมูกไม่สามารถกรองได้ การสูดเอา ฝุ่น PM2.5 เข้าไปในร่างกายจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เพราะสามารถเดินทางผ่านทางเดินหายใจสูดปอด กระแสเลือด แทรกซึมกระบวนการทำงานในอวัยวะต่าง ๆ ได้ง่าย เพิ่มโอกาสของโรคหัวใจและโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดในสมอง และในปี พ.ศ.2556 องค์การอนามัยโลกยังจัดให้ PM2.5 อยู่ในกลุ่ม สารก่อมะเร็ง ทำให้มีโอกาส

เป็นโรคมะเร็งปอดอีกด้วยรวมทั้งองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่ามลพิษทางอากาศทั่วโลกมีผลกระทบต่อผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ดังนี้ ร้อยละ 17 ของการเสียชีวิตและโรคจากการติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันทั้งหมด ร้อยละ 24 ของการเสียชีวิตและโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ร้อยละ 25 ของการเสียชีวิตและโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมด ร้อยละ 29 ของผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดทั้งหมด และร้อยละ 43 ของการเสียชีวิตและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด

## **ปัญหามลพิษทางอากาศของประเทศไทยอยู่อันดับที่ 28 ของโลก และอันดับที่ 4 ของกลุ่มประเทศอาเซียน**

ค่ามาตรฐาน PM2.5 ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ มี 4 ระดับ ได้แก่ 35 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร 25 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร 15 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และ 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาของประเทศ) ในขณะที่ค่ามาตรฐานของประเทศไทยอยู่ที่ 25 และ 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ประเทศกำลังพัฒนา) ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 นั้น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ PM2.5 อยู่ในกลุ่มที่ 1 ของสารก่อมะเร็ง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 เป็นสาเหตุให้ 1 ใน 8 ของประชากรโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

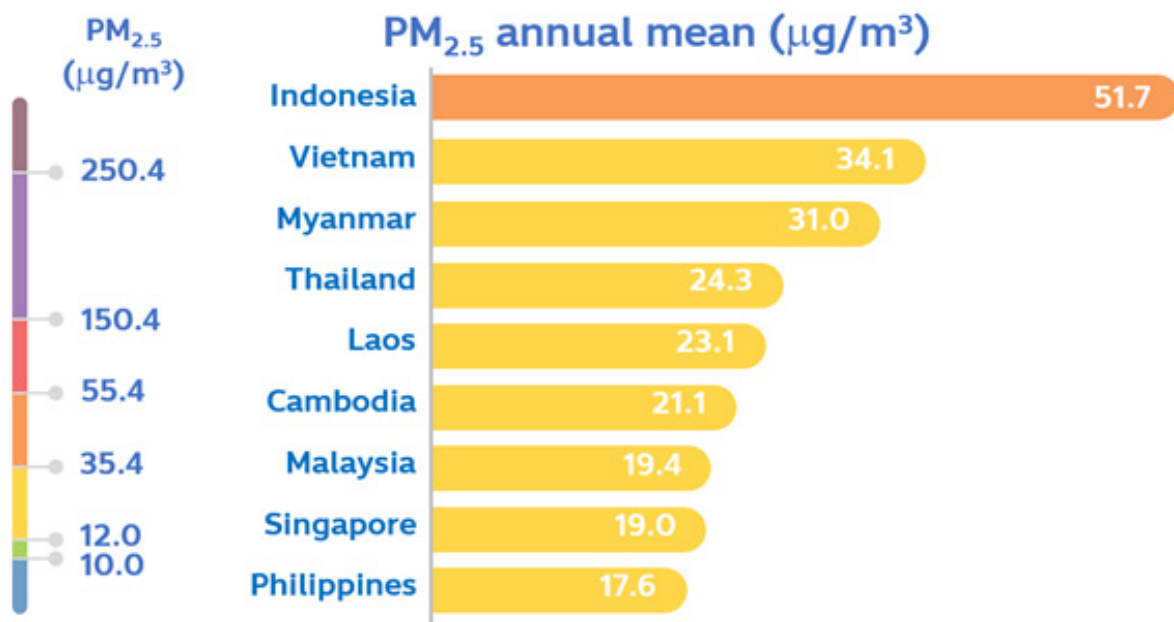
ในส่วนของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นทั่วโลก ปี พ.ศ.2562 ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ย PM2.5 ในอันดับที่ 28 จาก 98 ประเทศ โดยมีค่า PM2.5 ที่ 24.3 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ลดลง 5 อันดับ จากอันดับที่ 23 จาก 73 ประเทศ ในปี พ.ศ. 2561 (26.4 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ในขณะที่หากเปรียบเทียบเป็นรายจังหวัด/เมือง ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 33 โดยจังหวัดที่มีค่า PM2.5 โดยเฉลี่ยสูงที่สุดคือ กรุงเทพฯ (22.8 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ลดลงจากอันดับที่ 24 ในปี พ.ศ. 2561 (25.2 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร)



ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย PM2.5 ในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่า ค่าเฉลี่ย PM2.5 ของประเทศไทย (24.3) อยู่ในลำดับที่ 4 รองจากอินโดนีเซีย (51.7) เวียดนาม (34.1) และเมียนมา (24.3) เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัด/เมือง มีเพียง ร้อยละ 3.2 ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของ

องค์การอนามัยโลก โดยเมืองที่มีค่าเฉลี่ย PM2.5 สูงที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียน คือ South Tangerang ประเทศอินโดนีเซีย (81.3) ส่วนเมืองที่อากาศดีที่สุดคือ Calamba ประเทศฟิลิปปินส์ (4.0) (รูปที่ 1)

**รูปที่ 1: PM2.5 Southeast Asia Ranking 2019**



ที่มา: 2019 World Air Quality Report Region & City PM2.5 Ranking

### แม้ค่าเฉลี่ย PM2.5 ต่อปีของเมืองจะดีขึ้นในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา แต่กรุงเทพฯ ยังคงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเป้าหมายของ WHO ถึงสี่เท่า

หากจะเปรียบเทียบจำนวน สถานีวัดคุณภาพอากาศทั่วโลก พบว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสถานีวัดคุณภาพอากาศมากที่สุด โดยเฉพาะใน กรุงเทพฯ ที่มีสถานีวัดคุณภาพอากาศมากถึง 160 แห่ง แต่ค่าเฉลี่ย PM2.5 ต่อปีของกรุงเทพฯ ยังคงมากกว่า เป้าหมายของ WHO ถึงสี่เท่า

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยจังหวัด/อำเภอ ที่มีคุณภาพอากาศแย่มากที่สุดของ ประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 พบว่า นครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีค่าเฉลี่ย PM2.5 สูงที่สุด (42.2) รองลงมาคือ อำเภอสารภี (41.3) อำเภอปาย (38.9) อำเภอหางดง (38.0) เชียงราย (37.0) และอำเภอแม่ริม (36.9) และอำเภอเมือง



ลำพูน (36.9) ในขณะที่จังหวัด/อำเภอ  
ที่มีคุณภาพอากาศดีที่สุดในประเทศไทย  
ปี พ.ศ.2561 ได้แก่ ภูเก็ต (11.4)

สาเหตุการเกิด PM2.5 คาดว่า  
จะมีสาเหตุมาจาก 1) ควันพิษจากการ  
จราจรและการคมนาคม ปัจจุบันในกรุงเทพ  
มีจำนวนรถยนต์เพิ่มมากขึ้น โดยควัน  
ที่เกิดจากท่อไอเสียรถยนต์เป็นสาเหตุหลัก  
ที่ปล่อย PM2.5 2) ควันและฝุ่นจากการ  
เผา แม้ว่ากรุงเทพไม่ได้มีพื้นที่เกษตร  
ที่จะทำให้เกิดการเผาได้แต่เป็นเพราะจังหวัด  
ใกล้เคียงและประเทศเพื่อนบ้านที่เผา  
เพื่อทำการเพาะปลูกประกอบกับกระแสลม  
ที่พัดเอาควันเหล่านั้นเข้ามาทำให้อากาศ  
แย่ลง และ 3) ฝุ่นละอองจากภาค  
อุตสาหกรรมและการก่อสร้าง ในปีนี้มี  
การก่อสร้างเส้นทางรถไฟฟ้ามากถึง  
3 สายตามเส้นทางหลัก นอกจากนั้น  
ยังมีการสร้างที่อยู่อาศัย ทำให้เกิดฝุ่น  
ละอองในอากาศจำนวนหนึ่ง

ทั้งนี้ มลพิษทางอากาศส่วนใหญ่  
ขึ้นอยู่กับฤดูกาล โดยจะสูงสุดในช่วง  
ฤดูแล้งตั้งแต่เดือนธันวาคมถึง  
เมษายน แหล่งที่มาของการปล่อยมลพิษ  
ที่สำคัญในเขตปริมณฑล เช่น  
กรุงเทพมหานครได้แก่การขนส่งที่ไม่มี  
ประสิทธิภาพ การขนส่งที่ใช้เชื้อเพลิง  
ดีเซล โรงงานและการก่อสร้าง และ  
ผลกระทบข้ามพรมแดนตามฤดูกาล  
จากจังหวัดและประเทศใกล้เคียง ส่งผล  
ให้ต้องปิดโรงเรียนหลายร้อยแห่งใน  
กรุงเทพฯ เนื่องจากปัญหามลพิษทาง  
อากาศในระดับสูงที่เกิดขึ้นหลายครั้ง  
ในช่วงปีพ.ศ.2562 เพื่อจำกัดการสัมผัส  
กับอากาศเสีย ในขณะที่พื้นที่เกษตรกรรม  
ได้รับมลพิษจากเกษตรกรรมแบบเปิด  
และการเผาขยะพบมากในพื้นที่ภาคเหนือ  
ที่มีการเผาในที่โล่งตั้งแต่เดือน  
กุมภาพันธ์ถึงเมษายน (ตารางที่ 2)

## ตารางที่ 2: ค่าเฉลี่ย PM2.5 ในประเทศไทย จำแนกรายเดือนปี พ.ศ.2562

	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
กทม.	47.4	24.1	27.7	19.0	19.6	9.4	10.2	7.6	20.4	23.2	30.2	34.2
นนทบุรี	70.6	29.4	29.4	19.1	19.2	9.5	10.1	7.6	21.2	25.1	32.9	38.9
นครราชสีมา	42.1	67.9	68.0	41.4	28.3	17.1	15.7	-	-	-	-	32.6
เชียงใหม่	24.4	47.2	98.7	74.1	33.6	7.8	6.8	7.9	15.8	16.8	23.0	33.1
แม่ฮ่องสอน	29.4	46.8	116.1	99.7	21.3	11.5	5.9	4.7	10.1	9.5	13.1	24.6
ขอนแก่น	51.6	67.2	68.6	41.5	29.2	17.4	16.9	15.8	29.6	26.3	31.4	42.6

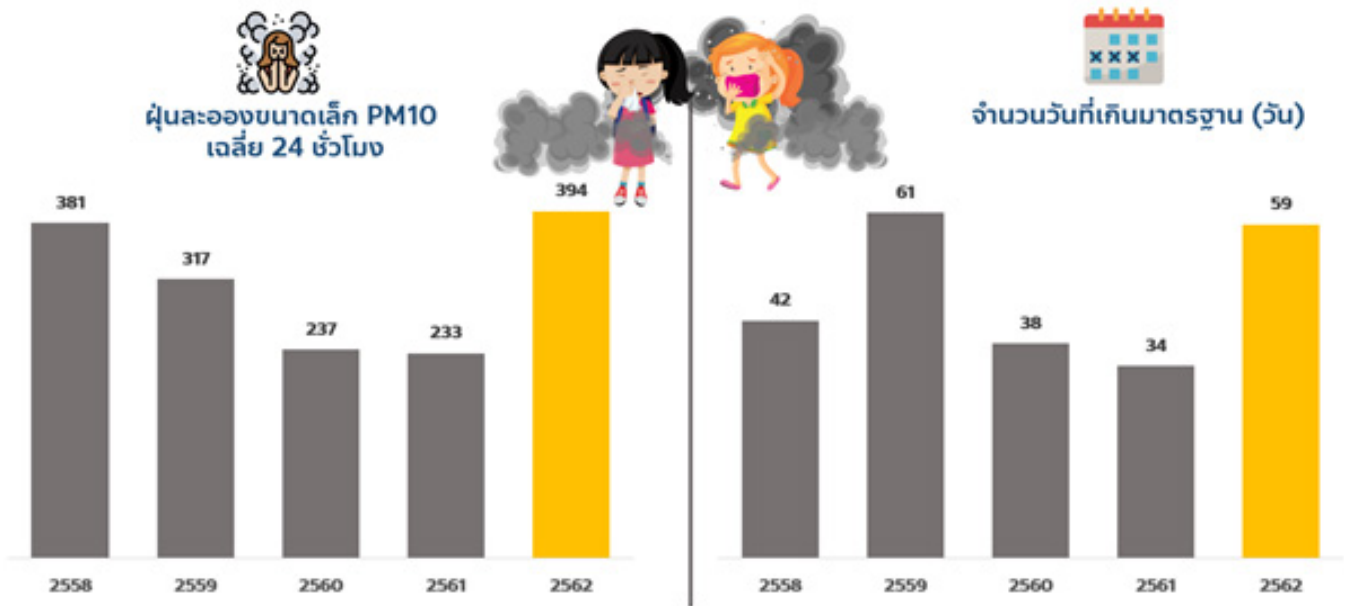
ที่มา: 2019 World Air Quality Report Region & City PM2.5 Ranking

### ปัญหา PM10 และปัญหาหมอกควัน 9 จังหวัดภาคเหนือ เป็นอีกปัญหาที่ต้องเพิ่มความใส่ใจ

จากรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทยปี พ.ศ.2562 พบว่าคุณภาพอากาศในพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่วิกฤต ค่า PM2.5 มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ PM10 และปัญหาหมอกควัน 9 จังหวัดภาคเหนือ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปีพ.ศ.2562 สถานการณ์หมอกควันขนาดเล็ก PM10 เฉลี่ย 24 ชั่วโมง มีค่าสูงสุด 394 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เพื่อขึ้นจากปีพ.ศ.2561 (233 ไมโครกรัม

ต่อลูกบาศก์เมตร) และมีจำนวนวันที่ฝุ่นเกินค่ามาตรฐานเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 จาก 34 วัน เป็น 59 วัน เนื่องจากประเทศไทยต้องเผชิญกับสภาพอากาศที่แห้งแล้งส่งผลให้มีการลุกลามของไฟอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะเมื่อไฟลุกลามเข้าสู่พื้นที่ป่า ทำให้ยากต่อการเข้าไปดับไฟในพื้นที่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป (รูปที่ 2)

## รูปที่ 2: สถานการณ์ปัญหาหมอกควัน 9 จังหวัดภาคเหนือ ในช่วงปี พ.ศ.2558-2562



ที่มา: รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562

---

## เอกสารอ้างอิง

1. IQAir AirVisual. 2019 World Air Quality Report Region & City PM2.5 Ranking. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 23 ธันวาคม 2563] จาก: <https://www.greenpeace.org/static/planet4-thailand-stateless/2020/02/91ab34b8-2019-world-air-report.pdf>
2. IQAir AirVisual. รายงานสถานการณ์คุณภาพอากาศโลก พ.ศ.2561 การจัดอันดับมลพิษ PM2.5 ของเมืองและภูมิภาคทั่วโลก. [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 10 มกราคม 2564] จาก: <https://www.iqair.com/world-most-polluted-cities>
3. Tada Ratchagit. กลับมาอีกครั้งกับฝุ่น PM 2.5 HR ควรมีมาตรการป้องกันและรับมือให้กับพนักงานอย่างไร. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 5 ธันวาคม 2563] จาก: <https://th.hrnote.asia/tips/th-190118-whatshoulddoforpm25/>
4. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2562. กรุงเทพฯ: บริษัท สไตลส์ครีเอทีฟเอน์เตอร์ไพรส์ จำกัด. 2563.



## ความรู้ด้านสุขภาพ



การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อม เมือง สังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อสุขภาพของประชาชนไทย โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่ยังพบว่าประชาชนไทย มีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ คือ 1) การบริโภคยาสูบ 2) การบริโภคเหล้า 3) การบริโภคอาหารไม่ว่าจะเป็นการบริโภคผัก และผลไม้ไม่บ่อย และการบริโภคหวาน มัน เค็มที่มากเกินไปจนเกิดความต้องการของร่างกาย และ 4) การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการศึกษาภาระโรคที่วัดด้วยจำนวนปีสุขภาพะที่สูญเสียไป (DALY) และอัตราของภาระโรคต่อแสนประชากรของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 15 ปี จาก พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2557 มีจำนวนปีสุขภาพะที่สูญเสียไป (DALY) ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 89.0 (จาก 5.56 เป็น 10.53 ล้าน DALYs) และอัตราของ

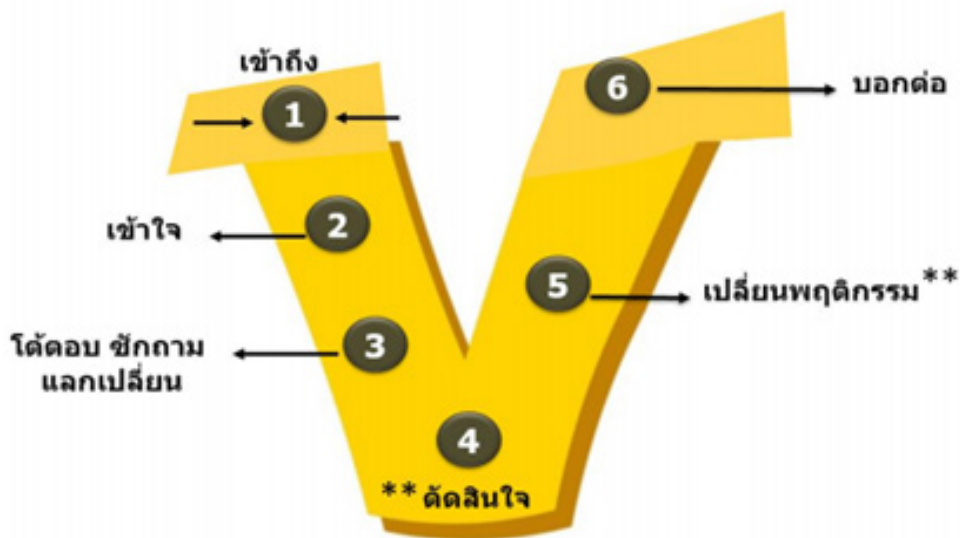
ภาระโรคต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.0 (จาก 9,000 เป็น 16,200 DALYs ต่อแสนประชากร) รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น โดยอายุเฉลี่ย 13-15 ปี และไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประมาณร้อยละ 30 ซึ่งจะนำไปสู่การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เอชไอวี และการท้องไม่พร้อมเพิ่มขึ้น

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของประชาชนไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งการสร้างและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ประชาชนสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวได้ถูกต้องและเหมาะสม

## V-shape กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การพัฒนาแบบสำรวจความ ซักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม รอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย และบอกต่อ (V-shape) เชื่อมโยงกับ ได้ใช้กรอบแนวคิดของกรมอนามัย ที่ 4 ระบบที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ การจัด ประยุกต์จากแนวคิดของDonNutbeam บริการสุขภาพ การคัดกรองและเลือกรับ และยุโรป โดยแบ่งมิติความรอบรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การป้องกันโรค และ สุขภาพออกเป็น เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบ การส่งเสริมสุขภาพ

### รูปที่ 1 กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (V-shape)



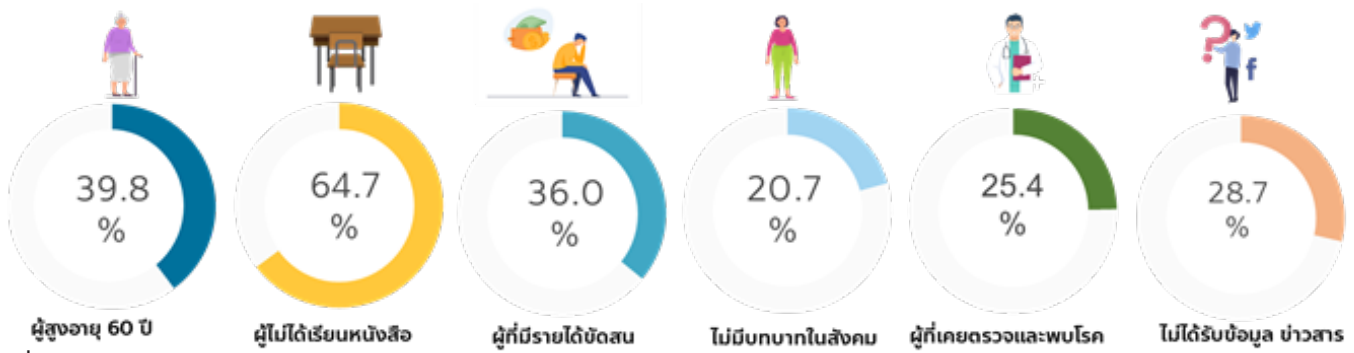
ที่มา: <http://doh.hpc.go.th/bs/issueDisplay.php?id=444&category=E02&issue=HL%20Articles>

### ผู้สูงอายุและกลุ่มคนที่ขาดโอกาสทางการศึกษา สังคมและเศรษฐกิจ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความด้านสุขภาพไม่เพียงพอในการดูแลตนเอง

จากข้อมูลการสำรวจความรอบรู้ รอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอพบมากที่สุด ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี คือ กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี (ร้อยละ 39.80) ขึ้นไป ของกรมอนามัย ปี 2562 พบว่า กลุ่มผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 64.68) คนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้าน กลุ่มผู้ที่มีรายได้ขาดสน (ร้อยละ 36) สุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม กลุ่มผู้ที่ไม่ได้มีบทบาทในชุมชน (ร้อยละ 136 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 65 20.68) กลุ่มผู้ที่เคยตรวจและพบโรค (ร้อยละ 25.43) และกลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับ ของคะแนนเต็มซึ่งคนไทยร้อยละ 19.09 ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (ร้อยละ 28.86) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ทั้งนี้สัดส่วนของคนไทยที่มีความ



## รูปที่ 2 สัดส่วนคนไทยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด



ที่มา: วิมล โรมา (2562)

หมายเหตุ: ข้อมูลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ของกรมอนามัย พ.ศ. 2562

นอกจากนี้คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ในขณะที่คนไทยมีรอบรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านมิติของผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพน้อยที่สุด สำหรับทักษะการเข้าถึง เข้าใจ และซักถาม และการตัดสินใจ พบว่า คนไทยมีคะแนนทักษะในการตัดสินใจมากที่สุด 2.97 คะแนน รองลงมา คือ ทักษะการเข้าใจ 2.9 คะแนน ทักษะการทบทวน-ซักถาม 2.58 คะแนน และการเข้าถึงข้อมูล 2.08 คะแนน ตามลำดับ รวมทั้งพบว่าคนไทยทุกกลุ่มอายุมองว่าการค้นหา การเข้าใจ และการซักถาม ข้อมูลที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับบริการหรือผลิตภัณฑ์หรือเครื่องมือเกี่ยวกับสุขภาพที่ออกมาใหม่ โดยเฉพาะการซักถาม จากอาสาสมัครสาธารณสุขทำได้ยาก

ถึงยากมากที่สุด เมื่อเทียบกับการเข้าถึงเรื่องอื่นๆ ที่อ้างถึง ซึ่งอยู่ในมิติของผลิตภัณฑ์ยาสุขภาพ ส่วนทักษะการตัดสินใจ พบว่า คนไทยทุกกลุ่มอายุมองว่าการตัดสินใจปฏิบัติตามข้อมูล การเกิดเหตุฉุกเฉินได้อย่างมั่นใจทำได้ยากถึงยากมากที่สุด ซึ่งอยู่ในมิติการบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามคนไทยประสบยากลำบากมากที่สุดเมื่อตนเองต้องค้นหาข้อมูล (เข้าถึง)

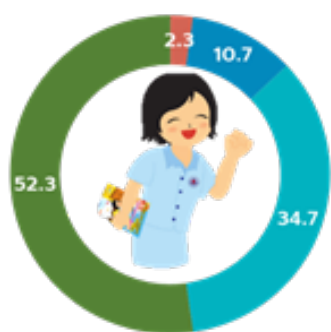
โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประกอบด้วย อายุ 60 ปีขึ้นไป อ่านหนังสือไม่ได้ เขียนไม่คล่อง ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่มีบทบาทในชุมชน ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และมีปัญหาทางการได้ยิน

## อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

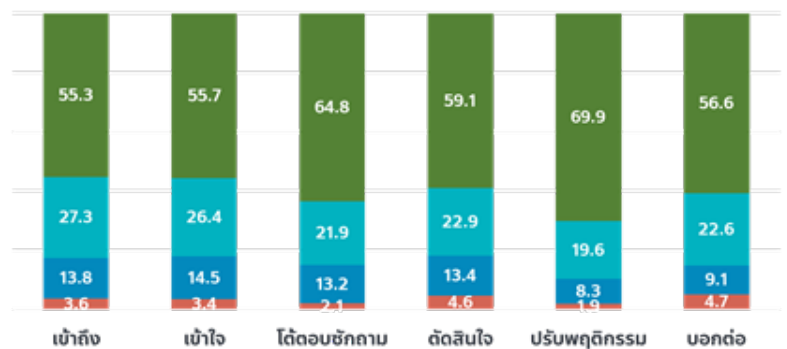
จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ภาพรวมประเทศส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.33 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 34.69 และระดับพอใช้ ร้อยละ 10.73 เมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า อสม.

ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมากทุกองค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ (ร้อยละ 55.29) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (ร้อยละ 55.65) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (ร้อยละ 64.83) การตัดสินใจด้านสุขภาพ (ร้อยละ 59.13) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ร้อยละ 69.90) และการบอกต่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ (ร้อยละ 56.56)

**รูปที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.**



■ ไม่ดี  
■ พอใช้  
■ ดี  
■ ดีมาก



ที่มา: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 5 ประเด็นหลักของ อสม. ภาพรวมประเทศพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 66.67 รองลงมาในระดับดี ร้อยละ 26.65 และระดับพอใช้ ร้อยละ 6.40 จำแนกรายพฤติกรรมสุขภาพตาม 5 ประเด็นหลัก พบว่า อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพ

อยู่ในระดับดีมากทุกพฤติกรรม คือ การบริโภคอาหาร (ร้อยละ 58.35) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 65.23) การไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 82.54) การป้องกันวัณโรค (ร้อยละ 71.81) และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ร้อยละ 71.73)

## รูปที่ 4 ระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 5 ประเด็นหลักของ อสม.



ที่มา: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563)

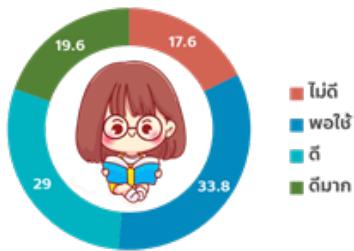
### กลุ่มวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้

จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ในกลุ่มวัยเรียน (อายุ 7-14 ปี) พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มวัยเรียนอายุ 7-14 ปี ภาพรวมประเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 33.83 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 28.96 และระดับดีมาก ร้อยละ 19.63 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มวัยเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ใน 3 องค์ประกอบ คือ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการ

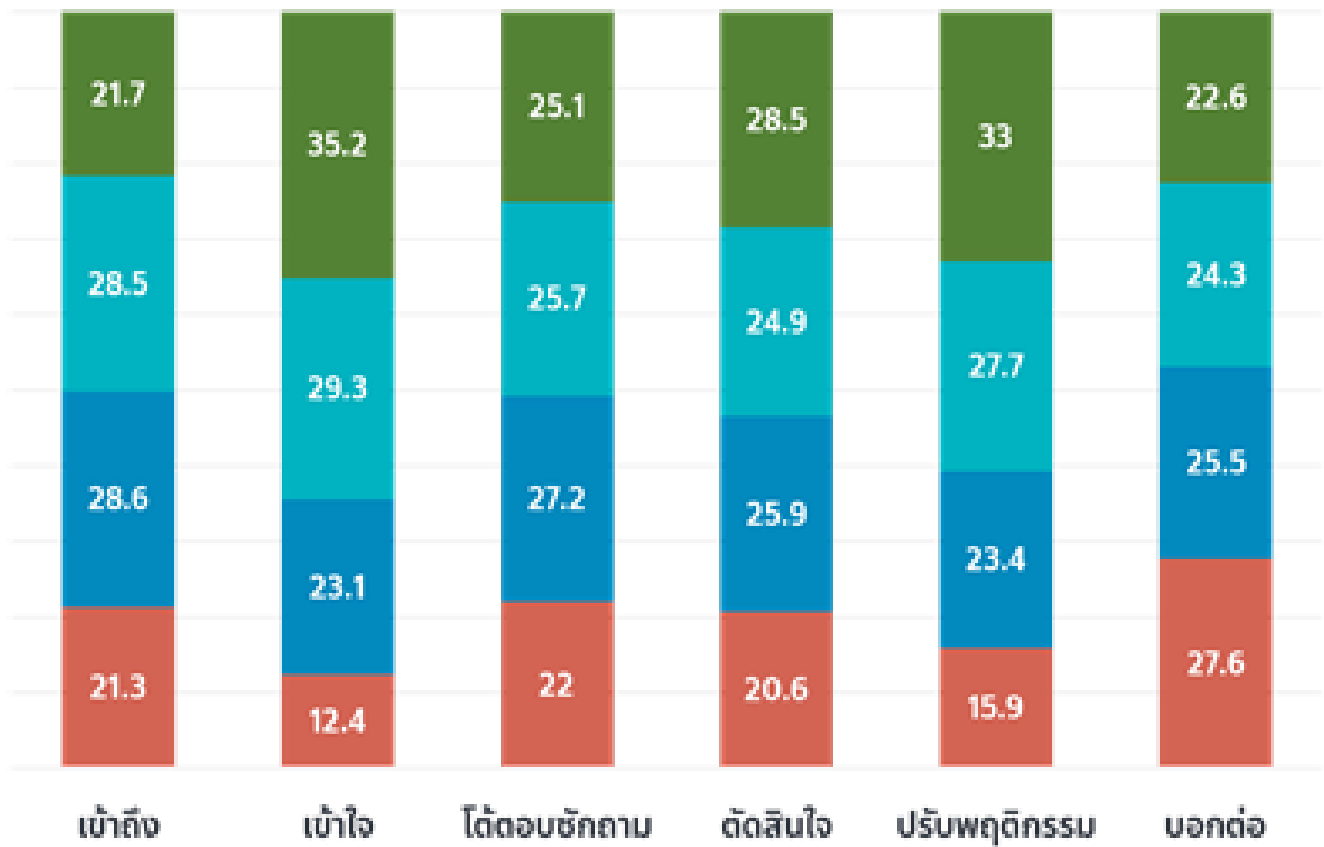
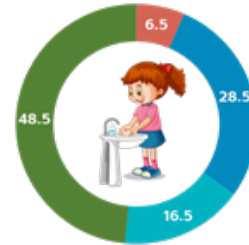
ปฏิบัติ ร้อยละ 35.21 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ร้อยละ 32.96 และการตัดสินใจด้านสุขภาพ ร้อยละ 28.54 ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ใน 2 องค์ประกอบคือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 28.58 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 27.21 และองค์ประกอบด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ระดับไม่ดี ร้อยละ 27.58 นอกจากนี้ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มวัยเรียนอายุ 7-14 ปี ภาพรวมประเทศ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48.58 รองลงมาในระดับพอใช้ ร้อยละ 28.46 และระดับดี ร้อยละ 16.5

## รูปที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน อายุ 7-14 ปี

### ความรอบรู้ด้านสุขภาพ



### พฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติ



ที่มา: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563)

## มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและเป็นวงกว้าง แต่ขาดการคัดกรอง ความถูกต้อง

ประชาชนที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีจำนวนน้อย แต่มีช่องทางการสื่อสารกันเองเป็นวงกว้างมากขึ้น ทำให้มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นจำนวนมากจากหลากหลายช่องทาง ขาดระบบการคัดกรอง และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ทำให้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงประมาณร้อยละ 3.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม (392,368 ล้านบาท) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการตรวจสอบโดยศูนย์วิจัยก่อนแฮร์สำนักข่าวไทยอสมทพบว่า ข้อมูลที่มีความถี่ในการแฮร์บนโลกโซเชียลมากที่สุดคือ ข่าวปลอมที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ “อาหารและสุขภาพ” ซึ่งถือเป็นเรื่องที่มีความเสี่ยงสูงเพราะระดับความเสียหาย

สูงสุดจากการแฮร์ต่อข้อมูลที่ผิดคือ “ชีวิต” ของผู้รับข่าวสาร ปัญหาเรื่องคนไทยเชื่อใจโซเชียลมากกว่าหมอ จึงเป็นอีกปัญหาที่บุคลากรในวงการสาธารณสุขไทยมีความกังวล ดังนั้นต้องพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพให้มีความถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว มีความน่าเชื่อถือ ส่งผลให้ประชาชนเกิดความตระหนัก สนใจ และกระตุ้นให้เกิดเรียนรู้จนเข้าใจ นำไปปฏิบัติได้ในระดับปัจเจกบุคคลและสังคมโดยรวม หรือเป็นแรงเสริมสนับสนุนให้คนในสังคมที่มีข้อจำกัดในการค้นหาและเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเอง สามารถวิเคราะห์และนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพที่ดีให้กับตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. เรื่องและประเด็นการปฏิรูปด้านสาธารณสุข : ประเด็น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เอกสารประกอบการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 9 ธันวาคม 2563] [http://dohhl.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=57](http://dohhl.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=57)
2. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2562.
3. ช่างไทยทีบีเอส. แพทย์เผยวัยรุ่น 15-24 ปีป่วยโรคทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด. ไทยทีบีเอส [วารสารออนไลน์] 8 พฤษภาคม 2562 [1 มิถุนายน 2563]. จาก <https://news.thaipbs.or.th/content/279871>.
4. ประวีณา พลเขตต์ และเจษฎา ศาสลาทอง. การรับรู้และการรู้เท่าทันสื่อของผู้ชมรายการชัวร์ก่อนแชร์. วารสารการสื่อสารและการจัดการ นิต้า 2561; 4(3): 47 - 62
5. วลัยรัตน์ ไชยฟู. สถานการณ์ และการพัฒนา ระบบบริการดูแลรักษา เอชไอวี และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2562. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 9 ธันวาคม 2563] จาก [http://203.157.196.7/web\\_ssj/webmanager/uploads/2019-01-21203458ประชุมสัปดาห์2562เหนือ%20พญ.วลัยรัตน์%20%20ไชยฟู%206Jan19.pdf](http://203.157.196.7/web_ssj/webmanager/uploads/2019-01-21203458ประชุมสัปดาห์2562เหนือ%20พญ.วลัยรัตน์%20%20ไชยฟู%206Jan19.pdf)
6. วิมล โรมา, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 9 ธันวาคม 2563] จาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/12631>
7. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานการระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 9 ธันวาคม 2563] จาก <http://bodthai.net/download/รายงานการระโรคและการบาดเจ็บ>.



## รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุม

การจัดทำทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574)

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

Workshop ครั้งที่ 3 : การระดมสมองเพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์  
(Strategic Formulation)

วันที่ 18 มกราคม 2564 ณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

### กรรมการกองทุน

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. นพ. สุรเชษฐ์ สัตินิรามัย | รองประธานคนที่ 2 /กค. บริหารแผน คณะ 1         |
| 2. นายศรีสุวรรณ คอระจร      | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ /กค. บริหารแผน<br>คณะ 1  |
| 3. นายวสันต์ ภัยหลีกสี      | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ                          |
| 4. นางประภาศรี บุญวิเศษ     | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ/กค. บริหารแผน<br>คณะ 3,5 |
| 5. รศ.นพ. สรนิต ศิลธรรม     | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ                          |
| 6. นายไพโรจน์ แก้วมณี       | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ                          |

### ผู้ทรงคุณวุฒิ/กรรมการบริหารแผน/นักวิชาการ

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. นายธวัชชัย พิทักษ์กุล      | ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาชุมชน/<br>กค.บริหารแผน คณะ 3,4 |
| 2. นางทิตา ณ นคร              | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ/<br>กค. บริหารแผน คณะ 1,4      |
| 3. นายวิเชษฐ์ พิชัยรัตน์      | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ/<br>กค. บริหารแผน คณะ 1,8      |
| 4. ศ.นพ. ประทีป วาศารกกิจ     | ภาคีบุหรี   |
| 5. นพ. ณะพงษ์ จินวงศ์         | ภาคีอุบัติเหตุ                                      |
| 6. พญ. ดุชฎี จิ่งศิริกุลวิทย์ | ภาคีสายสุขภาพจิต                                    |
| 7. นางสุภาวดี หาญเมธี         | ภาคีเด็กและเยาวชน/<br>ประธานสถาบัน RLG              |
| 8. ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ       | ภาคีสายสื่อสุขภาพ                                   |

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 9. นางวัลลภา แวน วิลเลี่ยนส์วาร์ด | ภาคีอาหาร<br>เชี่ยวชาญด้านอาหารปลอดภัยและ<br>ความมั่นคงทางอาหาร |
| 10. นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา          | ผู้แทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต  |
| 11. นายปิยะพงษ์ ศรีสองเมือง       | ผู้แทนอธิบดีกรมควบคุมโรค  |
| 12. นายธนศักดิ์ ประเสริฐสาร       | ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหาร<br>และยา อย.                      |

### ทีมประเมินผลตาม ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| 1. ดร. วีรสิทธิ์ สิกธิไตรย์ | ทีมประเมินผลตามทิศทางและเป้าหมายกองทุน<br>(พ.ศ. 2555-2564) |
| 2. นพ. วิพุธ พูลเจริญ       | ทีมประเมินผลตามทิศทางและเป้าหมายกองทุน<br>(พ.ศ. 2555-2564) |
| 3. นายสุรพล เหลี่ยมสูงเนิน  | ทีมประเมินผลตามทิศทางและเป้าหมายกองทุน<br>(พ.ศ. 2555-2564) |

### ทีม สสส.

- |                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. ดร. ประภาศิต ภาวะสิทธิ์      | รองผู้จัดการกองทุน                 |
| 2. นางสาวดวงพร เสงขุนยพันธ์     | ผู้ช่วยผู้จัดการกองทุนอาวุโส       |
| 3. ทพ. ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ | ผู้ช่วยผู้จัดการกองทุน             |
| 4. นางเบญจมาภรณ์ ลิ้มปิยะเชียร  | ผู้ช่วยผู้จัดการกองทุน             |
| 5. ดร.นพ. ไพโรจน์ เสา่น่วม      | ผู้ช่วยผู้จัดการกองทุน             |
| 6. นายชาติวุฒิ วัจจล            | ผู้อำนวยการ สำนัก 2                |
| 7. นางสาวณัฐยา บุญภักดี         | ผู้อำนวยการ สำนัก 4                |
| 8. นางเข็มเพชร เลนะพันธ์        | ผู้อำนวยการ สำนัก 6                |
| 9. พญ.บจรีรัตน์ ปรักเอโก        | ผู้อำนวยการ สำนัก 7                |
| 10. นางภรณ์ ภูประเสริฐ          | ผู้อำนวยการ สำนัก 9                |
| 11. ดร.ณัฐพันธ์ ศุภกา           | ผู้อำนวยการ สกส / สวน              |
| 12. นางวิภาดา วงศ์เจริญวิทยา    | ผู้อำนวยการ ฝ่ายบัญชีการเงิน       |
| 13. นางสาวศิรินภา สถาพรวงษา     | ผู้อำนวยการฝ่าย บุคคล              |
| 14. นางสุรางครัตน์ สร้อยสนธิ์   | ผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายอำนวยความสะดวก |

15. ดร.สุหัทธยา จิระนันท์พิพร	ผู้อำนวยการ ฝ่ายติดตามและประเมินผล
16. นายวิศิษฐ์ วงษ์สมาน	ผู้อำนวยการฝ่าย ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
17. นางสาวสวาท สุขสำราญ	ที่ปรึกษาอาวุโส
18. นางสาวณิญาดา อิ่มเพชร	สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
19. นางสุพัตรา พันธุ์อำนวย	สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
20. นางสาววรรณธรณ อภารัตน์	สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
21. นางสาวนิสา รัตนดิลล ก ณ ภูเก็ต	ผู้ช่วย ผู้อำนวยการ สำนัก 3
22. นางสาวประพาฬรัตน์ คชเสนา	ผู้ช่วย ผู้อำนวยการ สำนัก 4
23. นางสาวนิรมล ราศรี	ผู้ช่วย ผู้อำนวยการ สำนัก 5
24. นายวุฒิพงษ์ ปรีดาภัทรพงษ์	สำนัก 5
25. นางสุธาสินี เสลานนท์	ผู้ช่วย ผู้อำนวยการ สำนัก 6
26. นางสาวชัชฌาธิ์ จันทนะ	ผู้ช่วย ผู้อำนวยการ สำนัก 8
27. นางสาวโคภิชฎิ์ ชันแข็ง	ผู้ช่วย ผู้อำนวยการ สกส
28. นางสาวโชติกา ชูพงษ์เสรีฐิ์	สำนักวิชาการและนวัตกรรม
29. นางสาวเมธิกา ศรีสด	ฝ่ายติดตามและประเมินผล
30. นางสาวผุสดี ตันวัฒนะ	ฝ่ายติดตามและประเมินผล
31. นางสาวกมลลา วัฒนพร	ฝ่ายติดตามและประเมินผล
32. นายปรีชาพล ชูศรี	สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
33. นางสาววรรณมา เต๋นขจรเกียรติ	สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
34. นายศุภชัย ทองสุข	สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
35. นางสาว อัมราภรณ์ ปันกา	สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
36. นางสาวอรทัย จุลสุวรรณรักษ์	สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
37. นางสาวชนิษฐา ภูสีมุงคุณ	สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
38. นางสาวสิตานัน ภู่มณี	สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
39. นางสาวคันสนิ์ย์ ผลวัฒนา	สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

## ผู้เข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์

### กรรมการกองทุน

1. ดร. จีรพร วิทยศักดิ์พันธุ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ/ กก. บริหารแผน  
คณะ 6, 8
2. ดร.กฤษดา แสงดี ที่ปรึกษาระดับกระทรวง  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ทรงคุณวุฒิ  
ด้านแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข

### ผู้ทรงคุณวุฒิ/กรรมการบริหารแผน/นักวิชาการ

1. รศ.จีราพร ลีปานานนท์ ที่ปรึกษาด้านการศึกษาและการเรียนรู้/  
กก.บริหารแผน คณะ 5,7 /  
กรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
2. นพ. คำนวน อึ้งชูศักดิ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ/กก. บริหารแผน  
คณะ 1
3. นายสงกรานต์ ภาคโชคดี ภาควิชา
4. นางอรพิน วิมลภูษิต ภาควิชาเฉพาะ
5. รศ.ดร. ชนิษฐา นันทบุตร ภาควิชาชุมชน
6. ผศ.ดร .ปิยวัฒน์ เกตุวงศา ภาควิชากิจกรรมทางกาย  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม  
มหาวิทยาลัยมหิดล
7. นางอวยพร พิศเพ็ ภาควิชาสร้างสรรค์โอกาส
8. ดร.นพ. ปิยะ หายวรวงศ์ชัย คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9. ทพญ. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ กก. บริหารแผน คณะ 5
10. ศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตรา กก. บริหารแผน คณะ 2
11. นพ. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ กก. บริหารแผน คณะ 6
12. นพ. ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา คอก.จัดทำทิศทางและเป้าหมาย 10 ปี
13. ผศ. พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ คอก.จัดทำทิศทางและเป้าหมาย 10 ปี
14. รศ.ดร. วรพรรณ ชาญด้วยวิทย์ คอก.จัดทำทิศทางและเป้าหมาย 10 ปี

---

**ทีม สสส.**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1. นางสาวรุ่งอรุณ ลิ้มพีทะภัณฑ   | ผู้อำนวยการ สำนัก 1                        |
| 2. นางก่องกาญจน์ ทักษิณีรัญฤทธิ์ | สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม |
| 3. นางญาณิ รัชต์บริรักษ์         | ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สำนัก 11                |



# ประมวลภาพการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ Workshop ครั้งที่ 3 : การระดมสมองเพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Formulation) วันที่ 18 มกราคม 2564 ณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ





---

## คณะผู้จัดทำ

1. ดร.นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี  
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)
2. อาจารย์กำพล กิจระภูมิ  
วิทยาการผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำยุทธศาสตร์
3. นางสาวนาฏอนงค์ เจริญสันติสุข  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
4. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
5. นางจุฑามาส พจน์สมพงษ์  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
6. นางสาวกฤติยา สุขพัฒนานกุล  
นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ
7. นางสาวนารถอุไร ธนุสร  
นักวิชาการแรงงานปฏิบัติการ
8. นางสาวบุญทอง ฐุปนาคำ  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
9. นางสาวไพรินทร์ สมสาย  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
10. นางสาวมยุรี ดำรงชาติ  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน